

Malnutrición en niños beneficiarios de programas comunitarios en alimentación y nutrición.

Yngrid Candela¹.

Resumen: Ante la emergencia compleja en Venezuela, la seguridad alimentaria y nutricional se ha deteriorado, especialmente en aquellas personas vulnerables, incluyendo a los niños. Este artículo presenta información sobre el estado nutricional de 1851 niños beneficiarios de proyectos de atención alimentaria y nutricional en 20 centros comunitarios en cinco estados de Venezuela. Se midió peso corporal y talla o longitud y se construyeron indicadores peso/talla en menores de 5 años e Índice de Masa Corporal (IMC)/edad en mayores de 5, así como talla o longitud/edad en ambos grupos. Se estimó la proporción de desnutrición aguda (GAM), delgadez y retraso del crecimiento, sobrepeso y obesidad en los niños, tomando las referencias de la OMS. La GAM y la desnutrición crónica en menores de 5 años estuvieron dentro del nivel "pobre", 5% y 29%, respectivamente, según el estándar de la OMS. Los más afectados por la GAM fueron los menores de 2 años (8%), en los mayores de 5 años la delgadez fue mayor que la GAM (10%) y el retraso en talla fue 25%. La vulnerabilidad según peso/talla fue 16%, según IMC/edad 33%, y según talla/edad superó el 50% en todos los grupos etarios. La vulnerabilidad es mayor en los menores de 2 años y entre 11 y 15 años. Se requiere de medidas orientadas a la atención de los grupos más afectados, así como los que se encuentran en riesgo de desnutrición. Es necesario un alto compromiso político que priorice el derecho a la alimentación ante la emergencia. *An Venez Nutr 2020; 33(2): 123-132.*

Palabras clave: Malnutrición, niños, comunidad, Venezuela.

Malnutrition in children beneficiaries of community food and nutrition programs

Abstract: In the context of the complex emergency in Venezuela, food security and nutrition have been damaged, particularly in the vulnerable people, including children. This article presents information about the nutritional status of 1851 children beneficiaries of food assistance and nutritional care projects in 20 community centers in five state of Venezuela. Body weight and size were measured to construct indicators on weight/length in children under five, and body mass number (BMI)/age in children over five, and size or length/age as well in both groups. The anthropometric categories allowed to calculate the acute malnutrition (GAM), the thinness and growth retardation, the overweight, and obesity; taking into account the OMS's metrics. The GAM and chronic malnutrition in children under five were in level "poor" (5% and 29% respectively) under the OMS's standards. The most affected group by GAM was children under two (8%). In the children over the age of five, the thinness was higher than GAM (10%) and the growth retardation was 25%. The vulnerability according to weight/length was 16%, according to BMI/age was 33%, and according to stature/age, it exceeded 50% in all age groups. The vulnerability level is higher in the children under two and between the ages of 11 and 15. Measures oriented to the attention of the most affected groups is required, and also in the groups with a risk of malnutrition. A great political commitment is necessary to promote the right to food as a priority sector in front of the emergency. *An Venez Nutr 2020; 33(2): 123-132.*

Key words: Malnutrition, children, community, Venezuela.

Introducción

El estado nutricional de los niños es un factor determinante en su desarrollo físico, mental y social, y puede ser alterado por condiciones adversas de índole alimentario, así como deficiencias en salud, higiene y sanea-

miento. Ante esto, es vital la práctica de cuidados por parte de la madre durante la infancia, especialmente durante los dos primeros dos años de vida, en los cuales es vital la lactancia, así como un esquema de alimentación complementaria adecuado (1).

El déficit nutricional, pasa por varias etapas, la deficiencia de micronutrientes (hambre oculta), el bajo peso para la talla o para la edad y el retraso del crecimiento; todos implicados en el deterioro de la salud del niño y su calidad de vida. La otra forma de malnutrición es el sobrepeso y la obesidad que se dan por exceso de la

¹Nutricionista. Docente Investigadora del Centro de Estudios del Desarrollo. Universidad Central de Venezuela. Correspondencia: Yngrid Candela, yngridcandela@gmail.com

ingesta calórica y sedentarismo, pero también por dietas monótonas, con predominio de alimentos de alta densidad calórica, un patrón propio de hogares en situación de pobreza. Es por esto que en entornos vulnerables pueden coexistir ambos tipos de malnutrición: el déficit y el exceso (2).

El déficit de micronutrientes es una de las formas de malnutrición más frecuente en los niños, la mujer embarazada y en periodo de lactancia; siendo los micronutrientes más críticos el hierro, el yodo, el calcio, el zinc, el ácido fólico y la vitamina A, todos importantes para el crecimiento y desarrollo del niño, así como el adecuado funcionamiento del sistema inmunológico.

La desnutrición aguda (bajo peso para la talla), está asociada a enfermedades infecciosas recurrentes, siendo estas las principales causas de mortalidad en la infancia. La desnutrición crónica (talla baja para la edad) tiene efectos en el desarrollo cognitivo, el rendimiento escolar, la capacidad de adaptación social del niño y también es causa de enfermedades crónicas en la vida adulta. La malnutrición por exceso está asociada a enfermedades cardiovasculares y diabetes y es la forma de malnutrición más prevalente a nivel mundial.

Según Unicef, en 2018 casi 200 millones de niños menores de cinco años sufrían de retraso en el crecimiento o desnutrición aguda, mientras que al menos 340 millones sufrían de deficiencia de micronutrientes, además: “Entre 2000 y 2016, la proporción de niños con sobrepeso de 5 a 19 años aumentó del 10% a casi el 20%” (3). En Venezuela, las cifras oficiales sobre malnutrición en niños, niñas y adolescentes no se publican desde 2007 y las únicas cifras provenientes del Instituto Nacional de Nutrición (INN) se publicaron en 2014, en el Perfil Alimentario y Nutricional 2013-2014 (4), según el cual la desnutrición aguda estuvo en 3,4% y el sobrepeso en 4%.

Otra fuente de información oficial es el estudio de sobrepeso y obesidad realizado en 2008-2010 por el INN, en el cual se encontró que 14,68% de los niños entre 7 y 12 años presentó déficit de peso y 27,44% presentó exceso (sobrepeso + obesidad). En el grupo entre 13 y 17 años, el 17,3% presentó déficit y el 21,36% presentó exceso (5). Diez estados estuvieron por encima del valor promedio del déficit. Tal como se observa en este estudio, para este entonces, a pesar de que el sobrepeso y la obesidad se habían convertido en un problema público, el déficit también estaba presente, evidenciando así el fenómeno que se ha denominado “la doble carga de la malnutrición”, sin olvidar que la deficiencia de micronutrientes puede acompañar a ambos tipos de trastornos (6).

Información más reciente fue presentada por Naciones Unidas, como parte del Plan de Respuesta Humanitaria en Venezuela para el 2020, con cifras provenientes del INN que ubican la desnutrición aguda en 4% (N: 106.326) y el riesgo de desnutrición en 10,6% (N: 284.591). Los Estados más afectados fueron Zulia, Miranda, Lara, Distrito Capital, Carabobo y Portuguesa (7).

Ante la ausencia de datos sobre el estado nutricional de los niños en medio de la crisis que se acentuaba en 2016, Cáritas de Venezuela inicia el seguimiento a la desnutrición aguda a través del Sistema de Monitoreo y Atención en Nutrición y Salud (SAMAN), que funciona desde entonces en comunidades vulnerables a nivel nacional. Según esta organización, la desnutrición aguda ha variado entre 10% y 17%, niveles que, según parámetros internacionales, son calificados como crisis o emergencia nutricional (8), aunque el déficit puede ser más alto en algunos centros evaluados.

Además de Cáritas, la academia también ha tenido un papel protagónico en el seguimiento de la seguridad alimentaria y nutricional, como la Encuesta de Condiciones de Vida del Venezolano (ENCOVI) (9) que reportó en su última edición que la desnutrición aguda estuvo en 5% y la crónica en 30% entre noviembre del 2019 y enero del 2020.

La Fundación Bengoa, en el Proyecto de Emergencia Social y otros espacios comunitarios, en 2017, encontró que el déficit de peso fue más alto en niños entre 7 y 13 años, 7% a 13%, y entre 3% y 6% en los menores de 5 años. (10).

Del nivel intrahospitalario, “entre 2015 y 2017 la desnutrición en los niños se incrementó de 65% a 85% y la desnutrición grave de 5% a 20% respectivamente” (11). En este ámbito se desconoce la información generada sobre este indicador.

Lo anterior es el resultado de la emergencia que se ha instalado en Venezuela en los últimos cuatro años y que, a diferencia de otros países en situación de desastres naturales o conflicto armado, se debe a la crisis económica evidenciada en 2019 por la contracción del PIB en 28% y con una proyección de 26% para 2020, según la CEPAL (12). Esto ha incidido en la seguridad alimentaria del país, especialmente de personas con vulnerabilidad biológica y/o social, incluidos los niños cuya alimentación depende de la madre y del hogar, desde la lactancia materna y alimentación complementaria en el primer año de vida hasta la dieta familiar que debe ser suficiente en cantidad y calidad y con pertinencia social (13).

En materia de lactancia materna, el INN ha reportado

logros importantes en los últimos años, así la prevalencia nacional de esta práctica pasó de 44,5% en 2013 a 76,6% en 2019 y la lactancia durante la primera hora de vida y la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida superaron a las reportadas en el mundo, con 90% y 76,6%, respectivamente. Según esta institución, aún quedan retos en la práctica de lactancia materna continuada hasta el primer y segundo año de vida y el inicio de la alimentación complementaria (14).

Para evaluar la seguridad alimentaria en los hogares en los cuales se desarrollan los niños venezolanos es necesario partir de la disponibilidad a nivel país, y en este sentido la FAO en sus informes anuales, ha reportado que la proporción de venezolanos que padecen hambre aumentó de 3,7% en 2010-2012 a 31,4% en 2017-2019, es decir, 9,1 millones para este último trienio (15).

A nivel de hogar, el Programa Mundial de alimentos también registró en un estudio representativo realizado en el país que, para 2019, 32,3% de los hogares sufrían de inseguridad alimentaria aguda en sus formas moderada y severa y 59,7% en su forma leve. Esto significa que 9,3 millones presentaron brechas significativas en el consumo de alimentos y que han utilizado estrategias de afrontamiento irreversibles y han expuesto sus medios de vida (16). ENCOVI, por su parte, reportó que 36% de los hogares evaluados presentaron inseguridad alimentaria moderada y 33%, severa, (9).

Este deterioro de la seguridad alimentaria ya se venía evidenciando en la encuesta nacional de consumo de alimentos entre 2013 y 2015, cuando la adecuación del consumo calórico disminuyó de 99,7 a 94,1%, además de la adecuación del consumo de calcio que alcanzó 58,3%, siendo este un nutriente fundamental para los niños y las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia (17).

Las principales causas de la inseguridad alimentaria en Venezuela tienen que ver también con el bajo acceso físico y económico a los alimentos, dado por la escasez, la hiperinflación, el bajo poder adquisitivo de los hogares, entre otros factores limitantes. La escasez de alimentos se inició en 2012 y se acentuó luego de 2015 como consecuencia del desplome de la producción y la importación de alimentos (18). Las condiciones de mercado también han impuesto brechas en el acceso económico de los alimentos por parte de los hogares, la variación anualizada del costo de la canasta fue de 2092,96% en octubre de 2020 y el poder adquisitivo de los hogares para ese mismo mes fue de 0,4%. (19)

La crisis de los servicios públicos, incluyendo salud, agua, electricidad, gas doméstico, saneamiento, trans-

porte, entre otros, ha ocasionado graves limitaciones en toda la cadena de suministros de alimentos. A nivel de hogar, estos servicios son fundamentales para el acceso al mercado, la preparación de los alimentos y también para el aprovechamiento de los nutrientes de la dieta; a su vez está influenciado por el estado de salud de las personas. En este sentido, la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, en su informe sobre Venezuela del 5 de julio de 2019, señaló que el deterioro de servicios básicos como el transporte público y el acceso a electricidad, agua y gas natural han afectado la calidad de vida de los venezolanos. (20) También, el Coordinador de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas señaló que 4,3 millones de venezolanos necesitaban asistencia en materia de agua. (21)

El Observatorio Venezolano de Servicios Públicos (OVSP) informó que solo el 16,7% de los hogares entrevistados siempre contó con el suministro de agua, 65,8% consideró que el agua era de mala calidad, 40% con interrupciones diarias, apenas 12,2% recibía el servicio diariamente, 57% de los entrevistados tuvieron dificultades con la frecuencia que recibían el gas (22). Sobre este último servicio, el observatorio de políticas públicas La Gente Propone, reportó que 88% de los ciudadanos entrevistados reportaron tener más de un mes sin recibir el suministro, por lo cual se han visto en la necesidad de “cocinar los alimentos a leña o adquirir los cilindros a precios muy elevados”. Este mismo observatorio reporta que en materia de transporte “los ciudadanos se trasladan a pie, debido a pocas unidades de transporte público, fallas en el suministro de gasolina, aumentos no autorizados del pasaje y escasez de efectivo” (23).

La crisis en salud parte de la ausencia de información sobre morbilidad infantil y pasa por el colapso de los servicios de salud, así como de los servicios de salud preventiva. Esta situación fue reportada por organizaciones gremiales y de la sociedad civil desde 2008 (24), cuando se advierte sobre la disminución de los programas de inmunización y la reaparición de enfermedades endémicas ya controladas años atrás, como la difteria, el sarampión, la malaria y el dengue. En 2018, relatores de Naciones Unidas y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos advirtieron sobre la crisis del sistema hospitalario y como consecuencia la muerte de niños por enfermedades prevenibles como infección respiratoria aguda y diarreas agudas (25).

Ante la emergencia compleja, desde hace unos cinco años se inició la activación de la sociedad civil para atender a la población en condiciones precarias, incluyendo situaciones de hambre, inéditas en el país. Esto

condujo a la formalización de un plan de respuesta, instalado tardíamente, bajo la coordinación de Naciones Unidas en conjunto con organizaciones nacionales e internacionales. En ese primer plan se contempló atender a niños, niñas y adolescentes a través de varios sectores, entre ellos nutrición, seguridad alimentaria, protección, salud, educación, entre otros. En diciembre de 2019, este plan alcanzó su meta en un tercio de lo estimado. El plan del 2020, contempló atender 4,5 millones de personas, de los cuales 47% son niños, niñas y adolescentes (26).

Este artículo tiene por objetivo ofrecer información sobre el estado nutricional de niños, niñas y adolescentes, beneficiarios de proyectos de asistencia humanitaria que se ejecutan en centros comunitarios de varias localidades en el país.

Materiales y métodos

Diseño y participantes

Los niños evaluados provienen de hogares en situación de pobreza que ingresaron a los proyectos de asistencia humanitaria ejecutados por el Grupo Social Cesap durante 2019 y 2020, en 20 Centros Comunitarios de 5 es-

tados de Venezuela. Estos proyectos se caracterizan por tener un enfoque multisectorial, que incluye atención alimentaria, prevención y tratamiento de la desnutrición aguda, agua segura e higiene y atención psicosocial, según los estándares internacionales para la atención en emergencia (27).

Para los fines de este artículo se consideran los datos del tamizaje realizado al inicio de cada proyecto, durante los meses de agosto y septiembre de 2019, en el que participaron 1851 niños, niñas y adolescentes entre cero meses y 15 años de edad, seleccionados de manera intencional debido a que ya se encontraban registrados como beneficiarios en cada centro. La distribución de los centros según espacio geográfico se aprecia en el Cuadro 1.

Técnica e instrumentos

Las medidas antropométricas fueron tomadas, previo consentimiento informado de la madre o representante y del niño, en caso de que tuviera 10 o más años. Se contó con un equipo de especialistas en nutrición, previamente estandarizado para la toma de peso corporal y talla o longitud y para el registro de los datos. Las jornadas se realizaron en espacios privados, con la presencia

Cuadro 1. Ubicación de los centros comunitarios.

Entidad	Municipio	Localidad	Centro
Distrito Capital	Libertador	El Cementerio	Parroquia San Miguel Arcángel
Distrito Capital	Libertador	Casalta	Parroquia Santa Ana
Distrito Capital	Libertador	Carapita	La Consolata
Distrito Capital	Libertador	El Valle	Cap. Sagrado Corazón de Jesús
Distrito Capital	Libertador	La Pastora	Centro San Judas Tadeo
Distrito Capital	Libertador	23 de enero	Vicaría Nuestra Señora del Perpetuo Socorro
Miranda	Sucre	Petare	Vicaría San José
Miranda	Sucre	Petare	Centro Mar. Inm. Corazón de María
Miranda	Sucre	Petare	Vicaría Santísima Trinidad
Miranda	Sucre	Petare	Vicaría Nuestra Señora de Coromoto
Miranda	Baruta	Lomas de Baruta	Nuestra Señora de La Paz
Miranda	Guaicaipuro	Los Teques	Agustinas Recoletas del Corazón de Jesús
Miranda	Guaicaipuro	Los Teques	Parroquia Nuestra Señora del Carmen
Carabobo	Valencia	Aquiles Nazoa	Centro Comunitario Santa Luisa de Marillac
Carabobo	Valencia	Paso Real	Parroquia San Pedro Chanel
Carabobo	Valencia	Los Guayos	Fundación Pies Descalzos
Carabobo	Guacara	Guacara	Parroquia Cristo Rey
Lara	Iribarren	Ana Soto	Centro Comunitario Integral San Martín de Porres
Lara	Iribarren	Ana Soto	Luís Vicente Donche
La Guaira	Vargas	Maiquetía	Parroquia Inmaculado Corazón de María

Fuente: Programa Acompañando en La Esperanza.

del representante, cuidando las medidas de protección durante la sesión.

Los niños mayores de 2 años se pesaron de pie en una báscula electrónica marca SECA, con precisión de 0,1 kg y los niños menores de 2 años de pesaron acostados en un infantómetro de la misma marca y precisión. Los niños fueron medidos sin ropa y protegidos con una bata quirúrgica. La talla se tomó en los niños mayores de 2 años, de pie con la técnica de la plomada, en plano de Frankfort, en los menores de 2 años se tomó la longitud acostado, en plano de Frankfort, sobre una superficie plana con una cinta métrica. Los niños con algún tipo de discapacidad física o cognitiva que dificultara la toma de las medidas antropométricas, a pesar de que se le evaluó con otra técnica, no fueron incluidos en los resultados presentados en este artículo.

Procesamiento y análisis de los datos

Los datos se cargaron en formato Excel y procesados en el software Anthro v3.2.2 y Anthro Plus v1.0.4, ambos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se construyeron los indicadores según las referencias del 2006 de esta misma organización. Para la categorización del estado nutricional, se trabajó con peso para la talla en menores de 5 años y con Índice de Masa Corporal (IMC) en mayores de 5 años. En el grupo mayor de 2 años se trabajó con talla para la edad, y en los menores de 2 años, con longitud para la edad. Con los datos se construyen las categorías en forma de proporciones y para esto se utilizó las referencias de la OMS (Cuadro 2).

Además de las categorías, los niveles de desnutrición aguda (GAM: moderada + severa) se clasificaron siguiendo los puntos de referencia para la prevalencia a nivel de la población establecidos por la OMS, a saber, GAM < 5%: aceptable / GAM 5-9%: pobre / GAM 10-14%: grave / GAM ≥ 15%: crítico, siendo este último nivel indicativo del incremento de riesgo de morbilidad y mortalidad (28).

Los puntos de referencia para la prevalencia de la desnutrición crónica al nivel de la población fueron: Malnutrición crónica < 20%: aceptable / Malnutrición crónica 20-29%: pobre / Malnutrición crónica 30-39%: grave / Malnutrición crónica ≥ 40%: crítico, siendo este último nivel indicativo del incremento de riesgo de morbilidad y mortalidad así como de desempeño escolar decreciente (28).

Resultados

De 1851 niños evaluados (Cuadro 3), el 52,4% (n=969) fue de sexo femenino y el grupo de edad predominante fue de 5 a diez años, 43,8% (n= 810).

Cuadro 2. Categorías del estado nutricional de niños menores y mayores de 5 años

Peso para la talla	
Desnutrición Severa	Z-score <-3DE
Desnutrición Moderada	Z-score <-2 hasta -3DE
Riesgo de Desnutrición	Z-score <-1DE hasta -2DE
Peso Adecuado	Z-score -1DE hasta +1DE
Riesgo de sobrepeso	Z-score >+1DE hasta +2DE
Sobrepeso	Z-score >+2DE hasta +3DE
Obesidad	Z-score >+3DE
Talla para la Edad	
Retraso en talla	Z-score <-2DE
Riesgo de talla baja	Z-score <-1DE hasta -2DE
Talla Adecuada	Z-score >-1DE
IMC para la Edad	
Delgadez Severa	Z-score <-3DE
Delgadez Moderada	Z-score <-2 hasta -3DE
Riesgo de Delgadez	Z-score <-1DE hasta -2DE
Peso Adecuado	Z-score -1DE hasta +1DE
Riesgo de sobrepeso	Z-score >+1DE hasta +2DE
Sobrepeso	Z-score >+2DE hasta +3DE
Obesidad	Z-score >+3DE

Fuente: OMS. 2006.

En la Figura 1 se muestran los resultados de las categorías del estado nutricional de los niños menores de 5 años, según el indicador peso/talla, y de los niños mayores de 5 años, según el indicador IMC/edad. La desnutrición aguda fue de 5% (n= 33) y la delgadez de 10% (n= 109); el riesgo de desnutrición o delgadez fue

Cuadro 3. Distribución de los niños según grupos de edad y sexo.

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%	n	%
0 a 23 meses	120	6,5	98	5,3	218	11,8
24 a 59 meses	242	13,1	252	13,6	494	26,7
5 a 10 años	439	23,7	371	20,0	810	43,8
11 a 15 años	168	9,1	161	8,7	329	17,8
Total	969	52,4	882	47,6	1851	100

Fuente: Programa Acompañando en La Esperanza.

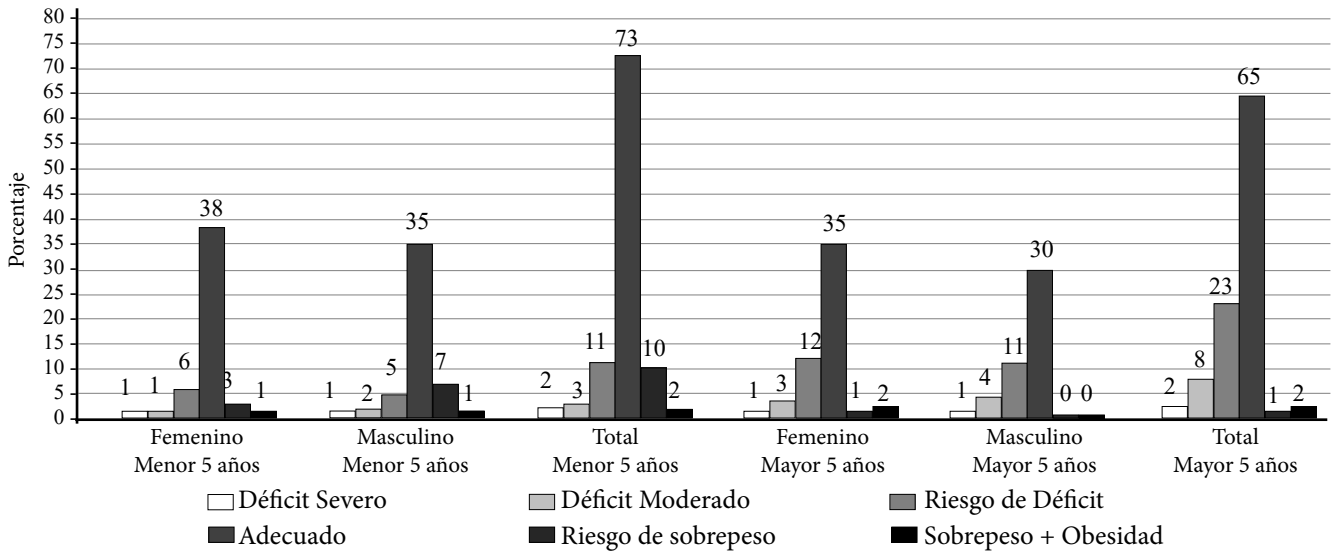


Figura 1. Estado Nutricional de niños, niñas y adolescentes según peso/talla o IMC/edad, sexo y grupos de edad. Centros comunitarios. Venezuela, 2019. N: 1851

Fuente: Programa Acompañando en La Esperanza.

de 11% (n= 77) y 23% (n= 260), respectivamente. Tal como señalan las cifras, la vulnerabilidad en los mayores de 5 años es un poco más de un tercio en el mismo grupo y más del doble en relación a los niños menores de esta edad. El sobrepeso y la obesidad fue de 2% en cada grupo y el riesgo de sobrepeso fue más alto en los menores de 5 años, 12% (n= 70), en los mayores fue apenas 2% (n= 23).

Al desagregar los grupos de edad se observa que el déficit de peso es mayor en los niños entre 11 y 15 años, 20% (n= 67) y entre cero y 23 meses, 8% (n= 16). Llama la atención el grupo entre 11 y 15 años, que presenta la mayor vulnerabilidad al sumar el déficit más el ries-

go, siendo este de 45% (n= 148). El exceso y el riesgo de sobrepeso fue muy bajo de todos los grupos, siendo mayor en el grupo entre 24 y 59 meses, 12% (n=59), y entre 0 a 23 meses, 11% (n= 23). (Figura 2).

La mayor vulnerabilidad se presentó en los centros ubicados en Distrito Capital, Miranda y Carabobo con alrededor de un tercio de los niños afectados. El centro con menor vulnerabilidad fue el ubicado en el Estado Lara, donde alcanzó un 10% (Figura 3).

La desnutrición crónica fue mayor a la desnutrición aguda en todos los grupos etarios considerados en este estudio. En los niños menores de 5 años fue de 29%

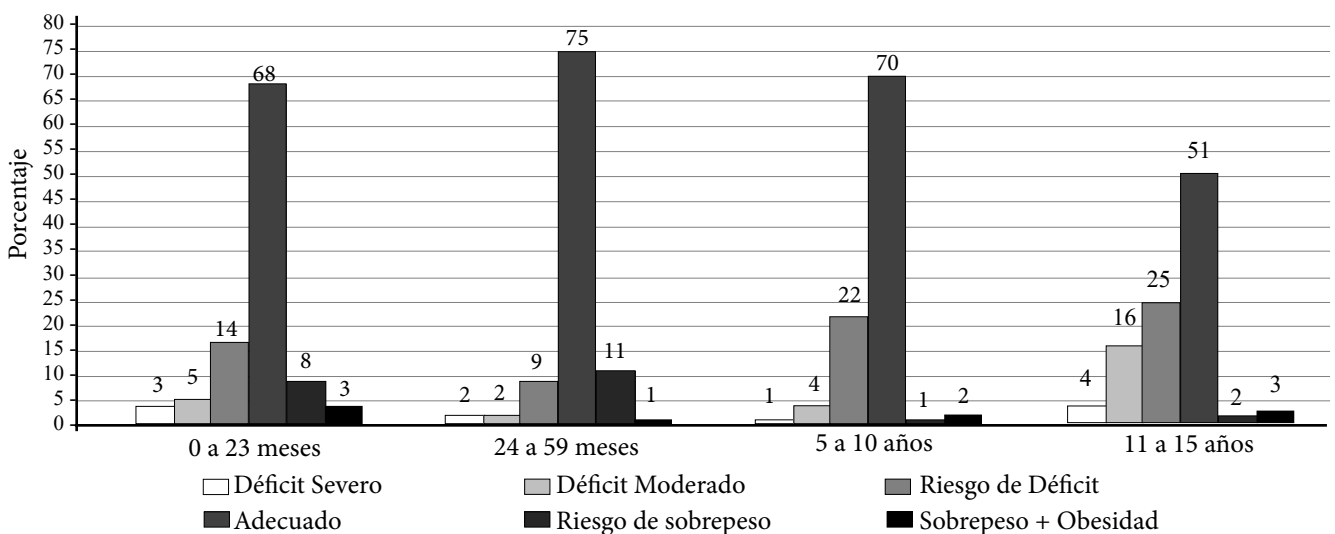


Figura 2. Estado nutricional de niños, niñas y adolescentes según peso/talla y grupos de edad. Centros comunitarios. Venezuela, 2019. N: 1851

Fuente: Programa Acompañando en La Esperanza.

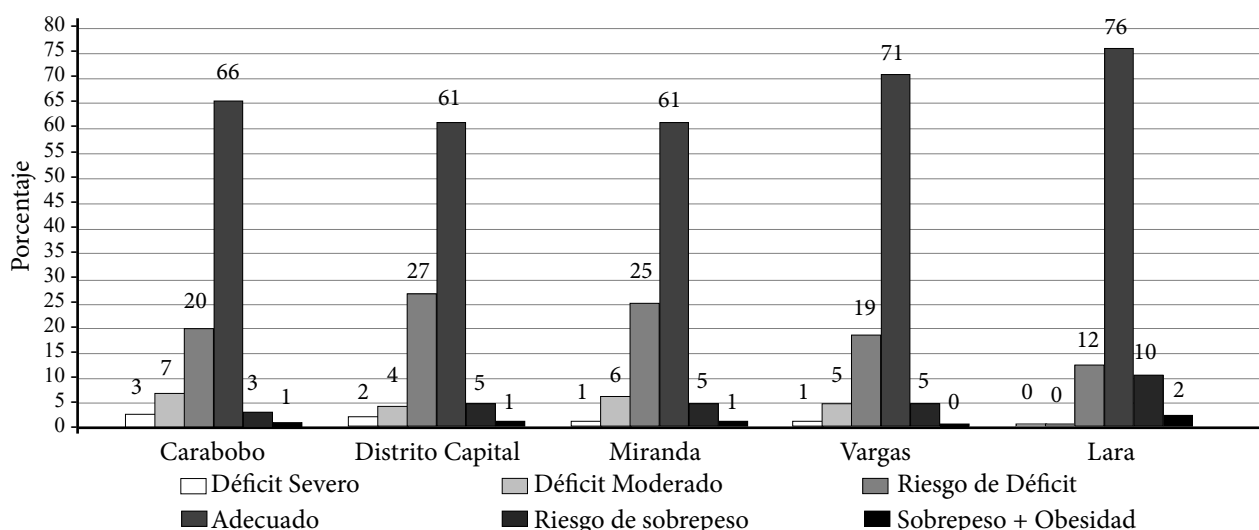


Figura 3. Estado nutricional de niños, niñas y adolescentes según peso/talla o IMC/edad y ubicación. Centros comunitarios. Venezuela, 2019. n= 1851

Fuente: Programa Acompañando en La Esperanza.

(n= 205) y en los mayores de 5, 22% (n= 251). Sumando el déficit con el riesgo de talla baja estos grupos alcanzan 61% (n=430) y 57% (n= 655), respectivamente. Sumando el déficit y el riesgo de niños y niñas, la vulnerabilidad estuvo alrededor del 30% en ambos sexos en menores de cinco años y esta fue mayor en las niñas mayores de cinco años, en relación a los niños de esta misma edad (Figura 4).

Cuando se desagrega por grupos de edad, los más afectados son los niños entre cero y 23 meses y entre 24 y 59 meses, con 28% (n= 61) y 29% (n= 144), respectivamente. La vulnerabilidad es mayor en el grupo de 24 a 59 meses con 63% (n= 309) (Figura 5).

Los niños con mayor déficit se encuentran en los centros ubicados en los estados Lara y Carabobo con 37% (n= 18) y 36% (n= 115), respectivamente, también en

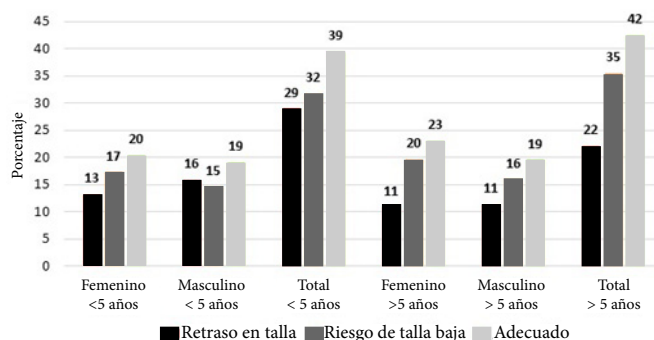


Figura 4. Estado nutricional de niños, niñas y adolescentes según talla/edad, grupos de edad y sexo. Centros comunitarios. Venezuela, 2019. N: 1851

Fuente: Programa Acompañando en La Esperanza.

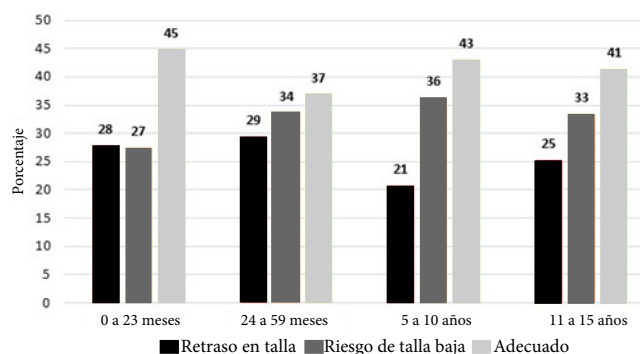


Figura 5. Estado nutricional de niños, niñas y adolescentes según talla/edad y grupos de edad. Centros comunitarios. Venezuela, 2019. n= 1851

Fuente: Programa Acompañando en La Esperanza.

Carabobo está la mayor proporción de niños con vulnerabilidad, 72% (n= 230) (Figura 6).

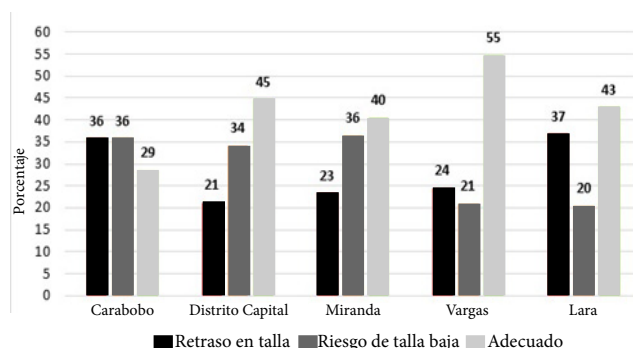


Figura 6. Estado nutricional de niños, niñas y adolescentes según talla/edad y ubicación. Centros comunitarios. Venezuela, 2019.

Fuente: Programa Acompañando en La Esperanza.

Discusión

Los resultados aquí presentados muestran parte de la vulnerabilidad de los niños venezolanos que viven en situación de pobreza, expuestos a la inseguridad alimentaria y a condiciones higiénicas y de salud deplorables, todos asociados a la desnutrición aguda y crónica. Llama la atención la alta proporción de niños con desnutrición crónica y la baja presencia del sobrepeso y la obesidad, si se considera que esta última condición venía en ascenso en el periodo 2008-2010 (5). Ambos fenómenos pueden atribuirse al deterioro sostenido de las condiciones de vida que ha prevalecido en el país en los últimos cinco años. En este sentido se destaca el argumento de López de Blanco quien advierte que: “La crisis alimentaria actual puede modificar la tendencia secular, disminuir la obesidad y aumentar el déficit nutricional” (29).

La proporción de niños con GAM evaluados en este estudio puede ser catalogada como “pobre”, según el estándar de la OMS y es igual a la cifra reportada por ENCOVI entre noviembre de 2019 y enero de 2020 (5%), es superior a la reportada por el HRP (4%) e inferior a la reportada por Cáritas de Venezuela en el penúltimo trimestre de 2019 (12%). Todas las cifras generadas por organizaciones o la academia son superiores a las presentadas por el INN en 2013, consideradas en aquel entonces como un “nivel aceptable” (inferior a 5%) (4).

Considerando que la etapa de los mil días de vida es crucial para el desarrollo del niño y su vida adulta, destaca que en este estudio presentan mayor vulnerabilidad que los menores de cinco años. Cáritas también ha reportado este patrón, con cifras superiores (16%). Los valores reportados por Fundación Bengoa, en 2017, fueron inferiores a los encontrados en el mismo grupo etario (6,2%), muy parecidos en niños entre 3 y 5 años (3,3%) y mayores de 5 años (7,6% y 13,2%) (10).

Aunque en el presente artículo no se hace análisis del estado nutricional de la mujer embarazada y en periodo de lactancia, es importante destacar que tanto Cáritas ha reportado que entre 40% y 60% de las mujeres embarazadas evaluadas a través de SAMAN han presentado déficit de peso. (30). Esto cobra importancia debido a que el estado de vulnerabilidad de estas mujeres pone en riesgo su vida y la del niño durante el parto y que se intensificará durante el periodo de lactancia.

Estas condiciones de la madre y el niño en los primeros mil días de vida, orienta sobre la necesidad de atenderles a través de estrategias diferenciadas que garanticen el bienestar de ambos.

Además del déficit agudo, el riesgo de desnutrición también se ha convertido en un asunto por atender, considerando que en los protocolos de asistencia humanitaria y en los tradicionales se destinan recursos a la recuperación de los niños con GAM, pero muy poco a los que están en vía de padecerla.

El déficit de talla de los menores de 5 años en este estudio puede catalogarse como un “nivel pobre”, con valores muy cercanos a los encontrados por ENCOVI en 2019-2020 (30%), considerado como “nivel grave”. La proporción de niños con este tipo de déficit cobra importancia en los menores de 5 años que superó la cifra de los mayores de esta edad, así como la cifra de vulnerabilidad (déficit + riesgo) que supera el 50% en todos los grupos de edad. Esto cobra importancia al considerar el impacto que tiene esta condición en el desarrollo de los niños y del país, asunto que no ha sido priorizado en la agenda de la nación, a diferencia de otros países que han adquirido el compromiso reducir la desnutrición crónica como indicador del progreso en nutrición de la madre y el niño, así como un indicador de desarrollo (31).

Los estados donde se encuentran los centros comunitarios con mayor proporción de niños con déficit coinciden con los priorizados por el HRP 2020, es decir: Distrito Capital, Miranda y Carabobo; aunque no son los más vulnerables según los datos de Cáritas en el mismo periodo estudiado (16, 32). A pesar de que la vulnerabilidad es mayor en unos estados, es importante considerar que la desnutrición está asociada a otros factores que están enmarcados en sectores como la seguridad alimentaria, la salud, los servicios públicos, entre otros que deben ser considerados para la toma de decisión en esta materia. En este sentido, al hacer un cruce de la información disponible en ENCOVI y en el estudio realizado por el PMA en Venezuela, el HRP y los reportes de los observatorios de servicios públicos, la prioridad de atención se encuentra en los estados de la región llanera, Mérida, Trujillo, Zulia y Anzoátegui (9, 16, 33).

A modo de cierre es necesario destacar que la ausencia de información oficial y de otras fuentes limita el análisis de la situación nutricional en cualquier espacio del país, especialmente la desagregada por sexo, edad, zona geográfica, así como su severidad. El monitoreo de la desnutrición es una obligación que debe cumplir el Estado de manera oportuna, por esto la reactivación del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional permitiría la implementación de los mecanismos de atención de la población afectada y construir escenarios para la prevención e intervención temprana.

En ausencia de información oficial, los datos que están generando las Organizaciones de la Sociedad Civil son

valiosos para el enfoque comunitario. En este sentido es necesario un sistema de vigilancia local y articulado entre aquellas OSC con mayor presencia en el país y experticia en el área.

El momento histórico que vive la población infantil requiere registro, tanto con fines de atención como para su seguimiento y evaluación. Por esto es importante aprovechar los espacios para la investigación, tanto cuantitativa como cualitativa, de tal forma que no solo se contabilice este fenómeno, sino que se pueda enriquecer con información sobre percepciones, vivencias y aspiraciones que tienen los actores involucrados.

Los proyectos de atención nutricional en la emergencia requieren enfoque de los grupos vulnerables, así como la flexibilización de los protocolos de atención, especialmente cuando se trata de grupos de edad. El grupo de los primeros mil días de vida y los adolescentes requieren atención diferenciada, por la particularidad de la etapa de la vida en la que se encuentran. Además, es fundamental lograr la inclusión de los niños que viven en zonas rurales, lo pertenecientes a etnias indígenas, los que están reclusos en centros hospitalarios, los que padecen enfermedades crónicas, y aquellos que recientemente han sido dejados atrás por el fenómeno migratorio.

Agradecimientos

La elaboración de este artículo ha sido posible gracias al Grupo Social Cesap que gentilmente ha suministrado los datos de los proyectos de atención a la emergencia que vienen ejecutando desde 2019. Especial agradecimiento a la Sra. Diana Vegas, Presidenta de esta Organización, a la Sra. Ileana Malito, Directora de la Organización y Coordinadora de los Proyectos de Emergencia, al equipo territorial y a los Nutricionistas Deisy Martínez, Miguel Cedeño, Vesmar Fernández, Kristina De Antonio y Pavlova Alvarez, encargados del trabajo operativo de los proyectos.

Referencias

1. OPS: Organización Panamericana de la Salud. Prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo saludables. 2007. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49412?locale-attribute=pt>
2. Pedraza D.F. Obesidad y pobreza, marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/11.pdf>
3. Unicef: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Plan de Respuesta Humanitaria Venezuela. 2019. Disponible en: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/20190814%20HRP_VENEZUELA.pdf

4. INN. Perfil Alimentario y Nutricional 2013-2014. Disponible en: <https://www.inn.gov.ve/innw/wp-content/uploads/2015/06/Perfil-Alimentario-y-Nutricional-2013-2014.pdf>
5. INN. Sobrepeso y obesidad en Venezuela. Prevalencia y factores condicionantes. Colección Lecciones institucionales. Fondo Editorial Gente de Maíz. Caracas – Venezuela. 2013
6. OMS. Patrones de crecimiento infantil de la OMS. Disponible en: https://www.who.int/childgrowth/4_doble_carga.pdf
7. OCHA. Venezuela: Humanitarian Response Plan with Humanitarian Needs Overview 2020 (HRP). Disponible en: <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/venezuela/document/venezuela-humanitarian-response-plan-humanitarian-needs-overview-2020>
8. Cáritas Venezuela. Boletines de reporte del monitoreo centinela de la desnutrición aguda. 2016-2020. Disponible en: <http://caritasvenezuela.org/>
9. IIES: Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2019-2020. Disponible en: <https://www.proyectoencovi.com/informe-interactivo-2019>
10. Landaeta-Jiménez, M., Sifontes, Y. y Herrera Cuenca, M. Venezuela entre la inseguridad alimentaria y la malnutrición. *Anales Venezolanos de Nutrición*. 31 (2). 2018; 123(5):387-98. Disponible en: <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2018/2/art-4/>
11. Fundación Bengoa. Alimentación y nutrición en cifras. *An Venez Nutr* 2017; 30(2): 120 - 127. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1023559/art-6.pdf>
12. CEPAL. Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2020. República Bolivariana de Venezuela. 2020. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46070/1/EE2020_Venezuela_es.pdf
13. ONU, Consejo Económico y Social. El derecho a la alimentación. E/CN.4/2001/53 Disponible en: http://www.observatoripoliticassocial.org/index.php?option=com_content&view=article&id=776&Itemid=319.
14. Venezuela Nutrition Cluster (2020). Webinario Lactancia Materna Clúster de Nutrición Venezuela SMLM2020. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=BMbqo3OhcVU&feature=youtu.be>
15. FAO. FAO. El Estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. 1990-2019. 2020. Disponible en: <http://www.fao.org/home/search/es/?q=panorama%20de%20la%20seguridad%20alimentaria>
16. PMA: Programa Mundial de Alimentos. Venezuela Food Security Assessment. 2020. Disponible en: <https://www.wfp.org/news/venezuela-food-security-assessment>
17. INE. Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos. Informe Resultados Preliminares Abril-septiembre

2015. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/documentos/Social/ConsumodeAlimentos/pdf/informe_enca.pdf
18. CENDAS. Canasta Alimentaria de los Trabajadores octubre 2020. Disponible en: http://cenda.org.ve/fotos_not/pdf/CENDA.%20RESUMEN%20EJECUTIVO.%20CAT%20OCTUBRE%202020%20WEB.pdf
19. Gutiérrez, A. Situación actual del sistema agroalimentario venezolano. 2015. Disponible en: http://www.saber.ula.ve/ciaal/presen_ponencias/pdf/Gutierrez_ponencia_LUZ-BOD_junio2015.pdf
20. ACNUDH. Informe de la Oficina de las Naciones Unidas para los derechos humanos sobre Venezuela insta a adoptar de inmediato medidas para detener y remediar graves violaciones de derechos. 2019. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24788&LangID=S>
21. Naciones Unidas. En Venezuela, se deben separar los objetivos políticos de los humanitarios. 2019. Disponible en: <http://onu.org.ve/en-venezuela-se-deben-separar-los-objetivos-politicos-de-los-humanitarios/>
22. Observatorio venezolano de servicios públicos. Boletín informativo febrero 2020. Disponible en: http://www.observatoriovsp.org/wp-content/uploads/Boletin_No_8_febrero_2020_6_.pdf
23. Observatorio de políticas públicas municipales “La gente propone”. Situación de los servicios públicos abril -agosto 2020. Disponible en: <http://gruposocialcesap.org/la-gente-propone>
24. Federación Médica de Venezuela. Diagnóstico del sector salud en Venezuela: estudios de las enfermedades emergentes y reemergentes, ponencia central presentada en la LXIII Reunión Ordinaria de la Asamblea, realizada en Punto Fijo – Edo Falcón del 27 al 31 de octubre de 2008. Disponible en: <http://www.ovsalud.org/doc/ponencia-central.pdf>
25. Noticias ONU. La población mundial sigue en aumento, aunque sea cada vez más vieja. 2018. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2019/06/1457891#:~:text=Globalmente%2C%20se%20espera%20que%20la,pa%C3%ADses%2C%20contin%C3%BAan%20existiendo%20brechas%20considerables>
26. UNOCHA: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (2019) “About Venezuela”. Disponible en: <https://www.unocha.org/venezuela/about-venezuela>
27. El Proyecto Esfera. Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria. 2011. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2011/8206.pdf?view=1>
28. PMA. Manual para la Evaluación de la Seguridad Alimentaria en Emergencias. Segunda edición. Enero, 2009; 68-71.
29. López de Blanco, M. Variabilidad del crecimiento y la maduración física en Venezuela entre 1939 y 2016. *Anales Venezolanos de Nutrición*. 2018; 31(1)
30. Cáritas Venezuela, todos los años.
31. OPS-OMS. Retraso del crecimiento en la niñez: Retos y oportunidades. 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/retraso-who-WEB-Childhood-report-SP.pdf>
32. Cáritas Venezuela (2019) Monitoreo centinela de la Desnutrición Infantil y la Seguridad Alimentaria Familiar. Julio-Septiembre 2019. Venezuela. Disponible en: <http://caritasvenezuela.org/mapas-y-boletines-de-nuestra-accion/>
33. Observatorio venezolano de servicios públicos. Boletín informativo febrero 2020. Disponible en: http://www.observatoriovsp.org/wp-content/uploads/Boletin_No_8_febrero_2020_6_.pdf

Recibido: 22-12-2020
Aceptado: 20-01-2021