



Ayuda Humanitaria
y Protección Civil



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



Línea Basal del Monitoreo Centinela de la Situación Nutricional en Niñas y Niños Menores de 5 años

VENEZUELA
Distrito Capital, Vargas, Miranda y Zulia.

OCTUBRE – DICIEMBRE 2016

Sistema S.A.M.A.N



ENERO 13, 2017

Coordinación General: Janeth Márquez, Directora, Caritas Venezuela
Coordinación Técnica: Susana Raffalli, Asesora en Nutrición. Caritas de Venezuela

RECONOCIMIENTO

La captación de información a nivel de Diócesis y Parroquias para este período de monitoreo de la situación nutricional, así como la que sistemáticamente se sigue realizando cada mes, es producto del trabajo de un equipo de monitores, animadores y voluntariado (Médicos, enfermeras, jóvenes y laicos) de Caritas de Venezuela, Caritas Vargas, Caritas Guarenas, Caritas Los Teques, Caritas Machiques, Caritas Caracas y a nivel de terreno de todas las Caritas parroquiales donde se lleva el Proyecto.

Es importante agradecer el acompañamiento incondicional de los Sres. Obispos, los sacerdotes y religiosas de cada zona que con su apoyo y animación hacen posible este esfuerzo.

Gracias a todos.

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	4
2.	ASPECTOS METODOLÓGICOS	6
1.	Variables, Niveles y Formas de Medición.....	6
2.	Período de Evaluación.....	6
3.	Indicadores	6
4.	Cobertura Geográfica.....	7
5.	Análisis y Control de Calidad	9
6.	Criterios y Patrones de Referencia para Interpretación	9
7.	Limitaciones.....	11
3.	CONSIDERACIONES DEL CONTEXTO.....	12
4.	ESTADO NUTRICIONAL	15
1.	Resumen de Índices con Implicaciones Humanitarias	15
2.	Desnutrición Aguda (oct-dic 2016).....	16
3.	Desnutrición Crónica (oct-dic 2016).....	18
4.	Otras Formas de Malnutrición (oct-dic 2016).....	20
5.	DIVERSIDAD DE LA DIETA FAMILIAR (OCT-DIC 2016).....	20
6.	ESTRATEGIAS DE SOBREVIVENCIA FAMILIAR (OCT-DIC 2016).....	22
7.	SITUACIÓN DE ANEMIA.....	23
8.	REGISTRO DE AFECCIONES DE SALUD	24
9.	CONCLUSIONES E IMPLICACIONES.....	25
10.	RECOMENDACIONES	27
11.	REFERENCIAS	29
	ANEXOS.....	30

1. INTRODUCCIÓN

En el 2016 Caritas de Venezuela inició un proyecto de sobrevivencia infantil orientado a contribuir con el bienestar de la población más vulnerable del país mediante la provisión de servicios de nutrición y salud. En su primera etapa, este proyecto se implementa en cuatro entidades federales, estados: Miranda, Vargas, Zulia y Distrito Capital.

El primer resultado esperado del proyecto es la instalación de un sistema de monitoreo de la situación nutricional que informe periódica y oportunamente sobre los grupos más vulnerables o ya afectados por la crisis de salud y alimentación (niños menores de 5 años), rindiendo información sobre el estado nutricional de los niños, la naturaleza de los riesgos que enfrentan sus familias y la ubicación geográfica de las zonas más prioritarias, además de la tendencia de estas condiciones en el tiempo. El sistema se instaló en septiembre del 2016, permitiendo la detección inmediata de los niños con riesgo de desnutrición o ya desnutridos para darles seguimiento médico y nutricional.

El proceso se inicia en parroquias que operan como “sitios centinela” en los que, cada mes, se realizan jornadas para la evaluación de los niños o se realizan pesquisas a nivel de terreno para identificar los niños en necesidad que no pueden llegar a las casas parroquiales.

Este primer componente del proyecto se denomina S.A.M.A.N (Sistema de Monitoreo, Alerta y Atención en Nutrición y Salud). Se instaló a través de la elaboración y validación de herramientas de captación de información, de diseño de instrumentos de medición y de la estandarización del equipo para la realización de las mediciones antropométricas. El equipo consiste en una monitora o monitor por diócesis, un equipo de voluntarios a nivel parroquial, un coordinador logístico y una coordinadora técnica a nivel central para la supervisión, control de calidad y procesamiento de información.

Con este sistema S.A.M.A.N se espera a nivel general de país:

- Tomar decisiones humanitarias informadas por evidencias sobre la magnitud del daño nutricional que se está generando (especialmente en la población infantil), la extensión en términos de número de personas afectadas y/o vulnerables, la ubicación geográfica de las zonas más afectadas y/o vulnerables y el pronóstico de la situación.
- Establecer un punto basal de referencia que permita monitorear la crisis y detectar si la situación va mejorando o empeorando y, en este último caso, poner en marcha protocolos de alerta temprana que permitan una mitigación de daños mayores y una extensión geográfica del problema.
- Tener elementos de diálogo e incidencia frente a actores públicos y privados cuya participación sea relevante y clave para orientar respuestas frente a la crisis.
- Dar visibilidad a la situación en los ámbitos nacionales e internacionales.

Con este sistema S.A.M.A.N se espera a nivel particular en las Caritas Parroquiales:

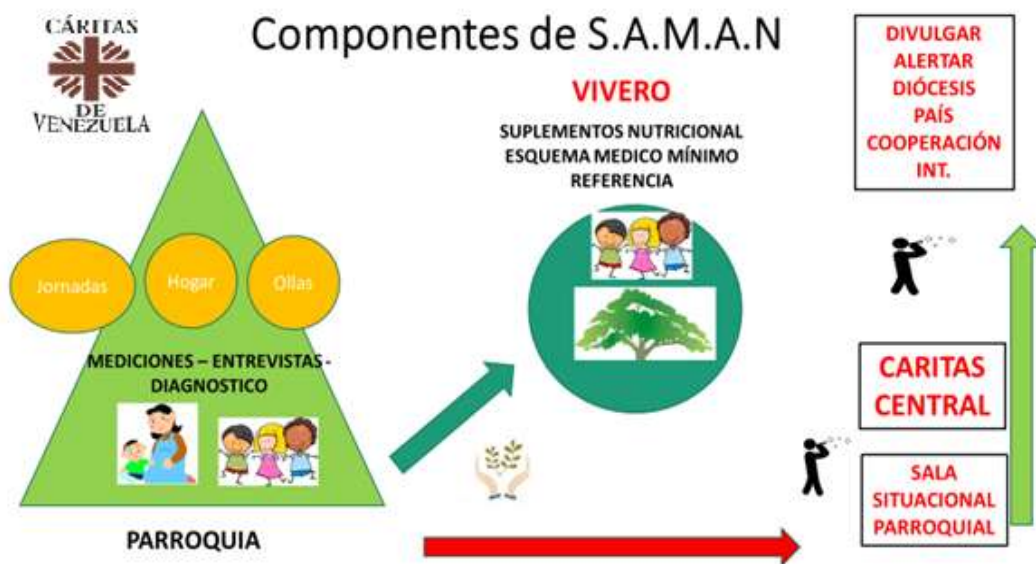
- ✓ Detectar niños en riesgo de desnutrición y salud
- ✓ Dar atención oportuna y priorizada con enfoques preventivo (protección de niños en riesgo) y terapéutico (recuperación de niños ya desnutridos) para reducir la morbilidad y protegerlos de la mortalidad asociada a la desnutrición.
- ✓ “Mirar” a las personas: que las familias que llegan con sus niños buscando atención se sientan tomados en cuenta y acompañados

- ✓ Que cada jornada de evaluación sirva para la convivencia y el fomento de valores

Se espera por último que la información generada permita el diálogo entre grupos e instituciones del tejido social de la comunidad, de tal manera de poner la supervivencia infantil como eje alrededor del cual reencontrarse y trabajar en unión. En este sentido, cada sitio centinela del sistema S.A.M.A.N generará, además de la protección de los niñas y niños:

- ✓ Movilización y organización
- ✓ Participación comunitaria
- ✓ Apropiación de la responsabilidad por el bienestar común y unión en torno a eso
- ✓ Fortalecimiento de capacidades institucionales

En la siguiente figura se ilustra el proceso seguido por el sistema S.A.M.A.N:



2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

1. Variables, Niveles y Formas de Medición

Se monitoreó el estado nutricional y la situación de seguridad alimentaria y nutricional en estos niveles:

- ❖ Antropometría en niñas y niños menores de 5 años (en ocasiones se midieron a niños en edad escolar, embarazadas y ancianos por responder a su asistencia a las jornadas, pero no se incluyeron estas mediciones en el análisis porque no fueron tomadas sistemáticamente y son muy pocos registros).
- ❖ Encuesta de hogar administrada a la persona cuidadora de niñas y niños evaluados que quisiera, en forma voluntaria, responder el cuestionario. Los cuestionarios fueron absolutamente confidenciales.

2. Período de Evaluación

Se realizaron jornadas de medición y entrevistas durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2016. Estos continuarán sistemáticamente cada mes, con emisión de boletines de tendencia e incluyendo en cada monitoreo niños diferentes en cada parroquia, o incluso iniciando evaluaciones en sectores y parroquias diferentes de manera de cumplir con la necesaria rotación que las mediciones centinela exigen para informar sobre la situación en cada zona y no sobre niños específicos.

3. Indicadores

1. Mediciones antropométricas:

- Peso
- Longitud: niños menores de 2 años
- Talla: niños 2-5 años
- Circunferencia Media del Brazo

2. Índices Nutricionales:

- Desnutrición Aguda: Peso para la Talla (emaciación)
- Desnutrición Crónica: Talla para la Edad (retardo del crecimiento)
- Bajo Peso: Peso para la Edad

3. Indicadores de Seguridad Alimentaria Familiar.

- Puntaje de Diversidad de la Dieta del Hogar (HDDS – PDDF): Sobre 12 Grupos de alimentos consumidos en las 24 horas anteriores a la entrevista
- Índice de Estrategias de Supervivencia Familiar (CSI – IES): estrategias que la familia ha puesto en marcha para sobrevivir a la crisis alimentaria.

4. Anemia

- Niveles de hemoglobina (g/l). Inicialmente se planteó el uso de determinación rápida con el dispositivo “HemoCue”, pero esto no pudo completarse en todos los estados por falta de insumos. Solo se obtuvieron mediciones por

laboratorios convencionales, en niños asistentes a jornadas consecutivas en Zulia, que volvían a una segunda consulta con los exámenes realizados.

4. Cobertura Geográfica.

La información recogida por el sistema se obtuvo en parroquias específicas de 4 entidades federales del país. Específicamente los estados:

- Miranda
- Vargas
- Zulia
- Distrito Capital

La selección de parroquias para instalar los sitios centinela se hizo siguiendo los principios básicos del muestreo para monitoreo centinela del estado nutricional (9). Esto es, el de ser un muestreo:

- ❖ No aleatorio
- ❖ Intencional, con la finalidad de tener la mayor representatividad posible, no de la población en sí, sino de su vulnerabilidad y de su tendencia a empeorar ante situaciones críticas en el marco de una crisis.
- ❖ Predictivo, es decir, las entidades seleccionadas como sitio centinela se escogen bajo el criterio de que, si la desnutrición como parámetro de daño ocurre durante la crisis, los lugares y grupos de población monitoreados serán los primeros en verse más afectados. Dispuestos de esta forma, los sitios centinela pueden rendir su función esencial de ser emisores de alertas tempranas que permiten dar respuestas oportunas, relevantes y de protección a los más vulnerables frente a la crisis.

De estos principios de muestreo se establece que la información de los boletines del sistema S.A.M.A.N no es representativa de los municipios, ni de las entidades federales respectivas, y mucho menos del país, sino representativos de:

- ✓ La situación de las parroquias monitoreadas y sus sectores
- ✓ De la tendencia hacia el agravamiento de la situación el contexto en el que estas parroquias existen

Las primeras parroquias incluidas se seleccionaron en un taller de trabajo con los equipos de Caritas Parroquiales que trabajan en el terreno. Los criterios de selección fueron:

- ✓ Las parroquias percibidas como las más vulnerables de las diócesis en cuanto a su marginalidad con respecto al acceso a servicios públicos y precariedad de viviendas.
- ✓ Las parroquias más aisladas y de difícil acceso
- ✓ Las parroquias con historial reciente de disturbios y conflictividad social
- ✓ Parroquias en las que la plataforma operativa de Caritas fuera sólida, especialmente en términos de infraestructura y voluntariado.

En el siguiente cuadro se resumen las parroquias, municipios, entidades federales (estados o diócesis) monitoreados y el número de registros procesados en cada caso:

ESTADO (Diócesis)	MUNICIPIO Y PARROQUIAS	Número de registros
DISTRITO CAPITAL	1. LIBERTADOR <ul style="list-style-type: none"> • San José Obrero: Los Frailes de Catia • Coche: Sector El Estanque • Sucre: Propatria • Santo Cristo: Plan de Manzano 	224
MIRANDA	2. ZAMORA <ul style="list-style-type: none"> • Guatire 	152
	3. SAN FRANCISCO DE YARE <ul style="list-style-type: none"> • San Fco. de Paula 	
	4. PAZ CASTILLO <ul style="list-style-type: none"> • Sta. Lucía • Castillera 	
	5. GUAICAIPURO <ul style="list-style-type: none"> • Los Teques/La Macarena 	
VARGAS	6. MAIQUETÍA <ul style="list-style-type: none"> • San Sebastián de Maiquetía 	86
	7. CATIA LA MAR <ul style="list-style-type: none"> • Sagrado Corazón de Jesús 	
	8. NAIGUATÁ <ul style="list-style-type: none"> • La Esperanza • Gradillas 	
ZULIA	9. MACHIQUES DE PERIJÁ <ul style="list-style-type: none"> • El Rosario • San José • Libertad - Alto Viento • Bartolomé de Las Casas • Las Piedras 	377
	10. CATATUMBO <ul style="list-style-type: none"> • Encontrados 	
	11. SEMPRÚN <ul style="list-style-type: none"> • Casiguá 	
	12. ROSARIO DE PERIJÁ <ul style="list-style-type: none"> • Rosario • Buen Pastor • Noriega Trigo • Cristo Rey • Simón Bolívar 	

El balance de cobertura en el período cubierto de octubre a diciembre del 2016 es:

- 818 registros antropométricos procesados, de niñas y niños menores de 5 años
- 217 encuestas familiares de seguridad alimentaria y nutricional
- 25 parroquias monitoreadas
- 12 municipios monitoreados
- 4 estados (diócesis) monitoreados

5. Análisis y Control de Calidad

La detección de niños desnutridos se hizo manualmente al momento de hacer las mediciones de su pesa y talla, usando las tablas y curvas de crecimiento de referencia de la Organización Mundial de la Salud 2006. Esto permitió que cada niño detectado con desnutrición recibiera, en el mismo momento de la medición, una referencia para ingresar al esquema de suplementación nutricional, para acudir a una consulta médica posterior o fuera evaluado *in situ* por los médicos participantes.

Los datos brutos de cada jornada pasaron luego a un segundo nivel de procesamiento a nivel central de Caritas en Caracas. Se registraron y procesaron con los programas “WHO Anthro 3.1.0”, software para la evaluación del estado nutricional (11).

Este software aplica medidas de control de calidad y limpieza de los datos eliminando automáticamente los registros atípicos que estuvieran fuera de ciertos límites pre-establecidos. Estos límites “bandera” son límites superiores e inferiores de la Desviación Estándar (DE) de las mediciones y permiten procesar el análisis en forma robusta excluyendo registros potencialmente incorrectos. A efectos del análisis de esta evaluación, los límites para establecer la exclusión de datos atípicos fueron los establecidos por la OMS (WHO flags) (11).[♦]

6. Criterios y Patrones de Referencia para Interpretación

Criterios de Definición para Clasificación Antropométrica.

- *Riesgo* de Desnutrición: cuando el indicador peso para la talla del niño está entre 0 y -1 Desviaciones Estándar de la referencia (Puntaje Z).
- Desnutrición Aguda *Leve*: cuando el indicador peso para la talla del niño está entre -1 y -2 Desviaciones Estándar de la referencia (Puntaje Z).
- Desnutrición Aguda *Moderada*: cuando el indicador peso para la talla del niño está entre -2 y -3 Desviaciones Estándar de la referencia (Puntaje Z).
- Desnutrición Aguda *Severa*: cuando el indicador peso para la talla está por debajo de -3 Desviaciones Estándar de la referencia (Puntaje Z) o cuando el niño presenta edema nutricional.
- Desnutrición Aguda *Global* (GAM): cuando el indicador peso para la talla está por debajo de -2 Desviaciones Estándar de la referencia (Puntaje Z).
- Desnutrición Crónica: cuando el indicador talla para la edad está por debajo de -2 Desviaciones Estándar de la referencia (Puntaje Z).

Criterios de Definición de Supervivencia y Diversidad de Dieta

Los indicadores utilizados sobre estas variables se definen y analizan según estos criterios:

[♦] -5 DE para el índice Peso/Talla, -6 para el índice Peso/Edad y -6 para el índice Talla/Edad.

a. Puntaje de Diversidad de la Dieta Familiar (3):

Es un indicador indirecto del acceso que los hogares tienen a los alimentos. Consiste en registrar si el hogar consumió cada uno de 12 grupos diferentes de alimentos que, en conjunto, se asume aportan buena calidad nutricional: cereales (almidones), tubérculos, granos (leguminosas), carnes y aves, pescados, huevos, leche y lácteos, frutas, vegetales, azúcares, grasas, misceláneos (café, té, condimentos). El período de registro a efectos de las encuestas para este monitoreo de Caritas fue de 24h, es decir, se solicitó a las familias registrar cuales grupos de alimentos incluyó en su alimentación las últimas 24h. Se lo referencia con las siglas HDDS o PDDF

El nivel máximo del indicador es un puntaje de 12. No se han establecido criterios fijos de interpretación para este indicador. Sin embargo, a efectos de este monitoreo se establecieron estos criterios comúnmente usados sobre la diversidad de la dieta:

- Adecuada: Puntaje > 9 grupos de alimentos consumidos por las familias
- Pobre: Puntaje 6 – 9 grupos de alimentos consumidos por las familias
- Inadecuada: Puntaje < 6 consumidos por las familias

Adicionalmente, se estima el patrón alimentario de las familias que se asume tienen mejor o peor acceso al alimento considerando. Para estos se calcula:

- Grupo de alimentos consumidos por más del 50% de la población
- Grupos de alimentos consumidos por menos del 50% de la población
- Grupo de alimentos consumidos por más del 60% de la población con el puntaje más bajo

b. Índice de Estrategias de Supervivencia familiar (8):

Es un índice que se construye identificando la ocurrencia de 4 tipos de estrategias de supervivencia que las familias ponen en marcha frente a las crisis alimentarias. Se indaga si las familias han usado en el último mes alguna de las estrategias y con qué frecuencia.

Las estrategias indagadas son:

- Estrategias que reflejan un ajuste en las formas habituales de acceso al alimento (estrategias de adaptación).
- Estrategias por las cuales se disminuye la calidad de la alimentación (estrategias de crisis)
- Estrategias por las cuales se reduce la cantidad de alimentos o se apela a la privación alimentaria (reducción de comidas, miembros de la familia que dejan de comer o ninguna toma de alimentación) (estrategias de privación).
- Estrategias por las cuales las familias recurren a la destitución de la base de recursos familiares para cubrir sus necesidades inmediatas de alimentos (venta de activos familiares) (estrategias de destitución).
- Estrategias por las cuales la familia colapsa o se desmiembra porque no es posible garantizar la alimentación a todos los miembros (estrategias de colapso).

Se trata de un índice ponderado en el que no todas las estrategias se consideran igual de severas, por lo que éstas se ponderan con un factor diferente: los dos primeros grupos de estrategias (menos calidad y cambios en las formas de acceso se ponderan multiplicando su frecuencia de uso por 1, las estrategias del grupo 3 (disminución de cantidad de alimentos, privación y ayuno) se ponderan con el factor 2 y las estrategias de los dos últimos grupos (destitución y colapso) se ponderan con el factor 3. La

frecuencia con la que la familia recurre a estas estrategias se establece así:

- Nunca: 0
- A veces: 1
- Mucho: 2
- Siempre: 3

Este índice no se analiza categorizando su magnitud, sino estableciéndolo como punto de comparación entre diferentes espacios analizados o para ver la tendencia en su comportamiento en diferentes periodos. Se estima además cuales fueron las estrategias reportadas por la mayor y menor frecuencia de hogares.

c. Criterios para la Interpretación de las Cifras de Anemia.

Se siguieron los puntos de corte propuestos para el estudio de la anemia a nivel poblacional según la Organización Mundial de la Salud (12). Estos son para el nivel de hemoglobina:

- Anemia Leve: 100-109 g/l
- Anemia Moderada: 70 – 99 g/l
- Anemia Severa: < 70 g/l

7. Limitaciones.

Este tipo de evaluaciones que siguen los parámetros centinela para el monitoreo del estado nutricional, ofrecen limitaciones para el uso de la información más allá del ámbito geográfico en el que la información se obtuvo (en este caso parroquial):

- Las estimaciones no tienen el poder estadístico de una encuesta nutricional, dadas las características de su tipo de muestreo, por tanto, no permiten hacer asociaciones significativas desde el punto de vista estadístico en cuanto a las causas del problema, ni proyectar las cifras para todo el estado o país, ni estimar tendencias por comparación con cifras del nivel nacional.
- Realizar las mediciones en el marco de jornadas de salud puede sesgar a la participación de niños y niñas que tengan un deterioro de salud subyacente.
- Cuando las jornadas se han realizado en el marco de ollas comunitarias o con la entrega inmediata de suplementos nutricionales, puede darse la situación de una autoselección de personas en necesidad de alimentación que acuden esperando incentivos en alimentos. Esta situación puede sesgar la información hacia la preponderancia de niños desnutridos, a diferencia de las encuestas nutricionales basadas en muestreos aleatorios.
- Las primeras jornadas se realizaron con determinación de la circunferencia media del brazo, sin embargo, los primeros registros dieron atípicos al hacerles el control de calidad, por lo que se decidió no utilizar esta información hasta verificar la calibración de las cintas de medición y re-estandarizar al equipo para su uso.
- Varias referencias internacionales recomiendan que las mediciones en sitios centinelas se hagan en círculos radiales de no menos de 33 mediciones por sector (y no necesariamente más de 150). Para el estado Vargas, durante el mes de noviembre se realizaron 47 mediciones. Sin embargo, los datos que se presentan en este reporte se analizaron en forma agregada para los meses octubre, noviembre y diciembre, por los que la validez de los registros se respalda sobre la

base de un número total de registros superior al recomendado.

- Algunas referencias nacionales como, patrones de referencia antropométricos del Proyecto Venezuela, así como la escala nacional (y latinoamericana) para la medición de seguridad alimentaria, no fueron empleadas para este estudio. Tampoco se usaron los patrones de referencia que usa el Instituto Nacional de Nutrición. Estos patrones de uso oficial corresponden a los de la OMS 1999 ya en desuso y establecen puntos de corte para la clasificación antropométrica que tienden a enmascarar a niños con desnutrición moderada y severa. La decisión sobre qué indicadores usar y los patrones de referencia finalmente utilizados, se hizo con la finalidad de presentar la información usando criterios de validez internacional que le dieran a la información de Venezuela universalidad y comparabilidad a nivel de agencias de cooperación, sistemas regionales y mundiales de salud y organismos financiadores de la ayuda humanitaria.

3. CONSIDERACIONES DEL CONTEXTO

1. Rasgos Mínimos de las Parroquias Cubiertas.

Las parroquias monitoreadas se encuentran en contextos geográficos y sociales diferentes que determinan rasgos diferenciales también en cuanto a la base de medios de sustento de la población, las condiciones sanitarias y el acceso a los alimentos.

Algunos de estos rasgos son:

- **Parroquias en el Dto. Capital:** área urbana, dependiente casi totalmente del mercado para la adquisición de alimentos, de mercado laboral en los sectores comercial y servicios y con problemas sanitarios relacionados con el hacinamiento, la precariedad de la vivienda y la insalubridad. Por índice de pobreza según ingresos, es el estado con las mejores condiciones, pero es el peor en cuanto a necesidades básicas insatisfechas
- **Parroquias de Miranda:** área peri-urbana, con las mismas características que la zona urbana, pero con un acceso un poco más amplio a zonas rurales donde es posible obtener algunos alimentos. Particularmente este estado ha tenido buen desempeño en la prestación de servicios de salud por su administración local.
- **Parroquias de Vargas:** comparte con el Dto. Capital y Miranda sus características urbanas, pero con los medios de sustento y alimentación propios de comunidades costeras. Es un área muy vulnerable en los mapas de riesgos de desastres por su exposición a inundaciones y deslaves. La zona muestra los más altos niveles de enfermedades transmitidas por vectores, siendo particularmente alta en los últimos años la incidencia de dengue. En este estado tuvo lugar en 1999 uno de los peores desastres naturales de la historia del país, con inundaciones y deslaves. A pesar de todo el tiempo transcurrido, muchas de las obras planificadas para la recuperación y mitigación en la zona post-desastre siguen desatendidas.
- **Parroquias de Zulia.** Las parroquias monitoreadas en Zulia son área rural. La zona se caracteriza por ser territorio de grupos indígenas muy pobres y de población desplazada del conflicto armado en Colombia. A esta vulnerabilidad se suma que, la base económica de la zona es la ganadería y el cultivo de palma africana. Ambas actividades se han visto afectadas por expropiaciones masivas en la zona, escasez de insumos y maquinaria agrícola y por los altos índices de delincuencia, extorsión y secuestros sin control oficial que afectan a los

propietarios y trabajadores de las tierras. Es el estado con los índices más altos de pobreza de ingreso y de necesidades básicas insatisfechas, aunque para estas últimas, el Dto. Capital lo supera con cierto margen.

En el siguiente cuadro se muestran los índices de pobreza y de necesidades básicas insatisfechas para cada uno de los estados monitoreados:

ESTADO	ÍNDICES DE POBREZA EXTREMA	
	INGRESOS	NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS
DTO. CAPITAL	3.1	10.3
MIRANDA	5.9	4.6
VARGAS	5.7	3.2
ZULIA	7.9	7
PAÍS (2013)	8.8	5.5
PAÍS (2015)	9.3	4.9

Fuente: INE, 2015.

Las cifras de desnutrición a nivel nacional son de difícil acceso y la última década se ha caracterizado por un vacío oficial en la publicación de datos, no solo nutricionales, sino también alimentarios y económicos. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Nutricional - SISVAN no publica oficialmente cifras desde el 2007. Las cifras aproximadas que se tienen son del Instituto Nacional de Nutrición (INN) pero recogidas en referencias sobre Venezuela por parte de Unicef y la OMS (que referencian a su vez al INN). No se cuenta con esta información detallada por entidad federal, pero si a nivel nacional:

ÍNDICE	2009	2011	2013
DESNUTRICIÓN AGUDA Niños <5 años Índice Peso/Talla	3,2 (Unicef) 4,1 (OMS)	2,9 INN	3,4 INN
DESNUTRICIÓN CRÓNICA Niños <5 años Índice Talla/Edad	9,5 (Unicef) 13,4 (OMS)	ND	ND

Fuente:

WHO. NutritionGrowth Database: www.who.int/nutgrowthdb/jme_master2013.xlsx

Unicef. Indicadores Básicos. Venezuela: https://www.unicef.org/venezuela/spanish/overview_13275.htm

INN. Perfil Nutricional de Venezuela 2013-2014. ⁽⁷⁾

INN. Ficha técnica: Evaluación antropométrica nutricional en menores de 5 años según criterios internacionales.

Caracas, Venezuela: Gobierno Bolivariano de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud, INN, 2012

2. Hechos Remarcables del Periodo

En el trimestre monitoreado la situación alimentaria en el país no fue distinta que la registrada en los últimos 3 años, pero para algunos aspectos se intensificó:

- El acceso a los alimentos se ha visto afectado por un desabastecimiento cercano al 40% que, en el último mes (diciembre 2016), mejoró levemente por la flexibilización de la importación de alimentos por particulares y de la fijación de su precio a tasa de dólar no preferencial. Esto significó una mejora leve en el acceso físico, pero un empeoramiento notable en el acceso económico a los alimentos.
- El Estado sigue en control de los alimentos subsidiados, asumiendo su importación

y distribución a poblaciones vulnerables a su criterio, lo que ha generado un debilitamiento de los lugares habituales de compra de alimentos y una consolidación de un mercado negro y tráfico de alimentos que se intensifica cada vez, a pesar de los esfuerzos del Estado por fiscalizarlos y penalizarlos.

- El acceso a una canasta básica reducida de alimentos a precios de producto importado o en el mercado negro de alimentos, supera en un 900-1000% el precio subsidiado y puede representar el monto de 9 salarios mínimos. El acceso a la canasta alimentaria ampliada representaría el equivalente a 16 salarios mínimos.
- El acceso a alimentos subsidiados sigue siendo principalmente a través de los llamados Comités Locales de Abastecimiento (CLAP) que adolecen de no ser asignados con criterios alimentarios, no tener metas de cobertura claras y haber sido objeto de múltiples críticas por fallas y corrupción en su distribución, según declaraciones del Ejecutivo nacional y de su grupo administrativo. A noviembre del 2016, se divulgaba en las redes sociales de este sistema que se había alcanzado una cobertura de 4 millones de bolsas de alimentos asignadas (de la meta original de 11 millones) y se proyectó que en los próximos 6 meses sería de 6 millones de asignaciones. Para el gran contingente de población que no se beneficia de estas distribuciones, no hay un sistema de acceso a los alimentos básicos que funcione con regularidad, abastecido y a precios accesibles. Esta población queda sujeta a compras hiper-valoradas, a precios especulativos y riesgosas, todas en el mercado negro de alimentos.
- El salario mínimo oficial ha sido incrementado 2 veces en el trimestre, lo que refleja el incremento constante de la inflación. La inflación alimentaria reflejada en el incremento del bono de alimentación oficial integrado al salario mínimo fue de 500% en el 2016, y la reflejada en el incremento del costo de la bolsa de alimentos de los CLAP de 1.100% (a precios oficiales subsidiados)
- Al inicio de la temporada de cosechas del ciclo 2016-2017, los gremios nacionales estimaron brechas de producción entre un 30%-50% (1) con respecto a la capacidad potencial de siembra, y una cobertura de las demandas regulares de rubros alimentarios vitales de aproximadamente 30%. Las importaciones por cifras emitidas por el Ejecutivo Nacional cayeron en un 52% durante el 2016, por lo que el balance en la disponibilidad de energía alimentaria para el país en el 2016 cierra en negativo.
- Otros factores agravantes del contexto incluyen el desabastecimiento masivo de medicinas y la semiparalización de los servicios de salud por esta causa, el aumento en las enfermedades infecciosas como dengue, chikungunya y malaria y la re-emergencia de enfermedades antes controladas como la difteria y el bocio en algunos estados. El inicio de la temporada de lluvias no significó una normalización del suministro del agua potable. En muchas zonas urbanas del país el suministro de agua es deficiente y puede interrumpirse por días.
- Los niveles de conflictividad política y social se incrementaron por la suspensión del calendario para todos los procesos electorales correspondientes al período y por el aumento de las protestas por escasez. El Observatorio Venezolano de Conflictividad Social registra un promedio de 21 manifestaciones, protestas y saqueos por día.
- A razón de esta situación, el Estado sigue bajo la administración de un Decreto de Estado de Excepción por emergencia económica que lleva ya 9 meses de implementación, aunque constitucionalmente era previsto solo para 6 meses. Bajo

este decreto no se han tomado medidas humanitarias, ni se han asignado recursos excepcionales para la atención de la crisis de alimentación y salud.

- En diciembre se instaló una mesa de diálogo con intermediación del Vaticano para llegar a acuerdos entre el gobierno y los partidos agrupados en la coalición de unidad. Uno de los acuerdos preliminares fue la apertura de un canal humanitario para el ingreso de medicinas y alimentos esenciales. Sin embargo, a la fecha, este acuerdo no ha sido concretado. Antes, por el contrario, a la única organización a la que se hizo mención para el manejo de estos insumos que fue Caritas de Venezuela, se le confiscó en aduanas el único contenedor de insumos humanitarios bajo argumento de abandono fiscal y dada la demora para su retiro por las complejidades que impusieron para su retiro.
- El año 2016 cierra con una suspensión de esa instancia de diálogo y, en lo económico y alimentario, los anuncios de un sistema de automatización de los CLAP a través de una tarjeta de registro con la cual aparentemente se podrá pagar electrónicamente los insumos, pero también quedar registrados en los sistemas oficiales con respecto a aspectos demográficos y de militancia política en las organizaciones de base del gobierno revolucionario.

4. ESTADO NUTRICIONAL

1. Resumen de Índices con Implicaciones Humanitarias

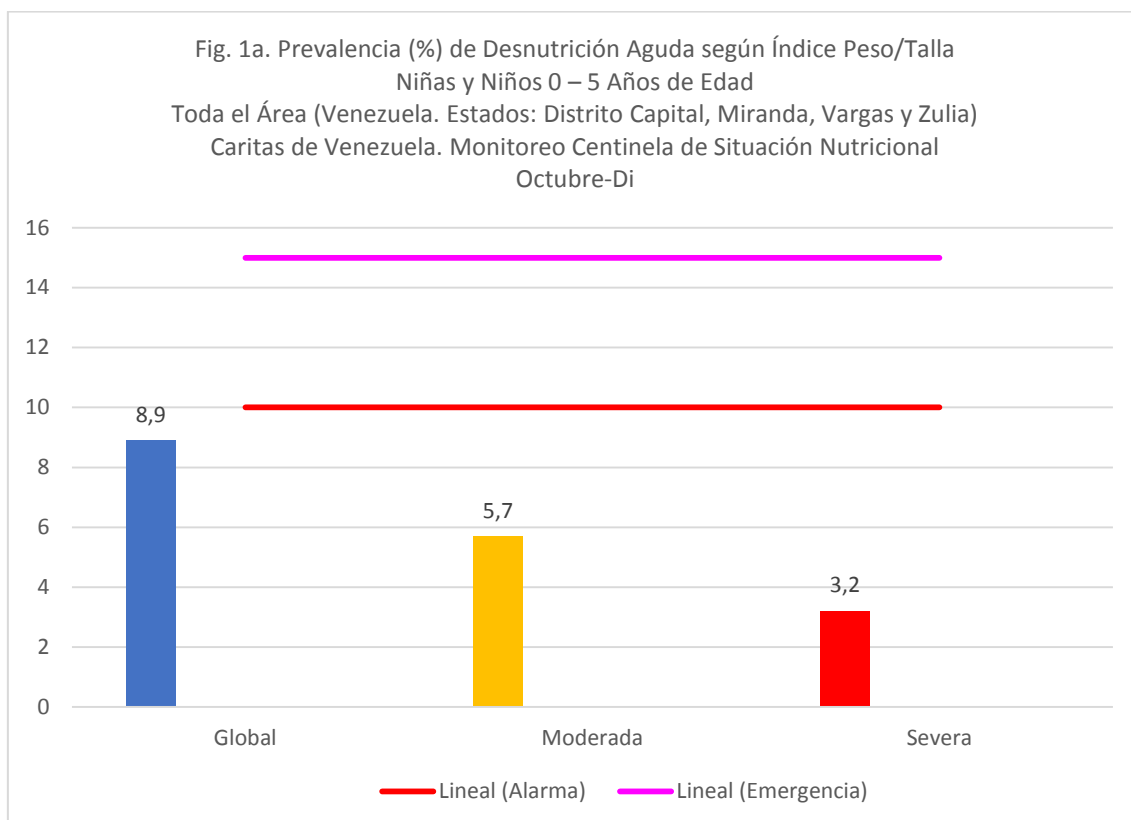
DESNUTRICIÓN AGUDA (ÍNDICE PESO/TALLA)	PREVALENCIA. OCT-NOV 2016 NIÑOS < 5 AÑOS									
	TODA ÁREA		CAPITAL		MIRANDA		ZULIA		VARGAS	
	n = 818		n = 222		n = 151		n = 360		n = 85	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Desnutrición Aguda Global (< -2 Z-SCORE)	73	8.9	15	6.8	11	7.3	36	10.0	11	12.9
Desnutrición Aguda Moderada (< -2 Z-SCORE y >=-3 Z-SCORE)	47	5.7	7	3.2	9	6.0	23	6.4	8	9.4
Desnutrición Aguda Severa (< -3 Z-SCORE)	26	3.2	8	3.6	2	1.3	13	3.6	3	3.5

Índices Totales

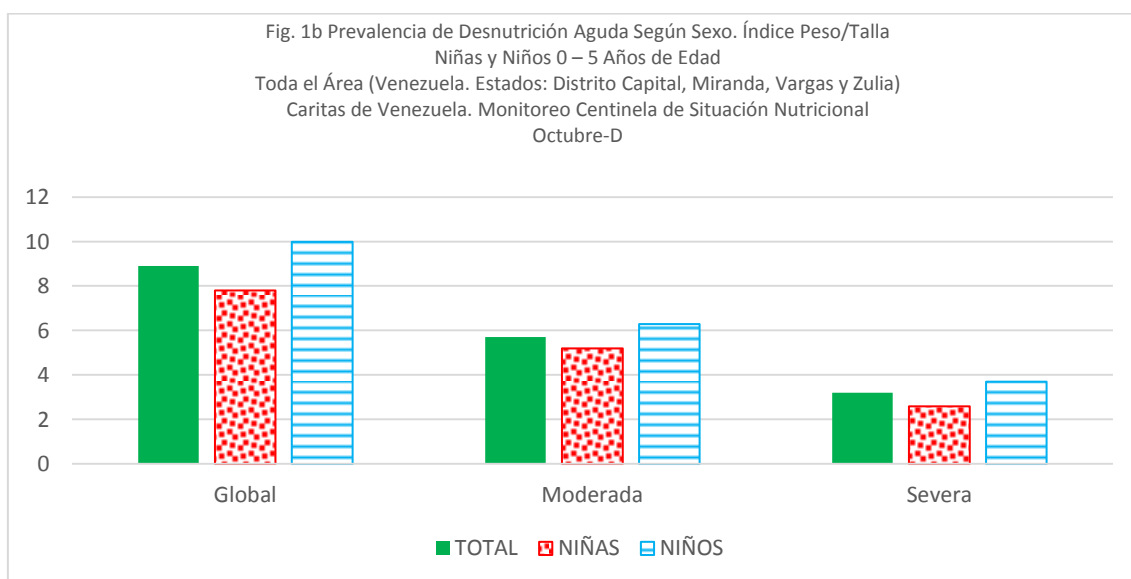
MALNUTRICIÓN (ÍNDICE PESO/TALLA)	PREVALENCIA. OCT-NOV 2016 NIÑOS < 5 AÑOS - TODA EL ÁREA	
	n	%
Desnutrición Aguda Leve (< -1 Z-SCORE y >=- 2 Z-SCORE)	129	15.7
Desnutrición Aguda Moderada (< -2 Z-SCORE y >=-3 Z-SCORE)	47	5.7
Desnutrición Aguda Severa (< -3 Z-SCORE)	26	3.2
TOTAL DESNUTRICIÓN AGUDA	202	24.6
Riesgo de Desnutrición (0 y >=- 1 Z-SCORE)	225	27.6
Sobrepeso	129	15.8
Estado Nutricional Normal	262	32.0

2. Desnutrición Aguda (oct-dic 2016)

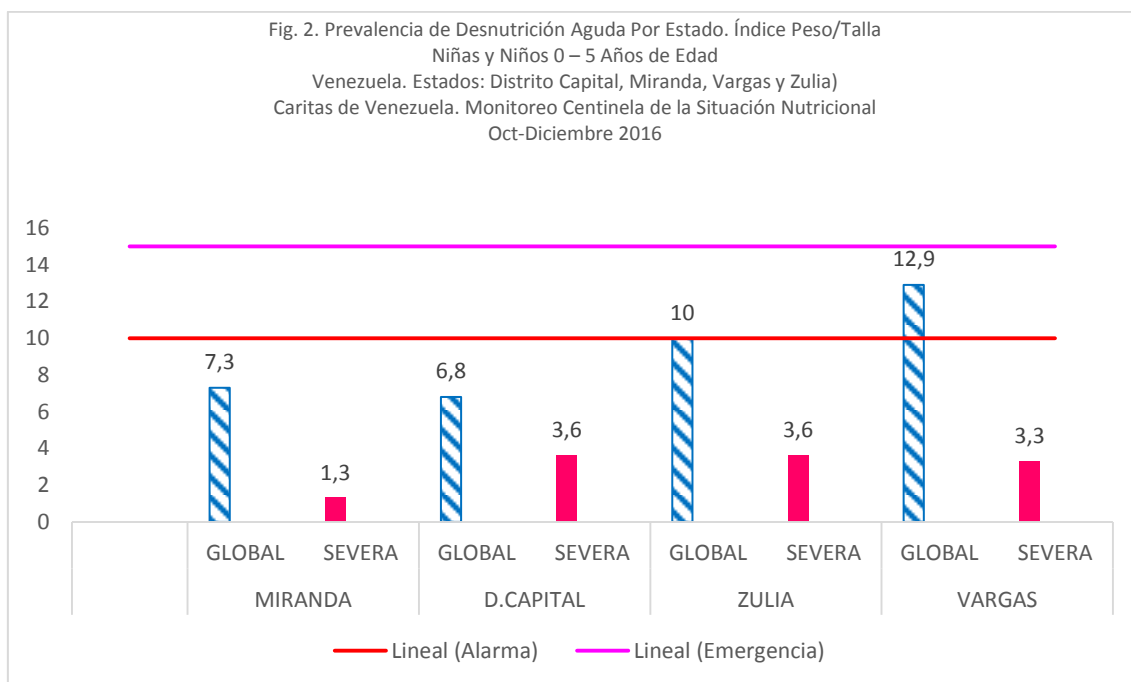
Considerando toda el área estudiada en conjunto (4 estados), la prevalencia de desnutrición aguda en niñas y niños <5 años se registra en 8.9%. (Fig. 1a y b – Cuadro 1 en Anexos). No se identificaron niños con edema ni se detectaron complicaciones clínicas entre los niños con desnutrición severa detectados (sin embargo, estos recibieron una referencia para una consulta médica en profundidad con médicos que apoyan el programa).



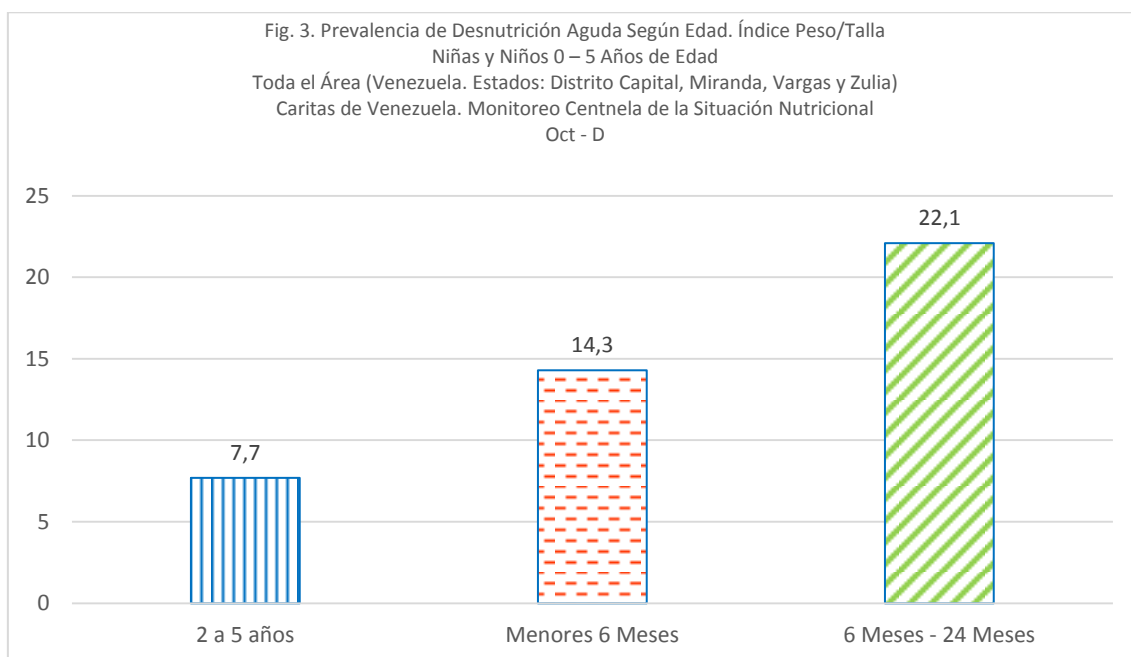
La prevalencia es mayor en niños que en niñas para el mismo indicador (Fig. 1a y b – Cuadro 1 en Anexos).



El análisis por estado indica que el estado con la mayor prevalencia de desnutrición aguda global (el mayor número de niños desnutridos) es Vargas (12.9% de desnutrición aguda), sin embargo, la forma más severa de desnutrición se presenta en mayor prevalencia en Zulia y el Dto. Capital. El estado con menores prevalencias de desnutrición aguda global es el Dto. Capital, sin embargo, es uno de los estados en los que la prevalencia de las formas más severas es más alta (3.6%) (Fig. 2 – Cuadro 2 en Anexos).



El análisis por grupo de edad indica que los niños menores de 2 años son el grupo de edad más afectado. Para este grupo de edad la prevalencia de desnutrición aguda global es de 22.1%, en comparación con la prevalencia en el grupo de 2 a 5 años que es de 7.7% (Fig. 3 – Cuadro 3 en Anexos).

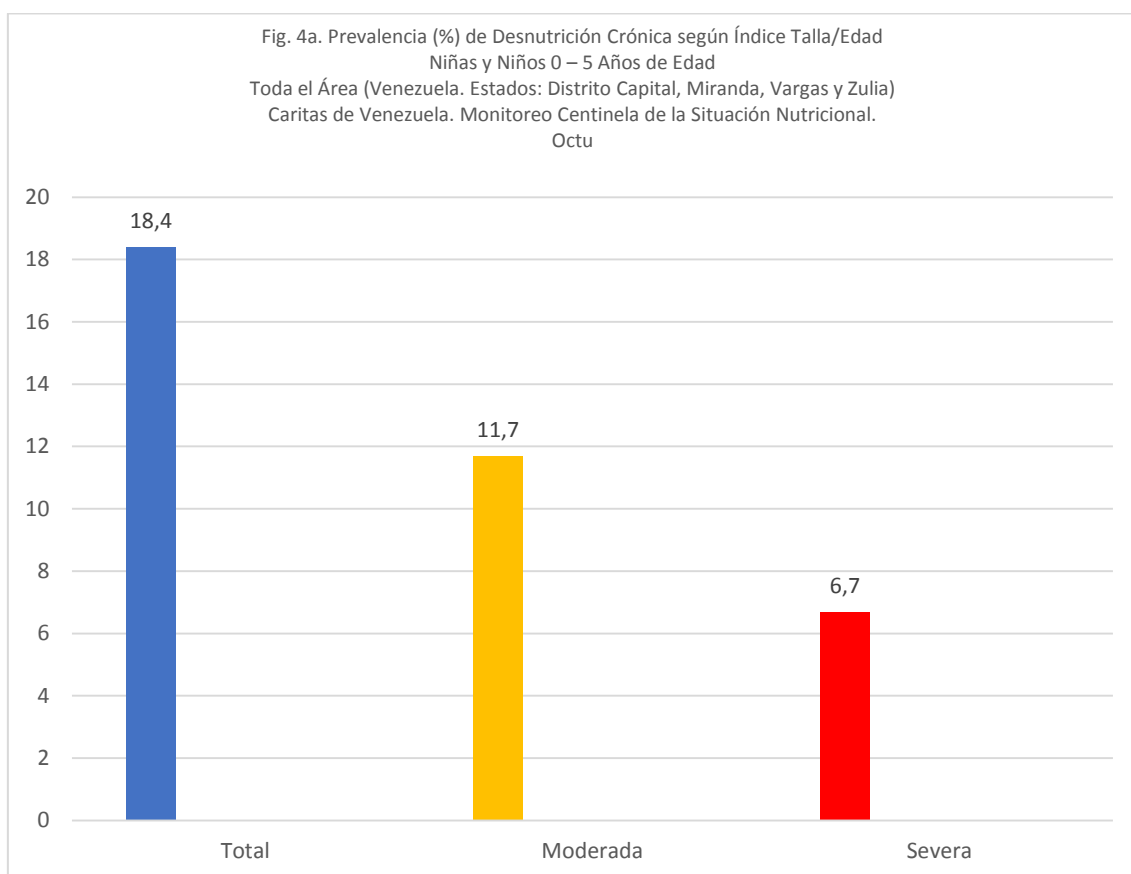


Se estimó también la prevalencia de desnutrición aguda leve y se identificaron niños

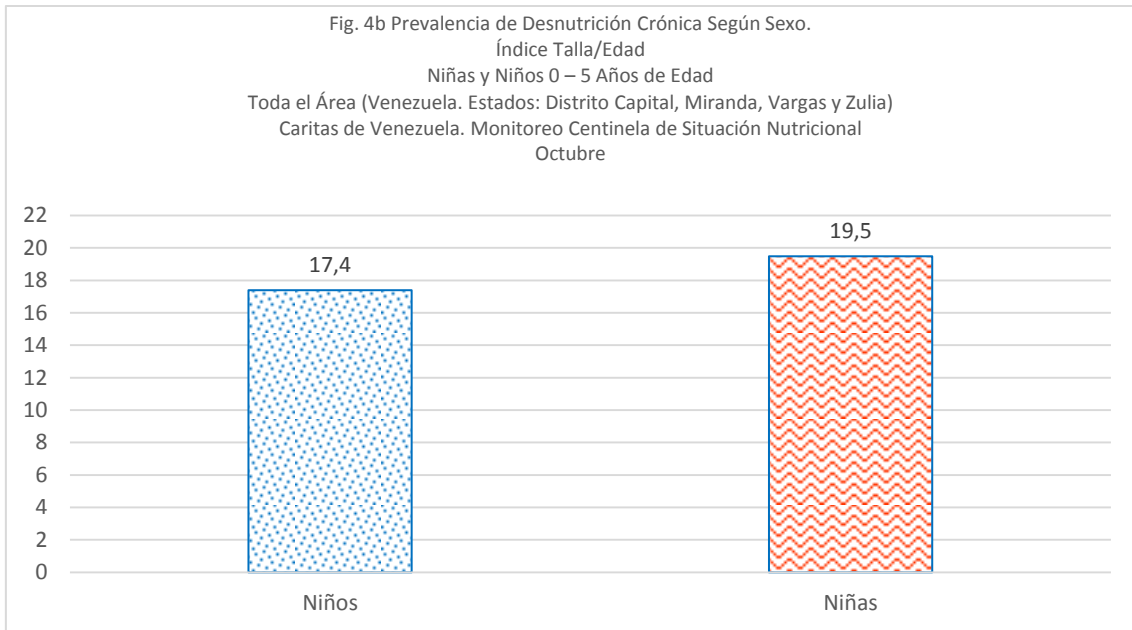
en riesgo de desnutrición. Estas mediciones se hicieron con fines programáticos de manera de identificar niños que serían atendidos con un esquema preventivo de suplementación nutricional. Considerando toda la zona evaluada, se registraron en riesgo de desnutrición 27.6% de los niños estudiados y se identificaron con desnutrición aguda leve el 15.7%. Este grupo en conjunto, sumados a los identificados con formas moderada y severa de desnutrición aguda, suman en total 427 niños ya integrados al esquema de atención del programa.

3. Desnutrición Crónica (oct-dic 2016)

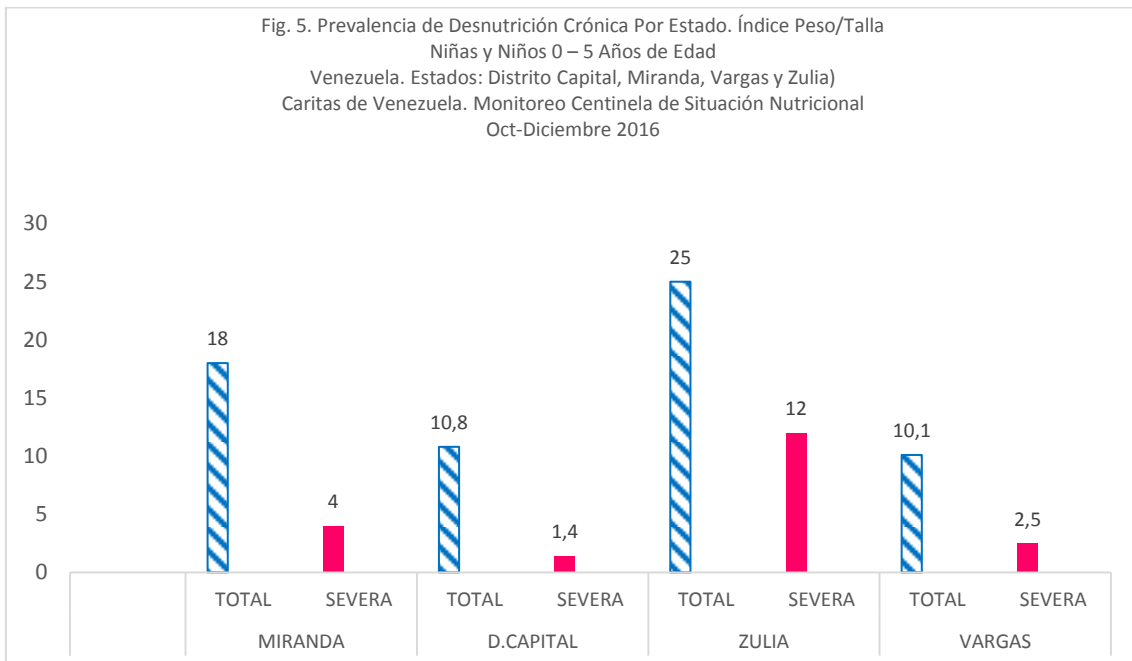
Considerando toda el área estudiada en conjunto (4 estados), la prevalencia de desnutrición crónica en niños <5 años se registra en 18.4%. (Fig. 4a).



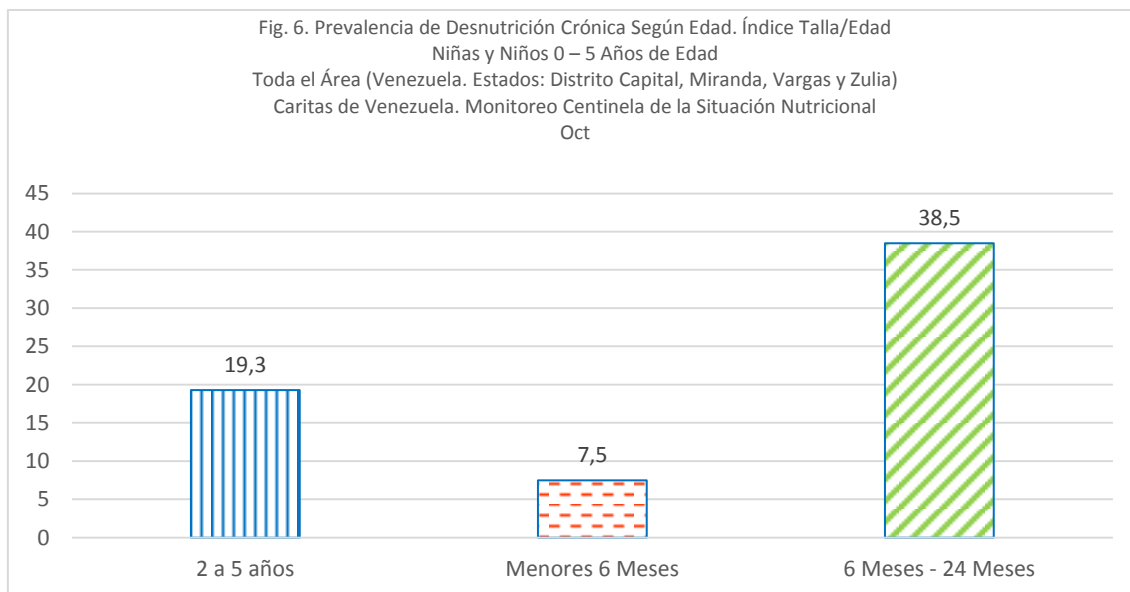
A diferencia que la desnutrición aguda, la prevalencia de desnutrición crónica es levemente mayor en niñas que en niños (Fig. 4b).



El análisis por estado indica que el estado con la mayor prevalencia de desnutrición crónica es Zulia (25% de desnutrición crónica). Zulia mostró también las formas más severas de desnutrición crónica. El estado con menores prevalencias de desnutrición crónica es el Dto. Capital (10%) (Fig. 5).



El análisis por grupo de edad indica que los niños menores de 2 años son el grupo de edad más afectado. Para este grupo de edad la prevalencia de desnutrición crónica es de 38.5%, en comparación con la prevalencia en el grupo de 2 a 5 años que es de 19.3% (Fig. 6).



4. Otras Formas de Malnutrición (oct-dic 2016)

➤ **Tasas de Bajo Peso (Desnutrición según Índice Peso/Edad).**

Considerando toda el área estudiada en conjunto (4 Estados), la prevalencia de BAJO PESO en niños <5 años se registra en 11%. Solo Zulia sobrepasa la tendencia total con una prevalencia de 13.3%.

➤ **Tasas de Sobrepeso (Según Índice Peso/Talla).**

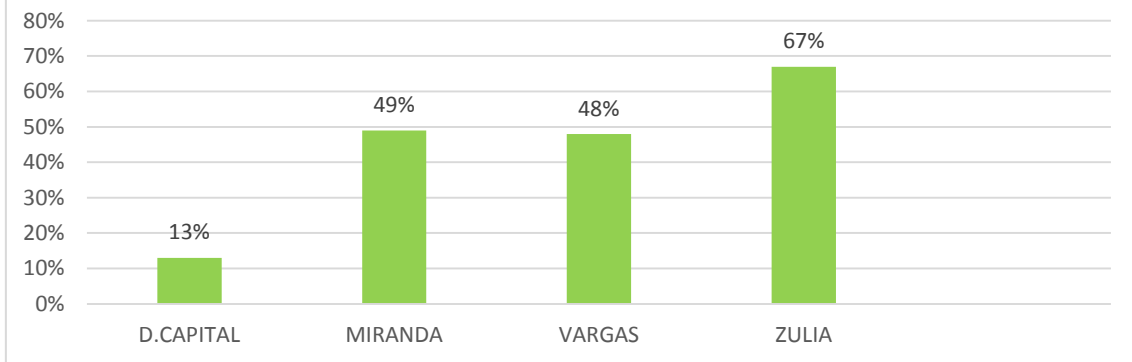
Considerando toda el área estudiada en conjunto (4 Estados), la prevalencia de SOBREPESO Y OBESIDAD en niños <5 años se registra en 15.8%.

5. **DIVERSIDAD DE LA DIETA FAMILIAR (OCT-DIC 2016)**

Considerándose toda el área en su conjunto, se registró que solo un 6% de los hogares alcanzaron una diversidad de dieta adecuada (incluyen en su alimentación más de 9 grupos de alimentos). El 42% de la población registró una diversidad de dieta pobre (alimentación con base en 6 a 9 grupos de alimentos). El 52% de la población mostró una diversidad de dieta inadecuada.

El análisis por entidad federal muestra que los estados con la diversidad de dieta más deficiente fueron Zulia y Vargas. En ambos estados el promedio del PDDF fue de 5 y 6 grupos respectivamente y la proporción de hogares con un puntaje de diversidad de dieta inadecuada fue de 67% y 48% respectivamente. Los estados Miranda (PDDF: 7) y Distrito Capital (PDDF: 7) mostraron puntajes más altos, pero no del todo adecuados. En estos estados la proporción de familias con un puntaje de diversidad de dieta inadecuada alcanzó 49% y 13% respectivamente (Fig. 6a).

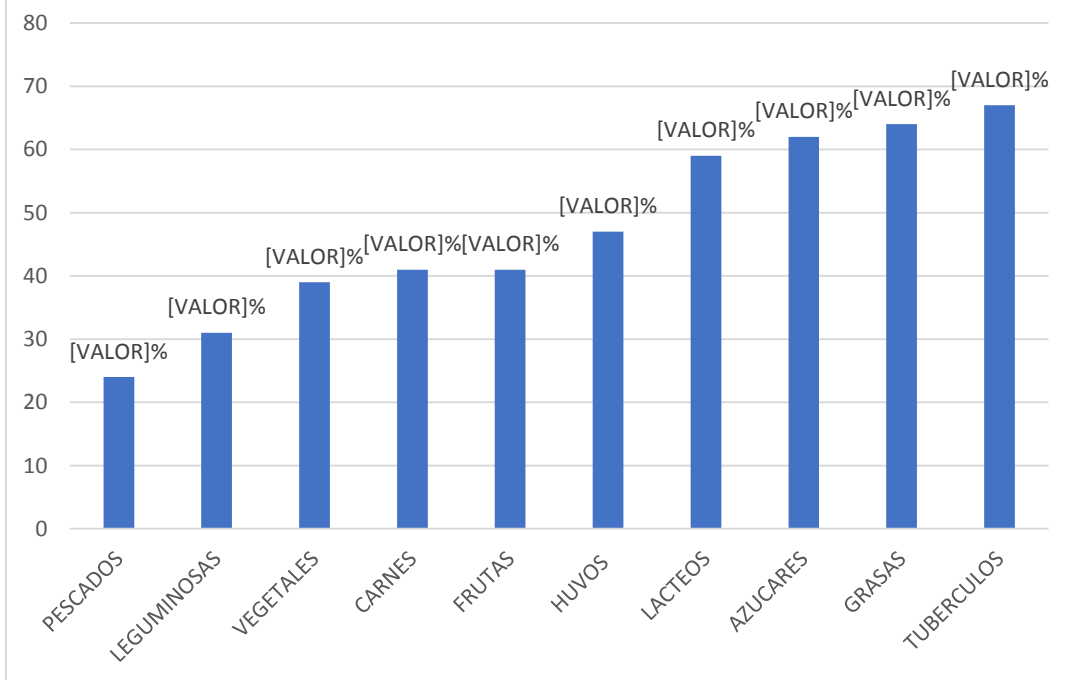
Fig. 6a
 % FAMILIAS CON DIVERSIDAD DE DIETA INADECUADA
 Encuesta de Hogar. Monitoreo Situación Nutricional
 Proyecto S.A.M.A.N CARITAS DE VENEZUELA
 Venezuela. Estados: Distrito Capital, Miranda, Vargas y Zulia
 Octubre-Diciembre 2016



Si se considera que, entre los 12 grupos de alimentos entrevistados 3 corresponden a azúcar, grasa y misceláneos (café, condimentos etc.), se podría decir que, siendo el puntaje de diversidad promedio de 6-7 grupos de alimentos, la población entrevistada basa su alimentación solo en 3-4 grupos de alimento ricos nutricionalmente.

Al analizar el patrón de grupos de alimentos se evidencia que alimentos como las carnes, pescados, huevos, granos, vegetales y frutas, están siendo consumidos todos por menos del 50% de los hogares (Gráfico No. 6b)

Fig. 6b. % Hogares Que Reportan Consumo de Grupos de Alimentos, por Grupo
 Monitoreo De Situación Nutricional. Niñas y Niños 0 – 5 Años de Edad
 Toda el Área (Venezuela. Estados: Distrito Capital, Miranda, Vargas y Zulia)
 Caritas de Venezuela. Monitoreo Centi



Al analizar el patrón de grupos de alimentos consumidos por la mayoría de hogares, encontramos que la dieta se basa solo en 3 grupos de alimentos básicos: tubérculos, cereales (maíz o pan) y queso, además de azúcar y grasas.

ALIMENTO	CONSUMO POR >50% POBLACIÓN	CONSUMO POR <50% POBLACIÓN
MAÍZ - PAN		
TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS		
QUESO		
AZÚCAR		
GRASAS		
VEGETALES		
FRUTAS		
CARNES		
PESCADO		
GRANOS		
HUEVOS		

6. ESTRATEGIAS DE SOBREVIVENCIA FAMILIAR (OCT-DIC 2016)

Considerándose toda el área en su conjunto, se registró un Índice de Estrategias de Supervivencia de 18 puntos. De los estados analizados, solo el Distrito Capital muestra un índice mejor que el promedio para toda la zona. El resto de estados, muestran los Índices de Supervivencia más intensos (Zulia:26, Vargas:25). Se asume que mientras mayor es el índice de estrategias de supervivencia, más intensa es la inseguridad alimentaria que la familia enfrenta.

El análisis del tipo de estrategias de supervivencia utilizadas y la proporción de hogares que recurre a cada una de ellas muestra que:

- ❖ 47% - 61% de los hogares han tenido que cambiar sus formas habituales de adquirir/comprar sus alimentos.
- ❖ 66% - 71% de los hogares reportan haber tenido que deteriorar su alimentación.
- ❖ 48% - 80% de los hogares han incurrido en alguna forma de privación alimentaria.
- ❖ 31% de los hogares han recurrido a alguna forma de destitución de su base de recursos para poder comprar alimentos.
- ❖ 31% de los hogares ha tenido que desmembrar el grupo familiar para enviar a los miembros más vulnerables a alimentarse en otro lugar distinto al hogar.

Las 3 estrategias más frecuentes registradas sobre los *cambios en las formas habituales de adquirir/comprar sus alimentos* son: la compra en el mercado negro de alimentos, el trueque y comer en casa de amigos y familiares. Se registraron también estrategias como comer “en la calle”, incluyendo la mención de las sobras de restaurantes y contenedores de basura (8% hogares), “pedir” comida en la calle y comer con la ayuda de la iglesia (3% hogares). En los estados que se entrevistó población peri-urbana y rural, recurrir a parcelas y a alimentos silvestres (tubérculos y frutas) también se registró entre las estrategias. Las bolsas de los Comités Locales de Abastecimiento (CLAP) solo fueron mencionadas por 2% de los hogares entrevistados.

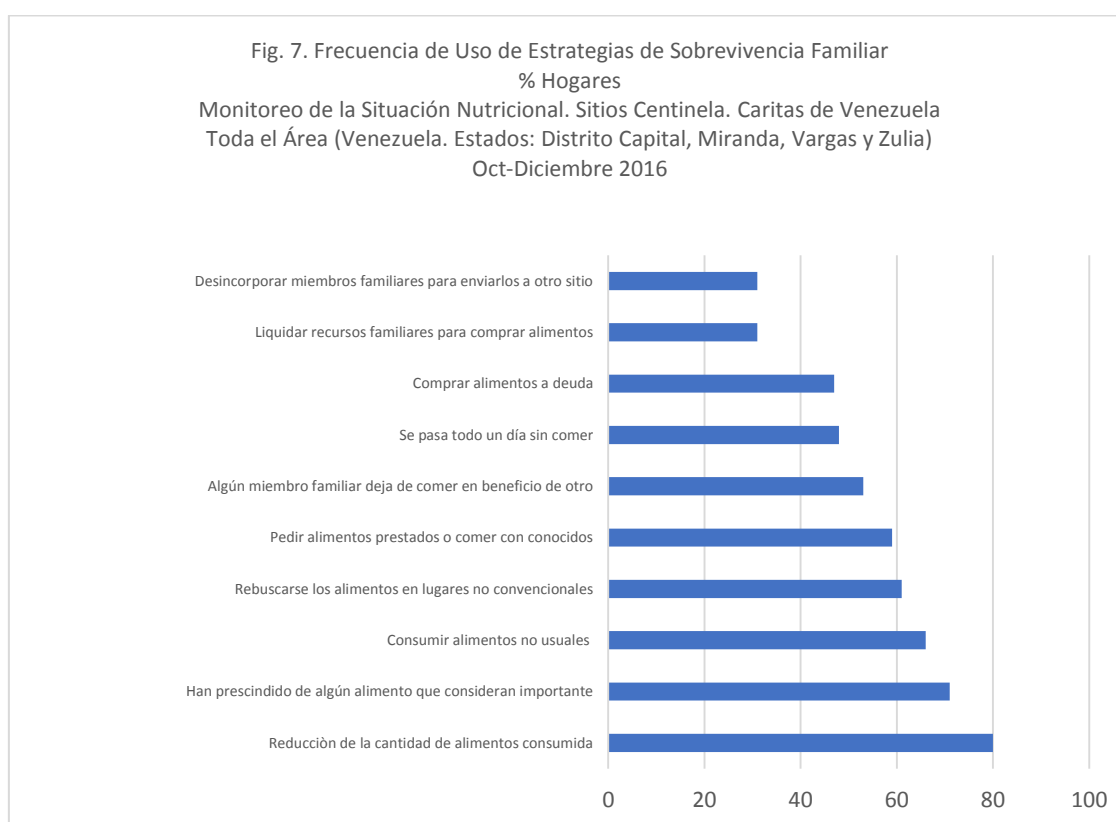
La estrategia que implican deterioro de la calidad de alimentación más frecuentemente registrada, fue optar por alimentos que no son de la preferencia de las familias o se consideran inseguros (sobras, yuca amarga, alimentos comprados a cielo abierto en operativos oficiales – 66% de los hogares).

Las estrategias de privación alimentaria más frecuentemente registradas fueron:

comer menos cantidad y prescindir de alimentos específicos (70%-80% hogares), dejar de comer para que otra persona de la familia coma (53% hogares) y pasar el día entero sin comer (48% hogares). Los alimentos que más hogares refieren haber excluido de su alimentación son carnes y pescado (37% hogares), leche (18% hogares), arepas (16% hogares), granos (13% hogares). Las personas más mencionadas al referirse a quienes dejan de comer para que otras personas en el hogar coman son: mujeres (44% hogares), “adultos en general” (33% hogares) y “ancianos” (18% hogares).

La indagación sobre el tipo de recurso familiar que las familias han liquidado para adquirir alimentos reveló las siguientes opciones: electrodomésticos, bombonas de gas para cocinar, tanques de agua, herramientas de trabajo (sopletes, máquinas de coser) y, en el área rural, animales (especialmente cerdos).

En la Fig. 7 se resumen las estrategias de supervivencia registradas y la frecuencia de hogares que están recurriendo a ellas.



7. SITUACIÓN DE ANEMIA

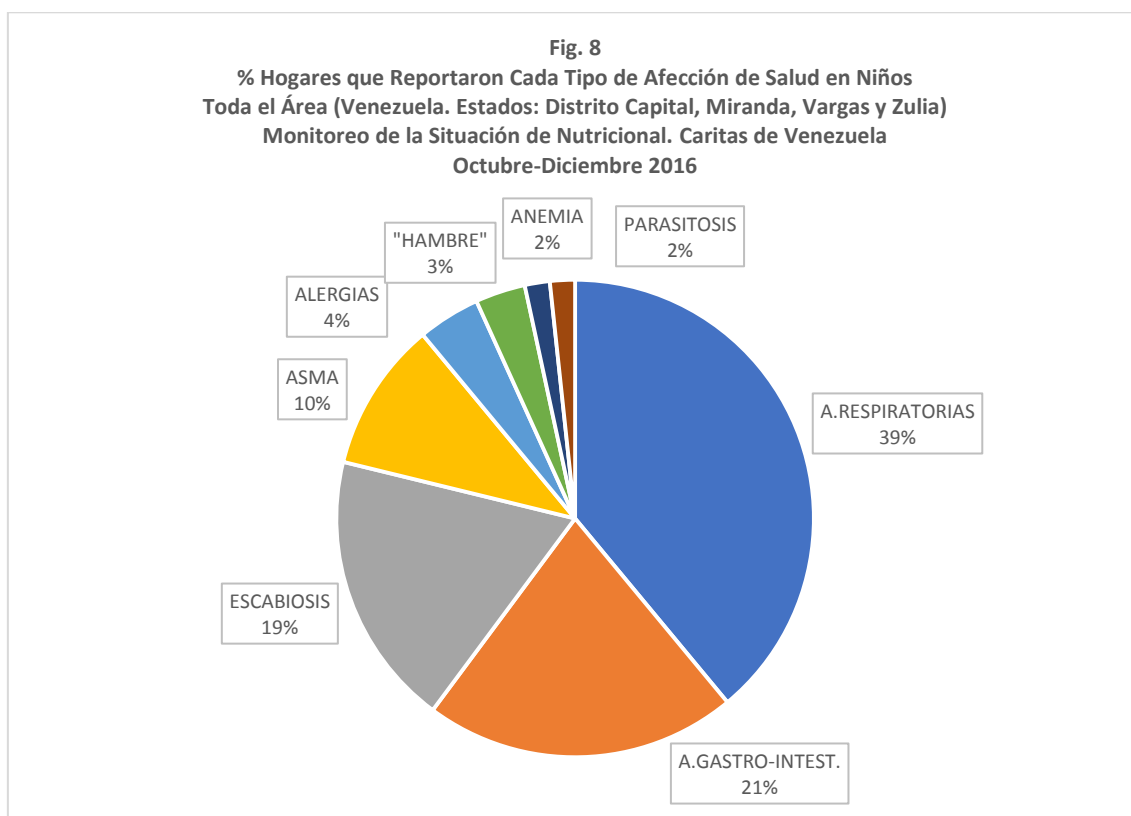
La anemia se estudió solo en Zulia y no para la totalidad de niños evaluados, sino para aquellos que regresaron a consultas consecutivas con valores de laboratorio ya registrados. Los resultados encontrados fueron:

- El 60% de los niños con determinación de hemoglobina mostró algún grado de anemia.
- El 21% de los niños con anemia mostraron anemia leve.
- El 79% de los niños con anemia mostraron anemia moderada.
- No se registraron casos de anemia severa.

8. REGISTRO DE AFECCIONES DE SALUD

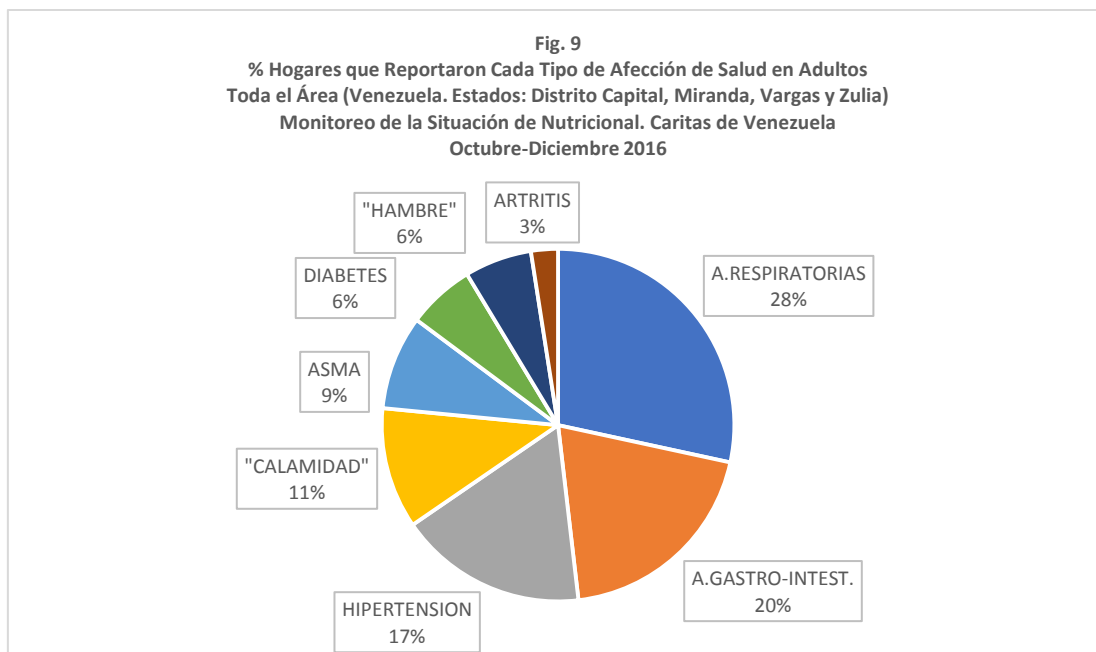
Se registraron a través de la encuesta familiar testimonios sobre afecciones de salud que niños y adultos hubieran tenido recientemente. En ningún caso, las afecciones mencionadas se verificaron con diagnóstico, por lo que solo reflejan testimonios de las personas entrevistadas y no evidencias de morbilidad confirmadas.

Los registros sobre afecciones que han afectado a niños muestran una alta proporción de problemas relacionados con falta de cuidados primarios mínimos y fallas de higiene, acceso a agua segura y saneamiento ambiental (afecciones respiratorias, gastrointestinales y de la piel).



En el caso de adultos los testimonios reflejan las mismas deficiencias primarias que para los niños, a las que se sobreañaden los testimonios de afecciones crónicas mal manejadas.

En ambos casos llama la atención la proporción de personas que refirieron al "hambre" como afección, y en el caso particular de los adultos la mención de la "calamidad" o de "problemas de los nervios" entre las afecciones mencionadas.



9. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

1. En las parroquias bajo monitoreo de la situación nutricional, el 25% de las niñas y niños evaluados mostraron alguna forma de desnutrición aguda y el 28% mostraron riesgo de desnutrición (Octubre a Diciembre 2016).
2. Los niveles registrados de desnutrición aguda global en las 4 entidades federales en conjunto, son cercanos a una situación de **severidad media** según el sistema de clasificación de la OMS para evaluar la desnutrición en poblaciones (10).
3. Para algunos estados específicos como Zulia y Vargas, la prevalencia de desnutrición aguda global ya sobrepasó los umbrales de **severidad media** y coinciden con los límites que definen una situación de **alarma o crisis** en los marcos internacionales de clasificación de las crisis humanitarias (2).
4. La severidad del daño nutricional registrado no se comporta igual que el número de niñas y niños desnutridos: el estado Vargas se presenta como el estado con mayor número de niños desnutridos, pero las formas más severas de desnutrición se presentan más en Zulia y el Dto. Capital. Esto hace pensar que hay **factores agravantes** que hacen más intensa la desnutrición en algunos estados, probablemente relacionados con el deterioro de la salud y la precariedad de los servicios de agua y saneamiento. .
5. El estado Zulia muestra una situación alarmante por tener, no solo una cantidad elevada de casos, sino también formas severas de desnutrición y anemia. El carácter rural de esta población, su dependencia de la ganadería y la existencia en la zona de población indígena y desplazada del conflicto en Colombia, hacen pensar que los problemas recientes de deterioro de la actividad agrícola, inseguridad de los trabajadores rurales de la zona e inestabilidad de las operaciones de la frontera, han afectado de manera particular a estas parroquias y reagudizado la situación de pobreza extrema en la que viven.

6. Los índices monitoreados reflejan no solo desnutrición aguda (que refleja deterioro reciente en meses), sino también desnutrición crónica (que aparece después de un retardo de crecimiento acumulado por 2 a 5 años). Las altas prevalencias de desnutrición crónica, en simultáneo con el incremento de la desnutrición aguda, hacen pensar que estamos frente a una **crisis de instalación lenta con una reagudización intensa** en los últimos 2 años. Las diferencias entre estados hacen pensar que no todos han podido amortiguar la crisis igualmente y que en alguno de ellos deben estar operando factores agravantes.
7. Los niveles de desnutrición encontrados **solo son representativos** de las parroquias monitoreadas.
8. Son los niños menores de 2 años los más afectados por la desnutrición aguda. La prevalencia de desnutrición aguda en niñas y niños menores de 6 meses duplica la de los niños mayores de 2 años. La preponderancia de la desnutrición en estos grupos de edad, no solo indica lo reciente del deterioro de su seguridad alimentaria, sino que puede estar reflejando el resultado de embarazos de mujeres que cursaron el período de gestación bajo privación alimentaria.
9. Esta mayor incidencia de la desnutrición en los niños más pequeños da un carácter crítico a la situación, por la irreversibilidad de los impactos de la desnutrición cuando ocurre a esta edad.
10. En el grupo monitoreado se registra un 15% de sobrepeso. Esta situación, en poblaciones con elevadas cifras de desnutrición aguda, puede ser el reflejo de una malnutrición subyacente, no expresada en términos de delgadez, pero con sobrepesos que coexisten con déficits de micronutrientes como la anemia. Esta situación permite decir que en el grupo monitoreado se sigue dando el proceso epidemiológico de la DOBLE CARGA de malnutrición (por déficit y por exceso) que venía ocurriendo en el país, y en América Latina.
11. La situación de anemia registrada entre las niñas y niños de las parroquias de Zulia, coincide con los límites de una situación de **severa gravedad** según los criterios epidemiológicos de la OMS y es expresión de lo que se denomina “hambre oculta”, como reflejo de una alimentación no solo deficiente en cantidad, sino también en calidad.
12. Que los más altos niveles de desnutrición, se presenten en las parroquias en las que se registraron también los más bajos Puntajes de Diversidad de Dieta y los más altos Índices de Estrategias de Supervivencia, es confirmatorio de que la inseguridad alimentaria es un factor subyacente a la desnutrición encontrada.
13. La evaluación de la diversidad de la dieta familiar refleja una alimentación de muy mala calidad, con déficit de alimentos fuente de nutrientes críticos. Es alarmante la baja proporción de hogares que reporta incluir en su alimentación alimentos fuentes de proteína de alto valor biológico, de hierro y de vitamina A. Incluso las proteínas que en períodos recientes eran de más fácil acceso económico como los granos y el pescado, ya aparecen consumidos por una muy baja frecuencia de hogares. Esto puede estar determinado un riesgo aumentado de anemia y de mayor morbi-mortalidad infantil.
14. Las cifras de deterioro de la diversidad de la dieta familiar son consistentes con la disminución en el consumo aparente de alimentos que ya venía reportando el INE en la Encuesta de Seguimiento al Consumo desde el 2014, pero contradicen los adecuados niveles de ingesta reportados en la Encuesta de Seguimiento al

Consumo real de alimentos reportadas por la misma entidad para el último trimestre del 2015 (5,6).

15. Las estrategias de sobrevivencia que han puesto en marcha las familias frente a esta situación reflejan una profunda crisis de inseguridad alimentaria familiar y una destitución de las funciones de alimentación que van, desde un cambio en las formas y lugares habituales de acceso al alimento, hasta una carencia de alimentos culturalmente importantes y arraigados en la identidad nacional, pasando por una privación alimentaria severa y una descapitalización de las familias para poder cubrir sus necesidades inmediatas de alimentación.
16. Se están registrando estrategias de sobrevivencia inseguras e irreversibles desde el punto de vista económico, social y biológico, siendo especialmente preocupantes el consumo de alimentos rebuscados en las calles, la mendicidad, la liquidación de recursos productivos de los que depende la seguridad económica y alimentaria en el corto y mediano y plazo y el desmembramiento de la cohesión familiar por razones alimentarias. Estas estrategias amortiguan precariamente el déficit de alimentación, en detrimento de otras necesidades económicas, sanitarias y psico-afectivas de las familias.
17. El registro de estrategias confirma por último la consolidación de un mercado negro de alimentos que no puede garantizar a la población la cantidad, calidad y seguridad de alimentos necesarios, y cuya recurrencia como fuente de abastecimiento implica para las familias una inversión irrecuperable de tiempo y carga física, psicológica y social.
18. Por el contrario, llama la atención la recurrencia de los mecanismos de solidaridad vecinal y de la iglesia como fuentes amortiguadoras de la carencia de alimentos. Estos son opciones con buen potencial para apoyar posibles respuestas.
19. El patrón de morbilidad reflejado en los registros de afecciones mencionadas por las familias, sugiere fallas de saneamiento ambiental y de atención primaria mínimas, especialmente en lo relativo a afecciones respiratorias, parasitarias y de la piel. Independientemente del análisis numérico, la mención de afecciones como “hambre” y “calamidad” entre los problemas de salud mencionados por la gente, revela la dificultad intensa que las familias están afrontando y el intenso deterioro de su salud mental.
20. La ocurrencia conjunta de desnutrición y morbilidad puede desencadenar un incremento exponencial de la mortalidad infantil si no se toman medidas urgentes. El círculo vicioso entre la desnutrición y la enfermedad, en el cual una condición estimula a la otra, puede tener consecuencias muy graves en el corto plazo.
21. Lo agudo de la situación nutricional encontrada y el grupo de edad más afectado exigen una respuesta urgente. La desnutrición a este nivel de intensidad y entre niñas y niños pequeños, los predispone irreversiblemente a las enfermedades prevalentes de la infancia, al rezago escolar en el corto plazo, y al social, productivo y psico-afectivo en el mediano plazo. Produce también destitución y fragmentación familiar y, a nivel de la sociedad, tensión social y violencia.

10. RECOMENDACIONES

1. Verificar y hacer una vigilancia epidemiológica de la situación nutricional en forma más amplia y constante, para poder establecer respuestas oportunas (producir

más evidencia comunitaria y alertar).

2. Dar respuesta urgente a la situación encontrada. La ocurrencia de formas moderadas y severas de desnutrición, así como la prevalencia de un gran número de niñas y niños en riesgo, demandan que la respuesta sea de carácter terapéutico (esquemas de alimentación terapéutica para la recuperación de los niños), pero también preventiva y de mitigación de los daños que se sigan generando mientras no se resuelva la crisis alimentaria de país (suplementos nutricionales).
3. La respuesta de mitigación y prevención amerita recursos extraordinarios no accesibles en las parroquias e instituciones sanitarias y de cuidado del país, por lo que se recomienda facilitar formas extraordinarias de cooperación y asignación de recursos especiales inmediatos para la mitigación del daño nutricional y recuperación de las niñas y niños ya afectados.
4. La respuesta debe incluir la dotación de suplementos alimentarios y nutricionales de emergencia y esquemas de los medicamentos mínimos necesarios en dispensarios, hospitales, entidades de atención a población en situación de dependencia, incluyendo hospitales psiquiátricos y presidios.
5. Es necesario complementar estas acciones de rehabilitación y mitigación con medidas más amplias que permitan rectificar y resolver la crisis de inseguridad alimentaria en el país. Canalizar subsidios alimentarios directos que lleguen a población vulnerable y tomar las medidas necesarias para restaurar formas habituales y eficientes de tener acceso a los alimentos in discriminación, con facilidad y con suficiencia nutricional es perentorio.
6. Sin una adecuada restauración del acceso a facilidades mínimas de agua segura y saneamiento, ninguna de las acciones en lo alimentario rendirán beneficio nutricional.
7. Es necesario poner la respuesta a esta crisis alimentaria en un lugar prioritario en las agendas de coordinación social y económica, despolitizando la protección y la atención de los más vulnerables y facilitando el trabajo asistencial a todos los actores (oficiales y no oficiales) que tienen rápido acceso a las poblaciones más necesitadas en todo el país.

11. REFERENCIAS

1. FEDEAGRO/FEDENAGA, 2016. Ponencia del Foro: *Nuevo Rol del Sector Agroalimentario en el Desarrollo del País*. Organizado por Fedeagro, Fedenaga, Acción Campesina y el Núcleo de Decanos de Ciencias del Agro y del Mar. Caracas, Septiembre 2016
2. Food and Agriculture Organization of the United Nations FAO/FSNAU 2006. *Marco integrado de clasificación de la seguridad alimentaria y la fase humanitaria: Manual técnico versión 1*. Nairobi Serie técnica IV FAO/FSNAU.
3. Food and Agriculture Organization of the United Nations. FAO. 2011. *Guidelines for Measuring Household and Individual Dietary Diversity*. (Lineamientos para Medir La Diversidad de la Dieta Individual y Familiar), Rome 2011
4. Instituto Nacional de Estadísticas - INE -. Abril 2012. *Indicadores Básicos de Salud 2009 – 2011*. Venezuela.
5. Instituto Nacional de Estadísticas - INE -. Agosto 2014. *Encuesta de Seguimiento al Consumo de Alimentos (ESCA)*. Segundo Semestre 2012 al Primer semestre 2014.
6. Instituto Nacional de Estadísticas - INE -. Julio 2016. *Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos (ENCA)*. Informe Resultados Preliminares. Abril-Septiembre 2015. Venezuela.
7. Instituto Nacional de Nutrición – INN -. 2014. Perfil Nutricional. Venezuela 2013-2014. Versión Preliminar. Venezuela 2014.
8. Maxwell, Dan & Co. 2003. *The Coping Strategies Index*. A Field Methods Manual. (El Índice de Estrategias de Sobrevivencia. Manual de Métodos para el Terreno). CARE/WFP. 2003.
9. Unicef, 2011. *The Harmonised Training Package (HTP) for Nutrition in Emergencies*. Module 10: Nutrition information and surveillance systems. (Paquete Armonizado de Capacitación sobre Nutrición en Emergencias. Módulo 10: Sistemas de Información y Vigilancia Nutricional). New York 2011.
10. World Health Organization, 2000. *The Management of Nutrition in Major Emergencies (El Manejo de la Nutrición en Emergencias a Gran Escala)*. Geneva 2000.
11. Organización Mundial de la Salud. OMS 2007. Manual WHO Anthro para computadoras personales. Software para evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños del mundo.
12. Organización Mundial de la Salud. 2007. *Assessing the iron status of populations (Evaluación del Status del Hierro en Poblaciones)*. Geneva, Switzerland, 2nd ed.

ANEXOS

Cuadro No. 1
Prevalencia de Desnutrición Aguda Por Sexo. Índice Peso/Talla y/o Niños con Edema.
Niñas y Niños 0 – 5 Años de Edad
Toda el Área (Venezuela. Estados: Distrito Capital, Miranda, Vargas y Zulia)
Caritas de Venezuela. Monitoreo Centinela del Estado Nutricional
Octubre-Diciembre 2016

DESTRUCTION AGUDA	PREVALENCIA. OCT- DIC 2016					
	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS	
	n = 526		n = 277		n = 249	
	No.	%	No.	%	No.	%
Desnutrición Aguda Global (<-2 Z-SCORE)	73	8.9	43	10.0	30	7.8
Desnutrición Aguda Moderada (<-2 Z-SCORE AND >=-3 Z-SCORE)	47	5.7	27	6.3	20	5.2
Desnutrición Aguda Severa (<-3 Z-SCORE)	26	3.2	16	3.7	10	2.6

Patrón de Referencia: OMS 2006

Exclusión de z-scores según filtros de patrones OMS: ZPT -5 a 5; ZTE -6 a 6; ZPE -6 a 5

Cuadro No. 2
Prevalencia de Desnutrición Aguda Por Sexo. Índice Peso/Talla y/o Niños con Edema.
Niñas y Niños 0 – 5 Años de Edad
Por Estado (Venezuela. Estados: Distrito Capital, Miranda, Vargas y Zulia)
Caritas de Venezuela. Monitoreo Centinela del Estado Nutricional
Octubre-Diciembre 2016

DESTRUCTION AGUDA	PREVALENCIA. OCT-DIC 2016									
	TODA AREA		D.CAPITAL		MIRANDA		ZULIA		VARGAS	
	n = 526		n = 185		n = 72		n = 39		n = 230	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Global (<-2 Z-SCORE)	73	8.9	15	6.8	11	7.3	36	10.0	11	12.9
Moderada (<-2 Z-SCORE AND >=-3 Z-SCORE)	47	5.7	7	3.2	9	6.0	23	6.4	8	9.6
Severa (<-3 Z-SCORE)	26	3.2	8	3.6	2	1.3	13	3.6	3	3.3

Patrón de Referencia: OMS 2006

Exclusión de z-scores según filtros de patrones OMS: ZPT -5 a 5; ZTE -6 a 6; ZPE -6 a 5

Cuadro No. 3
 Prevalencia de Desnutrición Aguda Por Edad. Índice Peso/Talla y/o Niños con Edema.
 Niñas y Niños 0 – 5 Años de Edad
 Toda el Área (Venezuela. Estados: Distrito Capital, Miranda, Vargas y Zulia)
 Caritas de Venezuela. Monitoreo Centinela del Estado Nutricional
 Octubre-Diciembre 2016

		DESNUTRICIÓN AGUDA. ÍNDICE PESO/TALLA y/o NIÑOS CON EDEMA OCT-DIC 2016							
		Severa (<-3 z-score)		Moderada (>= -3 y <-2 z-score)		Otras (> = -2 z score)		Edema	
Edad Meses	Total no.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0-5	70	4	5.7	6	8.6	60	85.7	0	0.0
6-17	157	7	4.5	8	5.1	142	90.4	0	0.0
18-23	56	0	0.0	7	12.5	49	87.5	0	0.0
24-59	535	15	2.8	26	4.9	494	92.3	0	0.0
Total	818	26	3.2	47	5.7	745	91.1	0	0.0

Patrón de Referencia: OMS 2006

Exclusión de z-scores según filtros de patrones OMS: ZPT -5 a 5; ZTE -6 a 6; ZPE -6 a 5