

**MONITOREO CENTINELA DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS
VENEZUELA. ESTADOS: DISTRITO CAPITAL, MIRANDA, VARGAS Y ZULIA
PERIODO: ENERO - FEBRERO 2017. CARITAS DE VENEZUELA. Segundo Boletín**

A. 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 y más afectada por la crisis, 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.

Este proyecto de Caritas de Venezuela está fundamentado sobre uno de los principios básicos de nuestra acción en todo el mundo: La Compasión en Acción. Como organización representamos una iglesia vinculada profundamente a Jesucristo y al amor samaritano que auxilia, acompaña y transforma; de modo especial en las realidades que trabajamos donde en medio del sufrimiento y la pobreza cada acción realizada en favor de quienes más lo necesita es un signo de una nueva humanidad que muestra la misericordia de Dios.

El primer resultado esperado del proyecto es la instalación de un sistema de monitoreo de la situación nutricional que informe periódica y oportunamente sobre el estado nutricional de niñas y niños menores de 5 años (Sistema S.A.M.A.N).

Se reporta en este boletín los hallazgos del monitoreo de la desnutrición aguda en niñas y niños menores de 5 años en las parroquias evaluadas durante el período Enero y Febrero 2017, así como las tendencias con respecto al último trimestre del 2016.

El balance de cobertura del sistema de monitoreo S.A.M.A.N. en el período cubierto es:

- 787 registros antropométricos procesados, de niñas y niños menores de 5 años
- 212 encuestas familiares de seguridad alimentaria y nutricional
- 31 parroquias monitoreadas
- 12 municipios
- 4 estados (diócesis)

B. TENDENCIAS GENERALES DEL CONTEXTO

- Durante el mes de diciembre 2016 se tuvo el pago de aguinaldo y bonificaciones de fin de año. Hubo distribuciones excepcionales por parte del programa oficial de alimentos manejado por Comités Locales de Abastecimiento y Producción.
- Durante Enero 2017 hubo un incremento del Salario Mínimo Oficial monetario de 33% sin cambios en la asignación del subsidio directo de alimentación (CestaTicket).
- En febrero de 2017 hubo un segundo incremento del Cesta Ticket de Alimentación, que subió el salario total integral en 63% con respecto al salario mínimo de diciembre 2016. A Marzo del 2017 el Salario Mínimo Oficial Integral es de 148.638 Bs.
- La canasta alimentaria a precios no regulado se incrementó 22% entre el último trimestre del 2016 y febrero del 2017. Al cierre de este periodo es de 665.682 Bf., es decir, el equivalente a 6,3 salarios mínimos. (Cendas).

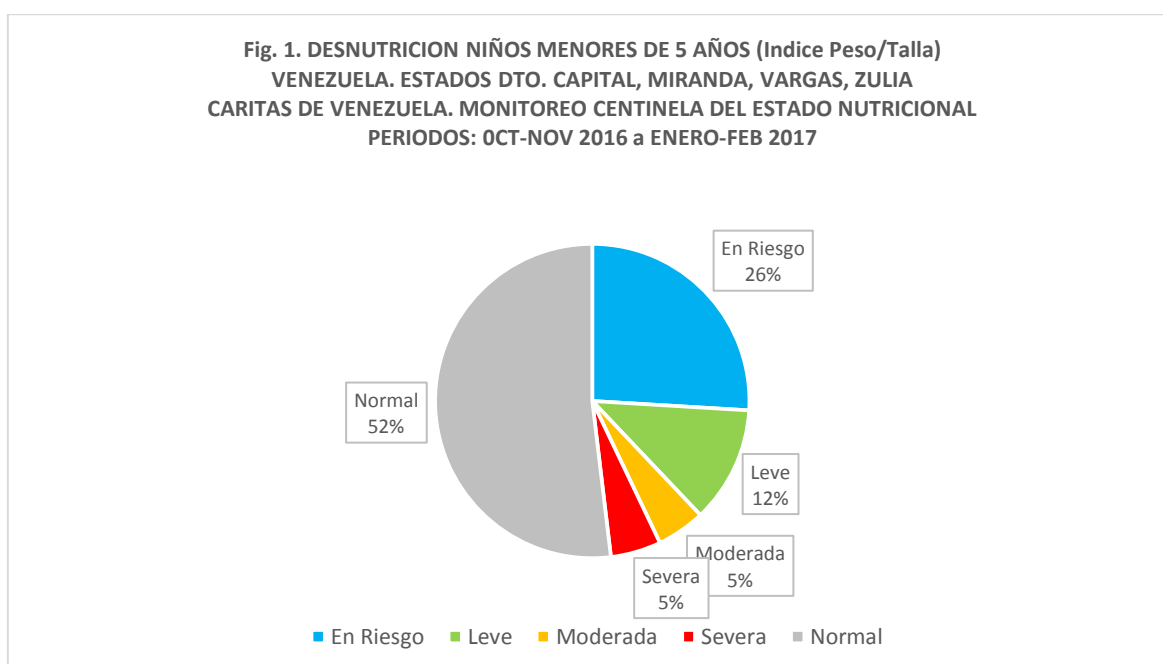
- En el periodo monitoreado la organización Médicos x la Salud en conjunto con el Observatorio Venezolano de la Salud publicó la Encuesta Nacional de Hospitales que reveló un deterioro en el abastecimiento y funcionalidad de los servicios de salud del país, así como la Encuesta de Condiciones de Vida por parte de las Universidades (Universidad Central de Venezuela, Simón Bolívar y Universidad Católica Andrés Bello), reportan sobre una muestra de 6.500 familias que 82 % de los hogares venezolanos vive en pobreza, esta situación es causal de la falta de medios suficiente para la alimentación y la perdido peso, entre otras variables.
- El 11 de febrero del 2017 la Asamblea Nacional aprueba el decreto de Emergencia Alimentaria en el país y una Ley para la Activación de la Producción Nacional
- En enero y marzo 2017 I Tribunal Supremo de Justicia aprueba que el Ejecutivo extienda por sexta y séptima vez Estado de Excepción y Emergencia Económica aprobado en enero del 2016 .

C. SITUACIÓN DE DESNUTRICIÓN AGUDA. MENORES DE 5 AÑOS (INDICE PESO/TALLA)

Considerando todas las parroquias en conjunto (4 estados), se registró que 48% de los niños evaluados tenían ya algún grado de desnutrición o estaban en riesgo de tenerla. Según la severidad de la desnutrición, los registros indicaron que (Fig. 1):

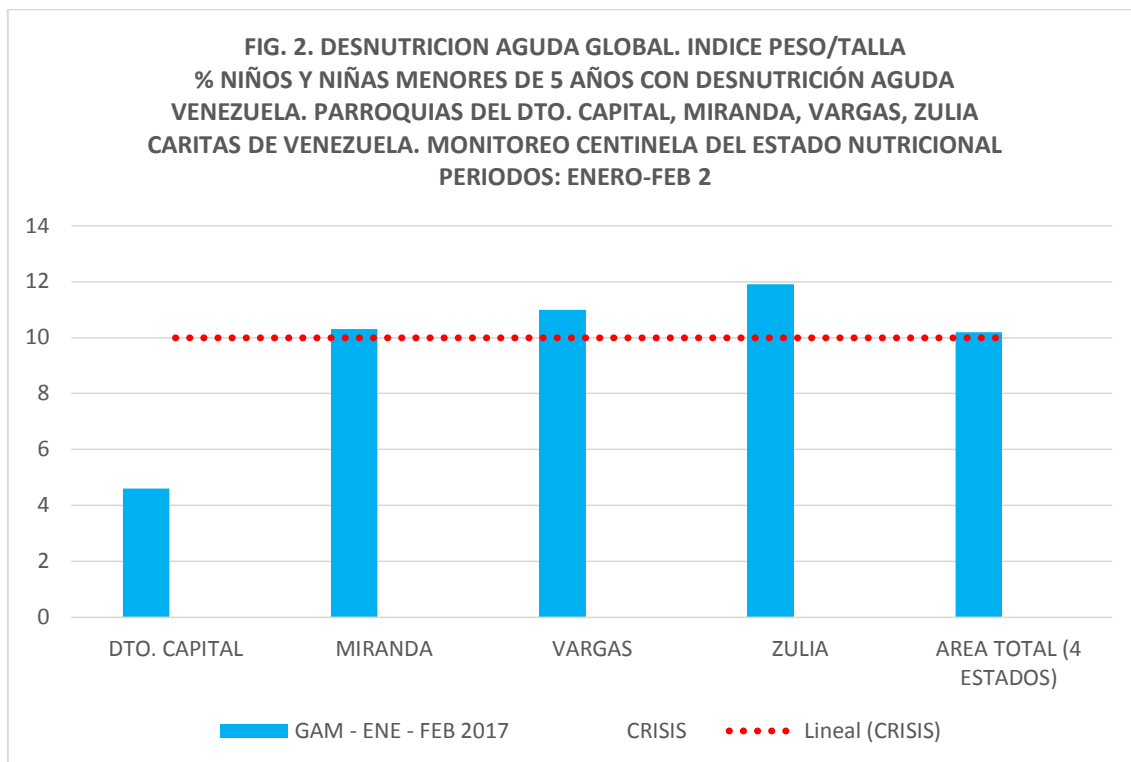
- 10.2% de los niños tienen desnutrición moderada y severa (desnutrición aguda global).
- 12% de los niños tienen desnutrición leve
- 26% de los niños están en riesgo de desnutrición (han comenzado a deteriorarse)
- 52% no tienen déficit nutricional

No se identificaron niños con edema ni se detectaron complicaciones clínicas entre los niños con desnutrición aguda severa.

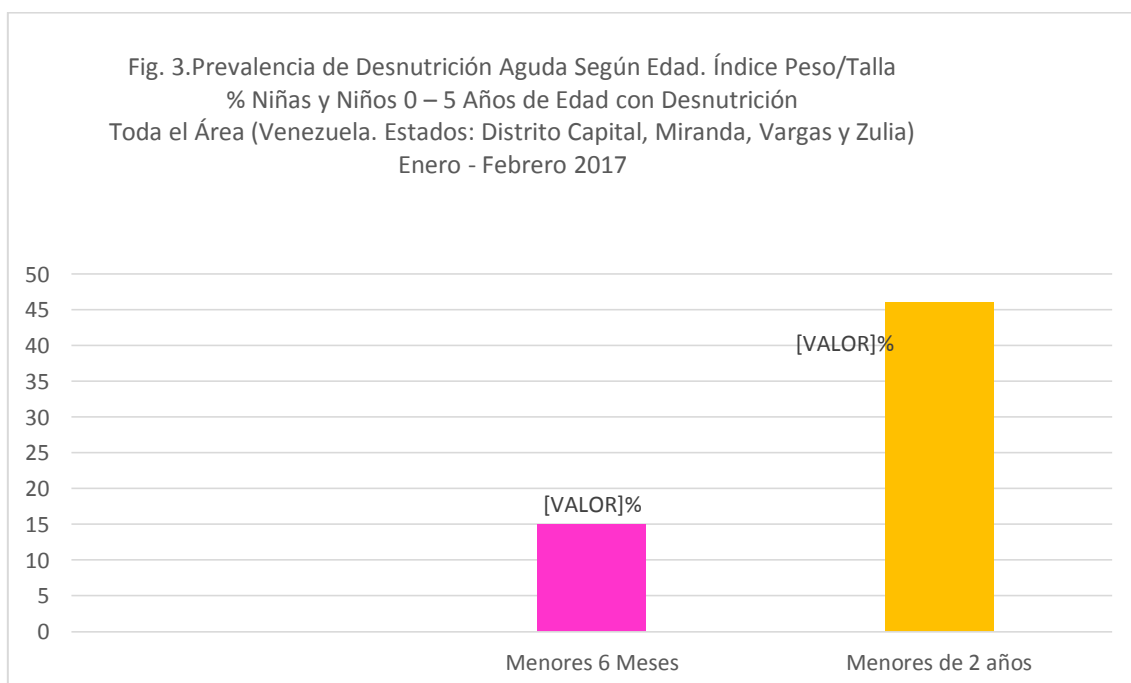


El análisis por estado indica que las parroquias con la mayor prevalencia de desnutrición aguda global están en Zulia (11.9%), Vargas (11%) y Miranda (10.3%). Distrito Capital se mantiene en niveles aceptables de menos de 5% de niños con desnutrición (Fig. 2):

En las parroquias de todos los estados evaluados (con la excepción del Dto. Capital) los niveles de las formas más intensas de desnutrición (desnutrición aguda global) superan, en todos los casos, el umbral de severidad establecido por la OMS. La situación nutricional pasa así en este período de una situación de alarma a una de crisis.



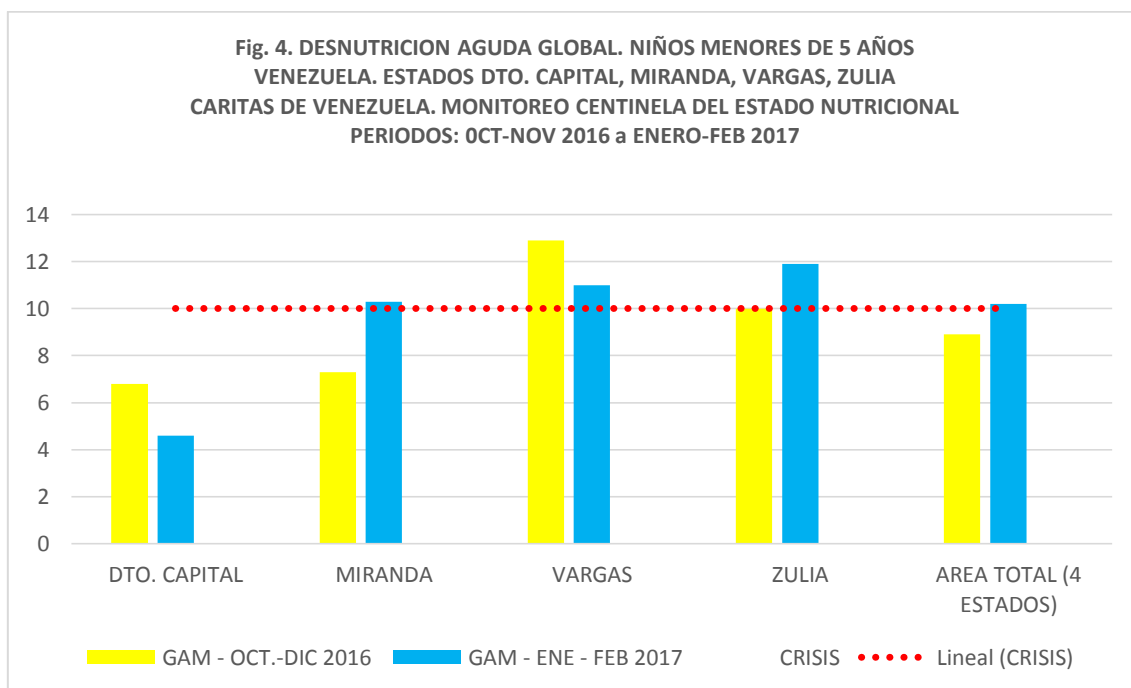
El análisis por grupo de edad indica que los niños menores de 2 años son el grupo de edad más afectado. De todos los niños con desnutrición detectados, 46% tenía menos de 2 años y el 15% tenía menos de 6 meses (Fig. 3).



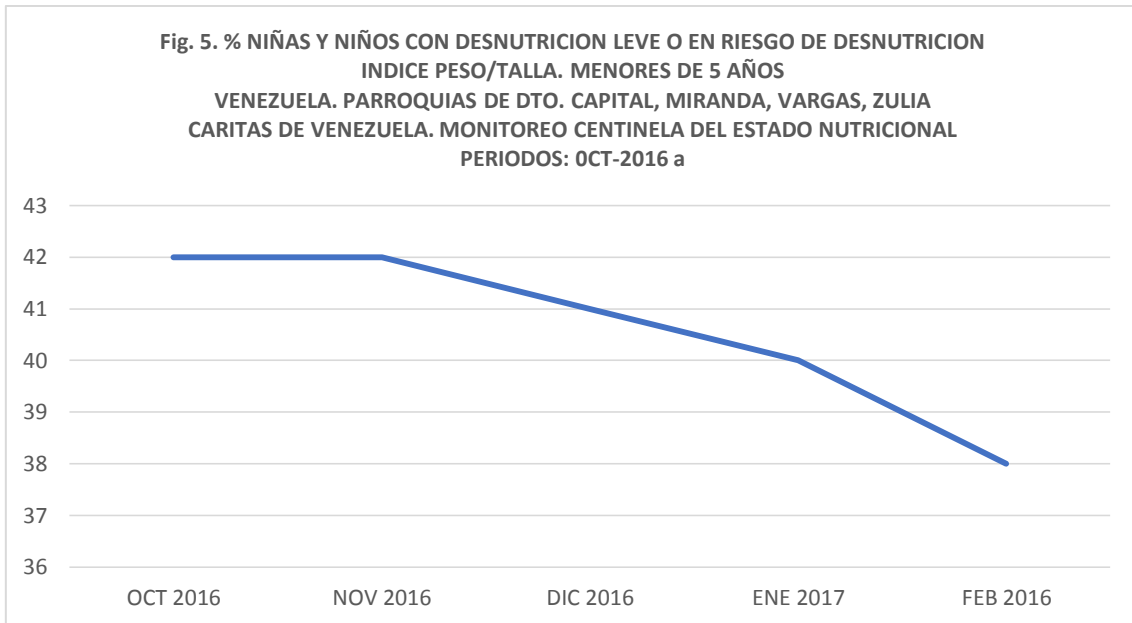
D. TENDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA GLOBAL (GAM) DESDE DICIEMBRE 2016

El análisis de la tendencia entre el último trimestre del 2016 y febrero de 2017 indica que (Fig. 4, 5 y 6):

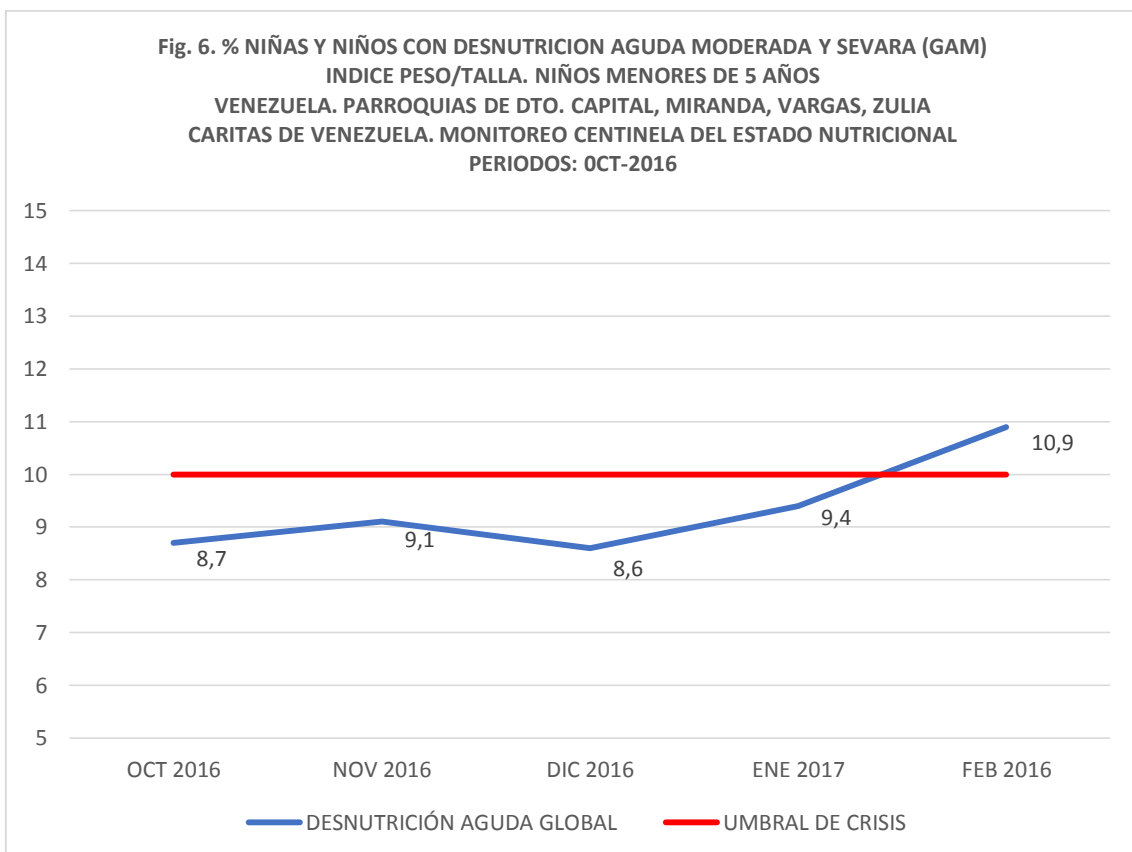
- La proporción total de niños con desnutrición en alguna de sus formas (desnutrición aguda leve, moderada, severa y riesgo de tenerla), disminuyó de 52% a 48% desde el último trimestre del 2016.
- La desnutrición aguda en sus formas más graves disminuyó en parroquias de Distrito capital y de Vargas, pero aumentó significativamente en las parroquias de Miranda y Zulia, por lo que, analizada en todas las parroquias en conjunto, muestra un incremento con respecto al último período del 2016 y llega a 10.2% de los niños evaluados, superando el umbral de crisis.
- La tendencia mes a mes indica un aumento creciente y continuo de la desnutrición grave si se considera toda la zona, con una excepcional mejoría muy pequeña durante Diciembre 2016, y una mejoría de las formas leves de desnutrición, reflejada en una disminución sostenida de la prevalencia desde el inicio del programa.



Tendencia en la proporción de niños con las formas más graves de desnutrición desde Octubre del 2016 a Feb 2017.



Tendencia en la proporción de niños con las formas leves o en riesgo de desnutrición desde Octubre del 2016 a Feb 2017.



E. ÍNDICE DE ESTRATEGIAS DE SOBREVIVENCIA FAMILIAR.

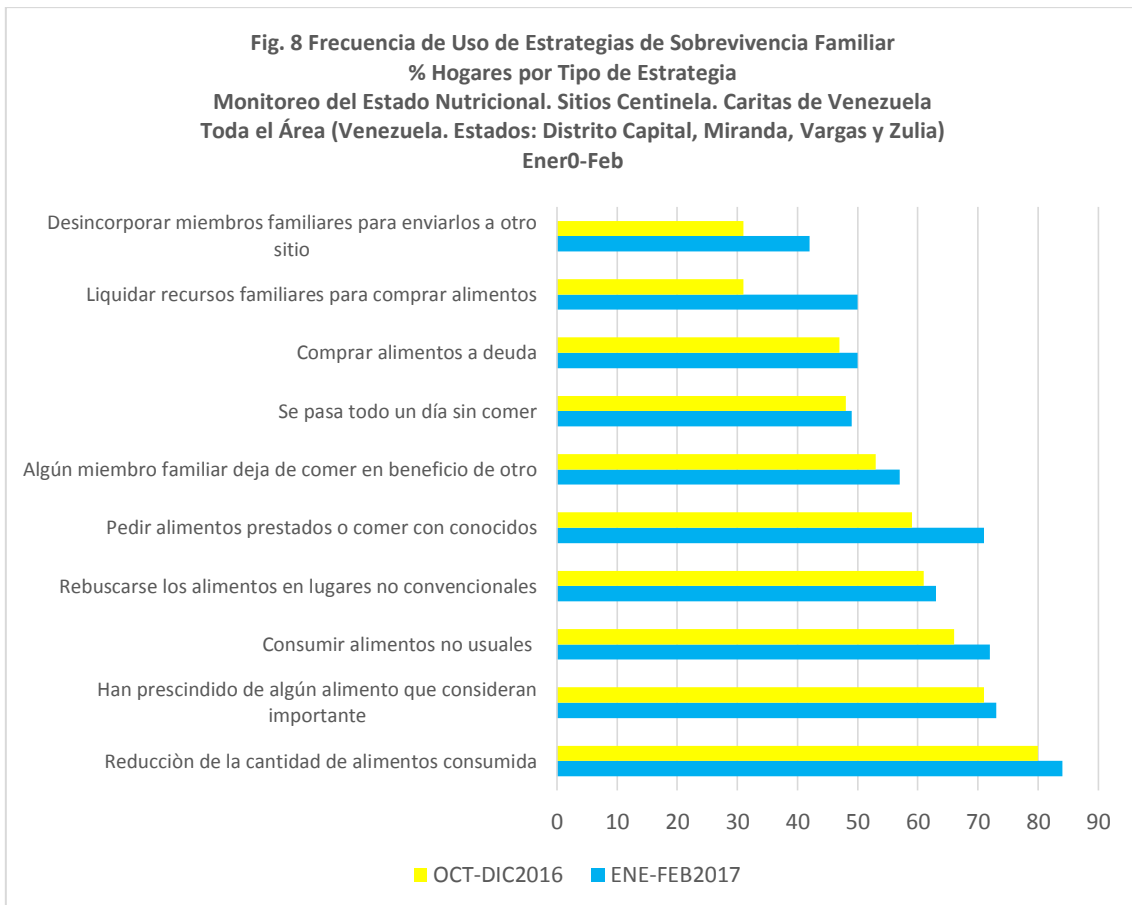
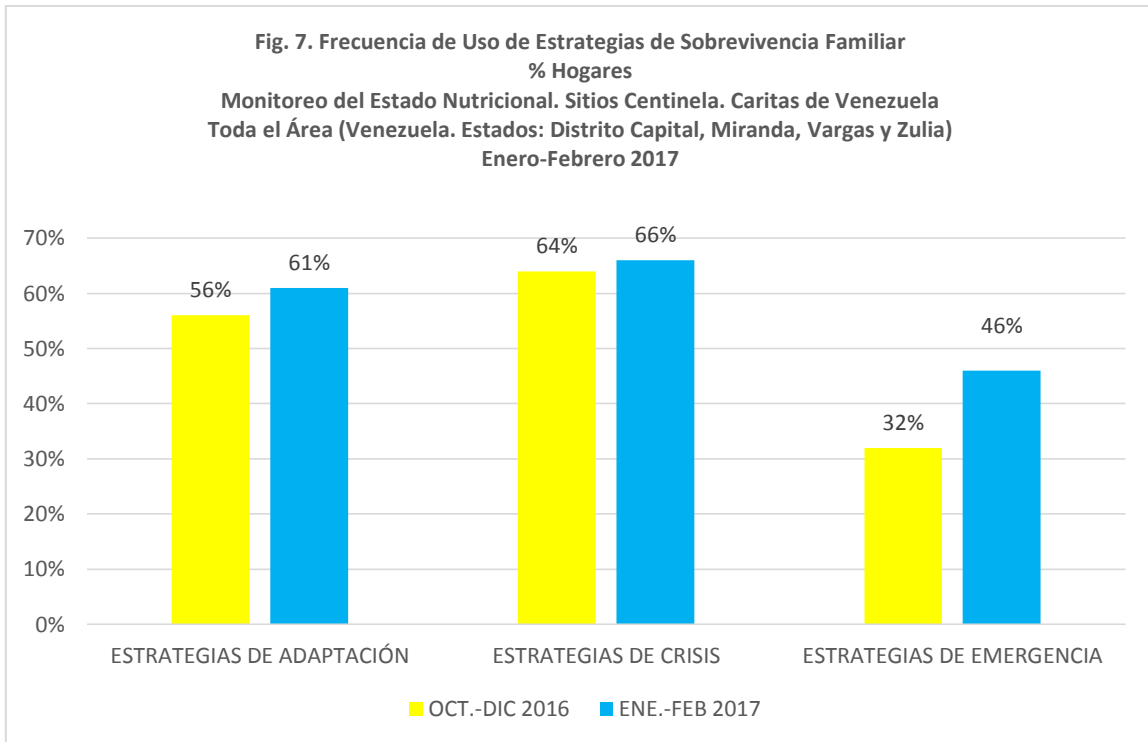
Las estrategias frente a la inseguridad alimentaria familiar que se monitorean son:

1. Estrategias de Adaptación: Cambios en las formas a las que la familia recurre para poder tener acceso al alimento
2. Estrategias de Crisis: estrategias de franca privación nutricional, es decir, reducir el tipo de alimentos consumidos, dejar de alimentarse.
3. Estrategias de Emergencia: estrategias de quiebra familiar con destitución por la liquidación de bienes familiares para comprar alimentos, la destitución de un miembro familiar que deja de alimentarse para que los alimentos alcancen o el desmembramiento familiar para desincorporar un miembro familiar porque la familia no lo puede mantener más.

La tendencia desde el último trimestre del 2016 fue (Fig. 7 y 8.):

- Se incrementó la proporción de hogares que tiene que recurrir a algún tipo de estrategia de sobrevivencia para ajustar su alimentación, de 77% de hogares en el último trimestre del 2016, a 82% de hogares en febrero 2017
- La proporción de hogares que recurrió a las estrategias de sobrevivencia más severas (estrategias de emergencia), se incrementó proporcionalmente más que la de hogares con estrategias menos intensa: en el último trimestre del 2016 31% de hogares había tenido que recurrir a las estrategias de emergencia. En el primer trimestre del 2017 esa proporción de hogares aumenta a 44%
- El Puntaje de Estrategias de Sobrevivencia que pondera y suma todas las estrategias combinadas fue 18 hasta Diciembre 2016 y 29 a Febrero 2017.
- Estos hallazgos son consistentes con una intensificación de la situación de inseguridad alimentaria familiar: se infiere que más de la mitad de los hogares consultados (56%) está enfrentando una inseguridad alimentaria intensa que los hace recurrir a este tipo de estrategias de emergencia.

ESTRATEGIAS DE SOBREVIVENCIA FAMILIAR MONITOREO CENTINELA DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS VENEZUELA. ESTADOS: DISTRITO CAPITAL, MIRANDA, VARGAS Y ZULIA PERIODO: ENERO - FEBRERO 2017. CARITAS DE VENEZUELA			
TIPO DE ESTRATEGIA FRENTE A LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA	% HOGARES		
	OCT.-DIC 2016	ENE - FEB 2017	TENDENCIA
ADAPTACIÓN	56%	61%	↑
CRISIS	64%	66%	↑
EMERGENCIA	32%	46%	↑

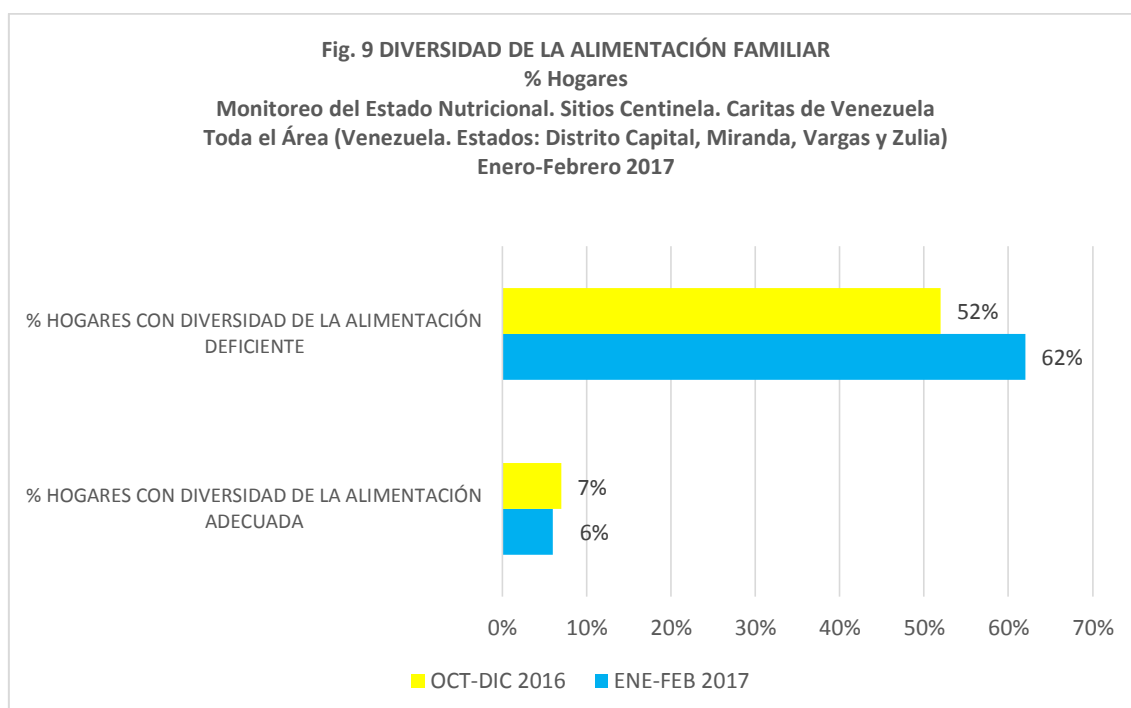


F. PUNTAJE DE DIVERSIDAD DE DIETA FAMILIAR.

Se monitorea el número de grupos diferentes de alimentos que los hogares consultados reportaron consumir el día anterior a la entrevista (Fig.9).

- El puntaje de diversidad de la alimentación disminuyó de 6 tipos de grupos de alimentos consumidos en el último trimestre del 2016, a 5 grupos en el primer período del 2017.
- La proporción de hogares con una diversidad de alimentación deficiente se incrementó de 52% a 62% entre ambos periodos.
- La proporción de hogares con una diversidad de alimentación adecuada se mantiene muy baja y disminuye del 7% de los hogares a 6% de los hogares en el 2017.

PUNTAJE DE DIVERSIDAD DE LA ALIMENTACIÓN FAMILIAR MONITOREO CENTINELA DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS VENEZUELA. ESTADOS: DISTRITO CAPITAL, MIRANDA, VARGAS Y ZULIA PERIODO: ENERO - FEBRERO 2017. CARITAS DE VENEZUELA			
DIVERSIDAD DE DIETA FAMILIAR	% HOGARES		
	OCT.-DIC 2016	ENE - FEB 2017	TENDENCIA
NUMERO PROMEDIO DE GRUPOS DE ALIMENTOS CONSUMIDOS	6	5	↓
% HOGARES CON DIVERSIDAD DE LA ALIMENTACIÓN ADECUADA	7%	6%	↓
% HOGARES CON DIVERSIDAD DE LA ALIMENTACIÓN DEFICIENTE	52%	62%	↑



G. RESPUESTA HUMANITARIA DE CARITAS DE VENEZUELA.

- ✓ Tendencia creciente a la incorporación de voluntarios de la pastoral de la salud y su correspondiente capacitación
- ✓ Regularización de la entrega de esquemas de alimentación suplementaria y medicinas en la medida que se ha conseguido completar los trámites para la adquisición y movilización esos insumos humanitarios en el país.
- ✓ Fase de expansión de la Campaña Compartir, con importantes resultados para la visibilidad del proyecto y la captación de recursos de los aportes de las comunidades
- ✓ Mayor visibilidad del proyecto SAMAN a nivel nacional e internacional
- ✓ Aumento de la afluencia de personas en necesidad que deben incluirse en el programa, aunque no cumplan con los criterios de edad (menores de 5 años)
- ✓ Mayor esfuerzo de los equipos parroquiales por detectar niños a través de pesquisas, en los hogares.
- ✓ Tasa de recuperación de niños desnutridos: 43%. Esta tasa es menor a lo aspirado (75% según el manual de normas humanitarias Esfera). Se infiere que los alimentos suplementarios asignados a los niños se están diluyendo al ser usados para toda la familia.
- ✓ Tasa de defunciones: casos aislados en Miranda.
- ✓ Tasa de desincorporación de niños beneficiarios del programa: ninguno

LUGAR - PERÍODO CUBIERTO	TODAS LAS DIÓCESIS OCTUBRE 2016-FEBRERO 2017
N° Niños Totales Evaluados	2.267
N° Niños Procesados en el Sistema de Información y Monitoreo SAMAN	787
N° Niños Beneficiarios Directos del Proyecto	933
N° Niños Beneficiarios con Criterios de Edad	624
N° Niños Necesitados Incluidos en el Programa Aunque no Cumplen con Criterios de Edad	309
N° de Jornadas/Pesquisas Medición Antropométrica	157
N° de Ollas Comunitarias	67
N° Jornadas Entrega de NutriAlimentos	64
No de Niños Recuperados de Desnutrición	158
Otras Actividades	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 33 jornadas de salud ✓ 15 talleres de formación en salud y nutrición para comunidades ✓ 11 Talleres Estandarización para Mediciones Antropométricas con Voluntarios Pastoral de la Salud ✓ 1 taller formación de Doctrina Social de la Iglesia y Salud, Campaña Compartir

H. CONCLUSIONES

- a) La tendencia desde el último trimestre del 2016 es a que disminuya la proporción de niños con las formas leves de desnutrición o que están en riesgo de tenerla (niños en deterioro).
- b) Se observa una disminución de la tendencia de las formas graves de desnutrición (desnutrición aguda global) en las parroquias de los estados Vargas y Dto Capital, en comparación con las mediciones del último trimestre del 2016.
- c) Se observa un aumento de la tendencia de las formas graves de desnutrición (desnutrición aguda global) en las parroquias de los estados Miranda y Zulia, en comparación con las mediciones del último trimestre del 2016.
- d) En todas las parroquias analizadas en conjunto, las formas graves de desnutrición (desnutrición aguda global) aumenta de 8.9% en el último trimestre del 2016 a 10.2% en el primer periodo enero-febrero 2017. El umbral de crisis establecido por OMS ya se supera con este incremento.
- e) El grupo de edad más afectado siguen siendo los niños menores de 2 años, en especial los menores de 6 meses (lactantes).
- f) Aumentó la proporción de familias que tienen que recurrir a algún tipo de estrategia para ajustar su alimentación de 77% en el 2016 a 82% en el periodo enero-febrero 2017.
- g) Se presume que el 82% debe estar en situación de inseguridad alimentaria para tener que recurrir a este tipo de estrategias de sobrevivencia para ajustar la alimentación familiar.
- h) La diversidad de la alimentación familiar se deterioró, pasando de 6 a 5 grupos diferentes de alimentos, con preponderancia del consumo de tubérculos y disminución del consumo de proteínas y lácteos
- i) Estos resultados de la encuesta de hogar son consistentes con una intensificación de la situación de inseguridad alimentaria familiar (estrategias de sobrevivencia cada vez más inseguras e irreversibles y pérdida de la diversidad de alimentación)

I. DISCUSIÓN

- a) Las mejoras detectadas en las formas más leves de desnutrición infantil pueden estar causadas por:
 - Entre diciembre y enero se tuvo más presencia de los cuidadores en el hogar por las vacaciones, aumentaron los recursos excepcionales asignados por el Estado y los empleadores (aguinaldos, distribución excepcional de alimentos y aumento salarial), así como los aportes de las redes de solidaridad de la sociedad civil.
 - El sistema SAMAN realizó mediciones en escuelas y guarderías (niños institucionalizados que tienden a estar mejor).
 - Se incluyeron en las mediciones otras parroquias igualmente vulnerables pero en una situación socioeconómica mejor
- b) El incremento de la desnutrición en sus formas más graves, a pesar de la mejoría reflejada las formas más leves de desnutrición, pudiera deberse a una superposición de causas no solo relacionadas con la alimentación, sino también con deterioro de la salud de los niños.
- c) En estas parroquias en las que Caritas implementa el programa se ha logrado tener niños con un estado nutricional estable e incluso recuperado, a pesar de la inseguridad alimentaria evidenciada y de la situación de salud.

- d) Se demuestra que la respuesta humanitaria de Caritas, junto a las del resto de la sociedad civil y el Estado, ha servido de mitigación de los efectos de la crisis alimentaria del país sobre las poblaciones del área del programa.

J. IMPLICACIONES

- ✓ La ayuda humanitaria de Caritas y otros grupos de la sociedad civil es efectiva en amortiguar los efectos de la crisis alimentaria y de salud del país
- ✓ Los recursos excepcionales que el Estado asigna (como los distribuidos en diciembre 2016), así como las medidas de incremento salarial y de subsidios directos (CestaTicket), son efectivos en proteger a la población del desabastecimiento alimentario y la pérdida del poder adquisitivo por la inflación
- ✓ Los subsidios y ayudas directos que se distribuyen vía institucional, como en guarderías y escuelas, son efectivos para la protección de la niñez frente a la crisis
- ✓ Los aportes y subsidios focalizados en comunidades y grupos más vulnerables son más efectivos y eficientes en la protección social de la población vulnerable, particularmente focalizados en niños menores de 5 años y sus cuidadores
- ✓ Las formas leves de desnutrición se pueden revertir con la participación conjunta de la familia, la sociedad civil y el Estado
- ✓ Las formas más severas de desnutrición no es posible revertirlas solo con el aporte de las familias y la sociedad civil
- ✓ La situación crítica de salud y desabastecimiento de medicinas y servicios de salud del país es un factor agravante de las formas más severas de desnutrición, que solo puede revertirla el Estado.

ANEXOS

PREVALENCIAS DE DESNUTRICIÓN A FEB 2017. CARITAS DE VENEZUELA

DESNUTRICIÓN AGUDA (ÍNDICE PESO/TALLA)	CARITAS DE VENEZUELA PREVALENCIA DESNUTRICIÓN AGUDA . ENERO – FEB 2017 NIÑAS Y NIÑOS < 5 AÑOS				
	TODA ÁREA	CAPITAL	MIRANDA	ZULIA	VARGAS
	N = 768	N =152	N =68	N =181	N =68
	%	%	%	%	%
Desnutrición Aguda Global (< -2 Z-SCORE)	10.2	4.6	10.3	11.9	11
Desnutrición Aguda Severa (< -3 Z-SCORE)	5.2	2.6	7.4	5	6

TENDENCIAS EN DESNUTRICION AGUA

CARITAS DE VENEZUELA PREVALENCIA DESNUTRICIÓN AGUDA . OCT 2016 - FEB 2017 NIÑAS Y NIÑOS < 5 AÑOS			
ESTADO	GAM - OCT.-DIC 2016	GAM - ENE - FEB 2017	TENDENCIA
DTO. CAPITAL	6.8	4.6	↓
MIRANDA	7.3	10.3	↑
VARGAS	12.9	11	↓
ZULIA	10	11.9	↑
AREA TOTAL (4 ESTADOS)	8.9	10.2	↑