



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**

Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas

Centro de Estudios de Postgrado

Especialización en Gobierno y Políticas Públicas

**PROPUESTA PARA LA INTERVENCION DE LA DESNUTRICION EN  
NIÑOS Y NIÑAS ESCOLARES (7-12 AÑOS) DE LAS ESCUELAS  
ADSCRITAS A LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO BARUTA**

Trabajo Especial de Grado presentado a la Universidad Central de  
Venezuela por:

**Aura Maggia Santi Canache**

Como requisito parcial para optar al título de

**Especialista en Gobierno y Políticas Públicas**

Realizado con la asesoría de la profesora

**Deysi Oviedo**

Caracas, Julio de 2011

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi carácter de Tutor del Trabajo Especial de Grado, presentada por la ciudadana Aura Maggia Santi Canache, titular de la Cédula de Identidad No. 6.810303, para optar al grado de Especialista en Gobierno y Políticas Públicas, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Caracas, a los 14 días del mes de julio de 2011.

---

Prof. Deysi Oviedo

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Quien suscribe, Aura Maggia Santi Canache, titular de la Cédula de Identidad No. 6.810.303, hace constar que es el autor del Trabajo Especial de Grado, titulada: **“PROPUESTA PARA LA INTERVENCION DE LA DESNUTRICION EN NIÑOS Y NIÑAS ESCOLARES (7-12 AÑOS) DE LAS ESCUELAS ADSCRITAS A LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO BARUTA”**, la cual constituye una elaboración personal realizada únicamente con la dirección del tutor de dicho trabajo, *Profesora Deysi Oviedo*; en tal sentido, manifiesto la originalidad de la conceptualización del trabajo, interpretación de los datos y la elaboración de las conclusiones, dejando establecido que aquellos aportes intelectuales de otros autores se han referenciado debidamente en el texto del mismo.

En la ciudad de Caracas, a los 14 de julio de 2011.

---

Aura Maggia Santi Canache  
C. I. No. 6.810.303

## **DEDICATORIA**

**A mi hijo Osman Antonio.**

## ÍNDICE GENERAL

	<b>pp.</b>
<b>LISTA DE CUADROS</b>	vi
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b>	vii
<b>LISTA DE FIGURAS</b>	viii
<b>RESUMEN</b>	ix
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO</b>	
<b>I EL PROBLEMA</b>	<b>3</b>
Planteamiento del Problema	3
Formulación del Problema	21
Objetivos de la Investigación	22
Justificación e Importancia	23
<b>II MARCO TEÓRICO REFERENCIAL</b>	<b>27</b>
Referentes Teóricos	27
Bases Legales	59
<b>III MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>62</b>
Modelo de la Investigación	63
Procedimiento	66

	Características de la Población y de la Muestra	68
	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	71
	Confiabilidad de los Datos	73
	Análisis e Interpretación de los Datos	73
<b>IV</b>	<b>ANÁLISIS DE DATOS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	<b>75</b>
	Análisis de la Información	75
<b>V</b>	<b>DEFINICIÓN DEL PROGRAMA SOCIAL PROPUESTO</b>	<b>94</b>
<b>VI</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>102</b>
	Conclusiones	102
	Recomendaciones	108
	<b>BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA</b>	<b>109</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>117</b>

## LISTA DE CUADROS

<b>NRO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PAG.</b>
1	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN URBANA Y RURAL POR EDAD AÑO 2011 (PROYECCIÓN)	13
2	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO SEGÚN GRUPOS DE EDAD. MUNICIPIOS SELECCIONADOS. ESTADO MIRANDA. 2001 Y 2008	14
3	ACTIVIDADES DEL PROGRAMA SALUD ESCOLAR	18
4	ESCUELAS ADSCRITAS AL MUNICIPIO BARUTA	18
5	FACTORES DE RIESGO O CAUSAS DE LA DESNUTRICIÓN	28
6	ÍNDICE DE PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN.1990 – 2008	42
7	DÉFICIT NUTRICIONAL REGIONAL	43
8	ETAPAS EN LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS	50
9	INFORMANTES CLAVES	70
10	VISIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOCIAL	80
11	MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS (EFI) PARA LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO BARUTA	84
12	MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES EXTERNOS (EFE) PARA LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO BARUTA	89
13	COSTOS DEL PROYECTO	99
14	MATRIZ DE MARCO LÓGICO DEL PROYECTO	99

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>NRO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PAG.</b>
1	TENDENCIA DEL DÉFICIT NURTICIONAL EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS. (1990-2008)	8
2	EVOLUCIÓN DEL INDICE DE PREVALENCIA EN LA DESNUTRICIÓN (1990-2008)	9
3	EVOLUCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE ENERGÍA CALÓRICA, 1980-2009	11
4	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN MUNICIPIO. MUNICIPIOS SELECCIONADOS. ESTADO MIRANDA. 1990 - 2010	13

## LISTA DE FIGURAS

<b>NRO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PAG.</b>
1	CONSECUENCIAS DE DESNUTRICIÓN EN EL DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL	35
2	CONSECUENCIAS DE LA MALNUTRICIÓN	36

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**  
Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas  
Centro de Estudios de Postgrado  
Especialización en Gobierno y Políticas Públicas

**PROPUESTA PARA LA INTERVENCION DE LA DESNUTRICION EN  
NIÑOS Y NIÑAS ESCOLARES (7-12 AÑOS) DE LAS ESCUELAS  
ADSCRITAS A LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO BARUTA**

**Autor:** Aura Maggia Santi Canache

**Tutor:** Prof. Deysi Oviedo

**Fecha:** Julio 2011

**RESUMEN**

Aunque la salud es hoy en día un tema sustantivo en la agenda de las políticas públicas de los diferentes niveles de gobierno en la República Bolivariana de Venezuela, por ser esta considerada como parte de la agenda social en curso y un derecho fundamental de los ciudadanos, el fenómeno de la Desnutrición y de Hábitos Alimenticios que posee la mayoría de la población de las áreas urbanas en situación de pobreza ha sido una agenda pendiente en la construcción de un nuevo modelo de política social que acompañe el modelo de desarrollo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela promulgada en 1999. En consecuencia el estudio para conocer sobre el aumento o disminución de la Desnutrición y los Hábitos Alimenticios como factor desencadenante de la Pobreza en Venezuela, tomando como eje de comprensión la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta, permitió inferir sobre la eficacia y eficiencia de los gobiernos en la intervención de un problema social de vital importancia, expresión del derecho a la vida, que pudiese ser abordado por la vía de la formulación de proyectos de Intervención Social, que han de combinar la disponibilidad de recursos económicos asignados a esta materia y las responsabilidades compartidas entre gobernantes y ciudadanos como reguladores con corresponsabilidad de los servicios de salud. De allí que el presente Trabajo Especial de Grado, tuvo como finalidad formular un Proyecto de Intervención Social, cuyo objetivo central es incrementar el nivel calórico de ingesta diaria de alimentos para el logro de una intervención positiva de la condición nutricional de escolares entre 7 y 12 años de edad, habitantes del Municipio Baruta. Todo ello como resultado de la evaluación y

el monitoreo de la acción misma por las iniciativas que en esta materia despliega el gobierno local de dicho Municipio, que permitió conocer la descripción de la situación del estado desnutrición, sus posibles causas y consecuencias, así como la determinación de las necesidades concretas a ser transformadas en la población objetivo. En consecuencia se desplegó una investigación que en principio se inició como exploratoria, luego se tornó descriptiva y con su devenir se convirtió en explicativa, guiada por un diseño de campo, no experimental, con apoyatura documental y soportada por los protocolos técnicos propios de los métodos cualitativos, que permitieron establecer como principal hallazgo la inexistencia desde la instancia de Gobierno Local correspondiente, de un Programa de Intervención Social focalizado en la disminución de la Desnutrición y los Hábitos Alimenticios en la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a esta instancia de gobierno, lo cual permitió formular un Proyecto de Intervención Social, con el objeto de incrementar el nivel calórico de los integrantes de la población estudiada.

**Palabras Claves: Desnutrición, Hábitos Alimentarios, Pobreza, Proyecto de Intervención Social**

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo recoge los elementos centrales para implementación de un Programa de Intervención Social focalizado en la disminución de la Desnutrición y los Hábitos Alimenticios en la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a el Municipio Baruta del Estado Miranda, con lo cual se aspira no sólo avanzar en una efectiva disminución de los índices de desnutrición existente en esa población etaria, si no dar un paso importante en el mejoramiento de la calidad de vida de este Municipio desde una perspectiva de derechos y equidad. Toda vez que encontramos, que según información publicada por la Alcaldía del Municipio Baruta<sup>1</sup> el 45% de los niños y niñas en edad de educación inicial, no cuentan con una opción que garantice el suministro y consumo de los niveles de calorías requeridos para su alimentación que propicie el desarrollo humano. Como consecuencia, obtenemos una generación con graves problemas que se reflejarán en oportunidades limitadas para satisfacer necesidades básicas, agravando el hambre, la desnutrición o ambos, contribuyendo a mantener o empeorar el subdesarrollo, dando lugar a un la incumplimiento de un derecho elemental establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

---

<sup>1</sup>Fuente: Alcaldía de Baruta: El Municipio. (s.f.). Disponible en: <http://www.alcaldiadebaruta.gob.ve/>

En tal sentido y en la dirección de cerrar las brechas existentes, se formula la propuesta de intervención que se presenta a continuación, concebida en el marco de una Investigación realizada para optar al grado académico de Especialista en Políticas Públicas que otorga la Facultad de Ciencias Políticas de la UCV, la cual se inscribe en el marco del Plan de Desarrollo de la Nación "Simón Bolívar" 2007-2013, instrumento de planificación del estado venezolano que incorpora las políticas de salud y desarrollo social cuyo fin último es hacer efectivas las disposiciones de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en materia de derechos sociales.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Son variados los informes divulgados por Organismos Nacionales e Internacionales como el Ministerio popular para la Salud (MPPS), la Oficina Panamericana de Salud (OPS), la Oficina Mundial de la Salud (OMS), la Organización de Naciones Unidas (ONU) entre otras, que indican que durante esta última década, la desnutrición ha sido una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países en vías de desarrollo de todo el mundo y se estima que el número de personas desnutridas aumenta a medida que lo hace la población. Así mismo, este fenómeno de carácter planetario, es considerado un problema que se instaura en los segmentos más vulnerables de la población, y el mismo se ve influenciado por los cambios económicos, políticos, sociales, tecnológicos y culturales que han marcado el nacimiento del nuevo milenio y que paradójicamente ilustran las grandes contradicciones presentes en nuestros días: Un desarrollo científico-tecnológico sin precedentes, a la par de un aumento exponencial en los niveles de pobreza y desnutrición de la población en vastas zonas geográficas del planeta.

Esta patología sin duda es un fenómeno complejo y multisectorial que ya avizora consecuencias futuras negativas en el desarrollo integral de los estados-naciones y con ello en las personas, causando en muchos casos la muerte de seres humanos, especialmente niños de corta edad; por lo que los Gobiernos mantienen un saldo negativo y agendas pendientes en materia de

políticas públicas que de manera eficaz, eficiente y con equidad apunten a garantizar el derecho humano a contar con estado nutritivo equilibrado y aceptada culturalmente.

Se estima que unos 800 millones de personas en el mundo sufren de hambre y desnutrición, una cantidad cerca de 100 veces mayor que el número de personas que efectivamente mueren por esas causas al año. La mayoría de las muertes por hambre se deben a desnutrición crónica. Las familias sencillamente no consiguen suficientes alimentos. Esto, a su vez, se debe a la extrema pobreza de acuerdo con lo enunciado en Text of the "Hunger Facts."<sup>2</sup> De igual forma, se estima que de estos 800 millones de personas, hoy en día, un 10% de los niños de los países en desarrollo mueren antes de cumplir cinco años.

Con miras a minimizar este flagelo, en el año 2000, Venezuela, conjuntamente con los demás países miembros de la Organización de las Naciones Unidas, asume los "Objetivos de Desarrollo del Milenio" (ODM) como un compromiso de solidaridad global por la erradicación de la pobreza y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población mundial. Estos "Objetivos de Desarrollo del Milenio" han sido una orientación para las estrategias nacionales de desarrollo en un ámbito prioritario como lo es la salud, que permiten garantizar el ejercicio de este derecho humano fundamental.

---

<sup>2</sup> The Hunger Site (2004). Hunger Facts. Consultado el día 8 de junio de 2004 en la World Wide Web: <http://www.thehungersite.com/cgi-bin/WebObjects/CTDSites>.

Así lo establece el Plan de Desarrollo Nacional “Simón Bolívar” para el período 2007-2013, que apunta a que la gestión de Gobierno, se oriente a alcanzar la Suprema Felicidad Social de todo integrante de la sociedad venezolana.

En tal sentido y para dar cumplimiento a las Metas del Milenio 2010, la República Bolivariana de Venezuela adecúa el Objetivo de Erradicar la Pobreza Extrema y el Hambre, con la meta de Disminuir a la mitad el porcentaje de personas que padecen Hambre, e incorpora dos (2) indicadores para medir el avance en la consecución de la misma, tales como la Evolución en el Índice de Prevalencia de la Subnutrición (IPS) y la Evolución de la adecuación de la disponibilidad de energía calórica, que permitan promover, ejecutar y monitorear una gestión eficaz y eficiente en esta materia. Dicho compromiso asumido de reducir a la mitad el porcentaje de personas en hogares en situación de pobreza extrema para el año 2015, toma como sustento la situación registrada en el año 1990, que se ubicaba en 24%<sup>3</sup>.

Sobre la base de estas obligaciones estatales, desde las diferentes instancias de gobierno se impulsa con corresponsabilidad diferentes políticas y programas sociales, para la disminución de la desnutrición infantil, como fórmula que amplía la capacidad de participación de diferentes actores para incidir en los procesos de toma de decisiones que le afectan en su

---

<sup>3</sup>El indicador de personas en situación de pobreza extrema del año 1990 calculado por el INE difiere del estimado por la CEPAL, que la ubica en 14%. Otros estudios igualmente difieren del estimado por la CEPAL. Entre ellos, “La evolución de la pobreza en Venezuela”, publicado por el Banco Central de Venezuela, junio 1998, estiman la población en situación de pobreza extrema en 29,45% y 34,12%, para el primer y segundo semestre del año 1990 respectivamente. La pobreza extrema por Necesidades Básicas Insatisfechas se ubicó en 20%, de acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda, información publicada en el “Mapa de la Pobreza”, junio 1993. Oficina Central de Estadística e Informática de la Presidencia de la República (OCEI).

cotidianidad, dado que la intervención en nutrición requiere del conocimiento y posterior análisis de la situación y las tendencias lo cual varía en cada región y en consecuencia es clave identificar sus determinantes.

Ahora bien, aunque las diferentes instancias de gobierno, hoy muestran logros alcanzados en diferentes aspectos en materia de salud<sup>4</sup>, en virtud de la instrumentación de una política social asociada a un fuerte y real empoderamiento social que apunta a garantizar el pleno cumplimiento de los derechos humanos, estudios realizados indican que en Venezuela, de los niños menores de cinco años, 3,7% sufre de desnutrición<sup>5</sup> aguda, 11,7% de desnutrición crónica y 4,6% de desnutrición global, de acuerdo con las cifras más recientes del ministerio de Planificación, las cuales corresponden al 2009.<sup>6</sup>

Son variadas las explicaciones que a través del tiempo se han dado a esta situación, García (2005), en el texto ¿Desnutrición porqué existe? señala:

**“En Venezuela, la situación del déficit nutricional en la última década tampoco ha mostrado los progresos esperados, para contribuir a alcanzar los objetivos mundiales. Según lo reportado por SISOV en el 2005, durante el período 1993-2002 el porcentaje de menores de 15 años con categorías de déficit nutricional**

---

<sup>4</sup>La Ley Orgánica de Salud en Venezuela , establece en su Artículo Nro. 2, que por salud se entiende no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental.

<sup>5</sup>Por desnutrición se entiende Se entiende por desnutrición a la condición patológica inespecífica que puede ser reversible o no, ocasionada por la carencia de múltiples nutrientes, derivada de un desequilibrio provocado por un insuficiente aporte de energía, un gasto excesivo, o la combinación de ambos, que afecta en cualquier etapa del ciclo vital, en especial a lactantes y a niños; es la más común de las enfermedades.

<sup>6</sup><http://www.talcualdigital.com/Avances/Viewer.aspx?id=9672>. Leído el 18 de enero de 2009.

**antropométrico se ha mantenido relativamente estable, disminuyendo levemente solo en el grupo de 7 a 14 años”.**<sup>7</sup>

No obstante informaciones más recientes<sup>8</sup>, asociadas al monitoreo de la Meta de disminuir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre, dan cuenta que cuando esta se evalúa mediante los indicadores de déficit nutricional (desnutrición global) y prevalencia de la subnutrición, se obtiene que el país prácticamente cumplió con esta meta antes del año 2015.

Según este informe, el déficit nutricional en niñas y niños menores de 5 años se redujo en 51,9% y el índice de prevalencia de subnutrición se redujo en 45,5%, durante el período 1990-2008, de igual manera para el segundo semestre de 2009.

El déficit nutricional según peso-edad en menores de 5 años, relaciona el peso obtenido en un sujeto menor de 5 años, con la referencia para su misma edad y sexo. Este indicador se ubica en 7,7% en 1990, desciende progresivamente, hasta registrar un valor de 5,3% en 1998. Comienza a reducirse, hasta alcanzar un valor de 4,5% en 2001. Con la profundización de las políticas alimentarias a partir del año 2003, registra un valor de 3,7%, para el año 2008.

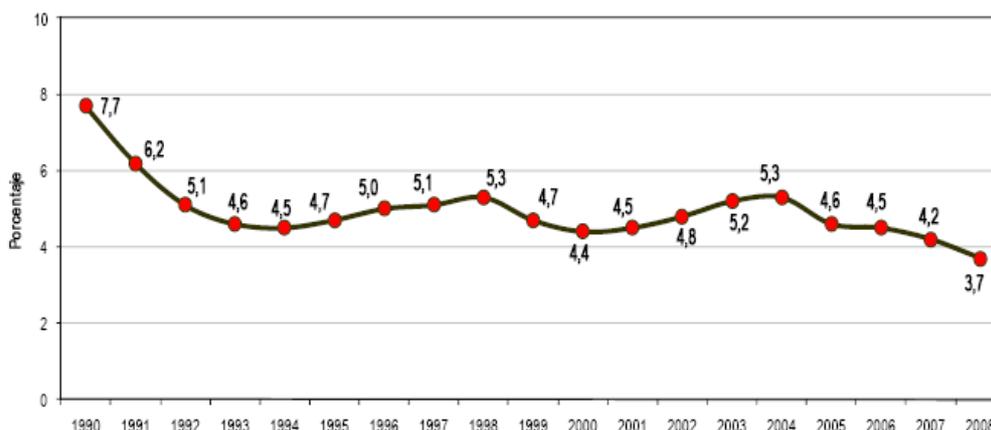
La meta para ambas condiciones es reducirlas en un 50%, durante el período 1990 – 2015.

---

<sup>7</sup>GARCIA LORENZO, María Isabel. Desnutrición ¿Por qué existe?. An Venez Nutr. [online]. 2005, vol.18, no.1 [citado 29 Mayo 2011], p.69-71. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-07522005000100013&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522005000100013&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0798-0752.

<sup>8</sup> Informe "Cumpliendo las Metas del Milenio2010" República Bolivariana de Venezuela

### GRÁFICO NRO.1: TENDENCIA DEL DÉFICIT NURTICIONAL EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS. (1990-2008)



Fuente: Instituto Nacional de Nutrición. SISVAN. Componente menores de 15 años  
Nota: Año 2008 Cifra preliminar

Según el Instituto Nacional de Nutrición (2008) la subnutrición se mide con el Índice de Prevalencia de Subnutrición (IPS) el cual consiste en el porcentaje de personas en un determinado país, cuya ingestión media de energía es inferior al mínimo necesario para vivir y desarrollar una actividad ligera. Dicho índice considera tres variables de acuerdo a la metodología de la FAO:<sup>9</sup>

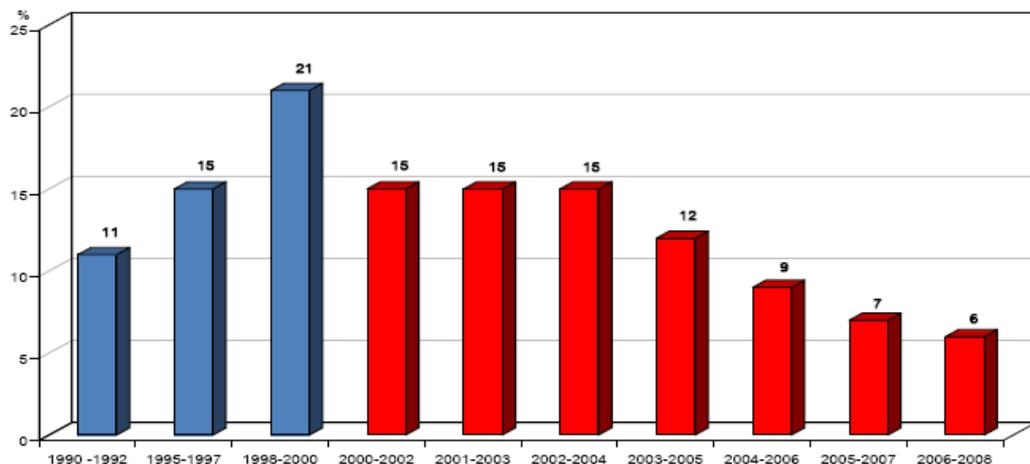
La disponibilidad energética per cápita diaria aportada por alimentos y bebidas, la necesidad mínima de energía (expresada en calorías/persona/día) y el coeficiente de variación, el cual, integra dos tipos de variaciones en el consumo energético existentes en la población: las asociadas con factores biológicos y las relacionadas con las diferencias en el ingreso.

<sup>9</sup>Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

Por otro lado, los parámetros internacionales, los niveles encontrados en Venezuela para el 2008 son bajos y puede concluirse que el déficit nutricional, con base en la evaluación antropométrica, ha dejado de ser un problema de salud pública relevante en el país. No obstante, en evaluaciones bioquímicas y del consumo de alimentos recientemente realizados por organizaciones Nacionales, persisten situaciones de déficits de micronutrientes sobre todo de hierro y calcio en poblaciones más vulnerables.

En relación a la Prevalencia de Subnutrición (IPS), EN LA Gráfica Nro. 2, igualmente se visualizan varios momentos en la evolución de este indicador ente 1990 y el 2008.

**GRÁFICO NRO.2: EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE PREVALENCIA EN LA DESNUTRICIÓN (1990-2008)**



Fuente: Instituto Nacional de Nutrición, INN

Estas cifras denotan como las Políticas Sociales impulsadas por los diferentes niveles de Gobierno, han permitido transitar hacia el cierre de las

brechas existentes, las cuales para el período 1990-1992 registraban que el porcentaje de personas subnutridas era del 11%,y que aumentó progresivamente hasta llegar a 21% en 1998-2000.A partir de ese año se logra detener el deterioro, evidenciándose un descenso notable desde año 2003, el cual inferimos se produce con las políticas impulsadas por diferentes instancias de Gobierno, registrándose para el 2008 una cifra preliminar de 6%, con una reducción cercana del 45,5% con respecto a las cifras de1990.Otras categorías establecidas por la FAO que permiten evaluar la evolución del cierre de las brechas existentes en materia de subdesnutrición son las siguientes:

IPS mayor o igual que 35%, nivel Muy Elevado (inseguridad alimentaria muy alta);

IPS entre 20% y 34%, Elevado;

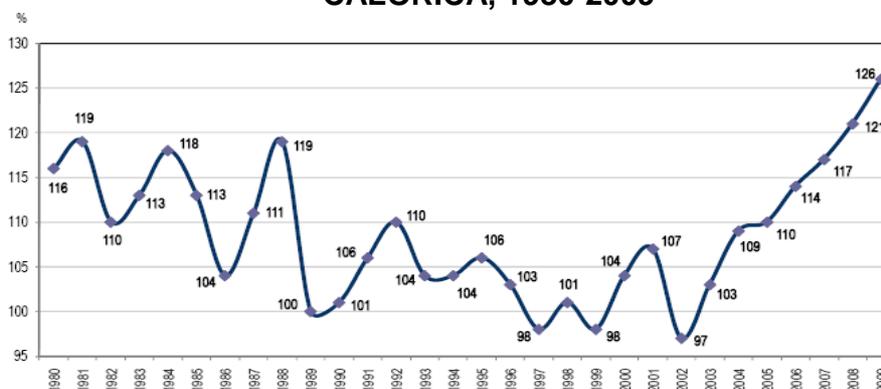
IPS entre 10% y 19%, Moderado;

IPS menor que 5%, nivel Muy Bajo.

Una inseguridad alimentaria muy baja se lograría cuando el IPS toma valores menores o iguales a 2,5%.

El Gráfico Nro. 3, permite apreciar la evolución de la adecuación de la disponibilidad de energía en el país para el período1980-2009, donde se evidencia el aumento sostenido de la disponibilidad calórica, persona/día registrado a partir del año 2003.

### GRÁFICO NRO.3: EVOLUCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE ENERGÍA CALÓRICA, 1980-2009



Fuente: INN. Hoja de Balance de Alimentos 1990-2007.  
INN. Estimaciones 2008 CENBAL. Estimaciones Mesa de Consumo 2009

Si bien es cierto que para el logro de la reducción de los niveles de desnutrición en el país, el Estado Venezolano ha incorporado la figura de las Misiones Sociales, como parte de la Estructura de la Administración Pública Nacional, para impulsar las Políticas Sociales, en particular la llamada Misión Alimentación ha estado orientada a mejorar las disponibilidades de alimentos, su acceso, consumo y aprovechamiento biológico, en aquellos eslabones que conforman la cadena alimentaria nutricional sobre todo en grupos vulnerables biológicamente y/o en riesgo socioeconómico.

En este contexto se formulan y ejecutan una serie de Programa Sociales orientados a resultados, tales como el Programa de Alimentación Escolar (PAE) que cubre actualmente a más de 4 millones de estudiantes, el Programa de Redes de Expendios de Alimentos (PDVAL), el Programa de Redes de Expendios de alimentos con precios subsidiados (MERCAL) y el Programa de o Redes de alimentación para grupos vulnerables: Casas de alimentación, cocinas comunitarias, fogones comunitarios, entre otros

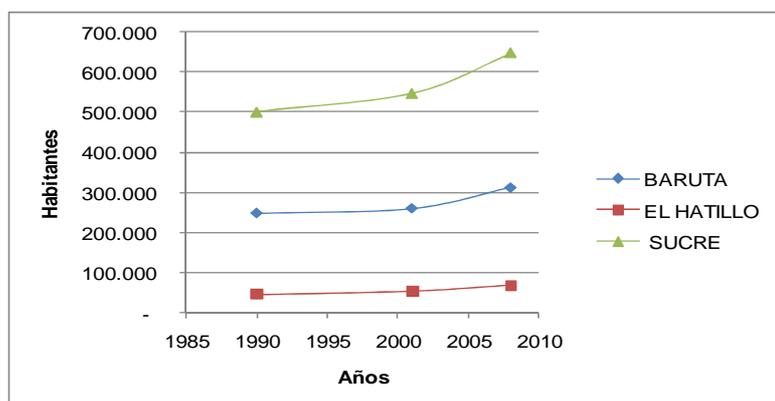
Ahora bien, la garantía de continuidad y sostenibilidad de los logros alcanzados de cara al mantenimiento de los niveles de cumplimiento de las metas del Milenio en materia de Alimentación, y en especial de erradicar los niveles de subdesnutrición en la población infantil, es también responsabilidad de los Estados y Municipios quienes por mandato legal ejercen la función administrativa de la organización pública en materia de salud en sus respectivos territorios, de conformidad en lo establecido en el artículo Nro. 9 de la Ley Orgánica de Salud (2011).

Al poner el acento en el Municipio Baruta del Estado Miranda<sup>10</sup> (objeto de esta investigación), nos encontramos que según datos preliminares a la ejecución del Censo realizado en el año 2011, la población alcanzó una cifra de aproximada de 311.000 habitantes, de los cuales se encuentra asentados en la zona urbana representando el 98,18%, mientras que la ubicada en la zona rural representa el 1,82%.

---

<sup>10</sup> Fuente: Alcaldía de Baruta: El Municipio. (s.f.). Disponible en: <http://www.alcaldiadebaruta.gob.ve/>

**GRÁFICO N° 4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN MUNICIPIO. MUNICIPIOS SELECCIONADOS. ESTADO MIRANDA. 1990 – 2010**



Fuente: Diagnóstico comunitario. Municipios Baruta, el Hatillo y Sucre. Estado Miranda. Febrero - Junio, 2010.

**CUADRO NRO. 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN URBANA Y RURAL POR EDAD AÑO 2011 (PROYECCIÓN)**

Grupos de Edad	Total	Urbana Total	Rural Total
0-14	74.992	72.745	2.247
15-34	117.072	115.073	1.999
35-64	101.417	100.231	1.186
65 y más	17.559	17.347	212
<b>Total</b>	<b>311.040</b>	<b>305.396</b>	<b>5.644</b>

Fuente: Alcaldía de Baruta: El Municipio. (s.f.). Disponible en: <http://www.alcaldiadebaruta.gob.ve/>

**CUADRO NRO. 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO  
SEGÚN GRUPOS DE EDAD. MUNICIPIOS SELECCIONADOS.  
ESTADO MIRANDA. 2001 Y 2008**

GRUPOS DE EDAD	2001						2008					
	TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
<b>MUNICIPIO BARUTA</b>	<b>260.853</b>	<b>100,00</b>	<b>118.983</b>	<b>45,61</b>	<b>141.870</b>	<b>54,39</b>	<b>312.354</b>	<b>100,00</b>	<b>143.560</b>	<b>45,96</b>	<b>168.794</b>	<b>54,04</b>
0 - 4 AÑOS	17.951	6,38	9.098	3,49	8.853	3,39	16.016	5,13	8.114	2,60	7.902	2,53
5 - 9 AÑOS	18.885	7,24	9.484	3,64	9.401	3,60	17.321	5,55	8.691	2,78	8.630	2,78
10 - 14 AÑOS	18.826	7,10	9.357	3,69	9.189	3,52	19.487	6,24	9.885	3,16	9.602	3,07
15 - 19 AÑOS	19.853	7,51	9.523	3,65	10.330	3,96	22.438	7,18	11.046	3,54	11.390	3,65
20-24 AÑOS	22.955	8,30	10.524	4,03	12.431	4,77	25.419	8,14	11.998	3,84	13.421	4,30
25-29 AÑOS	22.191	8,51	10.070	3,88	12.121	4,66	25.703	8,23	11.936	3,82	13.767	4,41
30-34 AÑOS	22.311	8,55	10.213	3,92	12.098	4,64	25.145	8,05	11.658	3,73	13.487	4,32
35-39 AÑOS	20.843	7,99	9.510	3,65	11.333	4,34	24.028	7,69	11.217	3,59	12.811	4,10
40-44 AÑOS	19.151	7,34	8.353	3,20	10.798	4,14	23.304	7,46	10.525	3,37	12.779	4,09
45-49 AÑOS	16.925	6,49	7.295	2,80	9.630	3,69	22.122	7,08	9.800	3,14	12.322	3,94
50-54 AÑOS	15.725	6,03	6.638	2,54	9.087	3,48	21.087	6,75	8.900	2,85	12.187	3,90
55-59 AÑOS	11.886	4,47	4.853	1,86	6.808	2,61	20.104	6,44	8.519	2,73	11.585	3,71
60-64 AÑOS	10.102	3,37	4.291	1,64	5.811	2,23	16.992	5,44	7.315	2,34	9.677	3,10
65-69 AÑOS	7.973	3,06	3.521	1,35	4.453	1,71	12.375	3,96	5.510	1,76	6.865	2,20
70-74 AÑOS	6.619	2,54	2.910	1,12	3.709	1,42	9.105	2,91	4.032	1,29	5.073	1,62
75 Y MÁS	9.177	3,52	3.339	1,28	5.838	2,24	11.710	3,75	4.414	1,41	7.296	2,34

Al revisar los datos presentados en el Cuadro Nro. 2, referido a la distribución de la población por grupos de edad en este Municipio, se puede inferir que en el año 2001 la población estaba compuesta en su mayoría por personas de 20 a 24, 25 a 29 y 30 a 34 años, es decir, por adultos jóvenes, medianamente por niños y jóvenes y en menor proporción por adultos

mayores. Esta proporción se mantuvo en el tiempo, indicando que los adultos y jóvenes fueron la mayor cantidad de habitantes de esta población. No obstante, cabe destacar, que todos los grupos de edad sufrieron un aumento progresivo a través de los años, a excepción de dos: los niños de 0 a 4 y de 5 a 9 años de edad, quienes comenzaron a disminuir su cantidad desde el 2001 hasta el 2008, pasando de ser el 6,88% y 7,24% del total de la población del Municipio Baruta respectivamente, a ser el 2,60 y 2,78

El Municipio está organizado en tres (3) parroquias: El Cafetal, Las Minas de Baruta y Nuestra Señora del Rosario. Estas parroquias a su vez han dado asiento a diferentes comunidades, urbanizaciones y sectores del municipio, tales como: Santa Inés, Alto Prado, Colinas de Bello Monte, Barrio Las Minas, Barrio Santa Cruz del Este, Sector Sisipa, Sector Bucarito, Guaicay, El Peñón, Vizcaya, Ojo de Agua, Prados del Este, Turgua, Santa Paula, Casco de Baruta, Las Minitas (Parte Baja y Alta), El Placer, Terrazas de Club Hípico, Manzanares, La Palomera, Santa Rosa de Lima, Las Lomas y Prados del Este entre otras.

En general los estudiosos del tema de la desnutrición y hábitos alimentarios, señalan que la situación socioeconómica ejerce un gran impacto sobre el estado nutricional de la población, debido a la baja escolaridad, los bajos ingresos salariales, aumento del número de los miembros de la familia, entre otros. Uno de los indicadores a evaluar, que permite conocer las condiciones socioeconómicas de las poblaciones, es el porcentaje de hogares pobres, que se refiere a aquellos que presentan uno o más de los cinco indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas, estos indicadores son: Porcentaje de hogares en viviendas con características físicas inadecuadas, Porcentaje de hogares en viviendas con servicios inadecuados, Porcentaje de hogares con alta dependencia económica,

Porcentaje de hogares con niños (as) que no asisten a la escuela y  
Porcentaje de hogares con hacinamiento crítico.

En tal sentido, entre los datos interesantes a considerar a efectos de esta investigación, nos encontramos que Baruta es el Municipio del Estado Miranda donde se registran bajos índices de construcción de ranchos y casas de vecindad, situándose aproximadamente en 3% y donde el 43% de la población residente en el Municipio Baruta ha alcanzado el nivel secundario de capacitación, determinando que el índice de analfabetismo es uno de los más bajos de la Zona Metropolitana, siendo de un 2,03% para la población de 15 años y más, para la población comprendida entre 5 y 14 años el índice es de 1,76%. En consecuencia, los índices socioeconómicos de la población colocan al Municipio Baruta en una situación privilegiada frente a otras localidades de la capital y del país. Si inferimos estadísticamente encontramos que tan solo un 1,34% de la población mayor de 15 años se encuentra sin ningún nivel educativo y un 3,95% para la comprendida entre 5 y 14 años.

No obstante, a esta condición socio-económica particular que registra el Municipio Baruta, el Estudio de Estado Nutricional de pacientes que acuden a la consulta Externa en los Ambulatorios Adscritos al Servicio Autónomo Municipal de Salud de la Alcaldía de Baruta. Febrero-Abril 2009<sup>11</sup>, alertaba sobre los hábitos de consumo, ingreso calórico y la situación nutricional de la población infantil, indicado entre sus varias recomendaciones, la necesidad de implementar un sistema de información y educación sobre hábitos alimenticios; evidencia de la importancia que significan los hábitos nutricionales, las características y aspectos culturales

---

<sup>11</sup> Estudiantes de Escuela Nutrición (2009)

en la ingesta de alimentos al momento de analizar la alimentación en grupos de población

Por otro lado, la Memoria y Cuenta del ejercicio fiscal 2010 presentada por la Alcaldía del Municipio Baruta, la cual está basada en los datos estadísticos aportados mes a mes, por la División de Epidemiología de la Superintendencia de Salud de dicho Municipio Baruta, evidencia que los servicios de promoción y conservación de la salud, estuvieron dirigidos principalmente a la atención de pacientes consultantes a cada especialidad médica en particular y a otras actividades o servicios que se prestan en los ambulatorios, tales como: Servicio de Laboratorio, Inmunizaciones, Citologías etc. Evidenciándose la carencia de Programas Sociales dirigidos a minimizar la condición de desnutrición de los habitantes de ese Municipio.

Adicionalmente, al revisar el cumplimiento de las metas propuestas en el POA 2010, en cuanto a las acciones recurrentes y específicas, se puede observar en la Cuadro Nro. 2 que aunque fue de un 82.8 %, sobrepasando el rango catalogado como *satisfactorio* en el Indicador de Eficacia elaborado por la Dirección de Planificación y Presupuesto de esta Alcaldía para el año 2010, no se aprecian Programas Sociales dirigidos a minimizar la condición de desnutrición de los habitantes de ese Municipio.

### CUADRO Nro. 3 ACTIVIDADES DEL PROGRAMA SALUD ESCOLAR

Salud Escolar	Nº Consultas Programadas	Nº Consultas Ejecutadas	%
Charlas y talleres dirigidos a la población escolar y a docentes	35	11	31.4
Consultas medicas periódicas a la población de preescolares y escolares de las escuelas municipales	3.830	1.778	46.4

Fuente: Estadísticas Mensuales de los Servicios Médicos

No menos importante resulta que como producto de las necesarias coordinaciones que se dan desde la Dirección de Salud del Estado Miranda con los responsables de la salud del Municipio Baruta, a efectos de garantizar la atención integral en salud, sin importar ubicación geográfica de los ciudadanos, no se dispone de programa o proyecto alguno dirigido a la disminución de la Desnutrición y los Hábitos Alimenticios de población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta, muy a pesar que a dicha Alcaldía están adscritas el conjunto de Escuelas que atienden a la población que se indican a continuación:

### CUADRO NRO 4: ESCUELAS ADSCRITAS AL MUNICIPIO BARUTA

Nombre y Dirección	Teléfono	Matricula	Turno
U.E.M.R. Aquiles Nazoa Hoyo de la Puerta. Sector Boquerón – Baruta	(0212) 942-04-72	393	Diurno
U.E.M.R. Manuelita Saenz Sector La Planada, Vía Coche – Tejería	(0212) 942-05-74	201	Diurno
U.E.M. Bárbaro Rivas Calle El Rosario – Las Minas de Baruta	(0212) 945-53-68	691	Diurno

U.E.M. Jermán Ubaldo Lira Calle Federación – Las Minas de Baruta	(0212) 945-04-66 641	Diurno
U.E.M. José Antonio Páez Av. Río Paragua, Santa Cruz del Este	(0212) 977 -37-96 394	Diurno
U.E.M. Miguel José Sanz Calle Páez .- Baruta	(0212) 945-32-13 643	Diurno
CEBA Monseñor Lucas Guillermo Castillo Calle Sucre, frente al Cementerio de Baruta	(0212) 945-15-64 61	Nocturno
U.E.M. Monseñor Lucas Guillermo Castillo Calle Sucre, frente al Cementerio de Baruta	(0212) 945-15-64 702	Diurno
Preescolar El Carmen Calle El Carmen, Ojo de Agua	(0212) 815-51-98 79	Diurno
CEBA Cruz Amado Fagúndez Calle Federación – Las Minas de Baruta	(0212) 945-04-66 21	Nocturno

Fuente: Alcaldía de Baruta: El Municipio. (s.f.). Disponible en: <http://www.alcaldiadebaruta.gob.ve/>

Esta situación, agrava el problema del hambre y la desnutrición de un Municipio donde el 45% de los niños y niñas en edad de educación inicial, no cuentan con una opción de atención integral y pedagógica que eleve las oportunidades limitadas para satisfacer necesidades básicas, agravando el hambre, la desnutrición o ambos.

En tal sentido se hace necesario impulsar iniciativas que le impriman a los organismos encargados de la prevención de la salud en el Municipio Baruta, de un mayor dinamismo en la formulación de las políticas, programas y proyectos a fin de contar con una estrategia que vaya más allá del importante aporte que hoy brindan los llamados "Hogares Comunitarios", que atienden a niños con edades comprendidas entre los 2 y 3 años, y contar de esta manera con mecanismos que permitan dar respuesta eficiente y oportuna a las demandas sociales en el combate de esta necesidad básica. Todo ello, con base en los principios rectores plasmados por el legislador en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, con miras a alcanzar la inclusión social de forma masiva y acelerada, a fin de superar las desigualdades sociales y la pobreza.

La idea de impulsar programas sociales que brinden un adecuado aporte nutricional a los niños y niñas en edades entre 7 a 12 años de las zonas más vulnerables del Municipio Baruta, no es nueva. Existe desde hace varios años y la misma ha sido expuesta en varios eventos y congresos nacionales, donde se han registrado documentos que aportan recomendaciones y soluciones al problema de desnutrición, malnutrición e instalación de enfermedades específicas derivadas de la falta de determinados nutrientes que afectan al individuo en su crecimiento integral como ciudadano.

Un ejemplo de ello es la evaluación antropométrica nutricional y bioquímica de un grupo de niños estudiantes de la escuela Manuelita Sáenz, Municipio Baruta durante el año 2009, ejecutada por el Departamento de Nutrición de la Universidad Simón Bolívar, donde se obtuvo que el 19,44%

de la muestra presentó déficit de peso, primer parámetro que se altera cuando hay deficiencias en la ingesta de alimentos, un 25% presentó talla baja, lo cual sugiere desnutrición crónica, que dado al estatus socioeconómico de la muestra es bastante factible.

Estas evidencias empíricas y registradas, nos permiten inferir que el Municipio Baruta del Estado Miranda, como parte integrante de la República Bolivariana de Venezuela, hoy tiene grandes desafíos en materia de salud. Avanzar en la construcción de políticas públicas que sean susceptibles de ser gestionadas con eficacia y eficiencia en este especial ámbito de interés nacional, requiere a la vez la formulación de programas y proyectos sociales desde las instancias responsables de la salud del gobierno local, como alternativa para avanzar en esa dirección deseada, siempre en el marco de la Constitución de 1999 y con esto avanzar en la transformación de las instituciones públicas en la dirección que el Plan de Desarrollo Nacional señale.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Una vez identificado el problema social que se deseaba transformar, fue preciso investigarlo. Para ello se formularon un conjunto de interrogantes que delinearon la direccionalidad de la investigación:

¿Cuáles son los factores que producen el problema de Desnutrición y los Hábitos Alimenticios de la población etaria compuesta por niños y niñas en

edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta?

¿Cómo y en qué medida podrían cambiar los indicadores y factores explicativos del problema de Desnutrición y los Hábitos Alimenticios de la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta, con la implementación de un programa social?

¿Cuáles serían los componentes de un programa social dirigido a minimizar la Desnutrición y los Hábitos Alimenticios de la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta?

## **OBJETIVOS**

En virtud de que esta investigación buscaba ante todo, contribuir con la resolución de un problema social como es la Desnutrición y los Hábitos Alimenticios de la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta, mediante un programa social, los objetivos del estudio quedaron planteados de la siguiente manera:

### **OBJETIVO GENERAL**

Formular un Programa de Intervención Social dirigido a incrementar el nivel calórico de ingesta diaria de alimentos como alternativa de intervención positiva del estado nutricional de escolares entre 7 y 12 años de edad, de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta del Estado Miranda.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1- Identificar los factores que producen el problema de Desnutrición y los Hábitos Alimenticios de la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta
- 2- Construir la visión del Programa de Intervención Social dirigido a disminuir la Desnutrición de la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta, a partir de los actores sociales y los conocimientos preestablecidos.
- 3- Diseñar un Programa de Intervención Social dirigido a disminuir la Desnutrición de la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta

## **JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

Una agenda pendiente de los gobiernos locales en relación a estos desafíos en materia de salud ha sido investigar, valorar, comprender y diseñar Programas de Intervención Social como parte sustantiva de una política pública para enfrentar los déficits e inequidades que han caracterizado esta realidad, situación que se pone en evidencia con la aplicación de prácticamente las mismas las políticas aplicadas en el pasado. De allí la necesidad de buscar nuevas alternativas y enfoques que permitan avanzar en la superación de la realidad existente en materia de Desnutrición

y los Hábitos Alimenticios en la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta del Estado Miranda, combatiendo sus causas y determinantes.

Ahora bien, en el entendido que la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, demanda de sus gobernantes avanzar en el proceso de construcción de una democracia social y participativa, de derecho y justicia social, es por lo que se plantea en este Trabajo Especial de Grado, elementos para la implementación y monitoreo (gestión) de un Programa de Intervención Social que pueda formar parte de una política pública en materia de salud, que contribuya a minimizar el fenómeno que se presenta en materia de Desnutrición y los Hábitos Alimenticios en la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta del Estado Miranda, garantizando de esta manera uno de los derechos sociales esenciales a la vida y a una plena condición de ciudadanía con equidad.

La garantía de la alimentación a todo ciudadano, no solo esta asociada a la noción de calidad de vida, si no que es una de las principales necesidades humanas que esta presente en el mandato Constitucional. No obstante evidencias empíricas y registradas dan cuenta que durante los últimos años, las políticas públicas impulsadas desde las diferentes instancias de gobierno han sido insuficientes para cerrar las brechas presentes entre los niveles actuales y deseados de desnutrición de la población Venezolana.

Esta situación supone la búsqueda de respuestas desde las instancias de gobierno local que trascienden las políticas actuales en esta materia, las

cuales estando centradas en la articulación de las políticas económicas y sociales han estado dirigidas a impactar en las condiciones de vida de la gente y no ponen foco en las poblaciones etarias más vulnerables como es el caso de la población del que asiste a las Escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta del Estado Miranda, con edades comprendidas entre 7 y 12 años, donde se puede apreciar paradójicamente como en los últimos tres (3) años, aun existiendo planes y programas Nacionales y Estatales dirigidos a cerrar las brechas en esta materia, los niveles de desnutrición se han niveles considerables.

Colocándose en evidencia la necesidad de explorar una estrategia diferente que sirva como alternativa para elevar o mejorar las condiciones en materia de Desnutrición y los Hábitos Alimenticios en la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta del Estado Miranda, procurando su logro, mediante una buena gestión, es decir la acción o efecto de moverse hacia la superación de los problemas de desnutrición aquí planteados.

Esta alternativa debería concebirse para reorientar el contenido y dirección de las pocas iniciativas en curso, de manera de impactar el estatus quo de la población objetivo, por la vía de la implementación de acciones dirigidas a combatir todas aquellas causas que comprometan, obstaculicen o provoquen la Desnutrición y los Hábitos Alimenticios en la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta del Estado Miranda, que es una evidencia irrefutable de las debilidades sociales existentes para garantizar el ejercicio de los derechos sociales de estos Venezolanos, que a la larga redundan en dificultades para el ejercicio de una participación democrática y protagónica.

Recordemos que la salud y la alimentación entre otros, representan derechos sociales reconocidos y garantizados a toda la población venezolana en la Constitución de 1999 y por tanto son necesidades sociales inherentes al desarrollo de las capacidades y potencialidades humanas para la realización de la vida en sus diferentes etapas.

De allí la importancia de una investigación como ésta que apuntó a romper con las lógicas tradicionales instauradas en el Municipio Baruta del Estado Miranda, y que se replica en otras instancias tanto del gobierno central, estatal y municipal, caracterizadas por el frecuente aumento de los problemas de desnutrición y sus consecuencia, que lo tratan de manera fragmentada o aislada de los procesos humanos, sociales e históricos que lo producen, lo cual bloquea a los gobernantes para intervenir en la transformación de las condiciones de vida de sus gobernados.

La propuesta de un Programa de Intervención Social que emerge como resultado de esta investigación, exige el compromiso por parte de los gobernantes de rescatar la función sustantiva de las políticas públicas en resguardo del interés colectivo y por tanto buscaría orientar los esfuerzos hacia la mejor condición posible a la que debería evolucionar el problema de la Desnutrición y los Hábitos Alimenticios en la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta del Estado Bolivariano de Miranda, valorando todas las dimensiones y variables que actúen como causalidades y determinantes, dentro de una lógica que tiene como premisa las posibilidades de un cambio real.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO REFERENCIAL**

#### **REFERENTES TEÓRICOS**

##### **DESNUTRICIÓN**

###### **La Desnutrición**

Se entiende por desnutrición a la condición patológica inespecífica que puede ser reversible o no, ocasionada por la carencia de múltiples nutrientes, derivada de un desequilibrio provocado por un insuficiente aporte de energía, un gasto excesivo, o la combinación de ambos, que afecta en cualquier etapa del ciclo vital, en especial a lactantes y a niños; es la más común de las enfermedades.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la palabra "desnutrición" se utiliza para referirse a varias dolencias relacionadas con la ingesta de uno o más nutrientes -por ejemplo, proteínas, yodo o calcio- y caracterizadas por un desequilibrio entre el aporte de nutrientes y energía y las necesidades del organismo para su crecimiento y desarrollo.

###### **Clasificación de la Desnutrición**

De acuerdo a la absorción de los alimentos, se clasifica en:

- **Desnutrición primaria:** ocasionada por la ingesta insuficiente de alimento, ya sea porque este no se encuentre disponible o porque aunque existe no se consume.
- **Desnutrición secundaria:** se produce cuando el alimento disponible no es consumido o no es debidamente utilizado por el organismo, debido a condiciones que interfieren con la ingestión, dificultan la utilización, aumentan la excreción o interfieren con la digestión y absorción.
- **Desnutrición mixta:** se presenta cuando existen tanto factores primarios como secundarios, que se adicionan o potencian.

#### **Factores de Riesgo o causas de la desnutrición**

La mayor parte de las alteraciones del estado nutricional no están condicionadas a una sola causa sino que presentan una combinación de condiciones necesarias y propicias que influyen en el estado de la población (Cuadro Nro 5.), como son:

**CUADRO Nro 5. FACTORES DE RIESGO O CAUSAS DE LA DESNUTRICIÓN**

<b>FACTORES DE RIESGO O CAUSA</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
Socioeconómicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo limitado por el bajo nivel de ingresos</li> <li>• Limitación de la disponibilidad de los alimentos</li> <li>• Oportunidad de empleo</li> <li>• Escasa escolaridad de los padres</li> <li>• Alto crecimiento demográfico</li> <li>• Condiciones de salario</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo de bienes y servicios</li> </ul>
Ambientales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta en el suministro de agua potable</li> <li>• Servicios higiénicos inadecuados</li> <li>• Falta de eliminación de desechos sólidos y líquidos</li> </ul>
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prematurez</li> <li>• Defectos congénitos</li> <li>• Defectos genéticos</li> <li>• Infecciones gastrointestinales</li> <li>• Problemas dentarios</li> </ul>
Nutricionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandono de la lactancia materna antes de los seis meses de edad</li> <li>• Hábitos alimentarios: creencias y costumbres alimentarias inadecuadas</li> <li>• Trastornos de la alimentación caracterizados por el rechazo a comer: anorexia, bulimia.</li> <li>• Ignorancia sobre una buena nutrición o la preparación adecuada de alimentos.</li> </ul>
Otros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que afectan la ingestión de alimentos, la absorción, utilización o eliminación de nutrientes (quimioterapia, estrógenos, etc.)</li> <li>• Existencia y funcionamiento de servicios de salud</li> <li>• Existencia y funcionamiento de programas sociales</li> </ul>

Fuente: Santi A. Febrero 2004.

## **Consecuencias de la desnutrición**

En este punto se consideran los siguientes aspectos:

### **Consecuencias en términos específicos de la enfermedad**

- **Mortalidad.** Partiendo de estudios como la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez y otras posteriores se puede concluir que a medida que el estado de nutrición se deteriora, en especial en los niños, el riesgo de mortalidad crece.<sup>12</sup>
- **Morbilidad.** El estado de nutrición, no solo afecta la gravedad sino también la incidencia de las enfermedades.
- **Crecimiento físico de los niños.** Una dieta inadecuada produce retardo en el crecimiento de los niños, particularmente de los menores de 5 años, de acuerdo con estándares nacionales o internacionales entre estos últimos los de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- **Desarrollo de los Niños.** Se ha postulado que la desnutrición no solo causa alteraciones del crecimiento físico sino deterioro del desarrollo mental, que es intelectual, incluso cognoscitivo, afectivo y espiritual.
- **Rendimiento escolar.** Se ha sugerido que los niños mal alimentados, estarán, durante las clases, indiferentes, apáticos, distraídos, con una capacidad limitada para comprender y retener hechos y, con frecuencia, ausentes de la escuela. Con el tiempo repetirán cursos y abandonaran los estudios.

---

<sup>12</sup> Carpeta Informativa sobre la CIPD—6. El Cairo (Egipto) 5 al 13 de septiembre de 1994. Kielmann, A. Y. McCoord, C. Weigh-for-age as an index of risk of death in children. Lancet 1: 1247-1250, 1978. Página web: [www.un.org](http://www.un.org). Caracas, 11/12/04.

- **Productividad y producción.** La hipótesis es que el esfuerzo físico se limita de acuerdo con el estado de nutrición, lo que sugiere una relación directa entre ingestión de alimentos y productividad.

### **Consecuencias en el desarrollo económico social**

El reto del desarrollo consiste en satisfacer las necesidades de las actuales generaciones y mejorar la calidad de su vida en maneras que comprometan la capacidad de futuras generaciones para satisfacer sus propias necesidades.

Pese a los tiempos en que se vienen realizando actividades de desarrollo, y pese a los adelantos en los indicadores, la esperanza de vida y el producto nacional han sufrido una aplicación en las desigualdades dentro de los mismos países en donde subsisten graves situaciones de falta de equidad económica y social, lo que obstaculiza los esfuerzos por mejorar la calidad de vida de los pobladores. Así encontramos que la pobreza generalizada sigue constituyendo el reto principal a las actividades de desarrollo; debilidad que en muchos casos, si no en todos, va acompañada de desempleo, desnutrición, analfabetismo y limitado acceso a servicios de salud. Todos estos factores contribuyen a la instauración de altos niveles de fecundidad, morbilidad y mortalidad, así como a la baja productividad económica.

En América Latina, un enfoque integral que incorpore políticas sociales activas, probará ser más eficiente en alcanzar un desarrollo económico sostenible más equitativo y aliviar las necesidades básicas más urgentes de los menos favorecidos. A este respecto, la sociedad venezolana en general puede contribuir al diseño de políticas a través de la movilización del capital social, la responsabilidad social empresarial y la inclusión y potencialización de las comunidades más pobres y marginadas.

Como consecuencia del desarrollo social, económico e industrial se han producido cambios importantes en la salud transformando los patrones epidemiológicos en el mundo, por ejemplo, se han modificado los estilos de vida, lo que ha afectado a la dieta, falta de ejercicio y abuso de sustancias entre otros; originando efectos en los tipos de enfermedades que se presentan, como la malnutrición, desnutrición, hipertensión arterial y otros problemas cardiovasculares, así como en las tasa de mortalidad infantil y de esperanza de vida.<sup>13</sup>

En Venezuela, el panorama epidemiológico se caracteriza por problemas afines a países desarrollados como las enfermedades cardiovasculares, crónico degenerativas, accidentes y muertes violentas; al mismo tiempo que comparte afecciones asociadas al subdesarrollo, la pobreza la falta de acceso a los servicios de salud, entre estos encontramos la desnutrición, enfermedades gastrointestinales, enfermedades infecciosas, así como deficiente higiene ambiental y laboral. Por otro lado, el Fondo de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) considera

---

<sup>13</sup> Holtzman et al., 1998

prioritario combatir el hambre para reducir la pobreza, y exige medidas urgentes para combatir este flagelo, al expresar que "La reducción de la pobreza requiere tiempo, mientras que el hambre necesita socorro inmediato. El hambre es tanto causa como efecto de la pobreza. Si no se reduce el hambre, el progreso de la lucha contra la pobreza será necesariamente lento"<sup>14</sup>.

Ante tal situación, es impostergable el inicio de acciones bien planeadas que se sustenten en una estructura organizativa que permita generar, evaluarlos, retroalimentar, ajustar y mantener, programas que respondan a las necesidades de nuestra población.

En referencia a lo expuesto, podemos expresar que aquel crecimiento económico y desarrollo que no conduzca a reducciones significativas de la malnutrición, es un crecimiento y un desarrollo mal concebidos, ya que incluso el crecimiento económico y el desarrollo sin dirección, pueden llevar lentamente a menores tasas de desnutrición de lo que se concluye la necesidad de, como se ha señalado en varias oportunidades en párrafos anteriores, políticas bien concebidas, que beneficien a los pobres y a los desnutridos, cuya meta sea garantizar un suministro alimentario estable y seguro para todos, una protección adecuada contra las enfermedades, disponibilidad de servicios de salud para todos, y un ambiente que fomente y apoye buenas prácticas de cuidados para quienes necesitan esta atención; objetivos no muy sencillos de alcanzar para países pobres que luchan para

---

<sup>14</sup>FAO: Los alimentos: derecho humano fundamental. Página web: [www.fao.org](http://www.fao.org). (09/01/05)

salir de la escasez. Sin embargo, el estímulo del crecimiento con equidad es viable y es la única estrategia moral que se puede adoptar.<sup>15</sup>

Un ingrediente esencial para un buen estado nutricional es una disponibilidad adecuada y estable de alimentos a nivel nacional y del hogar. Para mejorar la nutrición se necesita una mayor producción que lleve a un aumento del consumo de alimentos por parte de los escolares de los hogares con menores recursos económicos que no tienen seguridad alimentaria. A esta aseveración se debe agregar que al garantizar a los adultos de estos hogares, trabajo o vida aceptable, se contribuirá también a reducir las tasas de malnutrición. De la misma manera, una producción alimentaria adecuada o ingresos suficientes y regulares, contribuyen a mejorar el estado nutricional en general del individuo.

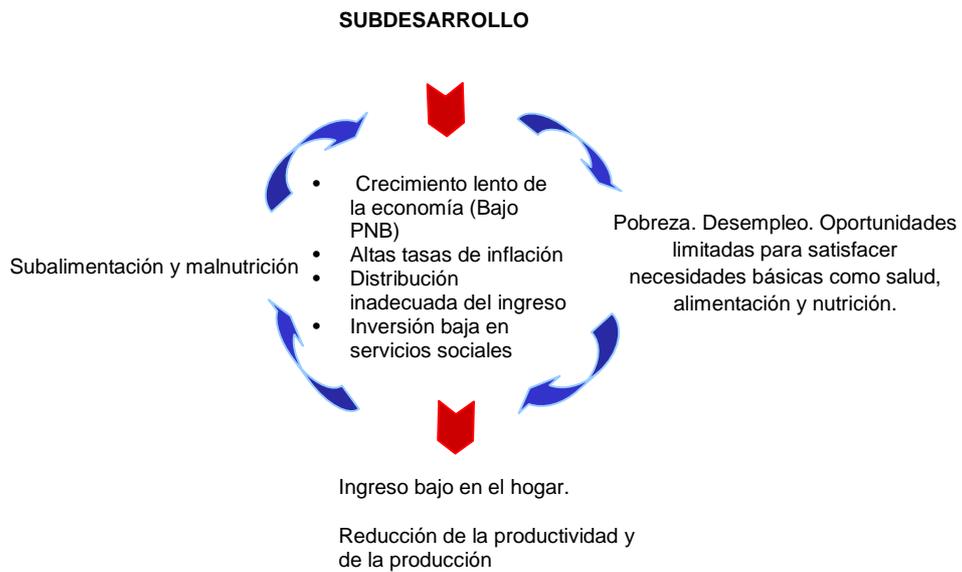
Resumiendo, tenemos que entre el subdesarrollo y la desnutrición se produce una interacción constante que se traduce en un círculo vicioso que comprende una serie de fases, cada una de las cuales induce y agrava la siguiente. Así, el subdesarrollo, determina pobreza y desempleo. Ambos se reflejan en un ingreso familiar bajo y este, a su vez, en oportunidades limitadas para satisfacer necesidades básicas como la salud. A consecuencia de esta situación, se agrava el hambre, la desnutrición o ambos, lo que contribuye a mantener o agravar el subdesarrollo. Este, da lugar a un crecimiento lento de la economía y a un Producto Nacional Bruto (PNB) bajo que sintetiza a la producción total de bienes y servicios de un país ajustada

---

<sup>15</sup> Santi, 2004

por un factor neto de ingreso del exterior. (Figura Nro. 1., Cornia & Jolly & Stewart. 1987)

### FIGURA NRO. 1. CONSECUENCIAS DE DESNUTRICIÓN EN EL DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL.

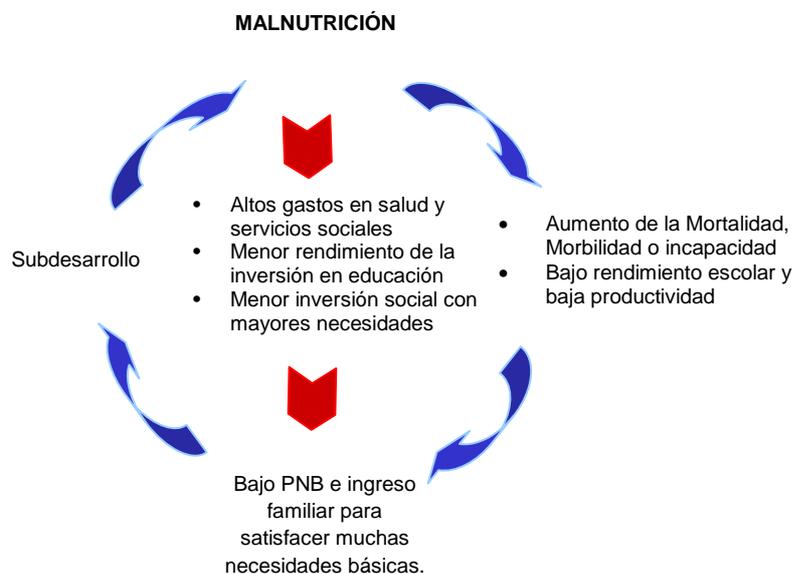


A su vez, la desnutrición produce o induce mortalidad, enfermedad o incapacidad (Figura Nro.2) debido a las consecuencias que esta patología acarrea en cuanto a las deficiencias específicas de nutrientes tales como hierro, vitaminas. Así mismo, reduce o deteriora el rendimiento escolar y la productividad en el trabajo debido a la falta de atención, como se explica en el aparte de consecuencias de la desnutrición.

De acuerdo a su magnitud, estos factores determinan un PNB bajo y un ingreso familiar que no alcanza a satisfacer las necesidades básicas de salud y alimentación, ya que la deserción escolar no permite la preparación adecuada para la inserción en el campo laboral. Dichos efectos agravan el

estado de subdesarrollo lo que a su vez, aumenta la incidencia de desnutrición debido al escaso poder adquisitivo y falta de recursos humanos y económicos, cerrándose así el círculo vicioso. De la misma manera, el exceso de malnutridos, cuyas enfermedades son más graves y de mayor duración, da lugar al aumento de las inversiones en atención médica. Determina además, un menor rendimiento de las inversiones en educación debido al ausentismo y deserción escolar, así como el gran número de repetidores de curso. Los gobiernos y el sector privado se ven obligados a invertir más en servicios sociales sin contar con los recursos cuando las necesidades son mayores.<sup>16</sup>

## FIGURA NRO. 2 CONSECUENCIAS DE LA MALNUTRICIÓN



<sup>16</sup> (Cornia et al., 1987)

## ANTECEDENTES DE LA DESNUTRICIÓN EN VENEZUELA

Los cambios ocurridos en los últimos 50 años en Venezuela han sido más rápidos, más vertiginosos y más profundos, que los cambios habidos en toda la historia de la colonia y post independencia conjuntamente. Debido a ello, sus habitantes no son homogéneos en su desarrollo físico, lo que se traduce en un verdadero problema al hablar de población nutrida o desnutrida.<sup>17</sup>

Tomando en cuenta la anterior salvedad, se deben distinguir en la historia de este país, al menos tres generaciones que conviven simultáneamente, cada una con una historia propia.

- **La primera generación la nacida en los primeros años del siglo XX.** Hoy en día es una generación adulta o anciana, que vivió las frecuentes enfermedades infecciosas y parasitarias que apenas una minoría sobrellevaba, en donde la alimentación era deficiente durante los primeros años por lo que se advertían cuadros frecuentes de desnutrición grave, y un índice de mortalidad general tres veces mayor que el actual, mientras que el infantil era cuatro o cinco veces mayor.
- **La segunda generación incluye a los que nacieron poco después de la Segunda Guerra mundial,** por los años 50 y 60. Es una generación nacida en un país con una mejoría en los procesos endémicos, así como también el nivel educativo.

---

<sup>17</sup> (Bengoa, 1981)

Presenta signos de haber estado desnutrida pero con mejor estado físico que la anterior.

- **La tercera, la generación de los años ochenta.** Presenta un estado de nutrición mucho más favorable, en la cual debe recaer la acción prioritaria en salud, nutrición, educación y en otros sectores sociales. Hoy predomina una desnutrición crónica, reflejada en una talla baja y un desarrollo físico y funcional inarmónico.

Este estado de desnutrición crónica es el más grave, ya que es un signo de la adaptación que ha debido llevar a cabo el organismo, irreversible en muchos casos, a fin de reducir sus requerimientos nutricionales de acuerdo a las condiciones que el ambiente y los factores socioeconómicos les imponen. Adaptación que sucede como un método de autodefensa, que se logra a través de una reducción de la velocidad del crecimiento y de actividad física, produciendo niños y adultos fisiológicamente anormales.

## **INDICADORES DE DESNUTRICIÓN**

Con criterios diversos, el Banco Mundial estima que aproximadamente el 34 % de la población del mundo en desarrollo – con exclusión de china – no tiene una ingesta adecuada para realizar una vida activa y productiva. Casi la mitad subsiste con una dieta mínima de supervivencia. Lo que significa que

730 millones de personas no cuentan con alimentos suficientes y este número incluye unos 340 millones con desnutrición aguda.<sup>18</sup>

Para inicios del milenio, en Venezuela, la desnutrición en la población infantil, era percibida a través del contacto cotidiano con los grupos de riesgo como uno de los principales problemas de salud pública. La participación de diversas instituciones del sector público y privado en diversas investigaciones sobre el problema de la desnutrición, hacen posible aproximarse a la situación nutricional de la población en riesgo para ese entonces. Así tenemos:

Estudios realizados por el Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA) y la firma encuestadora Datanálisis, señalan que para inicios de año 2000, la cantidad de personas con hambre en Venezuela había crecido de 25 a 30 % en los últimos 3 años. Por otro lado, Julio César Centeno en su escrito VENEZUELA, UN PAIS HERIDO POR LA POBREZA (2002), indicaba que un millón 274 mil niños y niñas con edades comprendidas entre 7 y 14 años, tenían un déficit nutricional agudo. La tasa de mortalidad por desnutrición pasó de 3 a 4,6 por 100.000 habitantes entre 1989 y 1994. Este incremento se atribuía al padecimiento de enfermedades infecciosas y gastrointestinales asociadas a la desnutrición. De igual manera, para ese mismo período de estudio, 76,1% de la población infantil, es decir, 7.293.336 niños y niñas, vivían en pobreza. De este total, 50,2% (4.811.110) estaban en pobreza moderada y 25,9% (2.482.226), en pobreza extrema.

---

<sup>18</sup> Banco Mundial. Poverty and Hunger: Issues and options for Food Security in Developing Countries. Washington, D.C., 1986, 11 pp.. Resumen.

Solamente 2,2 millones de infantes y adolescentes acceden a buenas condiciones de vivienda, alimentación, salud y educación.

Por otro lado en el estudio de Situación de Vida y Movilidad Social 2000-2001 realizado por FUNDACREDESA, se muestra la evolución del costo promedio de la alimentación de una familia de cinco miembros entre 1999-2001, evidenciándose el alza que se habría producido en este sector de manera incontrolable.

Evidenciándose de esta manera que para esa época, prevaleció en Venezuela un modelo de salud universal/asistencialista, con origen en la década de los 40, cuyo sentido era proteger a la fuerza productiva, que surgía con el modelo de industrialización sustitutiva de importaciones, basado en un modelo “segurista” de seguridad social, para los trabajadores asalariados, con empleo formal y dar asistencia social a los grupos sociales no incorporados al proceso de modernización económica y social, financiado por la renta petrolera.

Al mismo tiempo, se desarrolló progresivamente un modelo corporativista, con servicios diferenciados, para sectores vinculados a actividades de distintos poderes del Estado. En tal sentido, se institucionalizó un sistema de beneficios para determinados segmentos de la Administración Pública estatal, con servicios de salud, remuneraciones, jubilaciones y otros privilegios laborales para específicos sectores (poder legislativo y judicial, Banco Central, sector hidrocarburos, eléctrico, universitario, electoral y militar).

En los centros urbanos hubo aumentos de coberturas en educación, saneamiento ambiental y salud, el cual ha sido el principal espacio institucional de la acción del Estado. Pero, esos mismos servicios fueron desmejorando su calidad, y paulatinamente perdieron su capacidad de dar respuestas a las necesidades sociales. Se generaron, en consecuencia, acentuados déficits y brechas sociales, que tuvo como efecto la conformación de amplios sectores de población excluidos, y marginalizados del proceso de modernización.

A partir de la Promulgación de Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) produce un viraje hacia un modelo de salud con contenido social. Una concepción de política pública entra en escena, que intenta privilegiar la garantía de los derechos sociales en el marco de una seguridad social universal, con miras a reducir la miseria y acelerar la disminución de la pobreza, avanzando en la cobertura y la universalización de la satisfacción de necesidades de Alimentación, Salud, Educación y Combate a la pobreza en los sectores de la población tradicionalmente excluidos. En consecuencia se produjeron mejoras en la situación nutricional de la población venezolana.

La mejora del estado nutricional de la población caracteriza nuevamente el comportamiento del derecho a la alimentación en la actualidad, según lo reflejan los datos aportados por el gobierno nacional y avalados por las organizaciones internacionales asociadas al monitoreo de este derecho como la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef); al punto de afirmarse que se ha logrado cumplir con el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM), referido a la reducción del hambre, antes de la

fecha prevista (2015). Esta mejora se sustenta en el esfuerzo sostenido del Ejecutivo Nacional por mantener la política de subsidios a los productos alimenticios que integran la canasta alimentaria a través de la Misión Alimentación.<sup>19</sup>

Las cifras que ha ofrecido el Ejecutivo Nacional indican que ha habido un notable descenso de 45,5% en el Índice de Prevalencia de la Subnutrición (IPS) entre 1990 y 2008, ubicándose para este año en 6%, como lo muestra en el Cuadro Nro. 6.

**CUADRO NRO. 6 ÍNDICE DE PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN.1990 – 2008**

<b>AÑO</b>	<b>% IPS</b>
<b>1990/92</b>	<b>11</b>
<b>1995/97</b>	<b>15</b>
<b>1998/00</b>	<b>21</b>
<b>2000/02</b>	<b>15</b>
<b>2001/03</b>	<b>15</b>
<b>2002/04</b>	<b>15</b>
<b>2003/05</b>	<b>12</b>
<b>2004/06</b>	<b>9</b>
<b>2005/07</b>	<b>7</b>
<b>2006/08</b>	<b>6</b>

Fuente: INN. Citado en Informe sobre cumplimiento de las metas del Milenio, 2010

En términos brutos esta cifra representa un aproximado de 1 millón 500 mil personas que se encuentran por debajo de los patrones nutricionales

---

<sup>19</sup>Informe sobre cumplimiento de las metas del Milenio, 2010

requeridos, frente a las 2 millones 100 mil que existían para 2007. De acuerdo con los estándares de la FAO, un IPS entre 5 y 9% se cataloga como bajo.

En lo que respecta al déficit nutricional en niños y niñas menores de cinco años, la reducción entre 1990 y 2009 también ha sido muy significativa, ubicándose en 58,5% al pasar, de 7,7% en 1990, a 3,2% en 2009. De acuerdo con la Directora Ejecutiva del Instituto Nacional de Nutrición (INN), Marilyn Luca “el hambre no es un problema de salud pública en Venezuela, pues este es el quinto país con el menor índice de desnutrición infantil en América Latina”<sup>20</sup>

Los datos que sustentan esta afirmación se reflejan en el Cuadro Nro.7.

#### CUADRO NRO. 7 DÉFICIT NUTRICIONAL REGIONAL

PAIS	PORCENTAJE
México	3.4
Brasil	3.7
Cuba	3.9
Venezuela	4.2
Colombia	5.1
Perú	5.2
Bolivia	5.9
Uruguay	6

<sup>20</sup> Ciudad Caracas: INN: en 58% disminuyó la desnutrición en niños [en línea] <http://www.vtv.gov.ve/noticias-ciencia-y-salud/40225>. Consulta del 23. 05 .11

Ecuador	6.2
Nicaragua	7.8
Honduras	8.6
Guatemala	17.7
Haití	18.9

Fuente: Venezuela de verdad [en línea]  
 <[http://www.venezueladeverdad.gob.ve/logros/8/56/5to\\_lugar\\_en.html](http://www.venezueladeverdad.gob.ve/logros/8/56/5to_lugar_en.html)>

Por su parte, un avance del Segundo Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano (Senacredh) elaborado por la Fundación Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (Fundacredesa), revela que:

**“...del Eje Centro Norte Costero podemos destacar que el 80,62% de los niños y niñas de 0,25 a 1,99 años, y el 82,28% de los de 2 a 4,99 años, presentó peso adecuado para su edad, el déficit de peso observado fue de 6,54% y 6,80% respectivamente y el exceso de peso se presentó en el 12,84% y 10,92% respectivamente de los niños, niñas y adolescentes estudiados. Con respecto a la talla para la edad el 94,20% y 95,35% respectivamente presentó talla adecuada para su edad, el déficit 2,50% y 1,47% respectivamente y la talla alta 3,30% y 3,18%. En estos datos preliminares se puede observar que la población venezolana se mueve positivamente en los indicadores de desarrollo social, mostrando por ejemplo tendencia secular positiva en talla, adelanto de la edad de la menarquía, disminución del déficit de peso, entre otros. Si se analizan los datos discriminados por estrato social, vemos que los mayores incrementos se presentan en los estratos más vulnerables”<sup>21</sup>**

---

<sup>21</sup> FUNDAC REDESA [e n línea] <<http://www.fundacredesa.gob.ve/senacredh.php> Consulta el 25 de mayo 2011

La disminución experimentada es un indicador alentador de que podría estar consolidándose una tendencia positiva al respecto. Dos cuestiones parecen estar incidiendo en este hecho: por un lado, la leve recuperación que ha experimentado el salario con relación al índice de inflación y por otro, la masificación de ciertos programas de atención nutricional. Sin embargo, la sostenibilidad de ambos logros se encuentra amenazada por factores que podrían implicar un impacto negativo en la consolidación de esta tendencia. Estas tendencias permiten cierto optimismo, pese a que las condiciones del país han seguido deteriorándose.

## **POBREZA Y DESNUTRICIÓN**

Para comprender mejor este planteamiento, es importante tratar el tema de las políticas de “lucha contra la pobreza” y las estrategias de focalización en la desnutrición, que durante más de una década se han intentado aplicar en Venezuela.

La pobreza se define como un patrón de lo “mínimo” aceptado socialmente según la realidad histórica de cada país, para que hogares o personas “sobrevivan”. El concepto de pobreza proviene de la tesis de mercado, según las cuales la satisfacción de las necesidades sociales es un bien que se compra y se satisface en forma individual. En esta tesis, las personas que no tienen medios económicos propios deben ser objeto de asistencia por parte del Estado, haciéndoles llegar algunas cosas que cubran lo “mínimo” de estas necesidades.

De esta manera existen elementos que contraponen la idea de lucha contra la pobreza y la idea de la garantía a la alimentación con equidad, estos son:

- Políticas que restringen el derecho a alimentarse, al hacerlo depender de la capacidad de compra. Quienes no pueden comprar los alimentos, en la práctica no tienen este derecho ni pueden ejercerlo.
- Los “pobres” representan una categoría de individuos incapaces para cubrir por si mismos lo “mínimo” de necesidades alimentarias “básicas”.
- El Estado sólo cubre una parte de algunas necesidades alimentarias, que además se consideran homogéneas para todos los pobres, sin considerar si estas respuestas son adecuadas, suficientes y equitativas.
- La lógica de las Políticas públicas en esta materia apunta a minimizar las responsabilidades públicas del Estado a un “paquete” de programas focalizados, reduciendo el problema de alimentario aun conjunto de necesidades “básicas” no satisfechas, que definen el límite aceptable de nutrición.

En cambio, desde una perspectiva alternativa de universalidad con equidad los derechos alimentarios, estos serían un bien público habría que ejercerlos y preservarlos. Y para garantizarlos la un nivel razonable de alimentación en la sociedad los gobernantes deben hacer uso de los medios

políticos y económicos del Estado, de manera de garantizar esta temática por la vía de leyes, políticas, instituciones y recursos, democracia y justicia social.

Por lo tanto, las necesidades alimentarias dentro de esta perspectiva se definen como todo aquello que permite alcanzar aspiraciones, deseos y expectativas de calidad de vida y que, garantizadas como derechos humanos y sociales, deben ser el principal objeto de respuesta de los entes que tienen a su cargo la gestión pública a través de políticas universales y orientadas por la equidad.

El combate en la reducción de estas brechas significa impactar tanto en las desigualdades de acceso a la alimentación como en las desigualdades de condiciones de calidad de vida, dirigiendo los mayores esfuerzos hacia quienes hayan acumulado los mayores déficits. La equidad en el acceso guarda relación con la orientación de las políticas, los requisitos de entrada a los servicios, la distribución de los recursos (materiales, humanos y financieros), incluyendo la comunicación a través de la cual se transmiten conceptos, estereotipos, valores y creencias. Pero intervenir solo en el acceso, no cambia las bases de producción de los desequilibrios, debido a que la inserción en la vida económica, social, política y cultural también es diferencial y expresa los desequilibrios de oportunidad esa la riqueza, al poder y al bienestar acumulados a lo largo del tiempo. Por eso es necesario impactar también en las brechas que son resultado de la distribución diferencial de oportunidades sociales, entendiendo estas brechas como la medida de la demanda acumulada de enfermedades, muertes evitables y malas condiciones de vida que no se han logrado cambiar, evidenciando que las respuestas no son equitativas.

## **POLÍTICAS PÚBLICAS**

Los Gobiernos tienen la responsabilidad de dirigir los asuntos públicos, asumir el mando de las instituciones creadas por la constitución, aprobar las Leyes y satisfacer los intereses de la Nación. De todo este proceso surgen aproximaciones a las orientaciones generales de los ciudadanos, sin embargo, es poco probable que estas muestren de manera fiel sus preferencias específicas, debido a la variedad de aspectos que tiene que observar el sistema político.

Con sus diferencias de ámbito de autoridad, grado de autonomía y de acuerdo a una jerarquía; todas las instituciones del Estado participan en las políticas públicas de una manera u otra asumiendo el reto de descubrir cómo lograr las metas propuestas para cada exigencia.

Existen múltiples definiciones de políticas públicas, a continuación alguna de ellas<sup>22</sup>:

Para Dye (2008) una política pública “es todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer”.

Aguilar Villanueva (1996) en tanto, señala que una política pública es “en suma: a) el diseño de una acción colectiva intencional, b) el curso que efectivamente toma la acción como resultado de las muchas decisiones e interacciones que comporta y, en consecuencia, c) los hechos reales que la acción colectiva produce”.

---

<sup>22</sup>[http://es.wikipedia.org/wiki/Pol%C3%ADticas\\_p%C3%BAblicas](http://es.wikipedia.org/wiki/Pol%C3%ADticas_p%C3%BAblicas)

Kraft y Furlong (2006) plantean que “una política pública es un curso de acción o de inacción gubernamental, en respuesta a problemas públicos. [Las políticas públicas] reflejan no sólo los valores más importantes de una sociedad, sino que también el conflicto entre valores. Las políticas dejan de manifiesto a cuál de los muchos diferentes valores, se le asigna la más alta prioridad en una determinada decisión”.

En tanto objeto de estudio y de acción, las **políticas públicas**, son un campo de abordaje interdisciplinario. Allí la ciencia política, la administración pública, el derecho, la economía, la sociología, la comunicación, el trabajo social, la ingeniería y la psicología, entre otras, han de dialogar para analizar, diseñar, evaluar e implementar las acciones gubernamentales.

En un Estado de Derecho, las políticas públicas se refieren a materias o sectores diversos: regulación, educación, desarrollo social, salud, seguridad pública, infraestructura, comunicaciones, energía, agricultura, etc.

Las políticas públicas se desenvuelven por etapas, que influyen en las demás y también es afectada por las otras. El proceso político es un dispositivo analítico que pertenece al orden lógico sin ser una secuencia de tiempos y sucesos, ni eventos sucesivos.

A continuación algunos ejemplos de los tiempos que sugieren diferentes autores:

**CUADRO NRO.8: ETAPAS EN LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

Proponente	Tiempos Propuestos
May y Wildavsky (1977)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fijación de la agenda</li> <li>2. Análisis de la cuestión</li> <li>3. Implementación</li> <li>4. Evaluación</li> <li>5. Terminación</li> </ol>
Peleón y Brewer (1983)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iniciación</li> <li>2. Estimación</li> <li>3. Selección</li> <li>4. Implementación</li> <li>5. Evaluación</li> <li>6. Terminación</li> </ol>
Hogwood y Gunn (1986)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Decidir sobre como decidir</li> <li>2. Definición de la cuestión</li> <li>3. Pronóstico</li> <li>4. Determinación de objetivos y prioridades</li> <li>5. Análisis de opciones</li> <li>6. Implementación, monitoreo y control de la política</li> <li>7. Evaluación</li> <li>8. Revisión, mantenimiento, sustitución o</li> </ol>

	terminación de la política.
Kelly (2003)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación de un problema</li> <li>2. La puesta en agenda</li> <li>3. La ornilación delapolítica</li> <li>4. Aprobación de la legislación correspondiente para su implementación</li> <li>5. Implementación de la política por los funcionarios</li> <li>6. Evaluación de los resultados</li> </ol>

Fuente: construcción propia.

La implementación de las Políticas Públicas tiene particularidades importantes en relación a la provisión de servicios, en los cuales es posible distinguir diversos grados de complejidad en su ejecución atendiendo la intensidad de las actividades operativas y a cuan programables sean las mismas.

A tal efecto se pueden observar problemas en la puesta en marcha de los programas y/o proyectos que conforman una política pública encontrando entre los más comunes la desviación de los resultados y demoras en su generación. Entre las herramientas para la detección de estos problemas encontramos al Análisis Retrospectivo, Análisis y Rediseño de Procesos de Trabajo, Análisis de Intereses de los Actores y Monitoreo de la Intervención; herramientas que sirven como guías para desarrollar una acción en

búsqueda de mejorar la ejecución de la política y lograr el objetivo para la cual fue creada agregando el valor público para la cual fue requerida.

Las principales áreas de análisis de las políticas públicas son<sup>23</sup>:

- Beneficios y repercusiones en la sociedad.
- El desarrollo social.
- La economía, la infraestructura y expansión de las vías generales de comunicación, de las telecomunicaciones, del desarrollo social, de la salud y de la seguridad pública, entre otras.
- Los planes de desarrollos anuales, quinquenales, etc.
- Los presupuestos anuales de los estados y las administraciones autonómicas y municipales
- La administración pública o sistema burocrático y sus planificaciones
- Los tratados internacionales y las declaraciones de principios de los estados individuales o unidos en agrupaciones regionales.

Ahora bien, el debate sobre la temática de la política pública ha sido considerada conceptualmente desde diferentes puntos de vista en concordancia con las condiciones históricas concretas y las limitaciones que les impone el entorno. En un contexto diferente al capitalista, y en un país que construye el socialismo con características acorde con las particularidades de Venezuela, la política pública pudiera ser definida como: “Un curso de acción propuesto por el gobierno para resolver una necesidad o problema social vinculado a las condiciones reales que lo generan y a los intereses sociales de un colectivo, en

---

<sup>23</sup>Idem anterior

el que las acciones que se ejecutan persiguen el perfeccionamiento material y espiritual de ese colectivo, en pos del creciente bienestar de la sociedad en su conjunto.”(Zavarce, 2012).

Según esta definición, la importancia del ejercicio de la política pública para el gobierno es clara. La elaboración de la política pública es un elemento central de la discusión política en el país y la calidad, el éxito y la aceptación de políticas del gobierno son un determinante importante en el logro de los objetivos trazados para su destino.

Zavarce (2012) plantea a política pública como parte constitutiva de la gestión Pública se caracteriza por:

- Su Contenido: Se movilizan recursos para generar resultados o productos, los que el analista examina como un problema de investigación para la acción, y reciben un proceso de elaboración, tratamiento y acción particular.
- Un programa: Una política pública no se reduce a un acto concreto considerado aisladamente, existe un marco más general en que se integran esas actividades.
- Una orientación normativa: Se presupone que la actividad pública no es la resultante de respuestas aleatorias, sino de la expresión de finalidades y preferencias que el decisor conscientemente o no, voluntariamente o influido por distintos intereses y circunstancias, no puede dejar de asumir. Los actos traducen orientaciones,

satisfacen determinados intereses, portando ciertos valores, tendiendo hacia objetivos específicos.

- Factor de coerción: La actividad pública procede de la naturaleza autoritaria en que se haya investido el gobernante. En otras palabras, éste posee una legitimidad que es la de la autoridad legal, o ejerce una coerción que se apoya en el monopolio de la fuerza. Por ello el acto público se impone, está habilitado en tanto que expresión de las potestades públicas.
- Competencia social: La política pública se define por su competencia, por los actos y disposiciones que afectan la situación, los intereses y los comportamientos de los administrados.

En atención a ello podría decirse que existen diferentes tipos de Políticas Públicas, a saber:

- Política Pública Global: que se manifiesta como un conjunto de decisiones que abarca su contenido en un contexto global a nivel de toda la sociedad.
- Política Pública Sectorial: que se aplica en determinada esfera de actividad socio económico, como la seguridad, de salud, educación etc.
- Políticas Públicas Institucionales: Se constituyen en lineamientos que guían y enmarcan el proceso de gestión de un órgano, ente u otra forma organizativa adscrita a la Administración Pública
- Políticas públicas empresariales: Son aquellos lineamientos que guían, enmarcan el plan y la acción en la toma de decisiones de la empresa.

En el caso Venezolano se ha venido avanzando en la construcción de un nuevo modelo de políticas públicas que acompañe el nuevo modelo de desarrollo, económico, político, social y tecnológico dibujado en la Constitución de la república Bolivariana de Venezuela (1999), con el objetivo de lograr una nueva institucionalidad pública, donde lo social es sustantivo para el Estado, inspirado en principios de equidad e igualdad de oportunidades, con miras a la superación de la pobreza y minimizar la vulnerabilidad social.

En consecuencia la nueva institucionalidad pública remite a la emergencia del poder popular para participar activamente en la construcción de las políticas, programas y proyectos que apunten al fortalecimiento de los sectores más frágiles de la sociedad.

Y en este sentido en concordancia con lo establecido por el legislador, se promulga el Plan de Desarrollo de la Nación "Simón Bolívar 2007-2013", donde se delinearán los procesos de democratización de la Gestión Pública que demandan de las diferentes instancias de gobierno, para construir las necesarias capacidades con el objeto de interpretar y dar respuesta a las necesidades de la sociedad, con responsabilidad, eficacia y eficiencia en la asignación y manejo de recursos.

En este marco, se aprecia un cambio sustantivo en la concepción de estrategias y metodologías de planificación para la formulación y evaluación de las políticas públicas y programas sociales en el estado Venezolano.

## PROGRAMAS SOCIALES

Los programas y proyectos sociales como realización de la política social, son creados para satisfacer las necesidades de la población con un agregado de valor público<sup>24</sup>. Estos operan subsidiando los bienes o servicios del proyecto, que se presenta como la solución a los requerimientos insatisfechos.

Los programas sociales tienen como objetivo solucionar y transformar, con eficiencia y calidad los problemas específicos de la población.

Como otra definición de programas sociales tenemos:

**“son conjuntos estructurados de actividades mediante las cuales las organizaciones públicas diseñan, producen y entregan bienes y servicios, con la finalidad de satisfacer necesidades básicas, construir capacidades, modificar condiciones de vida o introducir cambios en determinados comportamientos.”**<sup>25</sup>

Los Programas Sociales, según el Instituto Interamericano de Desarrollo (INDES), están constituidos por tres elementos, a saber:

---

<sup>24</sup>Se refiere al valor creado por el Estado a través de servicios, leyes, regulaciones y otras acciones. En una democracia este valor es definido en última instancia por el público mismo. El valor es determinado por las preferencias ciudadanas expresadas a través de una variedad de medios y reflejados a través de las decisiones de los políticos electos. Tomado de INDES. Gestión de Programas Sociales en América Latina. Serie Políticas Sociales 25. Volumen I. Santiago de Chile, 1998

<sup>25</sup> Instituto Interamericano para el Desarrollo. Curso Mejorando la implementación de los programas sociales, sección 1. Módulo 1, Unidad 1.1.

- Interés de los actores involucrados por enfrentar la situación considerada como problema público.
- La ejecución de un conjunto organizado de acciones.
- La toma de ciertas decisiones por parte de un grupo mayoritario de actores.

En tal sentido y a los efectos de esta investigación, entenderemos por "Programa Social" un conjunto coherente de acciones destinadas a transformar la situación inicial de una población determinada y mejorar sus condiciones de vida.

Desde esta perspectiva, las acciones de un programa social deben estar dirigidas a transformar un problema social delimitado que afecta a una población específica. La identificación y la delimitación del problema que da origen al programa social, los criterios y mecanismos para determinar la población beneficiaria, así como el seguimiento continuo de los beneficios que llegan –o no- a esta población son parte sustancial de un programa social planificado y susceptible de ser evaluado con base en una gestión pública orientada a resultados.

Por esta razón, es esta investigación se considera que un programa social debe concentrar sus recursos e inversiones en la población o grupo que en el caso del Municipio Baruta del Estado Bolivariano de Miranda, son más vulnerables y por tanto, más lo necesitan.

Por lo antes expuesto la planificación de un programa social, es un proceso<sup>26</sup> dinámico que requiere:

- Identificar y delimitar el problema social que da origen al programa;
- Analizar con profundidad los factores que producen ese problema social,
- Identificar a la población que se constituirá beneficiaria del programa;
- Identificar la imagen deseada que se quiere alcanzar del programa;
- Identificar los aspectos del problema social que deben ser modificados prioritariamente con las acciones del programa;
- Diseñar e identificar acciones que apunten efectivamente, a transformar esos aspectos específicos del problema;
- Desagregar el programa en componentes, objetivos específicos, acciones, tareas y recursos que son necesarios para transformar la problemática social identificada y analizada;
- Registrar los elementos del programa en la formulación de un documento que constituirá la base para el inicio del proceso de ejecución que, a su vez, servirá como insumo para las correcciones o reajustes necesarios de dicho programa.

---

<sup>26</sup>La planificación desde el enfoque tradicional, se concibe como el diseño del "deber ser" de la realidad, es decir, como la formulación de un documento que contiene diagnósticos, objetivos, y acciones para alcanzarlos. Desde el novedoso punto de vista que incorporamos a esta investigación, la planificación constituye un producto alcanzado en la etapa previa a la ejecución y no un proceso que continúa a lo largo de la vida de un programa.

En este marco, la formulación del programa social objeto de esta investigación, constituyen la formalización de los elementos esenciales diseñados e identificados por el investigador durante el proceso de investigación. En consecuencia, los elementos del programa y sus acciones, no son enunciados o formulaciones de buenas intenciones, sino medios para obtener los resultados eficiente y efectivos en lo que atañe a la transformación de aspectos centrales del problema social que ha dado origen al programa, y por tanto, que mejoraran efectivamente las condiciones de vida de la población beneficiaria.

## **BASES LEGALES**

Las reglas de funcionamiento de los Gobiernos, que son los equipos que dirigen los asuntos del Estado, se encuentran establecidas en los siguientes documentos:

- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

**Artículo 4. La República Bolivariana de Venezuela es un Estado Federal descentralizado en los términos consagrados por esta Constitución, y se rige por los principios de integridad territorial, cooperación, solidaridad, concurrencia y corresponsabilidad.**

**Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad...**

- Constitución del Estado Bolivariano de Miranda,

**Artículo 22: “Es competencia del Estado Bolivariano de Miranda, en concurrencia con el poder Nacional o Municipal, entre otras: ... numeral 16:...la sanidad pública y la nutrición de la población de bajos ingresos, especialmente la población infantil”**

- Ley Orgánica de Salud

**Artículo 2: “Se entiende por salud se entiende no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental”**

**Artículo 9: “Las administraciones públicas en salud del Distrito Federal, de los estados y de los Municipios ejercerán la función administrativa de la organización pública en salud en sus respectivos territorios, de conformidad con lo establecido en esta ley.”**

**Artículo 16: “Los alcaldes serán responsables en sus respectivos municipios de la gestión de los servicios de salud, saneamiento ambiental, atención médica de nivel primario y contraloría sanitaria, de conformidad con lo dispuesto en esta ley. En el ejercicio de sus funciones antes señaladas los alcaldes actuarán de acuerdo con las políticas del Ministerio de salud, el Plan Estatal de Salud y los Programas de organización Pública de Salud.”**

- Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. Capítulo II, Derechos, Garantías y Deberes

**Artículo.15. Derecho a la vida: Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida. El Estado debe garantizar este derecho mediante políticas públicas dirigidas a asegurar la sobrevivencia y el desarrollo integral de todos los niños, niñas y adolescentes.**

**Artículo 30. Derecho a un nivel de vida adecuado. “Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a un nivel de vida adecuado que asegure su desarrollo integral. Este derecho comprende, entre otros, el disfrute de:**

**a) Alimentación nutritiva y balanceada, en calidad y cantidad que satisfaga las normas de la dietética, la higiene y la salud.**

**b) Vestido apropiado al clima y que proteja la salud.**

**c) Vivienda digna, segura, higiénica y salubre, con acceso a los servicios públicos esenciales.**

**Parágrafo Segundo. Las políticas del Estado dirigidas a crear las condiciones necesarias para lograr el disfrute del derecho a un nivel de vida adecuado, deben atender al contenido y límites del mismo, establecidos expresamente en esta disposición.**

- Ordenanza Municipal N° 108-07/97, el 13 de junio de 1997, establece la creación del Servicio Autónomo Municipal del Municipio Baruta, por la necesidad de descentralizar la Gerencia de Salud de la Alcaldía del Municipio Baruta, a efectos de darle la autonomía necesaria para ejecutar y formular lineamientos, siendo su misión la siguiente:

La prestación del servicio de salud a los ciudadanos del Municipio, tanto curativa como preventiva, procurando la ausencia de enfermedad y promoviendo el mayor grado de bienestar físico mental de los mismos.

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

En este capítulo se presentan los aspectos de carácter epistemológico y metodológico que justifican la elección del investigador para materializar el abordaje de la realidad objeto de estudio.

El hecho de que la formalización de los asuntos investigativos normalmente impliquen adoptar una postura Epistemológica, obligó a la investigadora a tomar decisiones para poder operar con un cierto instrumental y poder ir al encuentro con la realidad objeto de estudio. De allí que la decisión de elegir entre una postura dominante que promueve modelos precisos que reflejan imperfectamente la realidad y otra que propicia un modelo interpretativo de la realidad, hace que esta investigación, siga la línea del paradigma cualitativo de la investigación en Ciencias Sociales

De allí que desde el paradigma cualitativo de la investigación social fue posible enfocar una investigación que pretende dar cuenta del como intervenir la problemática de la desnutrición y hábitos alimenticios en niños y niñas entre 7 y 12 años de las Escuelas adscritas a la Alcaldía del municipio Baruta del estado Miranda, lo cual permitió al investigador introducirse en un contexto formal para la indagación de nuevas situaciones que las realidades actuales están planteando.

No hay duda que esta realidad objeto de estudio es precisa en sí misma, dado que se centra en una problemática concreta que se da en Escuelas adscritas a la alcaldía del Municipio Baruta del Estado Miranda, pero si el proceso de su aprehensión lo abordáramos con los enfoques epistémicos tradicionales inspirados en la lógica casualista se perdería una parte más o menos importante de sus matices.

En consecuencia, el estudio de una problemática situada en la dimensión organizacional-gerencial como lo es el de la Formulación de un Programa Social para intervenir en Escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta del estado Miranda, se ubica en un ambiente de complejidad, dado que estas son organizaciones sociales que no se pueden considerar como un mecanismo (programado), o un organismo (natural) sino como un sistema social complejo, donde entran en interacción dinámica sus propósitos, las capacidades presentes y las contradicciones existentes, dada su base social, política y técnica.

## **MODELO DE LA INVESTIGACIÓN**

En general los modelos de investigación que emplean los científicos sociales para el abordaje de problemáticas que requieren de intervención social, son hermenéutica, la fenomenología, la etnografía, el estudio de casos, el análisis de muestras, la experimentación, la investigación observacional estandarizada, la simulación, y los análisis históricos o documentales. Cada uno de ellos se caracteriza según varias dimensiones y capta aspectos distintos de la experiencia humana (Goetz, 1988).

Dado que el tema de la Desnutrición y hábitos alimentarios en niños y niñas de Escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta del estado Miranda es un tema poco estudiado, en un contexto organizacional donde están presentes dimensiones como los propósitos, las capacidades y las ideologías subyacentes, se decidió acudir a la hermenéutica, que es quizás uno de los saberes más antiguos de la humanidad y que posee un amplísimo marco conceptual, para el abordaje serio de los fenómenos sociales de este tipo.

En este sentido hermenéutica nos da herramientas para ubicarnos en las Escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Bolivariano de Baruta como objeto de estudio, y a partir de ellas indagar sobre el fenómeno de la desnutrición y hábitos alimentarios en niños y niñas con edades comprendidas entre 7 y 12 años, para conocer su génesis, evolución, dinámica, desarrollo, crecimiento, intención y causas finales. En consecuencia la hermenéutica, nos proporciona un dispositivo teórico ideal para la reflexión profunda del fenómeno de la desnutrición y hábitos alimentarios estableciendo un abordaje crítico, alternativo y realista de los procesos que allí se suceden en las Escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta, evitando las posiciones científicistas y metodológicistas que objetivizan la realidad por encima de lo ontológico y que minimizan el papel de lo epistemológico.

En consecuencia este abordaje proporcionó elementos para acercarse a una interpretación de los hechos que allí se suceden, evitando los enfoques descriptivistas, típicos del funcionalismo que aborda la praxis de la investigación social apoyándose únicamente en el punto de vista y la

subjetividad, sin realizar una reflexión profunda de su temática, al solo enumerar los rasgos esenciales de los procesos observados, sin profundizar de manera global en su análisis.

. Así el tratamiento hermenéutico nos ofreció nuevas pautas para abordar el fenómeno en estudio, de forma de contribuir en la tipificación de los factores críticos inherentes a su caracterización y tendencias.

En tal sentido la metodología se orientó a lo cualitativo, con predominio sobre lo cuantitativo, es decir, se le dio una enorme importancia a los criterios fenoménicos, a los enfoques comprensivos y a las propuestas generadas del seno del colectivo inmerso en la problemática estudiada.

Para ello fue necesario auxiliarnos en el modelo de investigación Etnográfica, que permitió al investigador captar datos “blandos” en dos direcciones convergentes: a) analizar la realidad en desnutrición y hábitos alimenticios en niños y niñas con edades entre 7 y 12 años que acuden a las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta, para comprender mejor lo que acontece en los actuales momentos, y b) para intervenir en el más reflexiva y eficazmente.

Como resultado la autora de este trabajo, en su doble rol de estudiante de la especialidad en Gobierno y Políticas Públicas e integrante del Equipo Directivo en materia de salud de la Gobernación del Estado Miranda y con más de una década al servicio de la Alcaldía del Municipio

Baruta, tuvo una privilegiada coyuntura investigativa para sumergirse en el objeto que se pretendía estudiar, conviviendo intensamente con los informantes-colaboradores y experimentando a su lado el fruto de sus actividades.

Esta particular situación y disposición, permitió observar los procesos, las praxis y las conductas desde dentro del contexto particular donde se sitúa el objeto de estudio y se trató por todos los medios posibles, obtener las estructuras de significado que informan y testifican los comportamientos de los sujetos observados, vale decir la de los actores, haciéndose un esfuerzo por garantizar el más absoluto respeto, confidencialidad e incluso intimidad a los informantes, ya que en su gran mayoría, así lo solicitaron los mismos.

De esta forma se estableció como metodología de la hermenéutica a la etnografía organizacional, para apalancar este esfuerzo investigativo, la cual se convirtió en un inmejorable aliado para ayudar a establecer una visión interpretativa de este particular proceso de intervención social,

## **PROCEDIMIENTO**

A partir de la definición del problema y las cuestiones a investigar ya reseñadas en capítulos anteriores, la primera materia que afrontó el autor de esta investigación, tuvo que ver con los procedimientos de selección y muestreo. A diferencia de lo que en general sucede a los investigadores sociales montados en el paradigma positivista, interesados en la

generalización y representatividad de sus resultados a grandes poblaciones, donde el tema de la selección y el muestreo desaparece de la investigación una vez haya sido claramente identificada, en esta investigación, los procesos de selección y muestreo nada tuvieron que ver con la determinación y fijación del tamaño de una muestra; y en consecuencia no fueron estadísticos, sino apriorísticos. Por tanto los procedimientos fueron abiertos y ad hoc y no un parámetro a priori del diseño de la investigación.

Por otro lado y dada la naturaleza y características de la investigación se emplearon procesos inferenciales lógicos inductivos y generalizaciones basadas en acumulación de informaciones y observaciones que corroboran los datos.

Otra cuestión importante de reseñar relativa al procedimiento empleado, se refiere a la localización de las fuentes de datos utilizadas y a la voluntariedad de los participantes en esta investigación. En el primer caso se tuvo acceso tanto a documentación especializada clasificada como publica. En el caso de los informantes, estos no fueron obligados o forzados a participar, sino que lo hicieron por que el investigador se los solicitó de manera colaborativa y en algunos casos solicitaron por voluntad propia, ser considerados por el investigador.

Finalmente habría que resaltar la ejecución de un taller inspirado en la técnica del focus groups que permitió al investigador traducir a descriptores

empíricos aspectos asociados a la Formulación de Proyectos Sociales, ya caracterizados en el marco conceptual de esta investigación.

## **CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y DE LA MUESTRA**

Todo investigador adopta una serie de decisiones relacionadas con la captura de datos e informaciones que coadyuven al logro de los objetivos de la investigación. En la búsqueda de respuestas a preguntas tales como: Que individuos y cuantos debían ser seleccionados? Cuando, donde y en qué circunstancias se realizaría el estudio? Así surgieron las estrategias de selección y muestreo.

La estrategia que permitió designar a quien estudiar, fue un proceso interactivo que se puso de manifiesto en la fase inicial de la investigación y que permitió orientar la recogida de datos e informaciones, así como su análisis e interpretación, por tanto la selección y el muestreo fueron elementos interrelacionados para la toma de decisiones por parte del investigador.

En investigaciones como esta, de corte eminentemente cualitativo, el muestreo es la forma especializada de un proceso más general de enfoque y elección: vale decir “selección”. Esta distinción es particularmente necesaria resaltarla, porque el término “muestra” se usa demasiadas veces de forma inadecuada, para denotar cualquier colectividad sometida a estudio y por lo general se asocia al uso de los métodos cuantitativos.

En esta investigación la selección requirió del investigador determinar perfiles relevantes de la población, para ello se utilizó criterios empíricos y en consecuencia la población estuvo conformada por Directivos de las Escuelas estudiadas, Docentes, Personal dedicado a las tareas de Nutrición, padres y representantes. Esta selección y no otra, se sustenta en la premisa central de que es en este colectivo donde recae la responsabilidad de minimizar los niveles de desnutrición de los niños y niñas entre 7 y 12 años que asisten a las Escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta.

Una vez definida e identificada la Población, el investigador decidió en torno a obtener una muestra de ella. En correspondencia con las buenas prácticas etnográficas, que apuntan al estudio de colectivos pequeños y homogéneos, se consideró que la misma estaría constituida por actores seleccionados de manera intencional, pertenecientes a Escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta.

En consecuencia, el número de participantes fue de aproximadamente 10 informantes y fueron seleccionados apriorísticamente, según la conveniencia del investigador pero que garantizan adecuadamente la representación de la población. Cabe destacar que se tomó esta decisión por que estudiar la totalidad de la población era demasiado complejo, excesivamente costoso, consumiría demasiado tiempo y simplemente sería innecesario a los efectos de los objetivos planteados.

Los informantes y sus respectivas posiciones tanto en la Corporación de Salud y Dirección de Educación Estado Miranda, como en Universidades

de apoyo y Escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta se presentan a continuación:

### CUADRO NRO. 9: INFORMANTES CLAVES

INFORMANTE	ROL
1	Director General de Salud Corporación de Salud Estado Miranda
Marghy Carrillo	Coordinadora Programa Nutrición Corporación de Salud Estado Miranda
Oscar Rose	Director adjunto a la Dirección de Educación de la Gobernación del Estado Bolivariano de Miranda
Marwin Osorio	Jefe de Cátedra de Pasantías comunitarias Facultad de Nutrición UCV
Ana María Soccia	Nutricionista adscrita al Departamento de Nutrición de la Universidad Simón Bolívar
2	Director de la U.E.M. Monseñor Lucas Guillermo Castillo
3	Director de la.E.M. Miguel José Sanz
4	Nutricionista de la .E.M. Miguel José Sanz
5	Proveedor de Insumos alimenticios de la Alcaldía

	de Baruta
6	Padre y Representante de la U.E.M. Bárbaro Rivas
7	Presidente de la asociación de padres y representantes de la U.E.M. Bárbaro Rivas
8	Integrante del Consejo Comunal de Santa Cruz del Este
9	Educador de la José Antonio Páez
10	Educador de la U.E.M. Monseñor Lucas Guillermo Castillo

---

## **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En primer lugar y por las especiales relaciones del investigador con los participantes y sus conocimientos sobre ellos y el sector estudiado, habría que resaltar que dado el tipo de investigación realizada, la etnografía es una de las escasas modalidades de investigación científica que admite en su seno las percepciones y sesgos subjetivos tanto de los participantes como del investigador. Esta es una premisa básica que todo etnógrafo maneja cuando se introduce en un contexto conocido para examinarlo, que con el transcurso de la investigación le permitió adquirir una conciencia más clara de lo que allí acontece en materia de desnutrición y hábitos alimentarios. Por otro lado no se necesitó aprender las variantes lingüísticas de los participantes al existir fluidez en el lenguaje y manejo de conceptos. Esto sin

duda redundó en una observación amplia y profunda del fenómeno estudiado en un escenario donde los comportamientos se produjeron de forma natural sin manifestaciones de hostilidad.

Esto permitió un proceso de captura de datos e informaciones fluido y abierto en el cual se utilizó como estrategia principal la observación participante, seguidas en importancia por las entrevistas a informantes claves y la recogida de material bibliográfico, los cuales se reexaminaron y modificaron continuamente según decisiones tomadas por el investigador en cada momento del proceso.

El registro de las observaciones se realizó por medio de notas de campo redactas *in situ* y corregidas más tarde solamente por razones de claridad y estilo.

Las entrevistas a informantes claves, no fueron estandarizadas, se caracterizaron por la utilización de un estilo conversacional, familiar y cómodo para los respondientes.

La mayoría de los datos se analizaron cualitativamente, aunque algunas preguntas vinculadas con el ejercicio de análisis estratégicos permitieron la aplicación de técnicas cuantitativas.

## **CONFIABILIDAD DE LOS DATOS**

Citando a Collier (1973), habría que resaltar la confiabilidad de los datos en las investigaciones etnográficas viene dada por dos premisas: a) la seriedad del investigador en contemplar lo que está aconteciendo y registrar los hechos en el terreno, b) la elección de informantes claves que suministren información precisa sobre el tema estudiado. De allí que los instrumentos principales del etnógrafo son los ojos, sus oídos, así como otras facultades sensoriales, a los que suma un conjunto de medios y técnicas auxiliares para la captura de los datos que son de su interés. Esta perspectiva es importante destacarla de entrada, ya que los cambios que se manifiestan en la realidad concreta que fue investigada, podrían estar generando una nueva episteme o modo general de pensar y conocer, que a la vez se expresa en distintos paradigmas.

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS**

A diferencia de la mayoría de las investigaciones guiadas por los protocolos técnicos asociados a los métodos cuantitativos donde una vez terminada la recogida de datos, comienza la fase de análisis e interpretación de los mismos, los etnógrafos analizan la información de que disponen a lo largo de toda la investigación.

En consecuencia en la medida que se interactuaba con los informantes, se profundizaba en los significados que los participantes

atribuyen a las cosas. De allí que la teorización fue la estrategia de utilizada para realizar los análisis requeridos en post del logro del objetivo planteado en esta investigación. La teorización es por definición la forma genérica del pensamiento sobre la cual se construyó todo el análisis y el mismo estuvo compuesto por la percepción, comparación, contratación, agregación y ordenación de ideas, que permitieron la formulación del Proyecto de Intervención Social para minimizar la desnutrición en las Escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta.

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS DE DATOS E INTREPETACIÓN DE RESULTADOS**

#### **ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

En los capítulos anteriores se ha descrito el problema de investigación, se indica en ellos cual fue el marco metodológico que se empleó y las bases teóricas que sustentan el estudio, corresponde ahora presentar en forma detallada los hallazgos obtenidos al aplicar las herramientas escogidas en referencia a cada uno de los objetivos específicos que se plantearon para abordar el tema de la investigación.

Para dar cumplimiento al Objetivo Nro. 1 de esta investigación, referido a la identificación de los factores que producen el problema de Desnutrición y Hábitos Alimenticios de la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta, en primer lugar se organizó Grupo Focal, con la asistencia de informantes claves. Allí se facilitó un ejercicio colaborativo donde los participantes en primera instancia, de manera individual, luego en mesas de trabajo y finalmente en plenaria reflexionaron en torno a este tópico.

El resultado de este ejercicio arrojó que los factores que producen el problema de Desnutrición y los Hábitos Alimenticios de la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas

adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta, pueden agruparse en ocho (8) grandes categorías, a saber:

### **REFERIDAS A LOS GOBERNANTES**

- No hay visión sobre la mejora integral de la calidad de vida de los niñas y niños que asisten a las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta
- Escasa sensibilidad social
- Desconocimiento de los gobernantes de que la desnutrición es un factor de riesgo en el aprendizaje
- Carencia de una política social educativa
- Inexistencia de programas de atención a la desnutrición infantil
- Las pocas iniciativas implementadas muestran carencia de planificación, coordinación, capacidad de gerencia, operación, seguimiento y expansión de las mismas

### **REFERIDAS A LA FAMILIA**

- Bajos ingresos económicos
- Imposibilidad de la familia para proporcionar para proporcionar una alimentación balanceada
- Malos hábitos alimentarios

- Higiene y saneamiento deficiente
- Falta de información sobre la alimentación adecuada para un niño

### **REFERIDAS A LOS NIÑOS Y NIÑAS**

- Bajo peso al nacer
- Privación de amamantamiento al seno materno
- Hijo de madre adolescente
- Disminución de la ingesta dietética
- Mala absorción alimentaria

### **REFERIDAS A LAS ESCUELAS**

- Debilidad en materia Curricular en relación a contenidos asociados a la alimentación
- Receso, refrigerio, cantina

### **REFERIDAS A LOS DOCENTES**

- Poca capacitación para participar en la rehabilitación de niños y niñas desnutridas
- No poseen competencias, habilidades y destrezas para el asesoramiento y educación a familiares de niños y niñas desnutridas

- Sensibilidad Social para el fomento de hábitos alimentarios

### **REFERIDAS AL ENTORNO**

- Existencia de redes sociales de ayuda a la familia (Consejos Comunales)
- Altos índices de violencia e inseguridad

### **REFERIDAS A ASPECTOS PSICOLÓGICOS**

- Depresión o anorexia nerviosa

Para dar cumplimiento al Objetivo Nro. 2, de esta investigación, referido a construir la visión del Programa de Intervención Social dirigido a disminuir la Desnutrición de la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta, a partir de los actores sociales y los conocimientos preestablecidos, se hizo necesario conocer las visiones que ellos tienen en relación al fenómeno en estudio.

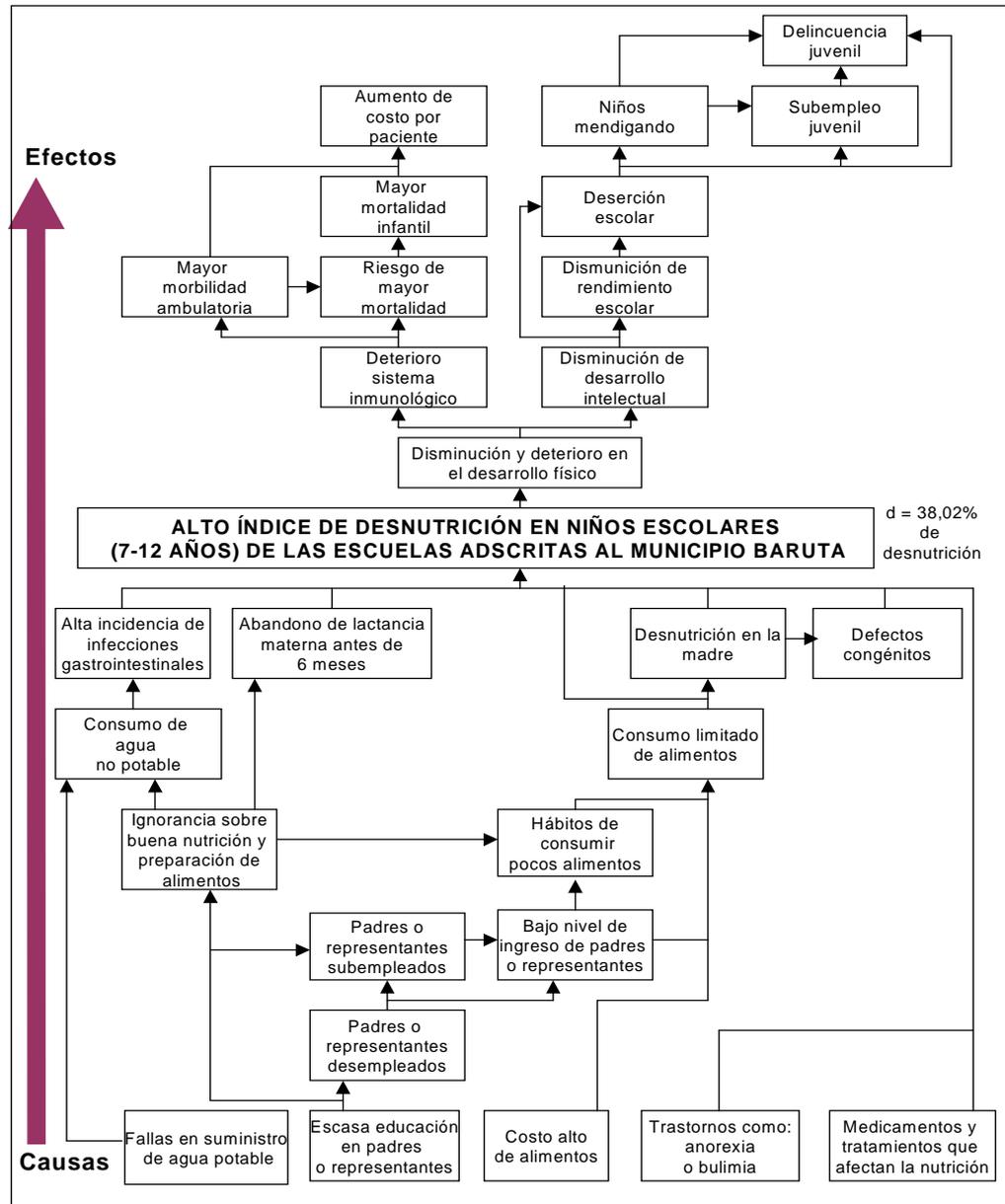
En su libro Visiones en Conflicto (1990) Thomas Sowell analiza la influencia que tienen las visiones tanto de nuestras concepciones de la realidad, como de nuestros proyectos para con esa misma realidad, y en esta dirección es donde habría que resaltar, la visión de los informantes está

impregnada por el conocimiento del que se enfrenta con la realidad social estudiada, con la vida real de las comunidades educativas adscritas a la Alcaldía del municipio Baruta.

En consecuencia y siguiendo las recomendaciones metodológicas de la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) relativas a la planificación y evaluación de programas sociales, construir la visión del Programa de Intervención Social supone en base a los datos e informaciones recolectados, que son el producto de las experiencias que tienen los informantes seleccionados sobre el problema estudiado, identificar la red causal con los elementos internos y externos que deberían ser considerados por los diseñadores de Políticas Públicas y Programas Sociales para identificar el como y en que grado cambiarían los factores críticos identificados con anterioridad, una vez que se ejecute el programa de intervención social.

El Cuadro Nro. 10 muestra la Visión del programa de Intervención Social dirigido a disminuir la Desnutrición de la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta

## CUADRO NRO. 10 MUESTRA LA VISIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOCIAL



Fuente: elaboración de la autora.

Sin duda que existen otras causas cuya solución va más allá de la capacidad de las instituciones públicas, entre las cuales se pueden mencionar:

- el desequilibrio en la oferta-demanda (generador de desempleo),
- la pobreza, y
- la inflación. Desde el punto de vista de David Dery (1984) éstas constituyen pseudo-problemas o problemas sin solución. Mientras que bajo el enfoque de la planificación estratégica situacional, se consideran restricciones al problema planteado<sup>27</sup>

En tal sentido, para apuntar en la dirección de formular un Programa de intervención Social dirigido a incrementar el nivel calórico de ingesta diaria de alimentos. como alternativa de intervención positiva del estado nutricional de escolares entre 7 y 12 años de edad, de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta del Estado Miranda, se hace necesario determinar en términos organizacionales las reales fortalezas y debilidades de la Alcaldía del Municipio Baruta, que han de ser considerados por los diseñadores de Políticas Públicas y Programas Sociales que apunte en esta dirección.

Esta fase del proceso investigativo se corresponde con lo que los teóricos consultados denominan la realización de una "Auditoria Interna", proceso que corresponde a la identificación y evaluación de las fortalezas y

---

<sup>27</sup> (Olivo y Santi, 2004).

debilidades que pueden facilitar o entorpecer a una organización, en el logro de un mejoramiento claro de sus áreas funcionales (David, 2008, p. 122).

Para facilitar el registro de las informaciones obtenidas como producto de las entrevistas a los informantes, se procedió a la elaboración de la Matriz de Evaluación de Factores Internos (EFI), la cual recoge los grandes descriptores que arrojan las impresiones, comentarios y opiniones generadas por los informantes.

En consecuencia, en el cuadro N° 11 se presentan los elementos que a juicio de los informantes constituyen fortalezas y debilidades presentes en la Alcaldía del Municipio Baruta que deben considerarse a los fines de la formulación de Políticas Públicas y Programas Sociales, a efectos de minimizar el problema de Desnutrición y los Hábitos Alimenticios de la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a dicho Municipio. Asociado a cada elemento (conforme a lo sugerido por las bases teóricas seleccionadas (David, 2008, p. 157-159), en el mismo cuadro Nro. 10 se presenta el resultado de la ponderación que en relación tanto las fortalezas como a las debilidades dieron los informantes consultados (Esta ponderación varía entre valores desde 0,0 (menos relevante) hasta 1,0 (muy relevante). Con esta ponderación asignada a cada factor se determina la importancia relativa para minimizar el problema de Desnutrición y los Hábitos Alimenticios aquí planteado. Es importante destacar que la sumatoria de las ponderaciones debe ser igual a 1.

Por otra parte, en el mismo cuadro N° 11 se presenta la asignación a cada elemento de una clasificación de 1 a 4 a fin de indicar su importancia, de acuerdo al siguiente esquema: 1=debilidad importante; 2=debilidad menor; 3=fortaleza menor; 4=fortaleza importante.

Es importante reiterar que para la obtención de la ponderación que se refleja en el Cuadro 11, como de la clasificación de cada elemento interno, se consultó a cada informante en entrevista a profundidad que le fuera realizada individualmente.

Para la obtención de los resultados finales de la ponderación, se procedió a sumar los valores asignados a cada factor por parte de cada una de dichos informantes, para luego dividir cada resultado entre el total de esa sumatoria. De esa manera, se obtuvieron los valores en la columna de ponderación tanto de las fortalezas como de las debilidades presentados en el cuadro N° 11.

En el caso de la clasificación, los valores se obtuvieron de haber sacado la moda (valor que más se repite) de los suministrados para cada factor por parte de cada actor del sector que relleno la matriz.

Luego, se multiplicaron las ponderaciones de cada factor por su clasificación de acuerdo a la importancia de las fortalezas y debilidades, para determinar un puntaje ponderado para cada uno. Para finalizar, se sumaron

los puntajes ponderados para cada factor, a fin de determinar el puntaje ponderado total.

**CUADRO N° 11 MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS (EFI) PARA LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO BARUTA**

<b>MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS (EFI)</b>				
<b>Factores internos clave</b>		<b>Ponderación</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Puntuaciones ponderadas</b>
<b>Fortalezas</b>				
1	La Alcaldía del Municipio Baruta cuenta con competencia legal, para establecer y ejecutar Programas Sociales en Materia de Salud, Educación y Alimentación, en correspondencia con la legislación del Estado Venezolano	0,06	4	0,24
2	La Alcaldía cuenta con los entes e instituciones para hacer frente al problema	0,04	3	0,12

3	Interés de las más altas instancias de gobierno Estatal y Nacional en apoyar las iniciativas en materia de Salud y Educación	0,07	4	0,28
4	Municipio con menor índice de zonas vulnerables	0,05	3	0,15
5	Rendición de cuentas periódica sobre los avances que se logran en el Municipio	0,03	3	0,09
6	Se cuenta con presupuesto para poder llevar a cabo la implementación de Programas Sociales	0,04	3	0,12
7	Personal calificado o en formación en la temática y con experiencia en el Educación	0,06	4	0,24
8	Existencia de redes sociales de ayuda a la	0,05	4	0,20

	familia (Consejos Comunales)			
9	Municipio que posee amplias relaciones de coordinación y cooperación con otros de la Administración Pública Estatal y Nacional	0,06	4	0,24
10	Infraestructura de Salud Robusta	0,03	3	0,09
<b>Debilidades</b>				
1	No hay visión integral de la calidad de vida de los niñas y niños que asisten a las Escuelas	0,06	1	0,06
2	Las instituciones que conforman Salud y Educación en la Alcaldía funcionan de forma aislada	0,07	1	0,07
3	Desarticulación de las iniciativas en materia Salud y Educación en la	0,04	2	0,08

	Alcaldía			
4	Inexistencia de programas de atención a la desnutrición infantil	0,04	2	0,08
5	Poca capacitación de Docentes para participar en programas dirigidos a minimizar la desnutrición de niños y niñas	0,06	1	0,06
6	Costumbre a trabajar sobre lo urgente, y no organizadamente sobre lo planificado	0,05	2	0,10
7	Inexistencia de una política social educativa	0,06	1	0,06
8	Inexistencia de mecanismos de control para garantizar calidad en materia de Alimentación en las Escuelas del Municipio	0,05	2	0,10

9	No se cuenta con Sistemas de Información	0,05	1	0,05
10	La intermitencia de la permanencia del tren directivo en instituciones de salud y educación de la Alcaldía	0,04	2	0,08
<b>TOTAL:</b>		<b>1,00</b>		<b>2,51</b>

Fuente: elaboración propia de la investigadora

Conforme a los criterios de Davis (2008), el puntaje ponderado total se encuentra entre los valores 1,0 (bajo) y 4,0 (alto), con un promedio de 2,5 (p. 158). Ahora bien, considerando que los resultados de la matriz EFI presentados en el cuadro N° 11, se observa que los mismos se ubicaron en un total de 2,51, de allí que se concluye que la capacidad interna está en el promedio, es decir, que la Alcaldía del Municipio Baruta se encuentra en una posición interna media, en relación al futuro logro de minimizar los problemas de Desnutrición y los Hábitos Alimenticios de la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas que mantiene bajo su adscripción.

Por otro lado, y siguiendo la misma lógica empleada para la determinación de la Matriz EFI, se procedió a la determinación de la Matriz EFE, es decir de Evaluación de los Factores Externos. Para ello en el cuadro N° 12, se muestra la tabulación de los insumos dados por informantes claves en relación a los diversos factores externos (oportunidades y amenazas) que

deben considerarse en la Alcaldía del Municipio Baruta para minimizar o erradicar los problemas de Desnutrición y los Hábitos Alimenticios de la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas que mantiene bajo su adscripción.

**CUADRO N° 12 MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES EXTERNOS (EFE) PARA LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO BARUTA**

<b>MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES EXTERNOS (EFE)</b>				
<b>Factores externos clave</b>		<b>Ponderación</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Puntuaciones ponderadas</b>
<b><i>Oportunidades</i></b>				
1	Interés político por parte de las autoridades del Estado Miranda en apoyar proyectos sociales que promuevan la salud integral de los ciudadanos del Estado.	0,07	3	0,21
2	Auge actual de Programas Sociales en el país	0,06	4	0,24
3	Bases legales en Materia de Salud, Educación Alimentación y Poder Popular que permean en la gestión	0,06	2	0,12

	de los Gobiernos Locales			
4	Mayor participación ciudadana y contraloría social	0,06	3	0,18
5	Avance acelerado de las Misiones Sociales	0,06	3	0,18
6	Comunidades organizadas en pro de mejoras socioeconómicas	0,06	3	0,18
7	Auge de los convenios internacionales en materia de salud, educación, vivienda y alimentación	0,03	2	0,06
8	Puesta en funcionamiento de la Red de Salud del estado Miranda	0,03	2	0,06
9	Posibles transferencias de recursos financieros	0,05	2	0,10
10	Nivel profesional de la población del Municipio	0,05	2	0,10

	Baruta			
<b>Amenazas</b>				
1	Politización de la gestión Municipal en Venezuela	0,04	2	0,08
2	Visión fragmentada de la Problemática	0,08	2	0,16
3	Tendencia natural de resistencia al cambio	0,05	3	0,15
4	Que no toda la población no pueda acceder a las políticas impulsadas por la Alcaldía	0,05	3	0,15
5		0,03	3	0,09
6	Campañas de desprestigio en cuanto a los logros del Estado y por ende del Municipio	0,04	2	0,08
7		0,05	2	0,10
8	Cambio en la política social de las autoridades del	0,05	2	0,10

	Municipio			
9	Posible ocurrencia de saboteos o hechos delictivos	0,04	3	0,12
10	Disparidad en el proceso de asimilación a nivel de las instituciones que conforman el sector	0,05	3	0,15
<b>TOTAL:</b>		<b>1,00</b>		<b>2,61</b>

Fuente: elaboración propia de la investigadora

Conforme a los criterios de David (2008), el puntaje ponderado total se encuentra entre los valores 1,0 (bajo) y 4,0 (alto), con un promedio de 2,5 (p. 110). Ahora bien, considerando que los resultados de la matriz EFE de la Alcaldía del Municipio Baruta presentados en el cuadro N° 12, se observa que los mismos se ubicaron en un total de 2,61, de allí que se concluye que la capacidad de respuesta está un poco por encima del promedio, es decir, que se encuentra en cierta forma aprovechando las oportunidades y minimizando el impacto de las amenazas del entorno, que favorece el futuro logro de minimizar los problemas de desnutrición y hábitos alimentarios de la población estudiada.

En definitiva, la situación actual en relación a la capacidad de respuesta ante el actual problema de desnutrición y hábitos alimentarios en

niños y niñas en edades entre 7 y 9 años de las Escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta, se caracteriza por una serie de fortalezas que no se han podido explotar, así como de unas debilidades que del todo no habían sido reconocidas ni trabajadas para poder aprovechar las oportunidades existentes, minimizando el impacto de las amenazas del entorno.

Es de destacar, que las visiones de los actores del sector tienen un punto en común: no existe un Programa de Integral de intervención Social para atender el problema de la desnutrición y hábitos alimentarios en niños y niñas en edades entre 7 y 9 años de las Escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta, de allí, que las acciones que se hayan podido realizar al respecto, carecen de planificación, articulación y control adecuado. El escenario deseado dista del escenario actual, y sólo con trabajo conjunto y organizado se podrá superar los factores no beneficiosos y explotar los que contribuyan al estado esperado.

## **CAPÍTULO V**

### **DEFINICIÓN DEL PROGRAMA SOCIAL PROPUESTO**

En relación al cumplimiento del objetivo Nro. 3, asociado a "Diseñar un Programa de Intervención Social dirigido a disminuir la Desnutrición de la población etaria compuesta por niños y niñas en edad escolar (7-12 años) de las escuelas adscritas a la Alcaldía del Municipio Baruta habría que indicar que la visión antes expuesta, lleva a concluir que existe la obligación de replantear las acciones a través de un enfoque integrado de equidad ampliando la visión del problema de manera que nos permita el desarrollo de esquemas para establecer una serie de acciones a fin de implementar políticas públicas dirigidas a intervenir favorablemente, y producir un impacto de alto alcance en concordancia con la situación económica del país.

En tal sentido se diseñó un programa de ayuda alimentaria a población infantil del Municipio Baruta estimando población de riesgo, con cuya implementación se espera:

- Mejorar la calidad de vida de niños de los sectores más necesitados del Municipio
- Emplear a por lo menos 10 personas (responsables de la elaboración y suministros de las meriendas).
- Dictar talleres educativos en el área de salud, al mayor número posible de padres y representantes de las escuelas beneficiarias.

- Aumentar la asistencia de los estudiantes a las escuelas.
- Aumentar de peso acorde al grupo etario de los alumnos que presentan un déficit de este parámetro.
- Incrementar los niveles de rendimiento escolar.
- Mejorar el desarrollo del sistema inmunológico e intelectual de los beneficiarios.
- Disminuir la morbilidad ambulatoria y riesgo de mortalidad.

Para el cual se plantea lo siguiente:

**A. OBJETIVOS**

- Evaluar la situación nutricional y de consumo en la población sujeto del programa.
- Intervenir nutricionalmente en la población que así lo requiera.
- Mejorar los niveles nutricionales y de consumo de los preescolares y escolares del Municipio.

**B. CRITERIOS DE APLICACIÓN**

- Focalización (selección de preescolares y escolares bajo riesgo nutricional). Esta actividad se realiza con la participación de la comunidad afectada (madres y/o padres de los niños).

- Determinación de (los) productos (s) y dietas necesarias de acuerdo a los requerimientos y carencias identificadas previamente.

### **C. POBLACIÓN SUJETO DEL PROGRAMA**

- 407 preescolares
- 3.405 escolares (diurno)

## **FASES DEL PROGRAMA**

### **FASE I A: INTERVENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS BAJO RIESGO EXTREMO.**

- Selección de la población escolar bajo riesgo nutricional bajo los siguientes criterios:
- Informe socioeconómico (relación ingresos/gasto en alimentación, N° de personas en el hogar, entre otros).
- Antecedentes de lipotimias o desmayos asociados a inanición.
- Asistencia frecuente a la escuela sin merienda.
- Opinión de los docentes en cuanto al probable estado de desnutrición.
- Intervención alimentaria paliativa previa evaluación nutricional:

Se trata de la entrega de un complemento alimentario como desayuno supervisado a los niños seleccionados.

### **FASE I. B: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN**

- Evaluación Nutricional y de consumo alimentario en los niños bajo riesgo nutricional, no obstante ya ocurrida la intervención alimentaria.
- Obtención de línea base con criterios técnicos que sustenten la extensión del programa en espacio y tiempo.
- Reevaluar el producto administrado a los niños y modificar la intervención.
- Evaluación Nutricional y de consumo alimentario en las poblaciones preescolar y escolar de las escuelas seleccionadas previamente. (con el apoyo técnico de la Escuela de Nutrición y Dietética de la UCV), en el cual se propone realizar:
  1. Evaluación integral del grupo bajo riesgo extremo en la consulta de Nutrición de la red de salud de Municipio.
  2. Evaluación nutricional y del consumo alimentario de la población escolar de las Unidades Educativas Municipales seleccionadas.

**FASE II EXTENSIÓN DE LA EVALUACIÓN Y DEL PROGRAMA,  
INCLUYENDO LAS INTERVENCIONES NUTRICIONALES FOCALIZADAS  
SOBRE EL RESTO DE LA POBLACIÓN PREESCOLAR Y ESCOLAR DEL  
MUNICIPIO.**

La factibilidad y gobernabilidad del Proyecto Alimentario la podemos analizar a través de los siguientes puntos:

- Ordenanza sobre los Servicios Autónomos Municipales (Artículo 5° Literal C)<sup>28</sup>, en la cual se permite recibir donaciones.
- La citada Ordenanza fija que los Servicios Autónomos gozarán de autonomía de gestión financiera y presupuestaria
- La Ordenanza de creación del Servicio Autónomo Municipal de Salud (SAMS) publicada en Gaceta Municipal N° 108-07/97<sup>29</sup> no establece que este órgano tenga entre sus objetivos y funciones, la de atender este tipo de proyectos. Por lo tanto, ésta debe contar con la autorización de la Alcaldía para administrar este tipo de proyectos.

**COSTOS FINANCIEROS DEL PROYECTO<sup>30</sup>.**

Los costos del proyecto se resumen en el cuadro Nro. 13

---

<sup>28</sup>www.alcaldiadebaruta.com.ve. Revisado el junio 2010

<sup>29</sup>www.alcaldiadebaruta.com.ve. Revisado el junio 2010

<sup>30</sup> Para revisar los costos de cada una de estas actividades, favor consulte el ANEXO B. COSTOS DE LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO.

**CUADRO N° 13. Costos del Proyecto**

<b>ITEMS</b>	<b>Costo Mensual Bs.</b>
Dos primeras actividades (7 Meses)	4.151
Fase I. Piloto (dos meses)	17.600.000
Fase II. Extensión a otras Unidades Educativas (5 meses)	308.000.000
<b>TOTAL</b>	<b>325.604.151</b>

Siendo que se estarán atendiendo 2.800 escolares, concluye que el costo diario estimado por suplemento calórico es de 330,6 Bs, a un costo mensual por alumno de 16.612 Bs.

El fin, propósito, componentes y actividades, se presentan en el cuadro Nro.14.

**Cuadro 14. Matriz de Marco Lógico del Proyecto**

	OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>FIN</b>	Reducir el índice de desnutrición infantil en la población de escasos recursos económicos del Municipio Baruta	Índice anual de desnutrición infantil en el Municipio Baruta (por combinación de indicadores), N° de familias de escasos recursos económicos, cuyos hijos fueron beneficiarios de este proyecto en el año escolar	Estudios del SAMS, del INN, o estadísticas del MSDS	
<b>PROPÓSITO</b>	Mejorar el estado nutricional de los niños escolares, contribuyendo a su desarrollo físico e intelectual	Índice anual de desnutrición de niños escolares (7-12 años) del Municipio Baruta. Disminución en % de la desnutrición infantil anual en el Municipio Baruta	Estudios del SAMS, del INN, o estadísticas del MSDS	
<b>COMPONENTES</b>	Meriendas para niños escolares	N° de meriendas semanales entregadas por sección en cada escuela municipal	Planillas de control de los despachadores	Si hay problemas de distribución, es posible que las meriendas no lleguen a las escuelas
		N° de meriendas semanales consumidas por sección en cada escuela municipal	Planillas de control de los maestros	Si los niños no consumen estas meriendas, es muy posible que no puedan mejorar sus estados de nutrición
<b>ACTIVIDADES</b>	Crear Servicio de Nutrición en el SAMS para ejecución y evaluación de este proyecto	Recursos financieros y físicos asignados para este nuevo departamento, en el presupuesto anual vs. % de recursos ejecutados mensualmente	Ordenanza Municipal POA del SAMS	Si el Concejo Municipal no aprueba una re-estructuración del SAMS, no puede crearse este nuevo Departamento
	Reuniones con líderes de la Comunidad para que entiendan la importancia de este proyecto	Costo presupuestado por cada reunión con líderes de la Comunidad vs. costo real de cada reunión	Planillas de asistencia de las reuniones	Si los padres o representantes no entienden la importancia de la nutrición, es posible que algunos niños no cambien sus hábitos alimentarios
	Realizar convenio de servicio con Empresa que suministre las meriendas	Costo presupuestado de firma del convenio en Notaría vs. costo real de la firma en Notaría	Convenio de servicio	Si la Empresa no cumple con el convenio de servicio o el SAMS se retrasa con los pagos, se suspendería la distribución de las meriendas
	Iniciar proyecto en escuela piloto	Costo presupuestado del N° de meriendas semanales entregadas por sección en la escuela piloto, vs. costo real	Planillas de control de los despachadores	Si hay problemas de distribución, es posible que las meriendas no lleguen a la escuela
	Extender proyecto a las demás escuelas	Costo presupuestado del N° de meriendas semanales entregadas por sección en cada escuela vs. costo real	Planillas de control de los despachadores Convenio de servicio y facturas	Si hay problemas de distribución, es posible que las meriendas no lleguen a la escuela Si se mantiene la tendencia a un alto nivel de inflación, pueden incrementarse de forma impredecible, en cualquier mes, los costos del proyecto

Fuente; San A. Febrero 2011

## **BENEFICIOS**

El suministro de meriendas nutritivas a niños escolares, entre 7 y 12 años, resultará en una mejoría en el desarrollo del sistema inmunológico e intelectual de ellos; lo que se reflejará en una disminución de la morbilidad ambulatoria y riesgo de mortalidad, así como también un incremento en los niveles de rendimiento escolar; efectos que crearán consecuencias altamente positivas para el impulso de los procesos generadores de bienestar social.

La evaluación del impacto de este proyecto sobre la población objetivo, permitirá a las entidades involucradas tomar decisiones bien informadas para expandir la cobertura a más bajo costo y mayor calidad.

## **RIESGOS**

El riesgo más importante para el desarrollo del proyecto a largo plazo lo constituye la capacidad de los involucrados de mantener los compromisos adquiridos en virtud de los ajustes macroeconómicos, lo que implica la restricción de la capacidad de gasto de los mismos hacia este tipo de proyectos.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

En los actuales momentos, América Latina y Venezuela como país en vías de desarrollo, afronta importantes procesos de ajustes que rompen con los viejos esquemas políticos, económicos y sociales. Pero, independientemente de las características propias de cada país, el problema de la malnutrición proteico-energética plantea la necesidad de establecer procesos de diseño e implementación de políticas sociales capaces de promover cambios de fondo de manera integral, ya que el objetivo final no podrá ser otro que buscar nuevos mecanismos que incrementen y garanticen la capacidad de cubrir los requerimientos nutricionales de la población, especialmente a los grupos más vulnerables para mejorar las condiciones y calidad de vida.

De las ideas expresadas a lo largo del texto es necesario destacar:

- La desnutrición en las Américas es un problema de alta prevalencia que afecta a los seres humanos en cualquiera de sus etapas de vida. Para algunos es el principal problema de salud que predomina en las zonas rurales en donde la pobreza se suma a la falta de información respecto a una adecuada alimentación.

- La desnutrición produce graves consecuencias en la formación del capital humano y en el desarrollo económico y social; siendo que a mediano y largo plazo se produce un efecto o daño mediato (invisible) que se manifiesta como una alteración intelectual de la persona.
- La falta de nutrientes está íntimamente relacionada con las enfermedades y puede tardar meses o años para que empiece a desarrollar síntomas entre los cuales se pueden nombrar: Fatiga, Cansancio, mucho sueños, poco sueño (signos de una falta de calcio), mala actitud, mala memoria, poca concentración (falta complejo B), piel reseca, comezón de ojos, elegía y catarros recurrentes (falta vitamina A), sangrado nasal, sensibilidad a la luz, labios resacos, poco músculo, mala circulación, dolores articulares, falta ó exceso de hambre, antojos. Esto acarrea como consecuencia un aumento en la morbilidad en los servicios de salud elevando los costos de estos servicios.
- Actualmente, en concordancia con la recesión económica existente, las políticas han sufrido un ajuste reduciendo las inversiones en los sectores sociales, sin prestar atención al impacto de estas medidas en la salud y la nutrición de los habitantes. Dicha problemática se evidencia en la población de los países en desarrollo, a través de indicadores socioeconómicos, de educación y salud.
- Los sistemas de vigilancia de la alimentación y nutrición generan información que representa una herramienta clave en

la solución del problema, ya que son instrumentos para la formulación de políticas de nutrición eficaces.

- La desnutrición en todas sus formas es totalmente prevenible. El mayor conocimiento sobre la interacción entre la desnutrición y las enfermedades ofrece una rica información acerca del cómo y cuándo, para abordar el problema de forma más eficaz. El reto consiste en llevar este conocimiento a la práctica.<sup>31</sup>
- La implementación de programas locales de intervención nutricional influyen directamente sobre el estado nutricional, indicadores educativos y calidad de vida de la población objetivo. En Venezuela estos programas, según señala la Agencia Venezolana de Noticias<sup>32</sup>, han contribuido a que el índice de desnutrición infantil se redujera un 58,5% al pasar de 7,7 en 1990 a 3,2% en 2010, ubicando a Venezuela en el quinto país de América Latina con menor índice de desnutrición en niños menores de cinco años de edad.
- El Programa en este documento planteado se espera cumpla con el objetivo de afectar positivamente la disminución de la desnutrición en el grupo de 2.800 niños y niñas del etario para el cual fue desarrollado.
- El Programa planteado traza las acciones que incluyen la participación de diferentes actores sociales en pos de elaborar estrategias, en forma conjunta e integral, que permitan brindar

---

31 Sian Lewis. Urgen medidas para enfrentar desnutrición. Disponible en <http://www.scidev.net/es/climate-change-and-energy/editorials/urgen-medidas-para-enfrentar-desnutrici-n.html>. Leído el 16 de mayo de 2011.

32 <http://www.avn.info.ve/node/51045>

soluciones a corto, mediano y largo plazo para intentar revertir esta problemática que se sustenten en una estructura organizativa que permita generar, evaluar, retroalimentar, ajustar y mantener, programas que respondan a las necesidades de población.

- Es importante que las características e idiosincrasia del grupo poblacional al cual va dirigida determinada política o programa, sean tomadas en cuenta, a fin de promover actividades que auspicien la intervención activa de la comunidad o población a la cual va dirigida, en este sentido el Programa propuesto permite la contraloría social por parte de la comunidad escolar.

Resumiendo, se debe señalar que las satisfacciones de crecientes poblaciones en lo que respecta a las necesidades humanas básicas identificadas en la Pirámide de Maslow, en su obra “Una Teoría sobre la Motivación Humana”<sup>33</sup>, son necesidades fisiológicas básicas para mantener el equilibrio referente a la salud; las siguientes:

- Necesidad de respirar, beber agua, y alimentarse.
- Necesidad de mantener el equilibrio corporal.
- Necesidad de dormir, descansar y eliminar los desechos.

Estas necesidades dependen de un sin número de variables incluyendo un medio ambiente saludable. El deterioro de este y el

---

33 CHIAVENATO, Idelberto, Administración Proceso Administrativo, Tercera edición.

agotamiento de los recursos quedan exacerbados por los factores demográficos en combinación con la pobreza, la falta de acceso a los recursos, las pautas de excesivo consumo y desperdicio en la producción, dando como resultado un desequilibrio en las oportunidades que acarrea como una de sus principales consecuencias una altísima morbi-mortalidad por desnutrición.

Se reconoce que a lo largo de los últimos años, las administraciones gubernamentales a diferentes niveles, delinearon y han puesto en marcha distintos modelos de política social, con distintos diseños de atención y ataque a la pobreza, a la marginación y de atención a los grupos vulnerables de la población con un profundo cambio de visión social.

Es por ello que resulta inaplazable atender la desnutrición desde un nuevo paradigma, para lo cual se requieren políticas favorables diferentes a las actualmente desarrolladas y de las pendientes por desarrollar, en donde la ciencia juega un papel importante en el diseño de estrategias intervencionistas, quedando el desafío de convertirlas en acciones

Debe señalarse que a fin de garantizar el acceso equitativo, no discrecional al acervo público para el desarrollo social y la superación de la pobreza, y por otro lado focalizar, concentrar y ejecutar con la debida eficiencia los recursos ordinarios destinados a disminuir a la pobreza y promover la deferencia de los grupos vulnerables de la población; se hace indispensable incluir en la construcción de los programas de asistencia factores que impactan tanto en la operación de los programas públicos, como en las capacidades de participación y cooperación ciudadana, entre otros:

- La enorme diversidad social y cultural que existe en la geografía del país, así como las enormes desproporciones regionales en términos de niveles educativos y existencia o no de capacidades individuales y colectivas para el desarrollo.
- La coexistencia de distintos puntos de vista sobre lo social, y la inflexible existencia de políticas, programas y acciones construidos desde lógicas de gobiernos estatales, e incluso municipales, que no precisamente se corresponden con la visión Estatal, y que impiden la concurrencia y la coordinación entre programas a diferentes niveles.
- El supuesto de que todas las autoridades estatales y municipales cuentan con los mismos instrumentos para el avance en cuanto mecanismos administrativos y de gobierno para el impulso y acompañamiento de los programas sociales.
- El supuesto de que todas y todos los individuos reconocen una misma lógica económica, sin importar su cultura, religión, dinámicas y hábitos familiares, tradiciones, costumbres y formas de vida en lo local.

## **RECOMENDACIONES**

- Realizar estudios referentes a los niveles socio-económicos de la población a intervenir, que incluya la evaluación epidemiológica.
- Implementar programas de información y talleres acerca de los hábitos alimenticios, a fin de prevenir la enfermedad y fomentar la salud
- Propiciar el cambio de paradigma en cuanto a la participación de las comunidades en los diferentes programas sociales como parte activa de los mismos
- Iniciar el cambio de paradigma para incluir a la población en la detección y resolución de los problemas y necesidades en su comunidad.
- Implementar el Programa Social aquí propuesto.

## **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

### **Referencias Bibliográficas**

Alcaldía del Municipio Baruta. (octubre, 2003). Matricula Año Escolar 2003 – 2004. Dirección de Educación. Venezuela.

Banco Mundial (1986). Poverty and Hunger: Issues and Options for Food Security in Developing Countries. EEUU: Ediciones del Banco Mundial.

Bengoa, J. (1981). Niveles Individuales y Asociados a la Desnutrición. La Pobreza Crítica en la Niñez. Chile: CEPAL/UNICEF.

Cárdenas S., Román C., Gil I., Rivas A., Reyes M., Verastegui S., Goncalves M., Lozano V., Briceño Y., Duarte C., Hallak J. y Sánchez E.: Análisis de situación y tendencias de salud y nutrición. Estado Miranda. Venezuela. Años 2001, 2004-2008. Caracas, Universidad Central de Venezuela, 2008.

Cardona & Gil & Romero. (1992). Planificación de Servicios de Salud. EEUU: Ediciones de OMS/OPS/Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Centeno, J. (15 de agosto, 1999). Venezuela - País Herido por la Pobreza. Quinto Día N° 117, pág. 25.

Chávez & Martínez. (1979). Nutrición y Desarrollo Infantil. México: Editorial Interamericana.

Cornia & Jolly & Stewart. (1987) Adjustment with a Human Face: Protecting the Vulnerable and Promoting Growth.Vol. I. Estudio para UNICEF. EEUU: Oxford University Press.

Cortazar, Juan.(2005) ¿En qué consiste la implementación de los programas sociales?.Washington D.C. INDES.

Cortazar, Juan.(2005) Una mirada estratégica y gerencial de la implementación de los programas sociales(versión preliminar)Washington D.C. INDES.

Cravioto & Arrieta. (1982).Nutrición, Desarrollo Mental, Conducta y Aprendizaje. México: Ediciones de DIF/UNICEF.

David F : Administración y gerencia Estratégica. Mac Graw Hill, México 2008

Departamento de Nutrición Social FUNDACREDESA. (2001). Estudios Situación de Vida y Movilidad Social.Venezuela: FUNDACREDESA.

Dery, D. (1984). Problem Definition in Policy Analysis. EEUU: University Press of Kansas.

Estudiantes de Escuela Nutrición (2003). Estudio de Estado Nutricional de Pacientes Menores de 12 años que Acuden a la Consulta Externa en los Ambulatorios Adscritos al SAMS de la Alcaldía de Baruta, Febrero-Abril 2003. Venezuela: UCV.

Ferreira. & Vallejos. (febrero, 2003). Desnutrición Oculta: Una Nueva Forma de Desnutrición. Revista de Postgrado de la Cátedra de Medicina N° 124. Venezuela: UCV.

Gaceta Municipal del Municipio Baruta N° 108-07/97. (13 de junio, 1997).  
Venezuela.

Galli & García. (1989). El Sector Salud: Radiografía de sus Males y de sus Remedios. Naim & Piñango: El Caso Venezuela: Una Ilusión de Armonía. (pp. 452-470) Venezuela: Ediciones IESA.

González, G. (2004). América Latina. Hambre de Equidad. Parte de una serie sobre el hambre en América Latina. (FIN/IPS/ggr/dcl/dv/03) (FIN/2004). México: Ediciones FCE.

Guerra de Macedo. (29 de abril, 1983). Seminario Conjunto Banco Interamericano de Desarrollo / Organización Panamericana de la Salud sobre Salud en el Medio Urbano de las Américas. Panamá: Banco Interamericano de Desarrollo.

Gutierrez,C.G. y Cortazar J.C. (2005) El diseño retrospectivo como herramienta para el análisis de la implementación de políticas. Washington D.C: INDES.

Hernández & Roldán (junio, 1995).Prevalencia de Desnutrición en Preescolares de Tabasco. Vol. 37, N° 3. México: Ediciones FCE.

INN- Fundación Cavendes: *Metas y Guías de Alimentación para Venezuela*. Arch Venez Nutr 1990;3:99 – 109.

Instituto Nacional de Nutrición, INN: *Hojas de Balance de Alimentos 2002-2004, 2005, 2006 y 2007*. Caracas, autor. 2007, 2008.

Sowell T (1990) *Visiones en Conflicto*

Instituto Interamericano para el Desarrollo. Curso Mejorando la implementación de los programas sociales, sección 1. Modulo 1, Unidad 1.1.

Instituto Nacional de Estadística: *Estado Miranda: Censo de población y vivienda 2001*. (CD). Caracas, autor. (s.f.).

Instituto Nacional de Estadísticas INE. (octubre, 2002). Síntesis Estadística Estado Miranda. Dirección General de Estadísticas Estadales y Municipales. Sistema de Información para la Gestión. Venezuela.

Jaén, M. (2001). *La Salud en Venezuela: Desafíos*. Venezuela: Ediciones IESA.

Kelly, Janet (2003). "Procesos y práctica: El ciclo de las políticas públicas". En Kelly, Janet (Coord.), *Políticas públicas en América Latina. Teoría y práctica*, Caracas: Ediciones IESA

Kielmann & Mc Coord. (1978) Weight-for-age as an Index of Risk of Death in Children. *Lancet* 1: 1247-1250. EEUU: Academic Press.

Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. *Gestión de Programas Sociales en América Latina. Serie Políticas Sociales 25. Volumen I*. Santiago de Chile, 1998

Olivo y Santi. (febrero, 2004). Informe sobre la Maloclusión Dental en el Municipio Baruta. Trabajo de Planificación y Gestión Pública. Postgrado de Especialización en Gerencia de Programas Sociales. UCAB. Venezuela. Mimeografía.

Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos (PROVEA). (11 de diciembre , 2003). Informe de Resultados. El Nacional, pág. A10.

Restrepo S (2003) la Alimentación y la Nutrición del Escolar. Universidad de Antioquia. Colombia Medellin

Santi, A. (febrero, 2004). La Desnutrición Infantil en el Municipio Baruta. Trabajo de Políticas Públicas y Sociales Postgrado de Especialización en Gerencia de Programas Sociales. UCAB. Venezuela. Mimeografía.

Servicio Autónomo Municipal de Salud SAMS. (mayo, 2003). Informe Salud Baruta. Venezuela.

Zavarce C, Córdova V, (2012) . Gestión Pública Socialista, Ediciones del Comando Naval de Educación, Armada de Venezuela,

The World Bank. (2003). 2003, World Development Indicators. EEUU: Ediciones Banco Mundial.

Yaritza S, Marwin O y María Z (2010): Diagnóstico comunitario. Municipios Baruta, el Hatillo y Sucre. Estado Miranda. Febrero - Junio, 2010.

### **Referencias Electrónicas:**

Alcaldía del Municipio de Baruta: El Municipio. (s.f.). Disponible en: <http://www.alcaldiadebaruta.gob.ve/>

Alcaldía del Municipio El Hatillo: El Municipio. (s.f.). Disponible en: <http://www.alcaldiaelhatillo.gob.ve/hatillo.php>

Gobernación de Miranda: Conoce Miranda. (s.f.). Disponible en: [http://www.miranda.gob.ve/index.php?option=com\\_content&view=article&id=19&Itemid=30](http://www.miranda.gob.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=30)

Alcaldía del Municipio Sucre: Municipio Sucre (s.f.). Disponible en: <http://www.alcaldiamunicipiosucre.gov.ve/contenido/index.php>

Fuentes ,M. (2007)Normatividad y políticas de protección de los programas sociales.Centro de Estudios e Investigación en Desarrollo y Asistencia Social (CEIDAS)Proyecto de Protección de Programas Sociales. Leído en [www.seminarioprotecciondeprogramas.org.mx](http://www.seminarioprotecciondeprogramas.org.mx) (16/01/2012).

Kliksberg, Bernardo. *¿Es posible construir una economía con rostro humano?* Publicado en la Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 26. (Jun. 2003).Caracas.[www.clad.org.ve/rev26/kliksberg.pdf](http://www.clad.org.ve/rev26/kliksberg.pdf)

Olivara & Herrera. (2002).Estrategias Escuelas Saludables. Colombia Página web [http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS\\_RED\\_COL.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS_RED_COL.pdf).  
(16/01/2005)

Organización Naciones Unidas, Programa Mundial de Alimentos. La desnutrición crónica en América Latina y el Caribe. Revisado en <http://www.onu.org.pe> junio 2011

Organización Panamericana de la Salud OPS. (2004). Datos Básicos de Salud. Consultado el día 27 de abril de 2004 en la World Wide Web: [http://www.ops-oms.org/default\\_spa.htm](http://www.ops-oms.org/default_spa.htm).

Organización Panamericana de la Salud OPS. Representación para Venezuela, Aruba y Antillas Holandesas. (2004). Situación de Salud OPS/OMS Venezuela. Consultado el día 23 de abril de 2004 en la World Wide Web: <http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/ven-sit-salud.htm>.

Sepúlveda J. (2004). Seguimiento y Evaluación en el Programa Hambre Cero: un nuevo enfoque para aprender haciendo. Consultado el día 8 de junio de 2004 en la World Wide Web: <http://www.rlc.fao.org/prior/segalim/fomezero.htm>.

The Hunger Site (2004). Hunger Facts. Consultado el día 8 de junio de 2004 en la World Wide Web: <http://www.thehungersite.com/cgi-bin/WebObjects/CTDSites>.

The World Bank. (2004). Data & Statistics. Consultado el día 6 de abril de 2004 en la World Wide Web: <http://www.worldbank.org/data>.

## ANEXOS

### ANEXO A. SERVICIO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE SALUD DE BARUTA (SAMS)

El Servicio Autónomo Municipal de Salud de Baruta (SAMS), cuya estructura organizativa se muestra en la figura 4, fue creado mediante la Ordenanza Municipal N° 108-07/97, el 13 de junio de 1997, por la necesidad de descentralizar la Gerencia de Salud de la Alcaldía del Municipio Baruta, a efectos de darle la autonomía necesaria para ejecutar y formular lineamientos, siendo su misión la siguiente:

***“La prestación del servicio de salud a los ciudadanos del Municipio, tanto curativa como preventiva, procurando la ausencia de enfermedad y promoviendo el mayor grado de bienestar físico mental de los mismos”.***

No obstante con el propósito de lograr su misión, y dar cumplimiento al artículo 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y al artículo 5 de la referida Ordenanza Municipal, se estableció su estructura organizativa, de la siguiente manera:

La misma ordenanza en su artículo 4, señala que las funciones específicas del Servicio Autónomo Municipal de Salud de Baruta (SAMS) son las siguientes:

- 1) Dirigir y administrar la prestación de los servicios de salud a cargo del Municipio.
- 2) Elaborar propuestas sobre la política de salud del Municipio.

- 3) Realizar programas destinados a la promoción, prevención, conservación, defensa y restitución de la salud, incluyendo la rehabilitación, mediante políticas dirigidas al individuo, a la familia, y a la comunidad.
- 4) Planificar y ejecutar la prestación del servicio de salud en concordancia con los objetivos, planes, proyectos y lineamientos que al efecto dicte el gobierno nacional en virtud de las atribuciones que le otorga la Ley.
- 5) Promover la celebración de convenios para el logro de su objeto, con instituciones y organismos, tanto públicos como privados, Municipales, Regionales o Nacionales.
- 6) Realizar estudios y proyectos a los fines de lograr el mejoramiento constante del servicio de salud municipal.
- 7) Promover la coordinación de programas y actividades con instituciones públicas privadas que tengan fines análogos o complementarios.
- 8) Elaborar y proponer las tarifas a ser aplicables para el pago por parte de los usuarios de determinados servicios de salud.
- 9) Promover y ejecutar campañas de educación para la salud y de prevención de enfermedades, en forma individual, y conjuntamente con la Comisión de Salud y Asuntos Sociales del Concejo Municipal.
- 10) Crear comités de salud de carácter preventivo en las distintas localidades del Municipio.
- 11) Estimar las metas por concepto de recaudación por la prestación de los servicios.
- 12) Velar por el mejoramiento profesional continuo del personal médico, odontológico y auxiliar a disposición del Municipio.

13)Elaborar y mantener actualizadas todas las estadísticas de natalidad, mortalidad y morbilidad de la comunidad Baruteña.

14)Las demás que le asignen las Leyes y Ordenanzas.

## ANEXO B. COSTOS DE LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO

ACTIVIDAD	COSTO TOTAL	FÓRMULA
Reuniones con líderes de la Comunidad para que entiendan la importancia de este proyecto	<b>Bs. 493.800,00</b>	<p><b>Materiales y suministros:</b></p> <p><b>Costo por reunión:</b></p> <p>Trípticos informativos: Bs. 4.600,00</p> <p>Alquiler equipo técnico (1 video beam, 1 computadora, 1 pantalla para proyección): Bs. 120.000,00</p> <p>Refrigerio (20 Personas): Bs. 40.000,00</p> <p>Costo total de la reunión: Bs. 164.600,00</p> <p><b>Costo total (tres reuniones):</b> <b>Bs. 493.800,00.</b></p>
Realizar convenio de servicio con Empresa que suministre las meriendas	<b>Bs. 100.000,00</b>	<p><b>Firma de convenio o contrato con la empresa para suministrar las meriendas</b></p> <p><b>Costo de traslado de notaria: Bs. 100.000,00</b></p>

Iniciar proyecto en escuela piloto	<b>Bs. 17.600.000,00</b>	<p><b>Una Escuela: 400 niños x 1100 x 20 = Bs.8.800.000,00 mensual</b></p> <p><b>Duración: 2 meses</b></p> <p><b>Costo total: Bs. 8.800.000,00 x 2 = Bs. 17.600.000,00</b></p>
Extender proyecto a las restantes escuelas municipales	<b>Bs. 246.400.000,00</b>	<p><b>Una Escuela: 400 niños x 1100 x 20 = Bs.8.800.000,00 mensual por escuela</b></p> <p><b>7 Escuelas: 8.800.000,00 x 7 escuelas x 5 meses restantes = Bs. 308.000.000,00</b></p> <p><b>Costo total: Bs. 308.000.000,00</b></p>

## ANEXO C: GLOSARIO DE TERMINOS

**Antropométrico** Basado en las medidas del cuerpo humano

**Deficiencia de micronutrientes** Carencia de las vitaminas y minerales esenciales que resulta de la insuficiencia o exceso de uno o varios nutrientes y determinados problemas de asimilación de alimentos

**Desnutrición** Estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos. Entre los síntomas se encuentran: emaciación, retraso del crecimiento, insuficiencia ponderal, capacidad de aprendizaje reducida, salud delicada y baja productividad

**Hipernutrición** Estado patológico resultante del consumo excesivo de alimentos

**Inseguridad alimentaria** Insuficiente ingestión de alimentos, que puede ser transitoria (cuando ocurre en épocas de crisis), estacional o crónica (cuando sucede de continuo)

**Insuficiencia ponderal** Bajo peso para la edad, que refleja un estado resultante de una insuficiente alimentación, casos anteriores de desnutrición o salud delicada

**Malnutrición** Estado patológico resultante por lo general de la insuficiencia o el exceso de uno o varios nutrientes o de una mala asimilación de los alimentos

**Retraso del crecimiento** Bajo peso para la edad, que refleja un caso (o casos) sostenido(s) de desnutrición

**Subnutrición** Inseguridad alimentaria crónica, en que la ingestión de alimentos no cubre las necesidades energéticas básicas de forma continua

**Vulnerabilidad** Presencia de factores por los que las personas corren el riesgo de sufrir inseguridad.