

## Políticas alimentarias y nutricionales en los sistemas nacionales de salud

Jorge Díaz Polanco <sup>1</sup>, Ynggrid Candela <sup>1</sup>

**Resumen:** Basándose en los conceptos de sistema de salud, políticas alimentarias y nutricionales y examinando las evidencias con algunos indicadores básicos, este artículo trata de mostrar los principales determinantes sociales, políticos y económicos de los problemas de la seguridad alimentaria y nutricional, considerando la importancia que estos aspectos tienen en dicho sistema, comparando la situación nutricional con algunos países y, finalmente, vinculando estas situaciones con el ejercicio del poder político en los regímenes chavista y post chavista en Venezuela. *An Venez Nutr 2014; 27(1): 143-152.*

**Palabras clave:** Venezuela, seguridad alimentaria y nutricional, sistema de salud.

### Food and nutrition policies in national health systems

**Abstract:** On the basis of concepts such as health system, alimentary and nutritional policies, and following up some indicators, this paper shows the main social, political and economic determinants of Venezuela's nutritional issues and the importance these problems have in agenda of the chavista and post chavista political regimes in Venezuela. *An Venez Nutr 2014; 27(1): 143-152.*

**Key words:** Venezuela, health system, alimentary and nutritional security,

#### 1. Algunas precisiones conceptuales

Cuando nos referimos a Políticas de Salud, aludimos a un conjunto de programas definidos por los diferentes niveles de gobierno y demás actores involucrados, dirigido a la prevención, supresión y recuperación de problemas de salud, identificados y priorizados por los diferentes niveles de una organización social dada. Esta definición nos lleva a la necesidad de considerar los siguientes asuntos: Primero, la existencia de una voluntad política que entienda la tarea gubernamental como un mecanismo de servicio público para cuya prestación se hace indispensable que, tanto los prestadores como lo beneficiarios, participen en la definición de las metas que se propongan. En segundo lugar, y dado que se trata de conjuntos de programas, es indispensable que entre ellos exista un mínimo de coherencia que haga posible la eficiencia en su administración, la eficacia en el logro de sus objetivos y la efectividad en lo relacionado con los cambios que se pretende lograr. En otras palabras, se requiere de un gobierno cuya prioridad sea el ciudadano y no el poder.

1.1. Por estas razones, cuando nos referimos a Sistemas Públicos Nacionales de Salud (SPNS) apuntamos hacia una estructura que resulta de la forma históricamente

concreta en que articulan los recursos humanos, tecnológicos y financieros para dar cumplimiento a las cuatro funciones básicas de todo sistema de salud, a saber: Rectoría, organización, financiamiento y prestación de servicios, en función de las prioridades establecidas por las políticas de salud, con cobertura universal y sin distinciones de ningún tipo entre sus beneficiarios. Debe notarse acá que a diferencia de las definiciones que existen en la Constitución vigente o en la mayor parte de las propuestas de Ley que se han elaborado desde 1999, no se menciona la gratuidad, como rasgo esencial del SPNS. Y ello es así porque tal gratuidad no existe. No se trata de que los SPNS sean privados o que se tenga que pagar por ellos, sino simplemente que en una sociedad de ciudadanos y en una economía racional, todos pagan, directa o indirectamente –Estado incluido– por los servicios que reciben o puedan recibir por lo cual el pago resulta en una forma de solidaridad social e intergeneracional.

Así, la evaluación del desempeño de los SPNS se puede lograr a través de la medición del logro de las metas propuestas definidas en torno al desempeño de las grandes funciones del sistema. La rectoría garantizaría la coherencia de las políticas y el proceso de convenienciamiento, sobre todo en un SPNS que funcione de manera descentralizada y aun cuando no lo sea, la rectoría del SPNS refleja el liderazgo político y científico de la organización sanitaria central, para guiar, orientar y

---

<sup>1</sup> CENDES-UCV

Solicitar correspondencia a: Jorge Díaz Polanco. E-mail: jdpolanco@gmail.com

acompañar –según sea el caso- a los grupos o regiones en el camino de lograr las metas de salud establecidas. En otras palabras, el ejercicio de la rectoría implica la posesión de un capital simbólico importante, representado en el liderazgo y de un capital técnico instrumental que resulta fundamental en el acompañamiento a los diferentes niveles de gobierno. Ambos capitales son el producto de un proceso de acumulación de méritos y capacidades técnicas que confiere legitimidad al gobierno central (Ministerio de Salud).

1.2. Nos referimos a la organización del SPNS como la forma particular en que se articulan y re-articulan periódicamente, los prestadores de servicios (colegios profesionales, sindicatos, sociedades científicas, etc), los financiadores (usuarios, Estado, donadores y benefactores), proveedores (laboratorios, industria tecno-médica, otros) y usuarios (pacientes, comités de salud, grupos organizados de la sociedad civil) para dar cumplimiento a las metas trazadas por la política de salud y que se supone culmina en respuestas apropiadas a las demandas en materia de salud.

Como puede suponerse los intereses y puntos de vista de quienes constituyen la organización del sistema, no siempre son coincidentes y ello constituye la dinámica política dentro del sector salud, la estructura de poder dentro de la cual se toman las decisiones que ponen en marcha total o parcialmente las políticas nacionales de salud que se han diseñado. Es bueno aclarar que, a pesar de esta complejidad en la organización, ella funciona en beneficio de los usuarios, o al menos, es esa meta la que justifica su existencia como tal (Testa et al., 1983). Es bueno aclarar, sin embargo, que los actores directamente involucrados no desempeñan papeles equivalentes. Las diferencias en el manejo del poder vienen dadas por el desarrollo histórico de las instituciones específicas. El saber sobre salud -en manos inicialmente del personal de salud, especialmente los médicos- confirió durante mucho tiempo, una cuota particular de poder según la cual los demás actores debían someterse acriticamente a las opiniones de profesionales altamente calificados, tal y como lo expresa Parsons en el Sistema Social (Parsons, 1952). Sin embargo, el aumento de la educación de la población y la profusa difusión de información sobre salud en internet, al lado de una relativa pérdida de prestigio de las profesionales de la salud, ha cambiado las actitudes de los usuarios de sistemas de salud, convirtiéndoles en personas más críticas y analíticas acerca de los problemas que les aquejan o la manera de

mantener su bienestar general. Es bueno aclarar que no siempre tal cúmulo de información es acertada y podría conducir a errores graves. Por otra parte, muchos autores han demostrado la dependencia de los terapeutas de las presiones de la industria tecno-farmacéutica que induce al uso de determinados medicamentos en detrimento de otros u otras formas de terapia, así como al empleo –a veces innecesario- de equipos de alta complejidad y costo (Bronfman, 1998; Sen, 2003; Nussbaum y Sen, 1993). La consecuencia es el descuido de los estilos de vida saludables y la no planificación adecuada del uso de los recursos financieros disponibles para la salud en muchos países que privilegian estas tendencias. En suma las relaciones entre estos actores del sistema son cambiantes y complejas más aún en aquellos países que, como Venezuela, poseen estructuras centralizadas para la administración de la salud.

1.3. La función esencial para comprender los SPNS es el financiamiento. La razón de esta afirmación no implica economicismo alguno. No se entiende el financiamiento como el volumen de recursos financieros, sino como el proceso socio-político mediante el cual se identifican prioridades y se asignan recursos financieros a los diferentes niveles y necesidades del SPNS, tomando en cuenta los intereses de los actores involucrados en la organización. Por esa razón a los efectos de lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos, el papel de la rectoría es fundamental. El Estado debe ejercer su liderazgo para lograr la conciliación de los intereses y objetivos comunes, lo cual no es una tarea fácil. La rectoría debe legitimarse y demostrar su eficacia mediante el logro de las metas planificadas y, al propio tiempo, satisfacer las demandas nacionales, regionales y locales y ello amerita de una constante negociación y logro de acuerdos básicos entre los actores involucrados.

Pero lo más importante del financiamiento es que define en qué medida se trata de un sistema público o privado. En otras palabras, lo que define la naturaleza, pública o privada de un sistema de salud, no es la propiedad de los establecimientos, sino quién financia los servicios prestados. En un SPNS, es el Estado quien financia –por diversas vías de recaudación- a los usuarios y ese financiamiento proviene de fuentes fiscales y tributarias, aunque también puede hacerse por la vía de la Seguridad Social de manera contributiva.

Cuando un SPNS, entendido como lo hemos venido delineando, no financia establecimientos sino servicios prestados, poco importa a quién pertenecen los primeros

sino cuántos usuarios se benefician y la calidad de la prestación, de manera que la evaluación del desempeño tiene que ver con cuántos recursos se usaron para cubrir las necesidades atendidas -comparando diversos lapsos de ejecución- y cuáles fueron los resultados en términos de la evolución de los indicadores fundamentales que expresan el nivel de vida y de salud de las poblaciones. De esta discusión brota la constante diatriba entre privatización y “publicación” desarrollada más desde puntos de vista ideologizados, que desde puntos de vista científicos.

## **2.Las relaciones entre los SPNS, la alimentación y la nutrición**

Las precisiones conceptuales anteriormente hechas están referidas principalmente a un SNPS que funciona de manera descentralizada y democrática, es decir con mecanismos de consulta y actualización permanentes y basado en un vigoroso y confiable sistema de información. Obviamente que ese no es el caso venezolano actual.

A primera vista, y si se examina la historia de las relaciones entre el tema alimentario y nutricional y el tema sanitario en general, pareciera que estas relaciones son claras y bien definidas. Entendemos las Políticas Alimentarias y Nutricionales (PAN) como el conjunto de medidas y programas desarrollado por los Estados con la finalidad de garantizar el derecho a la alimentación a través de la suficiencia, accesibilidad física y económica y calidad de los alimentos que permita prevenir y controlar los estados de malnutrición por déficit y por exceso, garantizando el buen estado de salud a individuos y grupos poblacionales, con énfasis en los más vulnerables y atendiendo a todos los niveles de la sociedad.

Elaborar políticas en salud y nutrición requiere considerar el proceso de transición demográfica que ocurre a nivel mundial porque avanza junto a una transición epidemiológica caracterizada por cambios a largo plazo en los patrones de muerte, enfermedad e invalidez en grupos poblacionales específicos y que por lo general se presentan con transformaciones demográficas, sociales y económicas más amplias (6).

Nuestra historia sanitaria está llena de ejemplos de personajes cuya actuación en este terreno es sobresaliente. Sin embargo, a los efectos de lo que aquí presenta, se hace indispensable una revisión de esa relación. Primero, debemos dejar sentada la hipótesis central en la cual basamos nuestras ideas: La efectividad de las PAN está determinada por las características sociales,

políticas culturales y económicas del contexto en que se formulan y no sólo por su fundamentación científica. La consecuencia fundamental de esta premisa es que no puede ser científico un enfoque que sólo privilegie los temas técnicos porque ellos –por muy coherentes que sean- sucumbirían ante la dinámica socio-política del entorno.

Lo que esta relación de determinación destaca no es la causa del fracaso o éxito de las PAN, sino aquellos factores que hacen que las causas necesarias, directamente relacionadas con los problemas alimentarios y nutricionales, actúen con mayor o menor eficacia en un contexto y en un momento histórico dados. Queremos destacar esos elementos determinantes, sin dejar por fuera la consideración de los factores causales directos de los problemas alimentarios y nutricionales.

Nuestra hipótesis central brota de la experiencia de lo real y por ello permite centrar el análisis en el caso venezolano, aunque se puedan emprender breves y limitadas comparaciones con otros países. En efecto, desde hace ya algún tiempo –y habría quienes opinen que desde siempre- las divergencias entre el discurso político (en el sentido de “politics”) que impregnan nuestra vida cotidiana y la práctica concreta de la salud, es decir, la puesta en marcha de dichas políticas, se hacen cada vez mayores y más contradictorias. Valga un simple ejemplo reciente. Frente a las denuncias constantes y bien fundadas acerca de los problemas existentes para la atención a los enfermos de cáncer, las deficiencias generalizadas en las fallas estructurales de los hospitales públicos y la carencia generalizada de insumos, recientemente formuladas, el gobierno nacional anunció en noviembre de 2013 que priorizaría la entrega de dólares para celebración de las navidades que se aproximaban. Tuvimos, pues, frescos pinos canadienses y más fallecidos por cáncer.

En muchos países, sobre todo en los de mayor desarrollo, el objetivo fundamental de las políticas sanitarias relacionadas con alimentación y nutrición, ha sido prevenir el bajo peso según edad y talla (déficit agudo), la talla baja según edad (déficit crónico) en los niños y el déficit de micronutrientes esenciales como la vitamina A, el hierro y el yodo (hambre oculta). Aunque nunca se tomó la precaución de prevenir la obesidad. Así, las PAN en Venezuela desde los años 90 se han centrado en garantizar la suficiencia calórica, que a la vez permita un adecuado aporte de macronutrientes como las proteínas, las grasas y los carbohidratos y

micronutrientes esenciales como el hierro, para prevenir y tratar la anemia, las vitaminas A, B1, B2 y Niacina, así como el suministro de Yodo, para evitar los desórdenes causados por la deficiencia de este elemento. Para obtener tales logros se ha incurrido en la práctica de importación masiva de alimentos calóricos, que aportan carbohidratos y grasas, alcanzando valores que atentan contra la soberanía alimentaria – cuando las Calorías importadas son mayores al 30% de las Calorías totales disponibles en el país – alcanzando valores superiores al 40% en el año 1991 y mayor a 45% en el año 2008. Es decir, que la suficiencia calórica lograda desde el año 2005 (110%), tiene un alto grado de dependencia externa, sumándose el hecho de que a partir del año 2005 las calorías disponibles se calculan en base a estimaciones hechas por el Instituto Nacional de Nutrición (INN), y que las calorías suministradas provienen de grasas y carbohidratos, principalmente (7). El mantenimiento de este patrón alimentario ha permitido disminuir el porcentaje de niños con desnutrición grave de 2,24% en el año 1990 a 1,47% en 1997 y 1,24% en el 2008 y el déficit de peso según la edad de 7,66% en 1990 a 4,49 en 1994 y 4,18 en el 2008. Sumándose a esto un problema de obesidad en la población general en especial en el adulto, tanto en la zona urbana como rural y en todas las clases socioeconómicas, registrando prevalencias alrededor de 30% en adultos desde el año 2006 (8,9) y que se ha incrementado para alcanzar un valor de 54,95% en el año 2008-2010 (10), en especial las mujeres; a lo cual se suma también una prevalencia de 24,08% en niños y adolescentes, lo cual hace más complejo el abordaje de este problema.

Por otro lado, el suministro de micronutrientes esenciales para prevenir las carencias como la deficiencia de vitamina A, hierro y prevenir y tratar la anemia se ha hecho a través de políticas de fortificación de la harina de maíz precocida y de trigo, iniciadas en los años 90, agregando hierro, vitaminas B1, B2 y niacina, lo cual se mantiene hasta la actualidad (7).

El planteamiento de un problema como el llamado “doble carga” de la malnutrición, además de la fundamentación biomédica, para que sea tenido en cuenta a la hora de fijar prioridades de políticas de salud, requiere de una estrategia política que logre ubicar el tema en la agenda del gobierno, asunto que, como hemos visto, depende, a su vez, de la forma en que se definen las prioridades. Veamos el problema de la obesidad en algunos países seleccionados. (Cuadro 1)

La segunda columna (Dif.), representa la diferencia de cada país con relación a la media para los países de la OECD (22,2 %). Podemos observar cómo, salvo en los casos de Japón y Korea, los demás países lucen porcentajes

**Cuadro 1. Porcentajes de obesidad sobre el total de la población países seleccionados de la OECD, 2010**

	%	Dif.
Canadá	24,2	2,0
Chile	25,1	2,9
México	30,0	7,8
Reino Unido	26,1	3,9
EE.UU.	35,9	13,7
Japón	3,5	-18,7
N. Zelanda	27,8	5,6
Hungría	28,5	6,3
Korea	4,1	-18,1
Media OECD	22,2	

Fuente: OECD, 2013

bastante altos de obesidad en relación con su población total, destacándose los Estados Unidos de Norteamérica y México. Tomemos como ejemplo este último, en el cual la Secretaría de Salud ha adoptado medidas para mejorar la dieta del ciudadano. Sin embargo, el contraste con la estructura productiva es evidente (11).

El cuadro 2 muestra las tendencias en el suministro de energía alimentaria para México entre 1964 y 2000 (12). Mientras la disponibilidad de proteínas aumenta moderadamente (0,9 %) y los carbohidratos disminuyen en algo más del 10 %, la disponibilidad de grasas aumenta en 36,5 % con relación al lapso de referencia (1964-1966) En Venezuela el incremento de la disponibilidad de calorías también se ha dado desde el año 2005, a expensas de la disponibilidad de grasas y en menor proporción de las proteínas, con una variación negativa para los carbohidratos. Hasta el año 2004, las grasas se encontraban dentro de los límites adecuados establecidos por el INN (13) para la población venezolana y para el trienio 2005 -2007, ya se ubica en el límite superior. Este patrón de disponibilidad de macronutrientes podría explicar, en parte, el incremento en la prevalencia de obesidad en la población venezolana. Al respecto, el gobierno continúa con el programa de subsidio de alimentos a través de la Misión Mercal (Mercado de Alimentos) (14), el cual se aplica con carácter universal



**Cuadro 2. Tendencias del suministro de energía alimentaria (%) Mexico, varios lapsos (kcal/persona/día)**

	Carbohidratos	Proteínas	Grasas
1964-66	71,3	10,6	18,1
1969-71	71,0	10,7	18,4
1974-76	69,3	10,6	20,1
1979-81	67,1	11,1	21,7
1984-86	66,0	10,8	22,4
1989-91	66,9	11,3	22,4
1991-00	64,0	10,7	24,7
Promedio	67,9	10,8	21,2
Variación %	-10,2	0,9	36,6
1964-2000	-7,3	0,1	6,6

Fuente: CANACINTRA, Mexico 2012.

y ofrece alimentos que aportan grasas, carbohidratos y en menor proporción proteínas y con pocas alternativas para la compra de vegetales y frutas. El cuadro 3 nos muestra esas características.

En Chile las políticas del Estado se han puesto en marcha y se han desarrollado un conjunto de medidas restrictivas al consumo de azúcares, estimulantes de la lactancia materna y vigilantes de la publicidad sobre alimentos. Algunas de tales medidas, son:

- Etiquetado nutricional de alimentos
- Licencia maternal post-natal prolongada

- Regulación de la publicidad de alimentos para niños < 12 años (autorregulación de la empresas)
- Prohibición de venta de bebidas azucaradas en las escuelas
- Regulación favorable a la alimentación saludable: estímulo al consumo de pescados, vegetales y frutas
- Actividad física y educación nutricional en las escuelas
- Inclusión de ciclo vías en proyectos de infraestructura y vivienda
- Regulaciones legales sobre grasas saturadas y transgénicas

Sin embargo, como puede observarse en el cuadro 1, este país posee algo más de un cuarto de su población en situación de obesidad. Es posible que dicha cifra, sobre todo porque no tenemos a mano la serie histórica de Chile, pueda haber disminuido algo, lo que queremos destacar es que, independientemente de las políticas y de la forma en que ellas se expresan en la cotidianeidad, el problema persiste porque su determinación no obedece sólo a la puesta en marcha de decisiones muy bien sustentadas técnicamente, sino a procesos políticos complejos en los cuales los intereses económicos de grupos poderosos, las grandes transformaciones sociales, las características culturales y otros factores importantes más allá de las propias políticas sectoriales de los Ministerios de Salud, juegan un papel determinante.

En contraste y en apoyo a lo que aquí asumimos a

**Cuadro 3. Tendencia de la disponibilidad de energía y macronutrientes en Venezuela. 1990-2007**

Períodos	Calorías (%) <sup>1</sup>	Carbohidratos (%) <sup>2</sup>	Proteínas (%) <sup>2</sup>	Grasas (%) <sup>2</sup>
1990 - 1992	99,67	62,67	10,63	26,7
1993 - 1995	98,7	63,50	10,73	25,77
1996 - 1998	95,7	62,93	11,50	25,57
1999 - 2001	97,0	62,53	11,73	25,67
2002 - 2004	98,0	62,39	11,25	26,35
2005 - 2007	111,0	61,10	10,67	30,23
Promedio	99,83	61,82	11,34	27,28
Variación	17,7	-2,23	5,8	11,8
1990 - 2007	2,3	-0,5	0,2	2,7

<sup>1</sup>Corresponde a la adecuación de la disponibilidad de Calorías / persona / día para la población venezolana. <sup>2</sup>Corresponde al aporte porcentual de los macronutrientes en relación a las calorías totales disponibles.

Fuente: INN, 2008. Cálculos propios.

manera de hipótesis general, los casos de Japón y Korea se presentan como los ejemplos opuestos a los países hasta ahora referidos, con 3.5 % y 4,1 % de obesidad, respectivamente. En estos casos es bastante probable que los factores determinantes provengan de prácticas culturales sólidamente constituidas en países con una institucionalidad estable y coherente en los cuales la “occidentalización” y el progreso y desarrollo no han significado la muerte de las costumbres alimentarias ancestrales, sino su reforzamiento, como resistencia, o el aumento de su capacidad de supeditar las nuevas modas dietéticas a las tradicionales, minimizando o destruyendo su posible carácter nocivo para la salud.

En suma, lo que queremos sustentar es que las PAN están presentes en casi todos los sistemas de salud. Las diferencias en el éxito de su aplicación podrían ser atribuidas a elementos de orden socio-político, histórico-cultural y socio-económico y no estrictamente como responsabilidad de la organización sanitaria. Mientras en Korea y Japón las culturas condicionan comportamientos colaborativos y colectivizados en función del bien común, las concepciones individualistas y “libertarias” de las sociedades occidentales en ningún momento garantizan que la sociedad en su conjunto desarrolle comportamientos sanos en relación con la alimentación y nutrición porque se trata del enfrentamiento entre el bienestar colectivo, las fuerzas del mercado y los valores culturales.

### 3. Alimentación y Nutrición en las Políticas de Salud de Venezuela

Ya desde la misma fundación del MSAS en 1936, Venezuela definió como una de sus preocupaciones, el estado nutricional de su población y, progresivamente, los temas relacionados con estos asuntos, se fueron incorporando en la agenda del Ministerio especialmente vinculados a la disciplina médico-pediátrica en razón de la naturaleza de los programas auspiciados por el MSAS. En este Ministerio ya para 1941 existía la Unidad de Nutrición que un poco más tarde pasará a la categoría de División del Ministerio (15). Para 1945 se crea el Instituto Nacional pro Alimentación popular (INPAP) del cual en 1949, surgirá el Instituto Nacional de Nutrición y el Patronato de Comedores Escolares (Bengoa, 2004). Bengoa (2004) sintetiza las corrientes de la nutrición para el momento identificando tres grandes campos:

- Análisis de alimentos, que pasará más tarde al Instituto Nacional de Higiene

- Alimentación suplementaria que comprendía todo lo que hoy se podría definir como programas sociales en alimentación y nutrición
- Educación Alimentaria, incorporada dentro de las actividades preventivas de las entonces Unidades Sanitarias

En 1950 nace la primera escuela de Nutricionistas y Dietistas para formar los recursos humanos necesarios en este campo.

Todas estas iniciativas muestran cómo desde sus mismos comienzos, la política de salud tomó en cuenta e incorporó dentro de sus prioridades, el tema de la alimentación y nutrición que fue, además, ejemplo para otros países latinoamericanos. Pero, ¿qué pasó entonces? ¿Por qué Venezuela llegó a tener los problemas nutricionales que presenta hoy día?

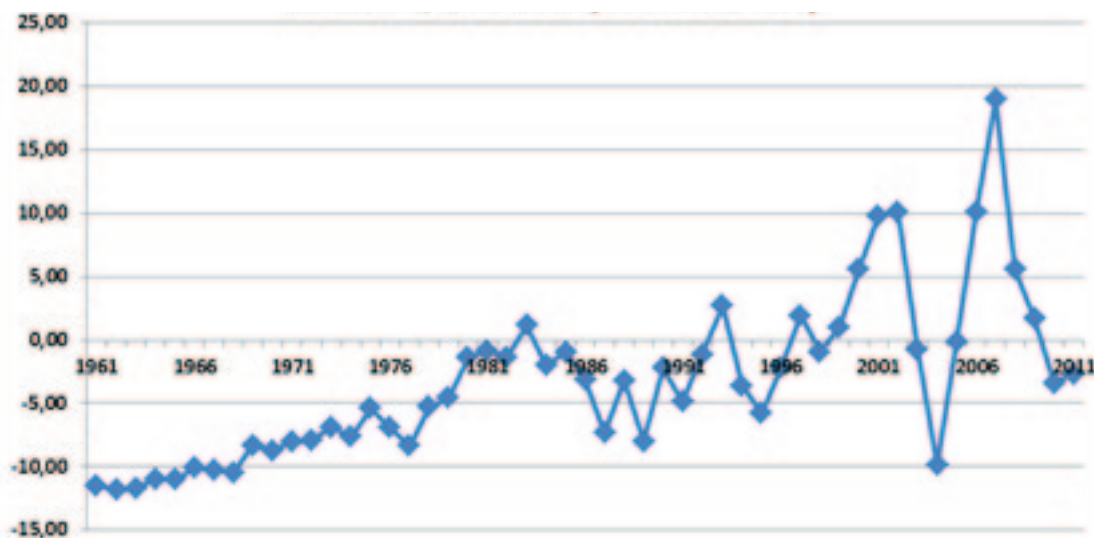
Sobre la base de nuestra suposición inicial, examinemos algunos elementos que nos permitan sustentar hipótesis al respecto.

#### 3.1. La producción

Los datos nos muestran que en Venezuela, la producción de alimentos es una industria que se encuentra sometida a los vaivenes de políticas matizadas por la naturaleza rentística de nuestra economía. En efecto, el crecimiento urbano venezolano a partir de 1950, refleja un patrón de dependencia cultural y económica claramente dirigido desde las economías centrales, especialmente los Estados Unidos de Norteamérica. El empresario venezolano se acostumbró a solucionar sus problemas de liquidez y de inversión, a través de los subsidios del Estado que se otorgaban en función de las prioridades alimentarias de la población y, progresivamente, de patrones clientelares en las relaciones Estado-sociedad civil. Eso ocurrió con la leche durante mucho tiempo y con algunos cultivos como el algodón. La carne no es una excepción. En la figura 1 se muestra la razón entre la producción animal y el crecimiento de la población entre 1961 y 2011.

Estas enormes variaciones, sobre todo a mediados de la década de los 80, ponen de manifiesto la poca efectividad de las políticas que se pudieron formular y, por supuesto el cambio de estilos de vida y de consumo ligados a la economía rentística petrolera.

Lo propio ocurre cuando se enfoca el tema por la vía de la productividad. La figura 1 ilustra lo que decimos y lo compara con la eficiencia y la capacidad de absorción del cambio tecnológico en el sector.



Fuente: Banco Mundial, 2013. Cálculos propios

**Figura 1. Índice de Producción animal en relación con la población. Venezuela, 1961 - 2011 (2004 - 2006= 100)**

En general, si comparamos el Índice de Producción de Alimentos (IPAL) de Venezuela con los promedios mundiales de países seleccionados, encontramos lo que se muestra en la figura 2.

Sorprende la pequeña diferencia del Canadá y la mayor de Chile. Venezuela se encuentra 1,43 puntos por debajo del promedio mundial. Ya que se trata de promedios, es bueno examinar el caso venezolano que se muestra en detalle en la figura 3.

Entre 1961 y 1993 podría identificarse un crecimiento progresivo y sostenido; a partir del último año mencionado, la curva nos enseña variaciones

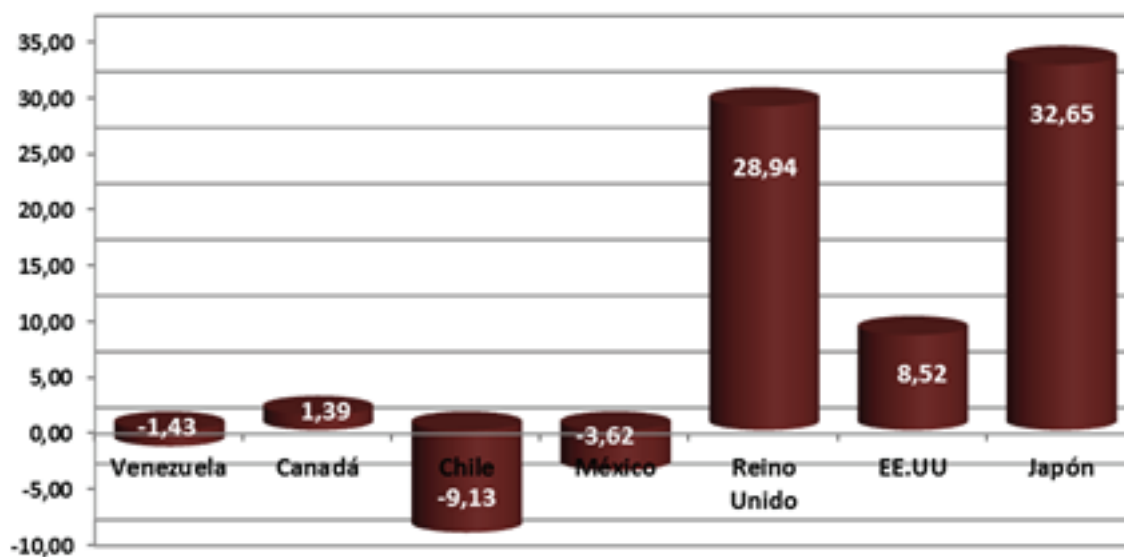
incontrolables que, una vez más, ponen de manifiesto la inconsistencia de las políticas respectivas, similares a las tendencias que se observan en la figura de producción animal. La producción de cereales en kg. que se muestra en la figura 4, plantea una disminución de la producción casi a los niveles de 1970, llegando sólo a algo más de 12 kg. por cada 100.000 habitantes. Si se toma en cuenta el aumento total de la población en el lapso considerado (1961-2001) que fue de más de 21 millones de personas, para esa población, la producción de cereales en Venezuela disminuyó en 1,9% (Cuadro 4, Figura 4).

### 3.2. La Política como control ciudadano y del Estado

**Cuadro 4. Crecimiento medio anual de la productividad total de los factores (PTF) de la eficiencia y el cambio técnico en países de medianos y bajos ingresos.**

	1981-1990			1991-2000			2001-2009		
	PTF	Efic.	CT	PTF	Efic.	CT	PTF	Efic.	CT
Camerún	0,54	0,54	0,00	1,73	0,71	1,01	3,36	3,03	0,33
Tanzania	1,57	1,55	0,02	-0,24	-0,44	0,20	6,13	6,13	0,00
Argentina	0,96	0,49	0,47	-0,36	-1,34	1,00	4,04	2,10	1,87
México	-1,49	-5,40	4,14	2,34	1,22	1,11	2,32	1,95	0,36
Brasil	3,17	-1,43	4,66	1,04	0,14	0,90	5,19	5,19	0,00
Rep. Dominicana	0,63	-31,00	0,94	1,20	0,43	0,76	4,32	0,00	4,32
Venezuela	-0,54	-5,20	4,91	4,99	3,18	1,75	-0,07	-0,07	0,00
AMERICA LATINA	0,54	-2,23	2,87	1,78	1,13	0,63	1,87	1,36	0,51

Fuente: Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IFPRI), 2011

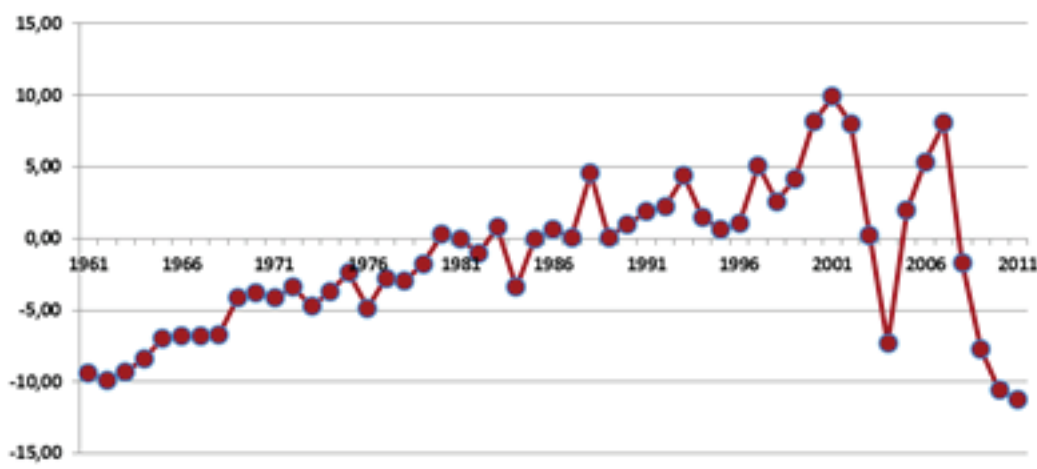


Fuente: Banco Mundial, 2013; OECD, 2013. Cálculos propios

**Figura 2. Diferencias entre IPAL promedio de países seleccionados e IPAL mundo, 1961 - 2011 (2004 - 2006= 100)**

Ya desde la entrada en funcionamiento de la Misión Barrio Adentro (MBA) conocemos que la salud en Venezuela se ha convertido en un pretexto para empujar la política exterior dejando las sobras de una atención primaria venida a menos, como ilusión para quienes por razones históricas, nunca tuvieron acceso a los cuidados médicos, de manera que la meta de la política de salud, así como la meta de la mayor parte de las políticas sociales desarrolladas por los gobiernos venezolanos desde 1999 en adelante, ha sido su concepción como mecanismos para retener y acrecentar el poder político (Díaz

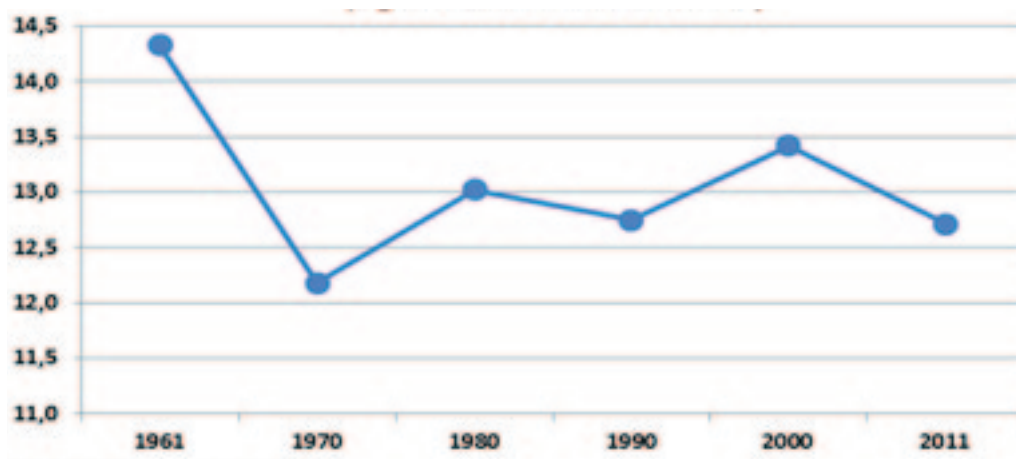
Polanco, 2008; 2012). En el curso de estos años, hemos visto cómo languidecen nuestros hospitales, se cierran los módulos de Barrio Adentro, se reparten las divisas entre grupos afectos al gobierno, mientras se desangra el país en manos de la delincuencia incontrolable y las enfermedades re-emergentes que vuelven por sus víctimas del siglo XXI. Este patético panorama puede ser descrito de otra manera, con frías cifras que ponen de manifiesto exactamente lo mismo: Venezuela, se encuentra al borde de un abismo. Pero tal disyuntiva se presenta con mayor claridad y crudeza, en el caso del



Fuente: Banco Mundial, 2013. Cálculos propios

**Figura 3. IPAL en relación con el promedio mundial. Venezuela, 1961-2011**





Fuente: Banco Mundial, 2013. Cálculos propios

**Figura 4. Producción de cereales en Venezuela, 1961 -2011.**  
(Kgs. x 100.000 habitantes)

deterioro creciente de la salud y de los servicios de salud, cuya institucionalidad es prácticamente inexistente y diluida en una lucha permanente por el control burocrático y el poder político, entre lo que es y lo que no es la MBA.

En el año 2013 y aún en lo que va del 2014, nos hemos visto sorprendidos por la incidencia de la malaria que ha alcanzado más de 69.000 casos, más del doble a la misma fecha de 2012; la violenta irrupción de Chinkungunya y quizá otras modalidades de fiebres hemorrágicas; nos han sobre-cogido las denuncias frecuentes de pacientes, médicos y enfermeras acerca de las condiciones ambientales y de inseguridad en las cuales deben ejercer sus funciones; nos ha alarmado el deterioro de la mayor parte de los equipos de radioterapia destinados al tratamiento del cáncer y hemos recurrido a la necesidad de denunciar la violación del derecho a la salud en el país y, específicamente, la violación de los derechos de los enfermos de cáncer. Deberíamos también denunciar la violación de los derechos a la alimentación saludable de todos los venezolanos que se ven forzados, merced a la inflación de la economía y la corrupción, a optar por la oferta de los mercales y de las otras misiones que supuestamente proveen de alimentos a la población, alimentos que no poseen información nutricional en clara violación de las leyes al respecto y cuya adquisición se verá restringida en virtud de la tarjeta de racionamiento electrónica, en vigencia parcial desde comienzos del mes de abril de 2014 y cuyo uso, hasta

ahora, está limitado a las adquisiciones de alimentos en los mercados dependientes del régimen. En este contexto, resulta difícil comprender el reconocimiento de la FAO a Venezuela por sus logros en los temas alimentarios y nutricionales en relación a las metas del milenio. Pero el tema de la cooperación internacional en este campo merece un tratamiento aparte.

El Estado clientelar que se instauró a partir del último tercio del siglo pasado en Venezuela, ha encontrado nuevamente su rumbo. Las correcciones que fueron introducidas por la democracia post perezjimenista, lentas, difíciles y que culminaron, emblemáticamente, con la sanción definitiva de la separación de poderes en el juicio a Carlos Andrés Pérez, no podía perpetuarse; las fuerzas reaccionarias no permitieron la modernización del Estado y, con la excusa de implantar un nuevo sistema de vida más igualitario y justo, han paralizado el aparato productivo, violado abiertamente disposiciones constitucionales, en especial derechos humanos esenciales y convertido a Venezuela en un país mucho más dependiente de los países centrales del sistema capitalista -China incluida- de lo que nunca lo fue. Simultáneamente, han reconstruido eficientemente el aparato clientelar, repartiendo discrecionalmente una renta petrolera creciente en perjuicio de todos los venezolanos porque aumenta artificialmente los ingresos en el marco de una creciente y hasta ahora incontrolable inflación, sin que ello corresponda a actividad productiva alguna. Esta insólita anti-política

social conduce a la quiebra moral de la población y la pone a depender cada vez más de un Estado militarizado y autoritario que tiende a perecerse inevitablemente a una dictadura.

Las relaciones de determinación aquí descritas sobre las causas de los problemas nutricionales, no significan de manera alguna que sea imposible modificar la realidad. También desde la salud podemos construir ciudadanía. La lucha por recomponer la salud y por dar a los venezolanos la oportunidad real de ser alimentariamente soberanos y nutricionalmente suficientes, es también la lucha por la libertad, los derechos humanos y el rescate de la democracia.

### Referencias

1. Banco Mundial (2013): <http://datos.bancomundial.org/indicador/AG.PRD.FOOD.XD>
2. Bengoa, José María (2004): "La Sanidad y la Nutrición en Venezuela a mediados del siglo XX", en: *Anales Venezolanos de Nutrición*. Vol 17 N° 1 ISSN 0798-0752 pp. 42-44.
3. Briceño, L; Briceño, A (2011). III-69. Obesidad ¿Es una realidad en Venezuela?. Academia Nacional de Medicina, Caracas, Venezuela. *Boletín ANM*. 3(35). Disponible en: <http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/2011/boletines/N35/K-35-III-69-BRICENO.pdf>. Revisado: Octubre, 2012
4. Bronfman, Mario (1998). *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. Lugar Editorial. México
5. Díaz Polanco, Jorge (2008): *Salud y Hegemonía en Venezuela: Barrio Adentro, continente afuera*. Cendes, Universidad Central de Venezuela, Caracas. ISBN 978-980-00-2527-7. Pp 127
6. Díaz Polanco, Jorge (2012): "La Institucionalidad de la Salud en Venezuela. Una enfermedad de la razón", en: *Encuentro de Organizaciones Sociales. Venezuela 2012*. Universidad Católica "Andrés Bello". Pp. 57-67 ISBN 978-9809-244-735-0. Caracas.
7. MINPPAL. Mercal, mercado de Alimentos. [http://www.minpal.gob.ve/index.php?option=com\\_content&task=vi](http://www.minpal.gob.ve/index.php?option=com_content&task=vi)ew&id=396&Itemid=85. Revisión: Abril, 2014.
8. Nussbaum, Martha y Sen, Amartya (1993): *The Quality of Life*. Clarendon Press, Oxford
9. Parsons, Talcott (1952) *El Sistema Social*. Editorial Aguilar, España. Cap 10
10. FAO/ONU (2012): *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y El Caribe*. Pp 150. Roma, Italia. ISBN 978-92-5-307357-3T
11. FAO-PESA-MAT. (2007). *Programa Especial para la Seguridad Alimentaria en Venezuela. Componente Alimentación y Nutrición*. Documento técnico – FAO.
12. Frenk, Julio; Bobadilla, José Luis; Stern, Claudio; Frejka, Tomás; y Lozano, Rafael (1991): "Elementos para una teoría de la transición en salud", en: *Salud Pública Mex* Vol 33(5): 448-462. Instituto de Salud Pública, Cuernavaca, México.
13. García Eguren, Pedro (2012): *La Alimentación de los mexicanos. Cambios Sociales y económicos y su impacto en los hábitos alimenticios*. CANACINTRA, Cuidado Editorial. México D.F.
14. Instituto Nacional de Nutrición. (2010). *Sobrepeso y obesidad en Venezuela. (Prevalencia y factores condicionantes)*. Gente de Maíz. Pp. 148. Disponible en: <http://www.inn.gob.ve/pdf/libros/sobrepeso.pdf>. Revisión: Abril, 2014.
15. Instituto Nacional de Nutrición (2000). *Valores de referencia de energía y nutrientes para la población venezolana*. Revisión 2000. Publicación N° 53. Serie de Cuadernos Azules. Caracas - Venezuela.
16. Instituto Nacional de Nutrición. (2008). *Las políticas Alimentarias y Nutricionales en la Revolución Venezolana. Análisis desde el Instituto Nacional de Nutrición. Perfil Nutricional Periodos 1990 – 2008*. Documento preliminar. <http://www.inn.gob.ve/pdf/sisvan/polinutri.pdf>. Revisión: Abril 2014.
17. Sen, Amartya (2003): *Pathologies of Power. Health, human rights and the new war on the poor*. California University Press.
18. Testa, Mario, Díaz Polanco, Jorge, Vera, Sara, Goldfeld, Ricardo (1983): *Estructura de Poder en el Sector Salud*. CENDES, Universidad Central de Venezuela, Caracas.