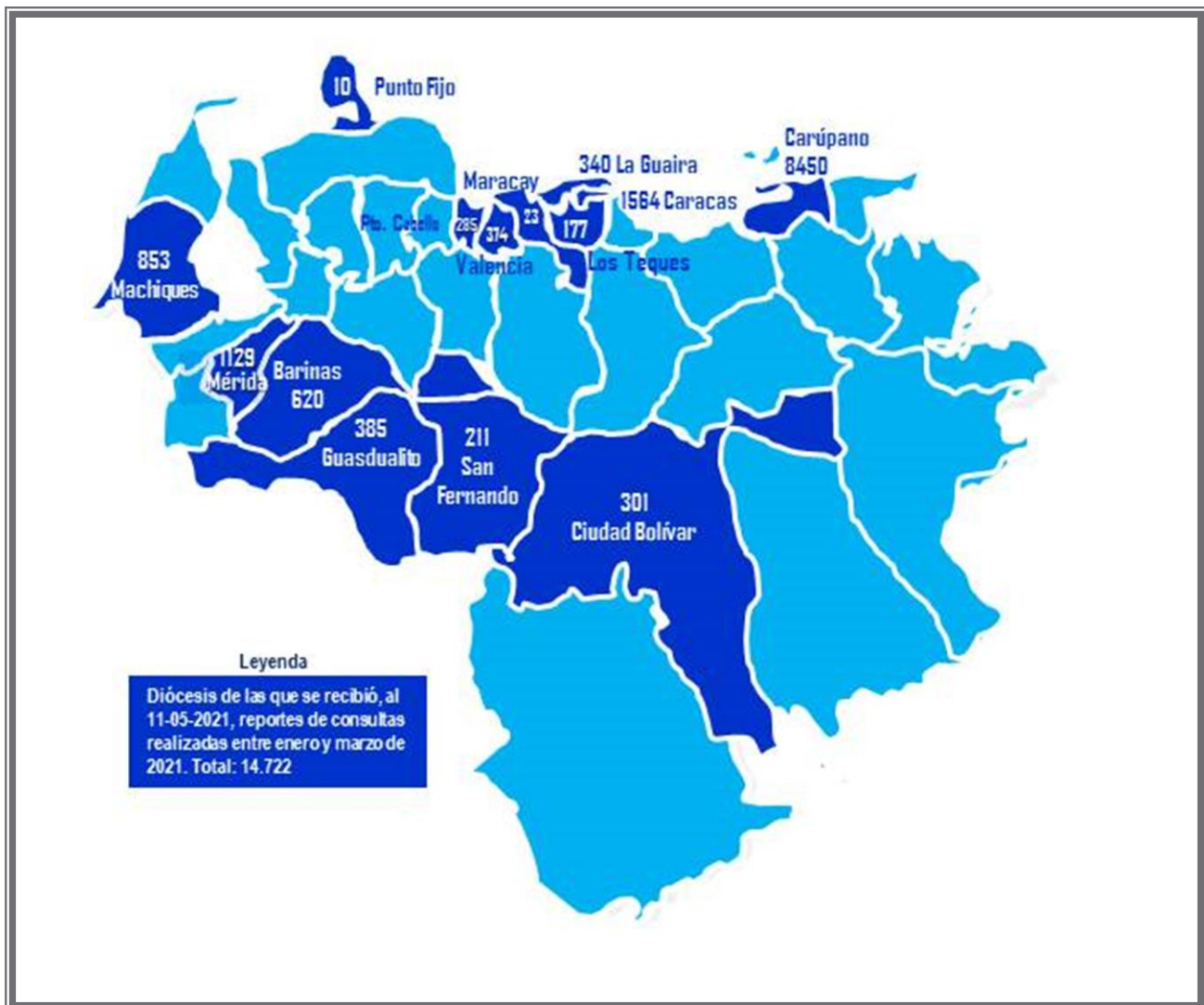


INTRODUCCIÓN

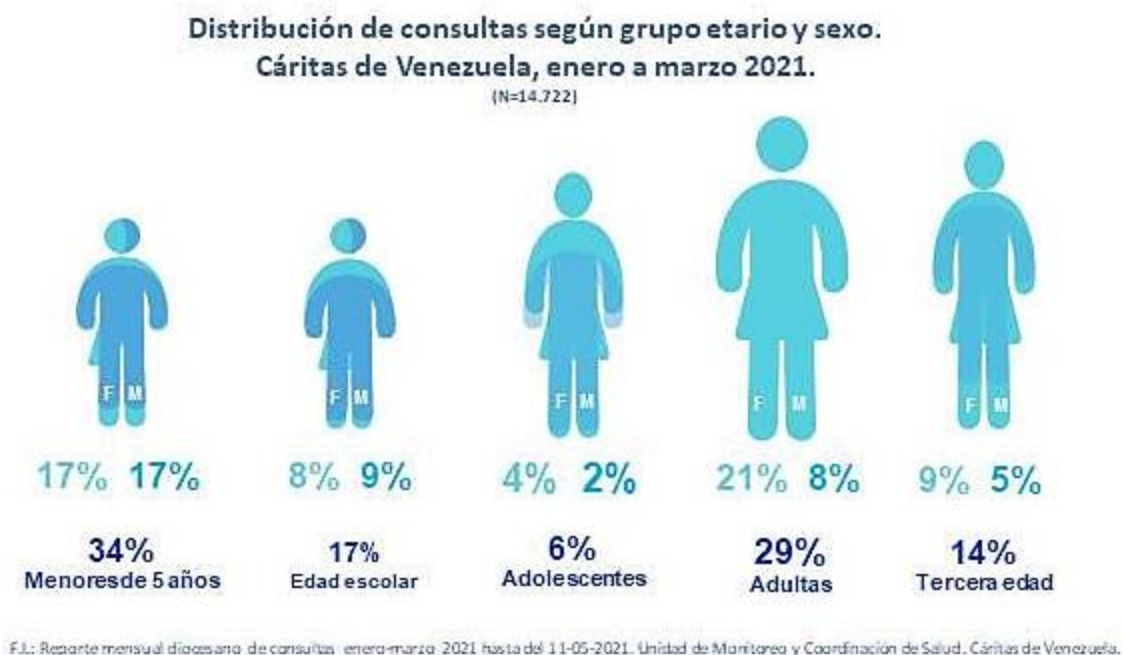
ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este sexto boletín epidemiológico trimestral de Caritas Venezuela, que abarca el 1er lapso de 2021, se construyó con los 14.722 reportes de consultas realizadas entre enero y marzo recibidos por la Unidad de Monitoreo y por Epidemiología, en Caracas, hasta el 11-05-2021.

La data fue remitida por 14 diócesis ubicadas en 12 entidades federales de Venezuela: Apure, Aragua, Barinas, Bolívar, Carabobo, Distrito Capital, Falcón, La Guaira, Miranda, Mérida, Sucre y Zulia.

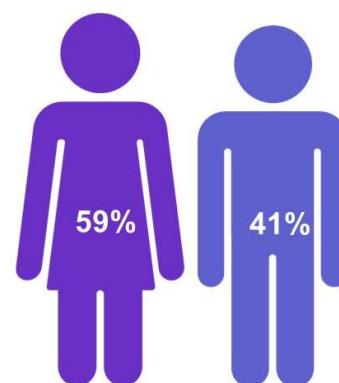


La distribución edad/sexo se mantiene equitativa en los niños y niñas y a partir de la adolescencia hay una mayoría de consultantes del sexo femenino.



En esta oportunidad las consultas en pacientes masculinos tuvieron un incremento de cuatro puntos porcentuales; el máximo reportado en boletines desde julio de 2019 fue del 39%, mientras que en este período fue del 41%.

Se recibieron 37 reportes de consultas de personas con alguna discapacidad (0.3%) considerándose que existe un subregistro toda vez que el sistema de información solo ofrece dos campos para especificar diagnósticos y el 10% de los usuarios acude con más de un problema de salud, especialmente las personas expuestas a más factores de riesgo.

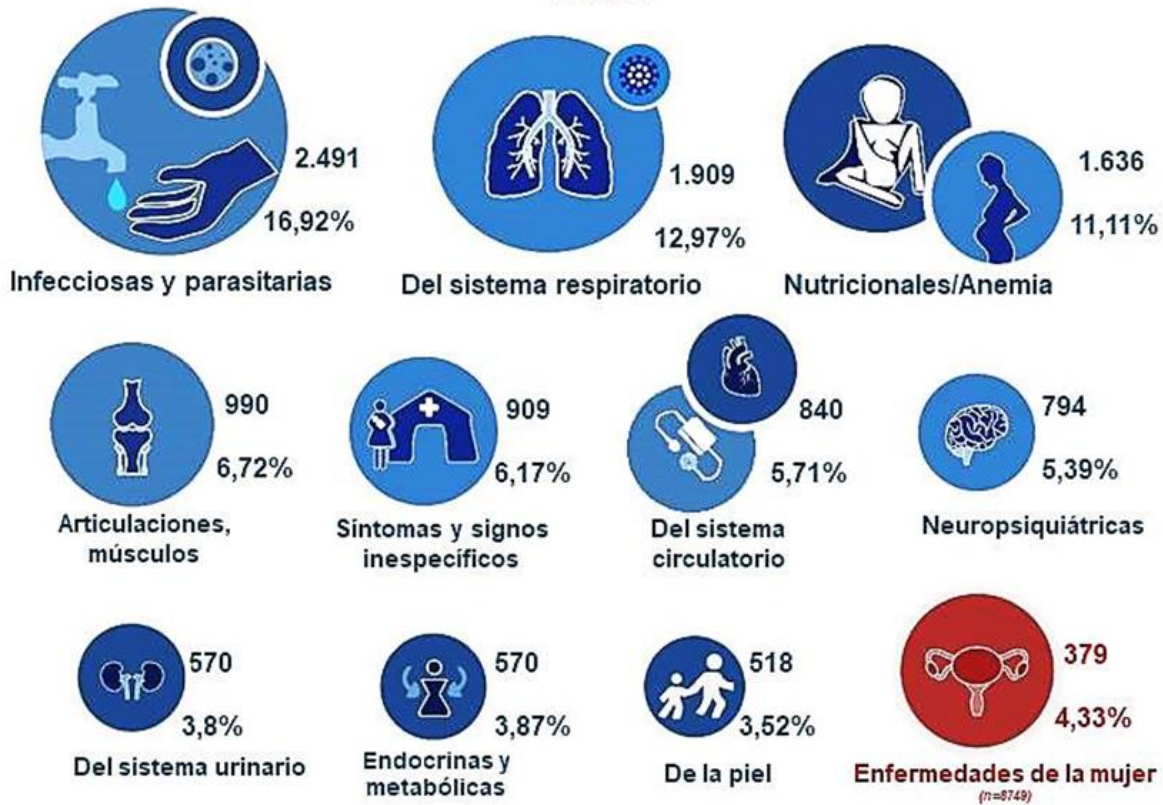


Los datos demográficos reportados son consistentes con la línea de Cáritas de asistir las necesidades de salud de los grupos más vulnerables priorizados por las organizaciones de Ayuda Humanitaria.

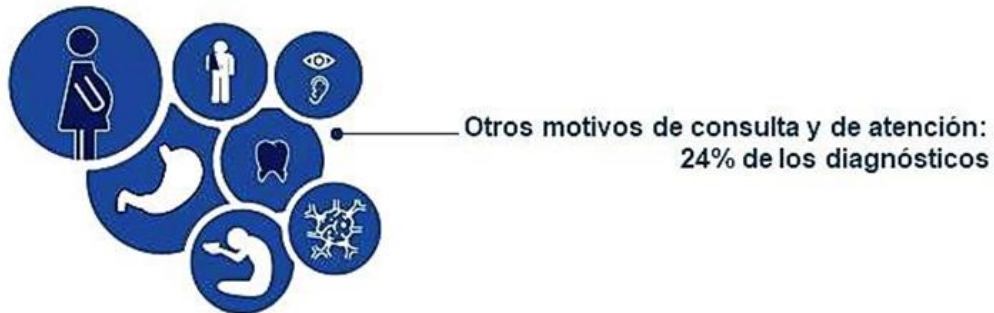
DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES EN CONSULTAS

A continuación se presentan, en dos modalidades, los motivos de consulta y diagnósticos que arrojan los reportes de las 14722 consultas realizadas entre enero y marzo de 2021: 1) agrupados según tipo de enfermedades y sistemas afectados y, 2) los 20 primeros diagnósticos ordenados de mayor a menor según el porcentaje que representan del total de diagnósticos reportados.

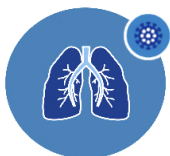
Diagnósticos según grupo de enfermedades, sistemas y determinantes psicosociales de la salud. Cáritas de Venezuela, enero a marzo 2021
(N = 14722)



Los primeros 10 grupos suman el 76% del total de diagnósticos en consultas



Los diagnósticos según **grupos de enfermedades**, sistemas y determinantes de salud están encabezados, como es habitual, por los referidos a **enfermedades infecciosas y parasitarias**. Entre éstas, el mayor porcentaje lo tienen las enfermedades de transmisión hídrica (diarreas, protozoosis, otras parasitosis intestinales y hepatitis) sumando el 10% de los diagnósticos en consultas.



Después de haber tenido una drástica reducción al inicio de la pandemia, los diagnósticos de **enfermedades respiratorias** comenzaron repuntar. El 68% de las Rinofaringitis agudas diagnosticadas en el trimestre se registraron en marzo. En el boletín del 2do trimestre 2020 atribuimos la reducción de las neumonías, amigdalitis, asma, sinusitis otras enfermedades respiratorias y la fiebre al acatamiento de las medidas preventivas de la COVID-19 (que funcionaban igualmente para controlar las infecciones respiratorias), la negación de la enfermedad o el miedo a las medidas de aislamiento forzoso de todos los casos implementadas inicialmente por el

Ejecutivo Nacional. Dentro de este grupo el código que suma más diagnósticos es el de “Otras enfermedades respiratorias” -que incluyen laringitis, sinusitis, entre más- las cuales subieron 19 peldaños en los últimos 9 meses ocupando ahora el 3er lugar en el cuadro de los 20 diagnósticos más frecuentes, fenómeno que presumimos asociado con la flexibilización oficial de la *cuarentena social* durante el asueto de Carnaval. No descartamos que algunos de estos casos de infección respiratoria estén asociados con la COVID-19 cuya curva comenzó a ascender después del asueto.



En este período la novedad es que los diagnósticos de **enfermedades carenciales** (desnutrición y anemia) ocupan el tercer lugar en la clasificación *por grupos*. El porcentaje de consultas en las que se hicieron estos diagnósticos fué de 5.59% en el 3er trimestre de 2020, un 9,68% en el 4to trimestre y 11,11% en esta oportunidad. En el cuadro de los primeros diagnósticos en consultas la desnutrición ascendió al primer lugar por lo cual ampliaremos comentarios más adelante en el apartado “*Tema en Foco*”.

Primeros 20 diagnósticos de morbilidad en consultas Cáritas de Venezuela. Enero-marzo 2021					
Lugar 3er trimestre 2020	Lugar 4to trimestre 2020	Lugar 1er trimestre 2021	DIAGNÓSTICOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS EN CONSULTA	Número	Porcentaje
5	2	1	DESNUTRICIÓN	1185	7,45%
1	1	2	PARASITISMO INTESTINAL	986	6,20%
22	7	3	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	716	4,50%
2	3	4	HIPERTENSION ARTERIAL	677	4,25%
12	8	5	ANEMIA	479	3,01%
4	5	6	SINDROME VIRAL	472	2,97%
6	11	7	DOLOR DE ESPALDA (DORSALGIAS)	395	2,48%
8	9	8	NEUROSIS, PSICOSIS Y OTROS TRAST.MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	387	2,43%
7	10	9	DIARREA TODAS LAS EDADES	343	2,16%
10	6	10	DOLOR ARTICULAR	337	2,12%
3	4	11	NEUMONÍAS Y OTRAS IRA BAJAS	321	2,02%
11	12	12	INFECCION URINARIA Y CISTITIS	311	1,95%
21	20	13	DOLOR DE CABEZA (CEFALEA/MIGRAÑA)	278	1,75%
15	17	14	ASMA	257	1,62%
§	§	15	OTRAS ENFERMEDADES DEL RIÑÓN	236	1,48%
	13	16	AMIBIASIS, GIARDIASIS Y OTRAS PROTOZOOSIS	229	1,44%
16	25	17	INFECCIONES GINECOLÓGICAS	217	1,36%
14	22	18	FIEBRE	216	1,36%
20	14	19	INFECCIONES POR HONGOS (SUPERFICIALES)	216	1,36%
18	19	20	DERMATITIS	216	1,36%
DIAGNÓSTICOS POR OTROS MOTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIOS Y SECUNDARIOS				7448	46,81%

F.I.: Bases de Datos Integrada: Reporte mensual diocesano enero 2021 hasta del 11-05-2021. Unidad de Monitoreo y Coordinación de Salud. Cáritas de Venezuela



De los 1474 reportes en los que las y los pacientes manifestaron consultar por “dolor”, 990 (67%) fué por dolor musculoesquelético. Los **dolores de espalda y dolores en las articulaciones** son una constante en el cuadro de los primeros motivos de consulta; en esta oportunidad ocupan el 7mo y 10mo lugar respectivamente. En estos casos, lo habitual es que se trate de un dolor crónico más frecuente en adultos mayores, pero acá solo el 14% de los diagnósticos se hizo en personas de la tercera edad; la mayoría se hizo a mujeres. Ya se conoce la incidencia de factores psicosociales, entre ellos el estrés y la calidad de vida, en la aparición y permanencia de este tipo de afecciones.



El quinto lugar en la clasificación por grupos lo ocupan los **Síntomas y signos mal definidos**. En este grupo los diagnósticos más frecuentes fueron **fiebre y cefaleas** que subieron a los lugares 18 y 13 respectivamente en el cuadro de las primeras causas. En este grupo también está la **astenia** (debilidad o fatiga intensa) y los **desvanecimientos** de los cuales se hicieron 17 diagnósticos, todos en marzo, quizás asociados a cuadros virales o a una alimentación insuficiente. Para llegar a una conclusión diagnóstica se requiere realizar estudios complementarios. Según las respuestas a la Encuesta de Hogar de marzo, el 57% de las familias buscó y no tuvo acceso a servicios de salud; y de estos, un 52% requirió y no con tuvo acceso a servicios de laboratorio clínico o imágenes (Rx, ecografía).

Los problemas del **corazón y vasos sanguíneos** bajan de ubicación quizás desplazados por motivos de consulta asociados a patología infecciosa y carencial asociados a la situación de pandemia y los efectos de las medidas de contención.



Las consultas por **trastornos neuropsiquiátricos**, que habían subido al tercer lugar cuando se inició el confinamiento por la emergencia sanitaria por COVID-19, bajan al séptimo lugar. Este descenso probablemente esté marcado por la oferta ya que mermaron las consultas psicológicas en Caracas. La distensión de las medidas de confinamiento (y mayor hacinamiento) –sea por parte de las autoridades o por parte de la población que material o psicológicamente no pudo continuar cumpliendo “cuarentenas radicales” como en 2020– también podrían explicar el descenso no solamente de los diagnósticos de trastornos neuropsiquiátricos, sino de la violencia doméstica y también de las enfermedades de la piel que descendieron para ocupar en este trimestre el décimo lugar en la clasificación por grupos. En el cuadro de las primeras causas de consulta los trastornos psicoemocionales se han mantenido entre las diez primeras durante los últimos nueve meses. En general, estos continúan siendo problemas de salud que demandan atención prioritaria ya que repercuten en el funcionamiento de diversos sistemas condicionando la aparición de otro tipo de enfermedades. Según las respuestas a la Encuesta de Hogares, en el 74% de las familias entrevistadas en marzo 2021 algún miembro estuvo enfadado o triste *siempre, casi siempre o con frecuencia* al sentir que les aquejaban muchos problemas que estaban fuera de su control.

En cuanto a las **enfermedades de la mujer**, los diagnósticos más frecuentes fueron las infecciones ginecológicas (enfermedad inflamatoria pélvica, cervicitis y vaginitis) seguidas por las irregularidades menstruales. Se hicieron 28 diagnósticos de complicaciones del embarazo, parto o puerperio, todos en marzo. El más frecuente fue *Mastitis*.

Las enfermedades infectocontagiosas, las respiratorias y carenciales que encabezan los diagnósticos por grupos están asociadas a condiciones de pobreza, hacinamiento y falta de saneamiento. Los niveles de pobreza en Venezuela en marzo rondan el 90% según el prof. Ronald Balza, Decano de la Facultad de Economía de la UCAB. Y, según la Encuesta de Hogar aplicada en marzo por Cáritas a 329 familias de Caracas, Carúpano, Machiques, San Felipe y Valencia, el 41% no tiene acceso a agua continua, 56% no pudo adquirir jabón o champú para el aseo personal y el 71% no pudo adquirir cloro u otro desinfectante para el saneamiento del hogar. Un 52% no tuvo acceso a servicios de salud y un 57% no tuvo acceso a medicamentos, mayoritariamente antibióticos, analgésicos y vitaminas.





Mejorar el acceso a los servicios públicos, además de contribuir a reducir la incidencia de las enfermedades infectocontagiosas, al **aliviar el peso de estrés** en las familias -particularmente en las cabezas de familia- contribuirá a controlar otros grupos de enfermedades incluidas entre los diez primeros motivos de consulta tales como las enfermedades osteoarticulares, las cardio-circulatorias –específicamente la Hipertensión Arterial que sigue estando entre los primeros 5 diagnósticos en consultas– y las neuropsiquiátricas.

Por otra parte, generar capacidades institucionales para responder a problemas de salud asociados a estos 10 grupos que motivan el 76% de las consultas contribuiría a mejorar la atención a la salud de los más vulnerables.

TEMA EN FOCO: DESNUTRICIÓN



Cáritas de Venezuela es una organización de la Iglesia Católica venezolana que se ha posicionado desde 2016 como una plataforma independiente para hacer llegar ayuda humanitaria a los más vulnerables no institucionalizados, desde el lanzamiento de su programa bandera “SAMÁN” para el monitoreo, alerta, educación y recuperación de niños y niñas menores de cinco años con desnutrición.

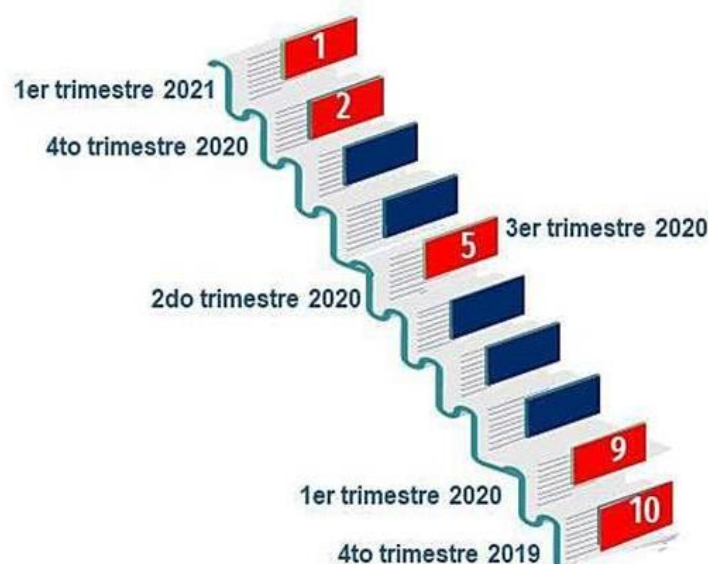
El Programa “SAMÁN” fue uno de los que alzó la voz precozmente para visibilizar, con data precisa y válida, el impacto que la crisis multidimensional venezolana estaba teniendo en los más frágiles de la sociedad.

Una vez activado el alerta, organizaciones nacionales e internacionales de ayuda humanitaria desarrollaron intervenciones tras lo cual fueron alternándose períodos de mejoras y estabilizaciones con algunas recaídas en los indicadores de desnutrición y seguridad alimentaria que seguían el ritmo de la devastada e inestable economía venezolana. Pero desde la declaratoria de emergencia sanitaria en el país el 13 de marzo de 2020 por la pandemia de COVID-19, las comunidades y los agentes humanitarios comenzaron a evidenciar un retroceso sostenido, si bien la opacidad informativa oficial, las limitaciones logísticas agravadas por la cuarentena y la escasez de combustible en Venezuela no hayan hecho posible mantener el ritmo del monitoreo de la situación nutricional por parte de organizaciones independientes como Cáritas para sustentar la situación real. Sin embargo, la data recogida en las consultas realizadas por los médicos de planta y voluntarios de Cáritas de Venezuela y las respuestas a las Encuestas de Hogares realizadas en marzo 2021, muestran indicios de la situación.

DIAGNÓSTICOS DE DESNUTRICIÓN EN ASCENSO

La Desnutrición ha escalado desde el décimo lugar en el cuadro de los primeros diagnósticos en consultas desde diciembre de 2019, hasta el primer lugar en marzo 2021.

Progresión de la Desnutrición
dentro del cuadro de los primeros 10 diagnósticos en consultas
Cáritas de Venezuela.
Primer trimestre 2020 – Primer trimestre 2021



F.I. Boletines Epidemiológicos de Cáritas de Venezuela

En el primer trimestre de este año, se hizo diagnóstico de desnutrición en el 16% de las consultas a niños entre 6 y 11 años de edad, lo cual nos hace coincidir con UNICEF en la identificación de este grupo de población como uno de los más vulnerables a sufrir hambre y déficit nutricional en el contexto de la pandemia, ya que para muchos de los escolarizados el cierre de los centros educativos ha implicado perder la única oportunidad de acceder a alimentos de forma continua.

Los diagnósticos de desnutrición estuvieron asociados a otras causas de morbilidad en el 21% de las consultas, en contraste con el 8% en el total de diagnósticos.

Esto se explica por la conocida asociación entre el déficit nutricional y otras

patologías que son, bien causa o consecuencia de ella. Los diagnósticos más frecuentes fueron enfermedades de transmisión hídrica (18%), respiratorias (15%); enfermedades de la piel como piodermitis y escabiosis (12%) y anemia clínica (11%). Otros diagnósticos que acompañaron a la de desnutrición fueron: diabetes y otros trastornos endocrino-metabólicos; trastornos neuropsiquiátricos como epilepsia y los de la esfera psicoemocional, retardo del desarrollo y, condiciones congénitas.

Se diagnosticó **desnutrición severa** del adulto en 34 consultas; el 50% fué en grupos priorizados por el recién habilitado Fondo de Respuesta Humanitaria para Venezuela: 41% en personas de la tercera edad y el 9% en madres en periodo de lactancia. Patologías asociadas fueron: Diabetes Mellitus, neoplasias, infecciones respiratorias bajas, trastornos psicoemocionales y enfermedad autoinmune entre otras.

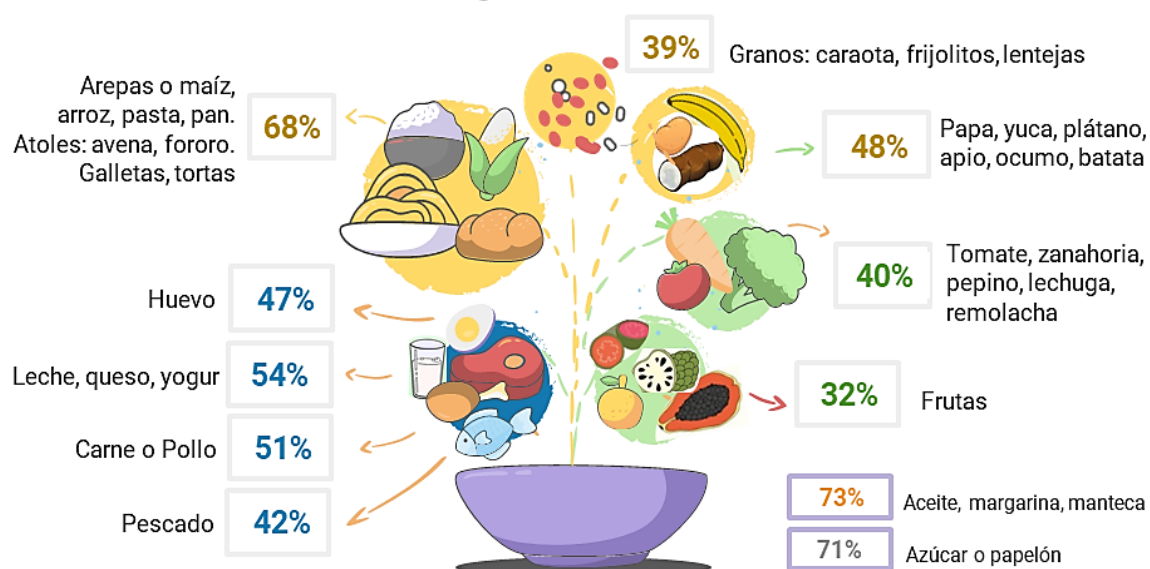
Los reportes de desnutrición severa llegaron desde Sucre, Distrito Capital, Zulia y Apure. Caracas fue la localidad con mayor porcentaje de estos diagnósticos sobre el total de consultas realizadas. Considerando que la región capital tiene mayor acceso a recursos de todo tipo, incluyendo los proyectos de ayuda humanitaria, el mayor número de diagnósticos de desnutrición severa hechos en esta localidad podría atribuirse a la oferta del servicio médico ya que en la unidad que reporta hay una médico nutróloga en funciones de médico generalista. En este sentido se infiere que si fortalecemos las capacidades para la detección de casos de desnutrición en adultos en las distintas unidades informantes, se incrementaría el número de estos diagnósticos ya que en otras partes la precariedad de las familias es aún mayor.

¿POR QUÉ ESCALA LA DESNUTRICIÓN EN CONSULTAS?

El código y la categoría utilizada para registrar los diagnósticos no discrimina entre desnutrición aguda y crónica, de forma que lo observado puede reflejar las consecuencias de la inseguridad alimentaria que vienen arrastrando los venezolanos desde hace años agravada por la pandemia.

No obstante, según indagaciones cualitativas y las respuestas a la Encuesta de Hogares que aplica mensualmente Cáritas de Venezuela, las familias comen menos variado sacrificando los rubros que les resultan más costosos tales como frutas y proteínas, si bien el consumo es diferenciado en las regiones dependiendo seguramente de factores culturales y de la disponibilidad de alimentos.

¿Durante el día de ayer en su casa comieron alguno de estos alimentos?



Por ejemplo, de las diócesis que reportaron respuestas a la Encuesta de Hogares, Valencia, que tiene una dinámica urbana más marcada, reportó el mayor consumo de alimentos hipercalóricos tales como azúcar, aceite, margarina y harinas. En zonas costeras como La Guaira y Carúpano, el consumo de pescado superó el promedio (61% y 81% respectivamente vs 42%). Y en Machiques el consumo de frutas reportado superó con mucho el promedio (78% vs 32%), siendo del dominio público –y motivo de *memes* en redes sociales- cómo los ciudadanos en el Zulia suplen varias comidas al día con el mango que se cosecha tanto en casa como en la vía pública.



Pero las familias no solo comen menos variado, sino en menos cantidad, las porciones resultan pequeñas e insuficientes, y algunos miembros omiten comidas en beneficio de los más vulnerables o del colectivo familiar. Por otra parte, los productos CLAP han disminuido en cantidad, diversidad y el acceso continuo a ellos para todas y todos no está garantizado.

En Venezuela hay *hambre*; pero el *hambre* no está distribuida uniformemente en el país.

Algunos datos sobre Seguridad Alimentaria y Adaptación Familiar

Encuesta de Hogares. Cáritas de Venezuela. Marzo 2021.

(N = 329)



RECURSOS

Marzo 2020 - 2021

Canasta
alimentaria **2.473,59%**
(Variación interanual)

Salario
Mínimo **\$3,08 - \$1,92**
Mensual

INCERTIDUMBRE

"Hay momentos que siento impotencia de no poder hacer nada entre la falta de alimentos y estos que no tienen maneras para ir a sus consultas o hacerse una Rayos X... son cosas que entristecen por no conseguir uno cómo ayudar"

(Voluntaria Cáritas, estado Zulia)



Y es que mientras que el precio de la canasta alimentaria aumento más de 2000% en el último año, según datos de CENDA el salario mínimo se redujo efectivamente en casi 40%. Para adquirir la canasta alimentaria (CAT-CENDA) un trabajador venezolano requería 77 salarios mínimos en marzo de 2020, y para marzo 2021 necesitaba 239 salarios mínimos oficiales. El 2020 cerró con una inflación del 2.959,8% según el Banco Central de Venezuela, y según el Observatorio Venezolano de Finanzas de la Asamblea Nacional fue del 3.713%. Refería una beneficiaria que *"todo lo que entra es para medio comer... la plata no alcanza para más nada, ni medicinas, ni pasajes, ni recargas del teléfono"*.

La buena alimentación es un Derecho Humano; no debería costar tanto adquirir lo necesario para llevar una vida saludable sin poner en peligro otros derechos socioeconómicos, o menoscabando los derechos civiles o políticos.



Al finalizar el trimestre con la flexibilización de las medidas de contención de la pandemia dentro y fuera de Venezuela se comenzó a ver una recuperación del trabajo informal, en la continuidad de las remesas y de las ayudas alimentarias que ofrecen las organizaciones de la sociedad civil, particularmente la Iglesia Católica. Se requiere seguir fortaleciendo las capacidades institucionales, comunitarias y familiares para monitorear la situación.

Una nota sobre LA COVID-19

No existe en el sistema de información epidemiológica de Cáritas de Venezuela un código específico para registrar casos sospechosos o confirmados de COVID-19, pero el 1% de los reportes de consulta hizo alguna observación acerca de la enfermedad. En 68% de estos se registró el

diagnóstico de Síndrome Viral (incluye el reporte de la muerte de una paciente de 66 años en Caracas), en 25% trastornos psicoemocionales (9% de ellos relacionados con la muerte de algún familiar por COVID-19), en 2% pericarditis y otras cardíacas, en 2% infección respiratoria baja, en 1% dermatosis y un 2% fueron por antecedentes de contacto con casos sospechosos o confirmados. Las edades de los consultantes oscilaron entre los 7 y 80 años, 59% entre 26 y 59 años, 35% mayor de 60 años.

El forzoso cambio de hábitos alimentarios, la incertidumbre de no saber qué se va a comer o pasar días sin hacerlo conduce a un estrés psíquico y fisiológico que no solamente derivan en la aparición o complicación de enfermedades no transmisibles tales como la hipertensión arterial, las endocrino-metabólicas, las osteoarticulares y las neuropsiquiátricas, si no que al debilitar la respuesta inmune predisponen al desarrollo de enfermedades infectocontagiosas, especialmente en tiempos de colapso de servicios públicos y de pandemia.

Es así como el deterioro de la calidad de vida, la falta de acceso a servicios y productos de salud y la subalimentación o desnutrición se constituyen en una mezcla explosiva que podría disparar los casos, incapacidad y muertes por la COVID-19 en Venezuela cuya curva de contagios y defunciones, según información oficial sigue en ascenso posterior a la flexibilización de febrero pasando de 113.884 casos y 1.030 defunciones el 01-01-2021 a 157.943 casos con 1.577 fallecidos el 31-03-2021. El 29 de marzo se informó el número de nuevos casos más elevado desde el inicio de la pandemia (1288).



¿QUÉ NOS DICEN ESTOS DATOS?

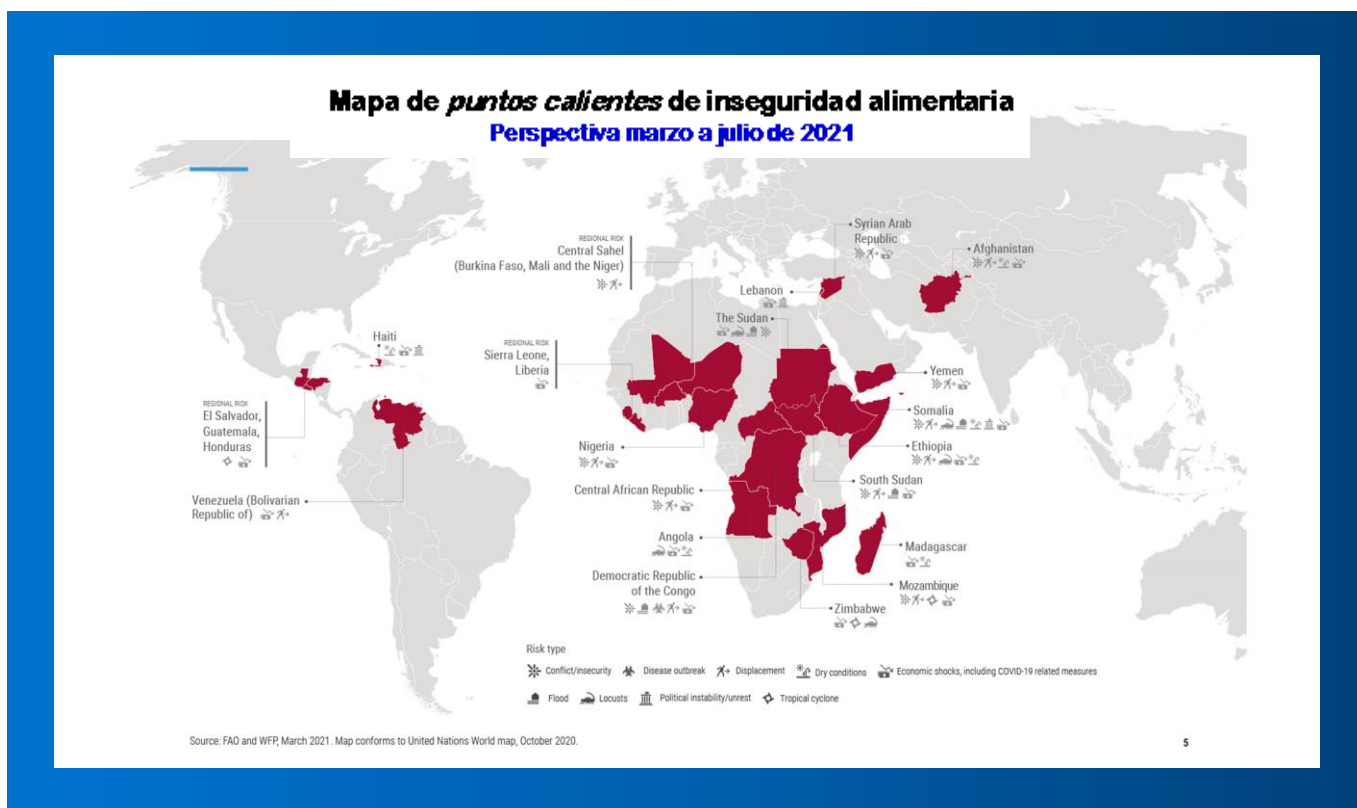
Aunque la naturaleza de los Boletines Epidemiológicos que elabora Cáritas de Venezuela partiendo del total de reportes de consulta en cada período, no permite asumirlos estrictamente como un trabajo de monitoreo de situación, sus hallazgos sí resultan sintomáticos de la realidad que viven las comunidades más vulnerables y los agentes humanitarios que les sirven. Confrontar nuestras observaciones con

otras miradas y voces nos permite seguir aproximándonos a la realidad para cambiarla y para evitar mayores sufrimientos a nuestra gente.

Excluidos del acceso a los diversos servicios básicos, un presupuesto familiar asfixiado, sin capacidad de consumo de bienes y servicios, las familias sacrifican lo más preciado: el alimento de sus miembros.

Los hallazgos del Boletín Epidemiológico enero – marzo 2021 de Cáritas Venezuela son consistentes con el alerta lanzado por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la Organización Mundial para la Agricultura y la Alimentación (FAO) el 23 de marzo pasado cuando incluye a Venezuela en su **Informe de Puntos Críticos de Inseguridad Alimentaria en el Mundo** para el lapso marzo –julio 2021.

Venezuela ocupa, según este informe, el 7mo lugar en número personas afectadas dentro del gráfico de 23 países con alta inseguridad alimentaria aguda (9,3 millones); estamos por encima de otros en los que sus ciudadanos ven vulnerado desde hace muchas décadas su derecho a no pasar hambre tales como Burkina Faso, Somalia, y Zimbawe en África o, Guatemala, Haití y Honduras en América.



F.I. FAO/PMA, Marzo, 2021 - Disponible en: <https://www.wfp.org/publicatio>

De continuar la situación y la tendencia al agravamiento del problema del hambre en Venezuela, con su consecuente *migración pendular* en tiempos de pandemia, éste seguirá impactando a toda la Región de América Latina y el Caribe. Así como el 40% de las familias respondieron a la Encuesta de Hogares en marzo 2021 que en el último año regresó al país algún familiar que había emigrado, también, el 41% respondió que recientemente alguno de ellos emigró a otro país. La expectativa es recibir remesas y destinarla prioritariamente a la alimentación, como ya manifiesta el 12% de las familias encuestadas.

Estos datos van en la línea de la prospectiva hecha por el PMA/FAO al establecer a Venezuela como único país en la Región con riesgo de migración debido la alta inseguridad alimentaria y uno de los 12 a nivel global junto con la República Democrática de El Congo, República Centro Africana, Nigeria, Sahel Central, Siria, Afganistán, Yemen, Somalia, Etiopía, Sudán del Sur y Mozambique.

Las familias más vulnerables no tienen acceso de manera regular, permanente y autónoma, ni por la vía de la compra libre con el fruto de su salario mínimo oficial, ni por la vía del sistema CLAP, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente para garantizarle una vida psíquica y física, individual y colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna tal como lo prescribe la definición de Derecho a la Alimentación de las Naciones Unidas.

¿A dónde dirigir los esfuerzos de Promoción y Cuidado de la Salud?

Lograríamos responder a tres cuartas partes de los **motivos de consulta** y quizás disminuir la incidencia de las patologías relacionadas con ellos si:

- Le garantizamos a nuestra gente el alimento, agua segura y desarrollamos en las familias competencias para vivir con higiene integral.
- Seguimos previniendo la COVID-19, mediante la aplicación de las medidas de bioseguridad y, próximamente, las vacunas con criterios de justicia y equidad.
- Capacitamos/dotamos a la comunidad para manejar enfermedades crónicas, particularmente Hipertensión Arterial, trastornos psicoemocionales y neurológicos.
- Aliviamos el dolor a nuestra gente proveyendo medicamentos tipo AINES y le “quitamos un peso de encima” mejorando las condiciones de vida, particularmente continuidad del servicio de electricidad, agua segura, gas doméstico, transporte.
- Actualizamos y empoderamos al personal de salud y unidades de atención primaria para atender las patologías incluidas en los 10 primeros grupos de diagnósticos en consultas.

El comportamiento de las consultas a los servicios de salud de Cáritas de Venezuela en el primer trimestre de 2021 nos llevan a ratificar la necesidad de ayuda humanitaria para los venezolanos en materia de salud, higiene, alimentación/nutrición y medios de vida.

Esta ayuda debería llegar sin trabas burocráticas y logísticas -como la derivada de la falta de combustible- y sin el temor a la criminalización. Además debe estar basada en información transparente, veraz, extensiva y oportuna de la situación epidemiológica¹, sobre morbilidad y mortalidad, particularmente la relacionada con la COVID-19, la seguridad alimentaria² y la situación nutricional.

En cuanto a la situación de **inseguridad alimentaria y la desnutrición** tenemos los siguientes desafíos:

- Generar un mayor impacto de las acciones que ya se vienen realizando priorizando a la población escolar, madres (embarazadas y lactando) y personas de la tercera edad. Con este objetivo en mente habría que articular los recursos y las capacidades a distintos niveles y en distintas organizaciones,

¹ El Ministerio del Poder Popular para la Salud no publica Boletines Epidemiológicos desde 2016; tampoco anuarios de morbilidad (2013) y mortalidad (2014).

² El INE no publica información desde el año 2014 en <http://www.ine.gov.ve/>

tanto para el suministro de ayuda alimentaria como en los proyectos que trabajan con medios de vida, especialmente las transferencias de efectivo.

- Continuar, fortalecer y expandir los programas de monitoreo alerta, educación y recuperación nutricional potenciando las capacidades técnicas locales y la movilización social en apoyo a las familias más vulnerables y a los servicios comunitarios de ayuda alimentaria.
- Con respecto al componente educativo, impulsar cambios de conducta para la sana alimentación desde un enfoque constructivista y culturalmente diferenciado con base en la identificación de los productos disponibles localmente para aprovechar las fortalezas comunitarias. Actualizar, con el apoyo de especialistas, una línea de base que permita adaptar las recomendaciones dietéticas a la realidad local, difundir el uso de alimentos de bajo costo, aceptables culturalmente y nutritivamente adecuados.

El impacto de las sanciones internacionales que presionan para recuperar la institucionalidad democrática en Venezuela, el de la hiperinflación, los efectos directos e indirectos de la pandemia de COVID-19, más los impactos acumulados de una emergencia humanitaria prolongada fluyen con una inercia marcada por la débil voluntad política de quienes rivalizan hoy rivalizan –desde dentro y fuera del país- por el control del poder sobre el territorio venezolano, sus instituciones y su gente. Construir un gran acuerdo nacional, e internacional, es tan imprescindible y urgente como la continuidad de la ayuda humanitaria para dar pronto y efectivo remedio al hambre y la sed de los venezolanos y contribuir así a la estabilidad en la Región.

