

## Faro nutricional: principales determinantes sociales de la alimentación y nutrición en el Estado Anzoátegui

Yaritza Sifontes<sup>1</sup> , Maritza Landaeta-Jiménez<sup>2</sup> .

**Resumen:** La salud es influenciada socialmente, sus determinantes son aquellas “circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. **Objetivo:** caracterizar los determinantes sociales de la situación alimentaria y nutricional del Estado Anzoátegui. **Materiales y métodos:** se revisaron fuentes primarias y secundarias publicadas entre 2015 y 2023. **Resultados:** la disponibilidad y el consumo de alimentos están comprometidos. La alimentación no es nutritiva, ni variada, ni suficiente, es pobre en calorías, proteínas y micronutrientes, las brechas se agudizan dependiendo del gradiente socioeconómico y geográfico, edad y sexo. El gasto en alimentos supera el 60%, insuficiente para la compra de alimentos, la inseguridad alimentaria es más pronunciada en los niños menores de 5 años, las mujeres que lactan y los adultos mayores, donde también se encontraron las mayores cifras de desnutrición, reflejo de los efectos negativos de la emergencia humanitaria compleja. Es uno de los estados más violentos del territorio nacional. Las deficiencias en los servicios básicos y en los sectores de salud y educación aumentan la vulnerabilidad de la población, sus mayores envejecen y sus menores abandonan la escuela o migran. La escasa información sobre la población indígena muestra la postergación de este grupo. Entre el 10% y el 30% de la población presenta necesidades severas que ameritan atención prioritaria. **Conclusión:** la superación de la problemática alimentaria, nutricional y social requiere de la ruptura del círculo vicioso infección -desnutrición y de información oficial, oportuna y veraz para la formulación de políticas públicas. *An Venez Nutr 2024; 37(1):14-32.*

**Palabras clave:** alimentación, nutrición, determinantes de la salud, Anzoátegui.

## Nutritional lighthouse: Main social determinants of food and nutrition in the State of Anzoátegui

**Abstract:** Health is socially influenced, its determinants are those “circumstances in which people are born, grow, work, live and age, including the broader set of forces and systems that influence the conditions of daily life”. **Objective:** to characterize the social determinants of the food and nutritional situation in the State of Anzoátegui. **Materials and methods:** primary and secondary sources published between 2015 and 2023 were reviewed. **Results:** food availability and consumption are compromised. Food is neither nutritious, nor varied, nor sufficient, it is poor in calories, proteins and micronutrients, gaps are exacerbated depending on the socioeconomic and geographic gradient, age and sex. Food expenditure exceeds 60%, insufficient for the purchase of food, food insecurity is more pronounced in children under 5 years, lactating women and older adults, where the highest figures of malnutrition were also found, reflecting the negative effects of the complex humanitarian emergency. It is one of the most violent states in the national territory. Deficiencies in basic services and in the health and education sectors increase the population’s vulnerability, its elders are aging and its children are dropping out of school or migrating. The scarce information on the indigenous population shows that this group is being left behind. Between 10% and 30% of the population has severe needs that merit priority attention. **Conclusion:** overcoming food, nutritional and social problems requires breaking the vicious circle of infection - malnutrition and official, timely and accurate information for the formulation of public policies. *An Venez Nutr 2024; 37(1): 14-32.*

**Keywords:** food, nutrition, health determinants, Anzoátegui.

### Introducción

La salud es influenciada socialmente, así sus determinantes en esta esfera son definidos como aquellas “circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las

<sup>1</sup>Universidad Central de Venezuela. Escuela de Nutrición y Dietética/Fundación Bengoa.

<sup>2</sup>Fundación Bengoa. Correspondencia: Yaritza Sifontes, e-mail: yaritza2sifontes@gmail.com.

condiciones de la vida cotidiana” (1). Los determinantes identificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) son: ingresos y protección social, educación, desempleo e inseguridad laboral, condiciones de vida laboral, inseguridad alimentaria, vivienda, servicios básicos y medio ambiente, acceso a servicios de salud asequibles y de calidad decente, desarrollo de la primera infancia, inclusión social y no discriminación y conflicto estructural, cuya contribución a los resultados de salud se sitúa entre el 30 y 55% (2). En esta dimensión de salud se incluyen la alimentación y nutrición, que según la perspectiva de Jiménez y Rodríguez (3) son afectadas por la familia, el sistema educativo y cultural, el tejido social, la publicidad y los medios de comunicación.

En cualquiera de los casos el peso de cada uno de estos factores afecta positiva o negativamente a diferentes grupos poblacionales produciendo desigualdad o inequidad, en este sentido los organismos internacionales, motivados por la reducción de las brechas más severas entre los menos favorecidos, en cuanto por ejemplo a la erradicación del hambre y la desnutrición crónica infantil han sugerido diversas medidas entre ellas, los programas de alimentación escolar, las intervenciones de emergencia, el apoyo a la agricultura familiar campesina para mejorar la producción, la disponibilidad, el acceso y el uso de semillas de calidad, el programa especial de seguridad alimentaria y nutricional, el fortalecimiento de capacidades en temas de agricultura familiar, el acceso a los recursos naturales renovables, el fortalecimiento de organizaciones indígenas y el apoyo al rescate de productos tradicionales en zonas de alta montaña (3), intervenciones que en distintos momentos han sido implementadas en el territorio venezolano como parte de las estrategias para enfrentar la Emergencia Humanitaria Compleja que viene atravesando la nación.

Sobre la evidencia de que la salud y la enfermedad siguen un gradiente social, y que cuánto más baja es la posición socioeconómica, peor es la salud (2), que mediante el diseño de políticas es posible reducir la inequidad y que los determinantes también incluyen además a los sistemas económicos, las agendas de desarrollo, las normas sociales, las políticas sociales y los sistemas políticos, resulta útil e imperativo contar con información de calidad y oportuna para la acción ya sea a nivel global o a nivel local (1). Y que tal como señalan Chaverri y Arguedas (4) las investigaciones de calidad, rigurosas y sistemáticas brinden a las autoridades gubernamentales la oportunidad de ser más racionales y estratégicas y menos prejuiciosas y populistas.

En este orden de ideas y siguiendo el criterio de análisis de las escalas de impacto de la Emergencia Humanitaria Compleja (EHC) en Venezuela según el informe de seguimiento correspondiente al año 2023 (5) el estado Anzoátegui se ubicó entre los 8 de los estados que mostraron hasta seis dimensiones con mayor severidad (nivel alto) de afectación, siendo estas: la subsistencia económica, el acceso a los servicios básicos, la seguridad alimentaria, el acceso regular a la escuela y a los servicios de salud, y la no exposición a violencia, con base en la percepción de este peligro en la comunidad.

Basado en lo anterior se pretende caracterizar los determinantes sociales de la situación alimentaria y nutricional del Estado Anzoátegui que permitan orientar futuras políticas públicas dirigidas a la mejora de sus principales problemas alimentarios y nutricionales.

### **Materiales y métodos**

Se realizó una búsqueda de data sobre el estado Anzoátegui, principalmente en Google académico y Researchgate.net, usando los términos “Anzoátegui”, “Puerto La Cruz” y “Barcelona + Venezuela” junto a “pobreza”, “condiciones de vida”, “estado nutricional”, “alimentación”, “consumo de alimentos”, y “seguridad alimentaria”, en inglés y español. Se consideraron criterios de inclusión: aquellos documentos con información relevante, aunque se tratara de reportes parciales, siempre y cuando sirvieran al objeto de estudio de esta revisión, es decir que incluyeran datos de características demográficas, económicas, sociales, educativas, de salud, nutrición, seguridad alimentaria, vivienda y servicios públicos, entre otros, en zonas urbanas, rurales y poblados indígenas, del estado Anzoátegui. Publicaciones de fuentes primarias y secundarias de acceso público en Internet; correspondiente al periodo 2015 - 2024, en formato de artículos científicos, reportes o documentos técnicos suscritos por Instituciones Académicas, Organizaciones de la Sociedad civil, Organizaciones No Gubernamentales, prensa nacional digital y Observatorios, esta última instancia definida por Angulo (6) como una estrategia colaborativa en la cual diferentes agentes otorgan valor agregado a datos e información y conocimiento, mediante la articulación de portadores de conocimiento y la gestión, vigilancia y monitoreo de ese conocimiento por parte de los diferentes agentes, lo cual operativamente también se traduce en el estímulo del flujo de información pertinente.

Criterios de exclusión: información de otra entidad federal, publicaciones anteriores al año 2015, tesis de

grado, publicaciones con indicadores diferentes a los determinantes sociales de la salud. Selección de un total de 17 documentos que cumplieron con los criterios de inclusión: 9 artículos científicos; 6 informes o reportes técnicos y 2 encuestas de alcance nacional con data desagregada para el estado Anzoátegui. A los fines de contextualizar los determinantes de la salud y nutrición en el estado Anzoátegui, los indicadores seleccionados se agruparon según categorías y año del reporte.

### Caracterización de los determinantes sociales de la situación alimentaria y nutricional del Estado Anzoátegui

En un intento de aproximación a la realidad del estado, los diferentes indicadores seleccionados se agruparon en las siguientes categorías: A) Situación demográfica y económica. B) Situación educativa y social. C) Condiciones de salud, servicios e infraestructura. D) Servicios básicos y vivienda. E) Alimentación y seguridad alimentaria y F) Situación nutricional (Fig. 1).

#### Situación demográfica y economía local

El estado Anzoátegui, situado al noreste del territorio venezolano, tiene como sede de su capital a su ciudad más poblada, Barcelona. Anzoátegui es la sexta entidad venezolana más extensa geográficamente, esta abarca 43.300 Km<sup>2</sup> (7), a su vez hace parte de la Región

Oriental del territorio venezolano junto con los estados Sucre, Monagas, Nueva Esparta y Delta Amacuro, todos con salida al Mar Caribe. Es también el segundo estado productor de petróleo de Venezuela, después del estado Zulia (8). En cuanto a la División político territorial, el estado Anzoátegui comprende 21 municipios a saber: Anaco, Aragua, Simón Bolívar, Manuel Ezequiel Bruzual, Juan Manuel Cajigal, Francisco del Carmen Carvajal, Municipio Turístico El Morro Licenciado Diego Bautista Urbaneja, Pedro María Freites, Guanta, San José de Guanipa, Independencia, Libertad, Sir Arthur McGregor, Francisco de Miranda, José Gregorio Monagas, Fernando de Peñalver, Píritu, San Juan de Capistrano, Santa Ana, Simón Rodríguez y Juan Antonio Sotillo (9).

#### Demografía

**Población:** Cifras de Instituto Nacional de Estadística (9) en 2021 sitúan la población del estado Anzoátegui en 1.801.375 habitantes (908.537 hombres y 892.838 mujeres), correspondiendo a una densidad poblacional de 41,6 Hab/Km<sup>2</sup>. La población del estado para el mismo año según ENCOVI (10) fue de 1.566.938 habitantes (778.127 hombres y 788.811). Se proyecta que para el año 2030 la población del estado Anzoátegui se incrementará hasta 1.993.944 habitantes (1.004.116 hombres y 989.828 mujeres) (11). El hecho de que, las mujeres consumen más servicios de salud y tienden a ser más vulnerables a la pobreza, el desempleo y a las bajas remuneraciones laborales justifica la consideración del enfoque de género al estudiar las poblaciones (1). En cuanto a la distribución geográfica, para el año 2021, más de la mitad de la población del estado Anzoátegui habitaba en los municipios Simón Bolívar (446.053 habitantes) y Juan Antonio Sotillo (270.155 habitantes); el municipio menos poblado (9.609 habitantes) fue San Juan de Capistrano, en el resto de los municipios vivían desde 10 mil hasta < de 200 mil personas (10).

**Estructura de población, fecundidad, dependencia y expectativa de vida:** Anzoátegui presentó una proporción de personas de entre 15 y 64 años de 65%, seguido de 28% de personas menores de 15 años, mientras que los adultos mayores aportaron el 7% de la población del estado (10). Con respecto a la fecundidad el estado Anzoátegui resalta por su acelerada transición demográfica, acompañada del descenso sostenido de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) a 2,4 hijos por mujer según cifras de 2017 (11); pero que según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) (10) en 2021, esta tasa se incrementó para el estado y cada uno de sus municipios a 2,5 hijos por mujer, superando al



Figura 1. Determinantes sociales seleccionados  
Elaboración propia

promedio nacional de 2,2 hijos por mujer. En cuatro de los 21 municipios: Manuel Ezequiel Bruzual, San Juan de Capristano, Francisco del Carmen Carvajal y José Gregorio Monagas, la TGF varió entre 3 y 3,3 hijos por mujer. Sin embargo, según Freitas *et al.* (11) se espera una reducción de la TGF del estado Anzoátegui de hasta 2,1 hijos por mujer para el año 2030. Es probable que los elevados valores de la TGF reportados en 2021, expliquen en parte el hecho de que la tasa de dependencia juvenil del estado Anzoátegui superara al promedio nacional, 43% contra 41%, respectivamente; y que, asimismo, la dependencia de adultos mayores fuese inferior a la tasa nacional 11% contra 13%, respectivamente (10). De mantenerse la reducción de la mortalidad observada en 2017 (11) e incrementarse la expectativa de vida de 74,5 años en Anzoátegui en 2021 (10) hasta 76,4 años, en 2030 el envejecimiento de la población se manifestaría como una contribución de los adultos mayores de 14,3% al total de la población de la entidad (11).

*Número de miembros por hogar y situación conyugal:* Datos parciales en familias campesinas (n=120 familias) de los sectores del municipio Simón Bolívar: Bergantín, El Zamuro, El Cielo y Buenos Aires, ubicados al noreste del estado Anzoátegui reportaron un promedio de 4,58 miembros por familia (12). Por su parte, Vera *et al.* (13) (n=80 familias) señalaron que en la zona urbana pobre predominaron los hogares con 1 a 4 miembros (48,7% contra 44,2% en los hogares rurales), mientras que las familias más numerosas (5 a 8 miembros) fueron características de los hogares rurales (53,5% contra 43,2% de los hogares urbanos), en cuanto a la situación conyugal, en estas familias, la mayoría vive en pareja (79,16%); por otro lado, las mujeres sin pareja representaron el 20% y los porcentajes de solteros fueron más elevados en estas comunidades rurales y urbanas del oriente venezolano (62,2% a 69,8%, respectivamente).

*Jefatura del hogar:* Los estudios disponibles corresponden al municipio Simón Bolívar (n=110 hogares urbanos y rurales) y se derivan de la Encuesta de Seguridad alimentaria y nutricional (ESAN 2020-2021), según la cual, el 58% de los hogares de El Carmen y Naricual tendrían como jefe de hogar a una mujer, de igual manera para Vera *et al.* (13) en comunidades rurales y urbanas pobres del oriente venezolano, también en 2021 la jefatura del hogar estuvo en manos de mujeres solteras con edades entre 20 y 40 años. Perche y Ekmeiro (14) por su parte, encontraron que en familias de los sectores Caigua y Bergantín (n=195

familias, municipio Simón Bolívar), las mujeres fueron las responsables de la administración del presupuesto y de la adquisición de alimentos, aunque el hombre fue identificado como el jefe de hogar en el 73,2% de los hogares.

### **Economía local**

Información emanada del Ministerio del Poder Popular para la Cultura (MPPC) venezolano (15) en 2006 indicó que la principal actividad económica del estado Anzoátegui era la industria petrolera, representando el 90% de su Producto Interno Bruto (PIB), ocupando el segundo lugar como productor de petróleo de Venezuela, detrás del estado Zulia. Su costa se estimó en 300 kilómetros, caracterizada por la diversidad pesquera, además de langosta y camarón. En la llanura del estado Anzoátegui los principales cultivos identificados fueron: el maíz blanco y amarillo, el sorgo, la yuca dulce y amarga, el algodón, la patilla, el maní y la naranja. Los municipios con mayor superficie cosechada serían McGregor, Cajigal, Freitas y Aragua. La ganadería, actividad importante (16), en los municipios Manuel Ezequiel Bruzual e Independencia que concentraban el ganado bovino, mientras que en Simón Rodríguez y Simón Bolívar predominaban porcino y pollos de engorde. Destinos turísticos como el Parque Nacional Mochima y el Parque Nacional El Guácharo distinguirían a este estado.

### **Situación educativa y social**

#### **Educación**

Las deficiencias del sistema educativo han configurado un panorama caracterizado por el incremento de la deserción escolar, la precariedad de la infraestructura de escuelas y liceos, las deficiencias en la alimentación escolar y el deterioro de las condiciones de vida de los docentes, entre otros, situación que ha sido denunciada por el Sindicato de Maestros del Estado Anzoátegui – SIMVEMA (17).

Para 2021, si bien la ENCOVI reflejó que el 64,7% de la población anzoatiguense de entre 3 y 24 años asistía a la escuela, resalta que, dicha tasa resultó inferior en 12 de los 21 municipios, siendo los municipios Libertad (noreste), McGregor (centro este) y Monagas (suroeste) los que reportaron menos de 60% de asistencia a la escuela (18), en el municipio Monagas quizás el dedicarse al oficio de la pesca artesanal, sustento principal de las familias, haya influenciado este

desplazamiento de la asistencia al aula. El estudio de Ekmeiro *et al.* (12) en 120 familias del municipio Simón Bolívar (parroquias cafetaleras: Bergantín, El Zamuro, El Cielo y Buenos Aires), encontró solo un tercio de los estudiantes a tiempo completo, destaca, sin embargo, que la mayoría de los campesinos de estas comunidades culminaron el tercer nivel de educación (67,53%), mientras que, el 35,71% de los adultos de familias no pobres habrían logrado el cuarto nivel de educación. Es posible presumir que la cifra de excluidos del sistema educativo, especialmente de los más pobres, pudiera tener su explicación en la deserción escolar, que entre 2019 y 2021, alcanzó al 59% de los jóvenes cursantes del bachillerato en el estado Anzoátegui, que debieron reemplazar el pupitre por la incorporación temprana a oficios como recolector del transporte público o de la basura, e incluso tener que migrar, motivado a la necesidad de contribuir con la mermada economía de sus hogares (19), es decir, que un poco más de la mitad de estos jóvenes se alejó del estudio y del desarrollo.

También en el año 2021 contrastaba el hecho de que cuatro de los municipios con diferentes localizaciones a lo largo y ancho del estado: Freitas (este), Santa Ana (centro), Simón Rodríguez (centro sur) y Peñalver (noroeste), mostraron una tasa de asistencia semejante al promedio de la entidad 65% contra 64,7%, respectivamente, siendo el municipio Urbaneja el que alcanzó la más alta tasa de asistencia a la escuela (73,6%) (18), quizás debido a que la población de este municipio es considerada clase media alta, lo que pudiera representar una ventaja en cuanto a infraestructura y condiciones de vida, de igual manera posiblemente en el caso del municipio Santa Ana sea relevante el hecho

de que en él se asienta la refinería del campo de San Roque, lo cual también pudiera suponer unas mejores condiciones de vida y recursos, que permitan una mayor asistencia a la escuela. Es importante destacar que, pese a la situación descrita, los datos de ENCOVI 2021 (18), indicaron que el 94,5% de la población de entre 15 y 64 años completó la instrucción primaria y 70,9% de personas entre 20 y 24 años alcanzaron la instrucción secundaria.

En líneas generales, la severidad de la problemática de la educación ha sido ampliamente documentada en los reportes de HumVenezuela, del año 2023 (5), en los cuales se destaca el deterioro especialmente del subsistema de educación básica, el cual incluye a los niños, niñas y adolescentes (NNA) de 0 a 17 años, entre otras causas atribuido a los 20 intentos de modificaciones al currículo básico nacional y resoluciones que han desfavorecido las condiciones laborales de los docentes y el mantenimiento para el funcionamiento de los planteles oficiales y privados, esto último provocando una alta migración de docentes y abandono de la enseñanza, lo anterior deviene en que los niños tienen pocas horas de clase a la semana y la calidad de la educación disminuye. En cifras, 68.717 NNA (15,8%) de 3 a 17 años del estado Anzoátegui asistieron de manera irregular a la escuela, debido a la suspensión de clases y a la falta de docentes (misma proporción); 9,1% de NNA recibieron menos de 50 días de clase. Unos 43.400 NNA (10,0%) no asistieron por falta de transporte, otros 101.267 (23,3%) por falta de útiles y un 68.717 (15,8%) por falta de alimentos en el hogar debido a limitaciones económicas (Fig. 2).

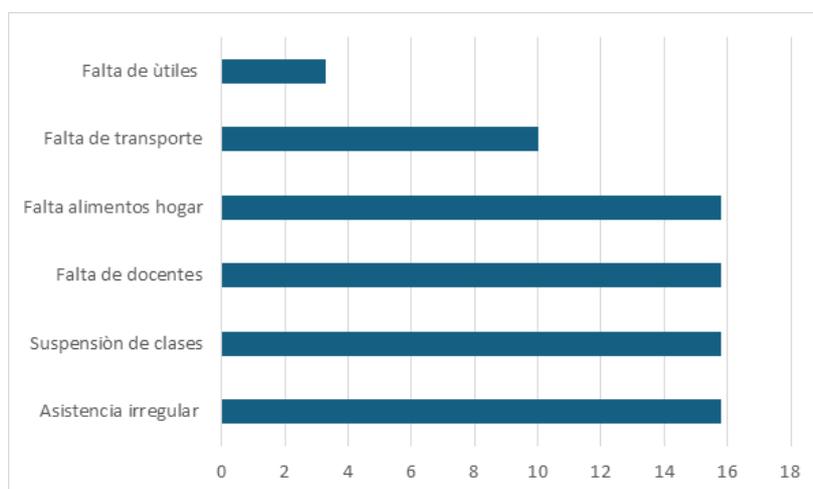


Figura 2. Causas de asistencia irregular a clases NNA 3 a 17 años. Estado Anzoátegui 2023.

Fuente: HumVenezuela 2023 (5)

En cuanto a la alimentación escolar, esta ha sido una de las estrategias sugeridas por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) con el fin de reducir las brechas que mejoren la nutrición, reduzcan los niveles de deserción escolar y diversifiquen la economía de las comunidades al incluir la producción local de alimentos, y reforzarse con transferencias monetarias a la familia (3), sin dejar de lado la ventana de oportunidades que representa el poder educar en materia alimentaria a los miembros del entorno escolar y a sus familias. Debido a lo anterior, en las condiciones actuales de precariedad económica, el programa de alimentación escolar se convierte en una de las motivaciones de los padres para enviar al niño a la escuela y así asegurar una de las tres comidas principales, sin embargo, en el estado Anzoátegui este programa ha estado signado por la baja cobertura, irregularidad en el servicio y calidad muy cuestionada por los integrantes de la comunidad. Al respecto Hum Venezuela (5), señaló que, en 2023, los NNA escolares de 3 a 17 años con mayor vulnerabilidad en esta entidad, no recibieron alimentación escolar (172.510 niños - 39,7%), no recibieron alimentación escolar diaria y adecuada (231.266 niños - 88,4%) y reportaron asistencia irregular por falta de alimentación escolar (65.100 niños - 15%).

## Pobreza

La severidad de la pobreza en esta entidad es más evidente en las poblaciones de las zonas urbanas empobrecidas y en las zonas rurales, en estas últimas además se concentra la mayor vulnerabilidad social y nutricional, situación que también determina importantes diferencias en la distribución espacial de los problemas en el estado (11, 20, 21).

En 2020 Ekmeiro *et al.* (12) reportaron 76,66% de hogares pobres en familias (n=120) habitantes de zonas rurales de cuatro sectores del municipio Bolívar (Bergantín, El Zamuro, El Cielo y Buenos Aires). Para 2021, también en el municipio Simón Bolívar, pero esta vez en familias de zonas periurbanas y rurales (n=195) de los sectores de Caigua y Bergantín, Perche y Ekmeiro (14) encontraron 85,1% de pobreza total, de esta el 16,9% correspondió a la pobreza crítica (estrato V). Para el año 2022, 46,60% de mujeres lactantes de Puerto La Cruz (municipio Sotillo) eran pobres y 5,68% se encontraron en pobreza crítica (22); al año siguiente, también en Puerto La Cruz eran pobres el 45,8% de los adultos mayores, 8,1% se encontró en pobreza crítica (23).

Las cifras de pobreza total según de ENCOVI, 2021 son un poco más elevadas al situarse en 95%, contra un 81% de pobreza extrema (20). En 2023, la ENCOVI (24) reportó que tanto la pobreza multidimensional, (aquella que refleja las múltiples carencias que enfrentan las personas pobres al mismo tiempo en áreas como educación, salud, entre otros) (25), como la pobreza de ingreso, afectaron en igual proporción (56%) a los pobres extremos de Barcelona-Puerto La Cruz. Para ese mismo año la pobreza extrema según HumVenezuela (5) ascendía a 77% y la multidimensional a 75%. La pobreza es el determinante individual más importante de la salud según la OMS, su perpetuación limitaría el acceso a las oportunidades de una vivienda adecuada, servicios y educación, entre otros (1).

Las diferencias en la estimación de la pobreza entre los diferentes estudios locales y las encuestas de alcance nacional obedecen entre otros a que en la valoración de esta se emplearon enfoques distintos, unos miden pobreza coyuntural y otros pobreza estructural. Sin embargo, destaca el hecho de que independientemente del método, la pobreza en el estado Anzoátegui afectó a un poco más de la mitad de la población total o de personas de grupos vulnerables, brecha que puede extenderse hasta afectar a un poco más del 70% de la población y que en 2023 se caracterizó por su profundización.

## Fuentes de ingreso

Información derivada de la ESAN-2020-2021 (26) realizada en 110 hogares (urbanos y rurales) del municipio Bolívar del estado Anzoátegui, identificó como principales fuentes de ingreso la producción agropecuaria, el comercio a pequeña escala y los empleos a destajo; ingresos menores fueron obtenidos de comercios informales o empleos en empresas privadas, pese a que un 77% de los entrevistados refirió la disminución de sus fuentes de ingreso durante ese periodo de pandemia, mostrando una leve mejoría en 2023 cuando se situó en 68,3% (5). Según HumVenezuela (27) en 2023 las fuentes de ingreso se distribuirían como sigue: ganancias propias (55,4%), bonos y ayudas (55,1%), remuneraciones (49,9%), pensiones (30,8%) y remesas (13,2%). En cuanto al nivel de ingresos, en el estado Anzoátegui este pasaría de 80\$/mes (2,7 \$/día) en agosto de 2023 según reporte de HumVenezuela (27) a 93\$/mes en julio 2024, muy por debajo del costo de la canasta alimentaria en Venezuela para el 2023 (372\$) según el Observatorio Venezolano de Finanzas (OVF) (28) y que muy probablemente sería más elevado en 2024.

## Empleo y situación de ocupación

En el año 2021, el porcentaje de población económicamente activa (PEA) en Anzoátegui fue similar al del país (46% contra 50%), siendo dos veces mayor en los hombres que en las mujeres (62% contra 30%), pero muy bajo en los municipios Independencia y McGregor (34%). La tasa de ocupación en dicho estado fue inferior a la del país (41% contra 48%). El desempleo en el grupo etario de 15-24 años superó al valor nacional (11% contra 8%, respectivamente) y casi la mitad de los jóvenes de este grupo etario ni estudiaba ni trabajaba (44%). Durante el mismo año los municipios con el mayor porcentaje de trabajadores por cuenta propia (>70%) fueron Carvajal, Bruzual y Aragua (29). También en 2021 el 6% de la población señaló la pérdida de su empleo (26). En noviembre de 2023, la población anzoatiguense experimentó pérdidas de sus medios de vida (84,4% de las personas), adicionalmente un 36,9% laboró precariamente en el sector informal (5). La desocupación en la entidad venía siendo reseñada por Ekmeiro *et al.* desde 2020 (12) en sectores rurales del estado, donde el 36,72% de la población en edad económicamente activa estaba desocupada y los agricultores entrevistados en su mayoría eran mayores de 50 años.

## Violencia

Anzoátegui figura entre los 10 estados con tasas de muertes violentas por encima de las 30 víctimas por cada cien mil habitantes según el Observatorio Venezolano de Violencia (OVV) (2022) (30), destacando el aumento de los delitos como la extorsión y las amenazas verbales, especialmente a comerciantes que tenían acceso a moneda extranjera, siendo esta la principal causa de robos, lesiones y homicidios. Es probable que la baja tasa de ocupación en la entidad, principalmente en los municipios Monagas, Freites, McGregor, Santa Ana, Libertad, Píritu e Independencia (29), pudiera explicar el incremento de la violencia y la presencia de grupos en actividades irregulares como las mencionadas. La Fig. 3 brinda una aproximación al perfil del anzoatiguense promedio según una selección de indicadores demográficos, económicos y socioeducativos.

## Condiciones de salud, servicios e infraestructura

### Salud

En materia de salud, según HumVenezuela 2023 (5) en Anzoátegui, como en Miranda y Monagas se reportaron las escalas más altas de población con afecciones crónicas sin atención médica, lo que podría explicar que las causas de muerte más frecuentes en la entidad sean las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, según el reporte de la ENCOVI 2021 (31) y que Ekmeiro *et al.* (32) ha relacionado con el elevado consumo de sodio dietético; el cáncer y los accidentes siguen a las primeras causas y la enteritis y otras formas

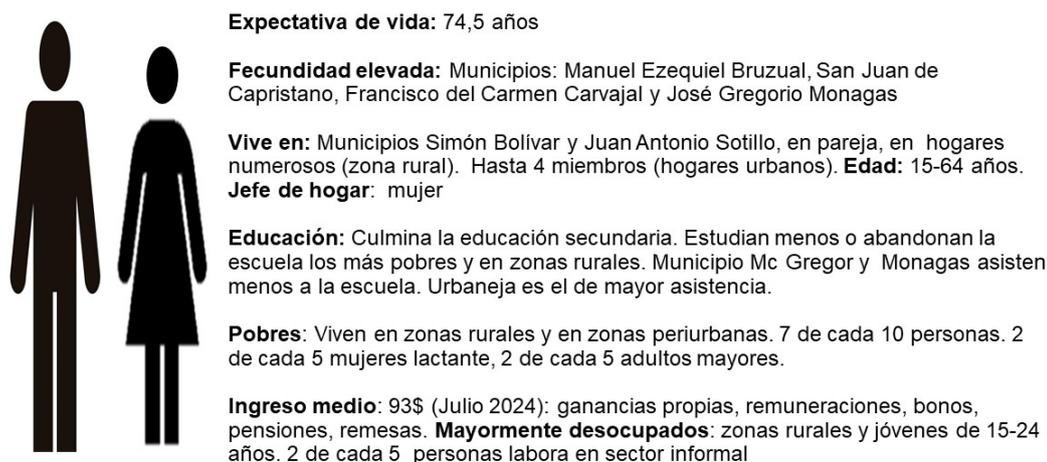


Figura 3. Aproximación al perfil sociodemográfico, y educativo del anzoatiguense promedio  
Elaboración propia (5, 10, 12-14,18,20,22,23,27,29)

de enfermedades diarreicas, también contribuyen a la morbilidad en la entidad. En 2021 el 5,9% de la población del estado Anzoátegui manifestó haber tenido alguna afección de salud que ameritó atención médica. En el municipio Urbaneja el 40% de la población debió pagar por atención médica, duplicando la proporción del promedio estatal (31).

*Mortalidad infantil y mortalidad en niños menores de 5 años:* En 2021 la ENCOVI (31) registró cifras de mortalidad infantil de 16,7/1000 nacidos vivos registrados; los municipios Cajigal y Monagas presentaron las tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años, más altas del estado Anzoátegui, >35/1000nv y >30/1000nv, respectivamente, las que incluso superaron la tasa de la entidad (25,4/1000nv).

*Embarazo adolescente:* Cifras de 2021 lo sitúan en 12,1%, un punto porcentual menos que el promedio nacional (13%), el mayor porcentaje se encontró en el municipio Monagas (21,3%) y el más bajo en el municipio Urbaneja (1,2%) (31). Si bien se desconocen las cifras más recientes, resalta el hecho de que para el año 2023 según ENCOVI (24) el 70% de las mujeres de 15-49 años, entrevistadas en Barcelona-Puerto La Cruz manifestó haber usado algún método anticonceptivo (principalmente esterilización, DIU e implante), este porcentaje asciende en las mujeres pobres de esta zona (72%), lo cual puede ser no vinculante con los embarazos a esta edad.

*Salud del adulto mayor:* En el Informe de HumVenezuela 2023 (5) se ha resaltado la vulnerabilidad de este grupo en la entidad, evidenciada en el abandono de la familia, debido a la pobreza en el hogar o a la migración, la ausencia de cuidadores formados para la atención a estas edades, falta de infraestructura y de dotación de medicamentos en las residencias geriátricas públicas, que imposibilitadas del cuidado de los abuelos deben trasladarlos a la emergencia hospitalaria. Por otra parte, la vulnerabilidad alimentaria hace a este grupo dependiente de las organizaciones de ayuda de la sociedad civil.

### **Servicios e infraestructura de salud**

Para el año 2023, la mayoría de la población de Anzoátegui estuvo expuesta a múltiples riesgos a sus vidas, integridad física, psicológica y mental. El 98,2% dependió de la atención en servicios sanitarios públicos de atención primaria, ambulatoria y hospitalaria que han experimentado un franco y sostenido deterioro desde la última década, afectados por una severa crisis, atribuida al colapso del 99,1% de sus capacidades. Un 80,3%

de la población no contó con recursos económicos para cubrir los gastos mínimos de enfermedad; siendo oportuno resaltar que la carga de enfermedad se mantiene en niveles altos, 59,5% de las personas cursó con problemas de salud crónicos graves y 34,2% de las personas con problemas de salud agudos graves no recibieron atención médica, ni pudieron acceder a los medicamentos (36,4% de las personas con problemas crónicos y 27,1% con problemas de salud agudos) (5).

Desde el año 2021(19), se viene reportando la situación de los hospitales cada vez más afectados por la carencia de insumos, las fallas en infraestructura, el cierre de servicios y de las salas de hospitalización y quirófanos, así como la escasez de personal (principalmente médicos, enfermeras y personal gerencial), debido entre otras razones a los salarios exigüos, las jubilaciones, la migración o el cierre de los postgrados. El Hospital pediátrico de Anzoátegui, por ejemplo, solo pudo mantener 2 camas operativas de un total de 8, la razón principal la falta de personal; el Hospital Universitario Luis Razetti (tipo IV), se vio imposibilitado de atender pacientes de medicina interna con condiciones de diabetes, hipertensión o accidentes cerebro vasculares, resultando en una oportunidad perdida para solucionar la problemática del paciente. De tal manera que en esta entidad como en el resto del país, además de la situación descrita, es evidente el rezago de la salud preventiva y la paralización de los programas de salud; pese a todo ello el hospital sigue siendo el recinto más visitado ante un problema de salud.

### **Servicios básicos y vivienda**

#### **Servicios básicos**

La deficiencia en los servicios públicos en 2021 afectó al 44,1% de los hogares del estado Anzoátegui, situación que se tornó más crítica en los municipios Monagas (75%), Cajigal (72%), McGregor (66%) y Libertad (64%). Los municipios McGregor y Monagas registraron las coberturas más bajas de agua potable (46% y 47%, respectivamente), los hogares de Diego Bautista Urbaneja, San Juan de Capistrano y Guanipa también presentaron la peor gestión del saneamiento ambiental (89% cada uno), el 12% de la población del estado refirió fallas en el servicio eléctrico. En cuanto a las comunicaciones, solo un número reducido de hogares en el estado Anzoátegui, tuvo acceso al internet (15%) o a un computador (24%) (33). En 2023, 59,5% de los hogares carecía de internet (5).

En 2023 según HumVenezuela (5), se agravó la afectación de la población por fallas en los servicios: telefonía

móvil, electricidad (72,8%), gas doméstico (36,0%) y agua (35,3%); en relación con este último, el 77,6% de la población experimentó restricciones severas de acceso al agua, 64,6% señalando interrupciones severas de agua y mal funcionamiento de la infraestructura, el 13,0% de las personas expresó que sus hogares no estaban conectados a acueductos, el 84,1% de las personas reutilizaron el agua para higiene y el 43,5% de las personas redujeron la ingesta de agua ante la falta de esta. El 96,1% de las personas debió obtener agua de fuentes alternativas, lo que adicionalmente significó erogación de dinero para proveerse del servicio. Las fallas en el transporte público fueron reportadas por un tercio de la población, a lo que se suma el hecho de que, por citar solo un ejemplo, en zonas como el tramo Bergantín – El Zamuro (aproximadamente 15 Km) los problemas de vialidad empeoraban con la llegada de las lluvias (12).

### Vivienda

Según Ekmeiro *et al.* (12) en 2020, las viviendas de Bergantín, El Zamuro, El Cielo y Buenos Aires (municipio Bolívar) poseían las condiciones mínimas para habitarlas, estaban dotadas con electricidad, el abastecimiento de agua venía de manantiales, contaban con cobertura de telefonía móvil y de tv satelital. Por el contrario, HumVenezuela (5) reportó que en 2023

el 17,6% de la población de Anzoátegui habitaba en viviendas insalubres (sin conexión a la red cloacal), un 12,2% continuaba usando pozo séptico y 58,2% tuvo escaso o nulo acceso a un servicio de aseo urbano deficiente, favoreciendo la quema de la basura, lo cual aumentó los niveles de contaminación y el riesgo a padecer afecciones a la salud, en especial de enfermedades respiratorias. Adicionalmente más de la mitad de las personas habitaban en viviendas frágiles (54,2%), 28,1% de estas personas requerían de una vivienda nueva, el 40,5% se encontraba en riesgo alto de desastre y el 42,7% había perdido bienes y enseres. La Fig. 4 sintetiza la vulnerabilidad de algunos municipios según indicadores seleccionados de salud y de servicios básicos en el estado Anzoátegui.

## Alimentación y seguridad alimentaria

### Situación alimentaria

#### Disponibilidad y acceso al alimento

En asentamientos indígenas como los del pueblo Kariña (descendientes de los Caribe, ubicados en el sur del estado Anzoátegui, hacia las riberas del río Orinoco en la mesa de Guanipa), resaltaron los cultivos de maní, ajonjolí y caraotas, auyama, y batata (34). Según el estudio de Perche-Salas y Ekmeiro (14) en 2019, con (n=195) familias de zonas periurbanas y rurales de

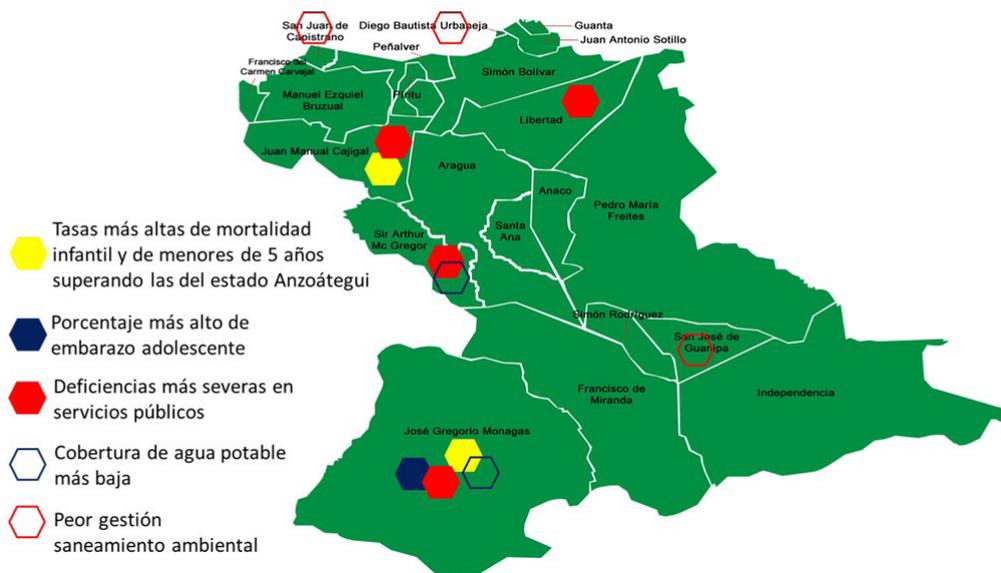


Figura 4. Municipios vulnerables según indicadores de salud y servicios básicos seleccionados  
Elaboración propia (5, 24, 31)

Anzoátegui del municipio Simón Bolívar encontraron que la despensa de las familias incluyó alimentos del Comité local de abastecimiento y producción (CLAP) como las leguminosas, la margarina y el aceite (97,4%), aunque estas familias en su mayoría poseían espacios agrícolas productivos en su vivienda (94,8%), en los cuales practicaban la cría (32,3%) y en la mitad de los hogares al menos un miembro había recibido capacitación para estas labores, su producción solo alcanzó para autoconsumo y 67% de las familias recurrieron al trueque entre familiares y vecinos. La responsabilidad de las tareas agrícolas recayó principalmente en la pareja (49,2% de los hogares) o en la mujer (38,4%) y menos en el hombre (12,3%). En zonas del municipio Bolívar, como Cagua la pesca artesanal permitió obtener pavón, cachama, bagre, guabina. Por su parte en Bergantín, comunidad rural con menor producción pesquera debieron optar por surtirse de sardinas provenientes de la ciudad. Un año más tarde, la información generada de la ESAN-2020-2021 (26) en hogares de dos parroquias (El Carmen, Naricual) también del Municipio Simón Bolívar del estado Anzoátegui, mostró que los entrevistados teniendo alimentos disponibles no contaban con el dinero para la compra (89%). En 2023, Hum Venezuela (5) señaló que 92,4% de la población reportó insuficiencia de alimentos.

En familias de un eje cafetalero evaluadas por Ekmeiro *et al.* en 2020 (12) se encontró que la totalidad de las familias en pobreza crítica (estrato V) autoproducían alimentos principalmente para autoconsumo, las familias no pobres o en pobreza relativa que realizaron alguna actividad agrícola destinaron hasta la mitad de la producción para la venta como fuente de ingreso familiar. Estas comunidades además de café cultivaron maíz, ocumo blanco y chino, yuca dulce y amarga, aguacate, mango, cítricos y cacao, varios tipos de leguminosas, caña de azúcar, tomate, berenjena y varias especias.

*Consumo de alimentos:* Como en el resto de los determinantes, en el estado Anzoátegui se han llevado a cabo investigaciones sobre el consumo de alimentos en diferentes zonas de este, sin embargo, se consideraron solo aquellas publicadas a partir del año 2015, que en su mayoría evidenciaron dietas poco diversas, insuficientes en calorías, pobres en macronutrientes como las proteínas y las grasas, por lo tanto deficientes en ácidos grasos y vitaminas hidro y liposolubles, deficiente en fuentes de minerales y elevadas en hidratos de carbono, lo que se profundiza en muchos casos según gradiente geográfico, género, edad y estrato socioeconómico. Los principales hallazgos se resumen en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Investigaciones sobre la alimentación del anzoatiguense. Línea del tiempo 2015-2023

Investigación y objeto de estudio	Muestra	Resultados
Ekmeiro et al. 2015 (32) Patrón de Consumo de alimentos en zonas urbanas	n=300 familias: 1163 individuos. Municipios Simón Bolívar, Sotillo y Simón Rodríguez. Municipios más poblados	Consumo diario de sal en las familias (100%) (condimento tipo adobo, salsa de soja y concentrados de caldo deshidratados tipo “cubitos”), café (99,7%), adobo (85,7%) harina de maíz (80,3%), azúcar blanco y aceite de maíz (74,3%), seguido de margarina, plátano, leche completa en polvo y queso blanco duro. Entre las carnes destacan pollo, carne de bovino y mortadela; los cereales más frecuentes resultaron ser pastas alimenticias, arroz, pan, guayaba, auyama, galletas y zanahorias.
Rodríguez y Mora. 2017 (35) Hábitos alimentarios y condiciones de vida	n=314 individuos: 0-94 años. Kariña Comunidad Kashaama. Mesa de Guanipa. Municipio Freites.	Alimentos de más alto consumo: harina de maíz precocida, azúcar, pasta y arroz.
Ekmeiro et al. 2020 (12) Condiciones de vida y alimentación en zona rural	n=120 familias. Bergantín, El Zamuro, El Cielo, Buenos Aires. Municipio Simón Bolívar	La sal, se reemplazaba por cubito en las familias con pobreza crítica; el azúcar se usó como acompañante del café; aceite de soja para guisos y frituras; ají dulce y cebolla como aliños; los huevos predominaron, excepto en las familias en pobreza crítica que priorizaron las sardinas frescas; el arroz resaltó entre los cereales. El consumo semanal se caracterizó por pasta, yuca, carne de bovino, sardinas frescas, el pollo (más frecuente en familias no pobres), y las sardinas y atún enlatados (más frecuentes en familias pobres). Los no pobres también consumieron plátano macho, papas y zanahoria. No se reportó consumo de frutas.

Cuadro 1. Investigaciones sobre la alimentación del anzoatiguense. Línea del tiempo 2015-2023.(cont.)

Investigación y objeto de estudio	Muestra	Resultados
Vera et al, 2020 (13) Alimentación y nutrición en comunidades urbanas y rural pobres	n=80 familias: 43 en una zona rural (ZR) y 37 en la zona urbana pobre (ZUP).	En ambas zonas el patrón de consumo de alimentos incluyó solo 10 alimentos. El consumo de sal se identificó entre los de mayor consumo, en la zona urbana pobre (ZUP 100%) y en la rural (ZR 83,6%), seguido del azúcar (ZUP 81,1% vs ZR 65,1%) y el café (ZUP 78,4% vs ZR 62,8%). En la ZUP la harina de maíz o la masa de maíz ocuparon la cuarta posición en el consumo mientras que en la ZR se situaron en el primer lugar. El resto de los alimentos se reportaron en el mismo orden de frecuencia en ambas zonas (ZUP y ZR): ají dulce, aceite, arroz, margarina, pasta y queso. Las fuentes de proteína animal en la ZUP fueron queso (32,4%), sardinas frescas (29,8%), leche líquida (9,5%), carne de pollo, carne de res y huevos (8,1%); mientras que en la ZR fueron queso (21,1%), leche líquida (11,8%), huevos de gallina (11,5%) y sardinas frescas (9,3%). Los carbohidratos provenían de: harina de maíz (81,1% ZUP vs ZR 60,2%), arroz (59,5% ZUP vs ZR 55,8%), pasta (13,5% ZUP vs ZR 27,8%), pan (16,3% ZUP vs ZR 14%) tubérculos, (9,4% ZUP vs ZR 8,1%), casabe (ZUP 37,8%) y plátano (ZR 10,8%). Frutas solo lechosa y cambur en mayor proporción en la ZUP 13,5% vs 7% ZR. Las grasas fueron aceite vegetal (59,5% ZUP vs ZR 95%) y margarina (56,8% ZUP vs ZR 5,5%) (13).
ESAN- 2020-2021 (26) Seguridad alimentaria y nutricional	110 hogares de las parroquias El Carmen y Naricual. Municipio Simón Bolívar	Consumo predominante de cereales, grasas, azúcares y huevos. Cuatro de cada diez entrevistados en el municipio Bolívar señalaron que su consumo de pescado fue inferior a 3 días/semana y, más de la mitad expresó que en sus hogares no se consumieron ni frutas, ni hortalizas, ni vísceras; un tercio de los encuestados expresó no haber consumido carne en el mes precedente a la entrevista.
Perche y Ekmeiro. 2021 (14) Patrón de consumo y seguridad alimentaria en zonas periurbanas y rurales	n=195 familias: 1006 individuos. Parroquias Caigua y Bergantín. Municipio Simón Bolívar	En el desayuno predominaron leguminosas, huevos, arepa de maíz y casabe. Los almuerzos podían incluir pescado, leguminosas, yuca, arroz, plátano macho, auyama, berenjena, bebidas azucaradas instantáneas con sabor a fruta y las cenas contenían yuca o arepa con margarina, rellenas con pescado o queso blanco; berenjenas guisadas con tomate. Los no pobres podían acceder además a pan, galletas, panquecas carnes de bovino, cordero, chivo, pollo beneficiado, salchichas y queso para untar. Todas las familias consumieron café,
Ekmeiro et al. 2022 (22) Consumo de alimentos y diversidad de la dieta	n=457 mujeres lactantes mayores de edad. Puerto La Cruz.	Independientemente del estrato los alimentos de mayor consumo fueron: harina de maíz precocida, queso blanco duro, arroz blanco, carne de bovino y pollo, papas, azúcar y leche completa. El consumo de pan, plátano, y caraotas caracterizaron los estratos II y III. La harina de maíz precocida, la margarina y la pasta distinguieron a los estratos IV y V. Todas las mujeres consumieron frecuentemente cereales, carne y pollo, leche completa y azúcar, adicionalmente en los estratos más bajos se añaden las grasas visibles y en los estratos altos los huevos y las leguminosas.

Cuadro 1. Investigaciones sobre la alimentación del anzoatiguense. Línea del tiempo 2015-2023. (cont.)

Investigación y objeto de estudio	Muestra	Resultados
Ekmeiro y Arevalo 2023 (23) Caracterización sociodemográfica, antropométrica y dietética	n=484 adultos mayores de 60 años. Área metropolitana de Puerto La Cruz.	Harina de maíz precocida, queso blanco duro, arroz blanco, pescado, yuca, bebidas deshidratadas, avena y leche completa; en el grupo de 60-69 años se adicionan el pollo y las caraoatas; siendo pasta, papa, maicena y auyama los alimentos que distinguen al grupo de los mayores de 70 años. En la dieta de los adultos mayores resalta la ausencia de grasas visibles.
HumVenezuela (noviembre 2023) 2023 (5)		La dieta en Anzoátegui fue deficiente (alimentos que consumen poco o nunca) representó 78%. El déficit en las fuentes proteicas fue de 69,7%: carnes, y leche los grupos menos consumidos (82,8% y 88,5%, respectivamente); queso (62,4%), el pollo (60,5%) y los huevos (59,7%). Bajo consumo de hortalizas (36,8%), arroz (41,6%) y harina de maíz (38,7%); cifras que superaron los valores reportados para el país. La alimentación no era variada, ni saludable, ni nutritiva (92,6%).

Los estudios revisados muestran también aspectos relacionados con los hábitos y la cultura alimentaria local, que a su vez pueden brindar elementos para la caracterización y jerarquización del problema alimentario y nutricional al identificar la vulnerabilidad, de allí que se haya considerado agrupar algunos de los hallazgos en atención a ello y que pudieran servir para la selección de intervenciones focalizadas y específicas.

#### Tiempos de comida

En cuanto al número de comidas, por ejemplo, Rodríguez y Mora en 2017 (35) señalaron que el 90% de la población Kariña realizó al menos tres comidas, en 2020 Ekmeiro *et al.* (12) encontraron porcentajes menores, de 65,83% en familias de las parroquias Bergantín, El Zamuro, El Cielo, Buenos Aires (municipio Simón Bolívar), un año después Perche-Salas y Ekmeiro (14) también en el municipio Simón Bolívar (parroquias Caigua y Bergantín) registraron la cifra más baja de personas que realizan los tres tiempos de comida 57,9%. Adicionalmente en el estudio de Ekmeiro *et al.* (12) se reportó que un 4,16% de las familias incluyeron meriendas entre sus comidas. Al discriminar por estrato socioeconómico es aún más evidente la brecha en la severidad del deterioro:

Las familias del municipio Bolívar en pobreza crítica (33,33%) estudiadas en 2020 solo realizaron dos comidas diarias, predominando el desayuno y la cena (12), cifra similar a la reportada en las familias

estudiadas un año después, en el mismo municipio (31,2 %:) (14) siendo la combinación esta vez desayuno y almuerzo, en este último estudio se refleja el deterioro de la situación alimentaria, pues el 10,2% de la muestra total solo pudo cumplir con el almuerzo. La situación se tornó más severa en el estrato V (pobreza crítica) donde el porcentaje de familias que omitió alguna comida principal se elevó a 24,2% y el de las que realizaron una sola comida se incrementó a 30,3% con el agravante de que algunos desayunos de las familias de este estrato solo contenían frutas (de temporada o autoproducida) acompañadas por café.

Entre las mujeres lactantes de Puerto La Cruz (municipio Sotillo), estudiadas en 2022 por Ekmeiro *et al.* (22) el 58,20% hizo tres comidas principales, cifra que ascendió a 70,66% y 66,86% en los estratos no pobres III y IV, respectivamente. En contraste en la muestra total, un 36,98% realizó menos de tres comidas diarias, predominando el almuerzo/cena (32,60%), pero las mujeres en pobreza crítica y en pobreza relativa realizaron menos de tres comidas (57,69% y 51,32%, respectivamente), siendo preocupante que como en el caso de las familias del municipio Simón Bolívar (14) justo la comida que se saltaron fue el desayuno, lo que además de prolongar el tiempo de ayuno, compromete la cantidad y calidad nutricional de la dieta y genera un impacto negativo en la salud materna que puede conducir a problemas de malnutrición o a la aparición de enfermedades crónicas.

Las deficiencias en los tiempos de comida se agudizan en los adultos mayores de Puerto La Cruz evaluados por Ekmeiro y Arévalo 2023 (23) donde el grupo de 60-69 años resultaron ser los que más cumplieron con las tres comidas (55,8%), por lo que también mostraron un perfil ajustado a sus necesidades nutricionales. En contraste el 45,4% de este grupo etario consumió menos de tres comidas principales (solo desayuno y almuerzo), comportamiento que predominó en los mayores de 80 años (87%).

#### *Acceso y disponibilidad local*

Los factores asociados al acceso y disponibilidad alimentaria serían otro de los componentes que emergen de la presente revisión, así, aunque por ejemplo el estudio de Rodríguez y Mora en 2017 (35) se llevó a cabo en la comunidad Kashaama originariamente, descendiente Caribe, es probable que su cercanía a zonas gasíferas y petroleras como El Tigre y Cantaura haya favorecido elecciones alimentarias más propias de los centros urbanos, como los alimentos procesados; una selección de alimentos del mismo tipo se encontró en el estudio de Vera *et al.* (13) en 2020, en zonas rurales y urbanas pobres del estado Anzoátegui, donde el 46% de los informantes de la zona rural se identificó como descendiente de los Cumanagotos (también descendientes de Caribes) y en los cuales se esperaría un consumo preferente de alimentos autóctonos. En este mismo sentido, algunos alimentos cuyo consumo se reportó como más elevado dentro de la dieta probablemente se deba al aumento en la disponibilidad del hogar, vía CLAP, siendo la presunción en el caso Perche y Ekmeiro 2021 (14) en familias de Caigua y Bergantín (parroquias del municipio Simón Bolívar) con respecto a las leguminosas, margarina y aceite.

#### *Diversidad y calidad de la dieta*

La alimentación en los diferentes estudios estuvo constituida por entre 10 y 12 alimentos, independientemente de que cuando se discriminó por estrato socioeconómico, este número pudo haberse incrementado en los estratos más altos /no pobres, rozando excepcionalmente la veintena de alimentos en estas familias, como se mencionó en una de las investigaciones, que aún así, consideró la dieta como monótona y poco diversa, de baja calidad nutricional y limitada en proteínas de origen animal, siendo preocupante la implementación de estrategias de sobrevivencia inadecuadas en las familias como por

ejemplo el uso de la berenjena y la auyama para hacer rendir o sustituir las proteínas (14).

En mujeres lactantes de Puerto La Cruz (22), las calorías y proteínas disminuyeron conforme se descendía en el estrato social, 2206 ± 604 (estrato II) a 1728 ± 253 (estrato V) y 75, 3 ± 16,6 g/día (estrato II) hasta 58,5 ± 13,1 g/día (V). A su vez, en las mujeres del estrato V, los carbohidratos presentaron la cifra más elevada de contribución a las calorías totales, 61,8% y el menor aporte de grasas 24,6% contra 26-28% en el resto de los estratos, adicionalmente más del 60% de las mujeres de este estudio presentaron inadecuación por exceso de zinc y magnesio e inadecuación por déficit en calcio y hierro, vitaminas A y C (más de la mitad de las mujeres), aumentando el riesgo de malnutrición, deficiencias de vitaminas liposolubles y de ácidos grasos esenciales así como la propensión a desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles.

La situación no es muy distinta en el caso de los adultos mayores, un grupo de ellos, habitantes de Puerto La Cruz fue caracterizado por Ekmeiro y Arévalo (23), encontrando que 38,4% vivía solo, la mayoría participaba en la compra de alimentos (77,4%), predominantemente en supermercados (60,5%) debido a la facilidad para movilizarse, la agudeza visual pudo limitar la lectura del etiquetado nutricional (59,2%) y el precio orientó la compra (64%) por encima de la calidad nutricional. Las deficiencias de calcio, magnesio, zinc y de vitaminas A y C. mostraron la profundización de la vulnerabilidad alimentaria y nutricional especialmente en los adultos mayores con menor nivel educativo. En esta población el aporte calórico total fue de 1960 kcal/día en el grupo de 60-69 años, 1572 kcal/día en el grupo de 70-79 años y de 1106 kcal/día en el grupo de mayores de 80 años. La contribución de las proteínas varió de 8,8 % en los mayores de 80 años a 11,6% en el grupo de 60-69 años; las grasas tuvieron una participación muy pobre en la dieta de los grupos de mayores de 80 años y de 70-79 años, 19% y 22%, respectivamente, lo que hace que la contribución de los carbohidratos se eleve a 70%. Habida cuenta de los resultados es clara la escasa diversidad y baja calidad nutricional de la dieta de este grupo etario y de las limitaciones que enfrentan para garantizar su alimentación, lo que se refleja en el déficit de entre 800 y 1100 kcal diarias para los que presentaron los consumos más bajos, según se trate de mujeres u hombres, respectivamente y de aproximadamente 300 kcal diarias en el caso de los hombres, si se asume que presentan el valor más alto registrado, es alarmante la baja contribución de todos los nutrientes, pero de

manera especial la de las calorías y las proteínas en los mayores de 70 años, en razón a la sarcopenia que ocurre a estas edades.

### Seguridad alimentaria

En Anzoátegui, la inseguridad alimentaria varió desde 64,5% en familias de zonas periurbanas y rurales estudiadas en 2019 (14) hasta cifras tan elevadas como 91% según la ESAN (26) en familias urbanas y rurales del municipio Simón Bolívar en 2021 o 93% según ENCOVI (31) para el mismo año; el grado más severo considerando estas mismas fuentes fluctuó desde 2% (26) hasta un poco más del 25% (14) valores muy superiores fueron reportados por ENCOVI (31) la cual reseña que la mayor afectación se dio en 11 de los 21 municipios y de forma más alarmante en los municipios Cajigal, Libertad, Monagas y Carvajal. En estos sectores la pobreza tiene un fuerte vínculo con la inseguridad alimentaria, caracterizada por la disminución de la disponibilidad de las proteínas de origen animal (14), muy relacionado con el reporte de HumVenezuela en 2022 (27) sobre un importante déficit de alimentos (65,6%), lo que hizo que el 48% de los hogares se quedara sin alimentos y los pocos alimentos que conformaron la disponibilidad del hogar eran aportados por el CLAP en el 62% de los hogares.

Las familias evaluadas, desde 2020 venían manifestando la falta de recursos económicos para adquirir alimentos, en zonas urbanas pobres- ZUP (54,1%) y en zonas rurales-ZR (67,4%) (13), estos valores son un poco más bajos según Hum Venezuela en 2022 (27): 39%, pero superiores según HumVenezuela en 2023 (5): 95,5. Las causas principales de la situación descrita fueron: la pérdida de medios de vida en el 84,4% de las personas y de sus fuentes de ingreso en el 68,3% de los casos (5) en otras investigaciones (13) los entrevistados refirieron no recibir el CLAP, 97,3% en la ZUP y 76,8% en la ZR, lo que terminó afectando la disponibilidad alimentaria. A lo anterior se suma el hecho de tener que cancelar la compra de los alimentos en divisas, reportado por el 56% de los entrevistados (26).

Para mitigar la situación planteada las familias pusieron en juego diversas estrategias, en 2020 (13) destacaron la reducción de la calidad de su dieta 81,1% en la ZUP y 79% en la ZR; reducción del número de comidas, consumo dos o menos comidas al día, 64,9% en ZUP y 53,5% en la ZR. En 2021 (26), las personas debieron gastar sus ahorros para comprar alimentos (87%),

visitar diferentes establecimientos en busca del mejor precio (76%), reducir los gastos en salud y educación (75%), comer alimentos menos preferidos o más baratos (75%), pedir alimentos o dinero prestado para adquirir alimentos (59%), trasladarse caminando a los diferentes mercados para ahorrarse el costo del transporte (55%), reducir el tamaño de las porciones (53%) e incluso buscar trabajo informal (27%).

En 2023, se repitieron algunas estrategias como: la reducción en la compra de alimentos (65,2%), también surgieron otras como la compra diaria de alimentos por falta de dinero (37%), comer menos, reduciendo las cantidades o el número de comidas que necesitaba diariamente para llevar una vida saludable (36,5% de las personas) (5), esto último hizo que la cantidad de alimento fuera considerada en los hogares como escasa (29,6 %) o muy escasa (38,3%) (27) y que el 53,3% de las personas consideró que no comieron lo necesario, el 14,2% experimentó hambre permanentemente, el 4,7% no comió muy seguido por días enteros y el 10,4% de las personas no recibió tratamiento alguno para la malnutrición (5)

Las familias siguieron priorizando la compra en mercados a cielo abierto (26), la preferencia en 2023 (27) se estimó en 40% solo superado por los abastos o tiendas de víveres (64%). Pese a todos los esfuerzos de las familias ninguna de las estrategias empleadas salvó al 57% de los hogares que reportaron un gasto excesivo en alimentos por el orden del 63% de su presupuesto (27). La Fig. 5 muestra un resumen de algunos indicadores de la situación de salud, servicios básicos y seguridad alimentaria en la población anzoatiguense.

### Situación nutricional

El estudio de Rodríguez y Mora (35) en población Kariña en 2017 reportó que el (15,4%) de los NNA presentaron algún tipo de déficit, correspondiendo 14,8% a déficit agudo y 0,6% a déficit crónico compensado. El exceso de peso se reflejó en el 8% de los NNA y en más del 50% de los adultos. Otro estudio en comunidades rurales del estado Anzoátegui fue realizado en niños menores de 5 años por la Fundación Bengoa en 2019 (36) encontrando que la desnutrición aguda representó 2,9%, la desnutrición global 7,9% y el retardo en el crecimiento 14,2%. Los porcentajes de niños en estas edades que se ubicaron en la categoría de riesgo fueron de 11, 8% según el peso para la talla, 14,2 según talla para la edad y de 9,7% según el peso para la edad

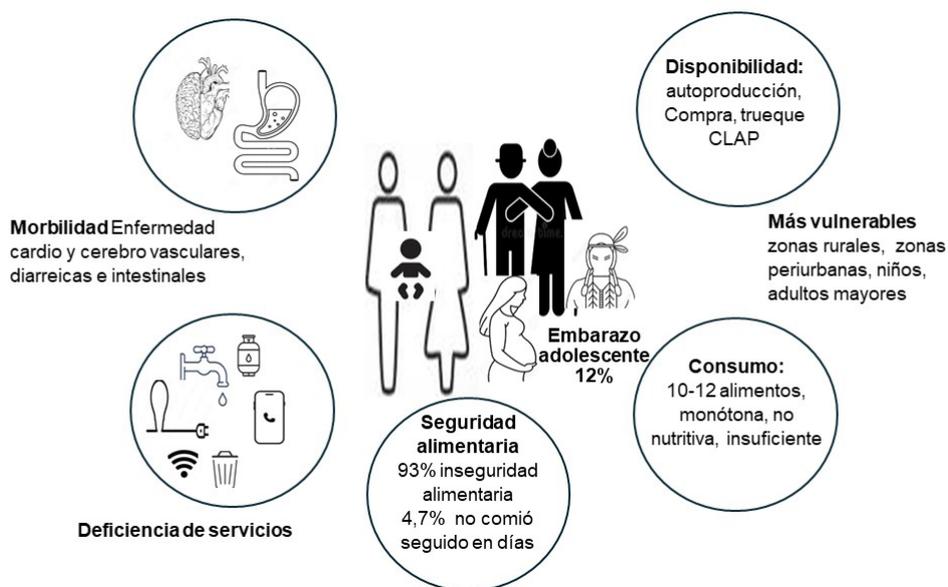


Figura 5. Resumen de la situación de salud, servicios y seguridad alimentaria en Anzoátegui  
Elaboración propia (5, 14, 19, 31, 33)

(Fig. 6). Esta situación evidenció la vulnerabilidad de los niños de 3 a 5 años, cuyo riesgo a padecer desnutrición se pudo explicar por la exposición a desequilibrios en su entorno alimentario, nutricional o de salud.

En 2021, la desnutrición aguda (emaciación) aquella debida principalmente a factores relacionados con promotores negativos antes, durante y después de la gestación en los primeros 1000 días y/o a infecciones recurrentes, afectó al 4,6% de los niños en el estado, siendo superior a 6% en los municipios Carvajal, Libertad, Cajigal y Monagas (31). Mientras que para el mismo año la desnutrición global (insuficiencia ponderal:

peso inferior con respecto a su edad) comprometió el estado de salud y nutrición del 7,4% de los niños del estado Anzoátegui, valores superiores se encontraron en los municipios Monagas y Cajigal (>10%). Por otra parte, la desnutrición crónica en menores de 5 años (retraso de crecimiento: talla baja para la edad), afectó al 25% de los niños y los porcentajes más elevados (28,5%) se encontraron en los municipios Carvajal, Libertad, Cajigal y Monagas (31).

En 2023, Ekmeiro *et al.* (37) estudiaron 1717 niños de ocho barrios (Los Boqueticos-El Paraíso, Valle Verde, Volcadero, Los Cerezos-Oropeza Castillo, Las

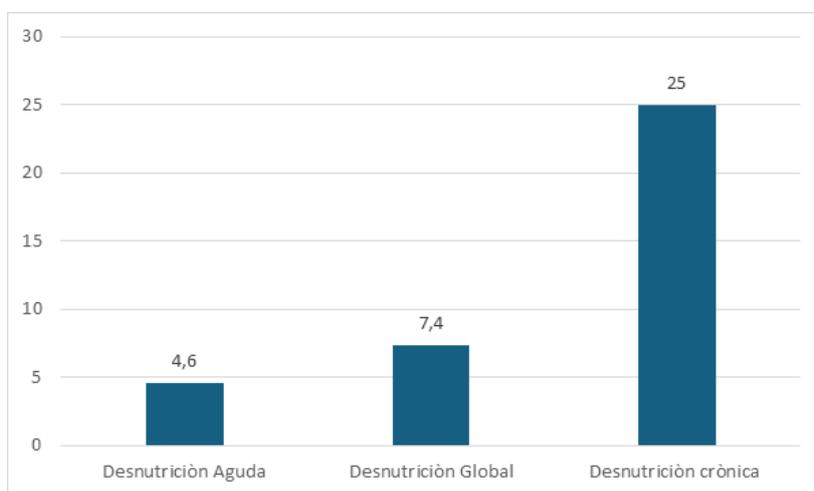


Figura 6. Desnutrición en menores de 5 años en el estado Anzoátegui. 2019  
Fuente: Fundación Bengoa 2019 (36)

Delicias, Montecristo/Chuparín, Juan Bimba- El Pensil y Tierra Adentro - Isla de Cuba) de las parroquias Pozuelo, Puerto La Cruz y Guanta (municipio Sotillo) pertenecientes al área metropolitana de Puerto La Cruz, encontrando 18,69% de desnutrición crónica en niños menores de cinco años, 25,1% de desnutrición aguda en menores de 1 año, destacando la ausencia de sobrepeso. De igual manera 21,95% de los menores de cinco años fueron diagnosticados con anemia leve a moderada y 0,17% con anemia severa.

En líneas generales en el estado Anzoátegui el porcentaje de niños con retardo en el crecimiento supera al porcentaje de niños con desnutrición aguda (14,2% vs 2,9%) (36), a su vez la desnutrición en sus diferentes forma, aguda (emaciación) crónica y global en menores de 5 años con alta incidencia en los municipios Carvajal, Libertad, Cajigal y Monagas (5) reflejan el impacto negativo de factores que limitaron la capacidad de los niños para alcanzar su potencial genético e indican la necesidad de priorizar en la atención de la infancia en estas zonas, ante el inminente impacto en su sistema inmunológico que lo hace vulnerable a perpetuar el círculo vicioso desnutrición-infección-desnutrición y que como señaló Martorell en 2017 (38) va sumando niños con retardo en su crecimiento y desarrollo, comprometiendo su capacidad intelectual y su desarrollo humano, convirtiéndose además en un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no trasmisibles, tales como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, entre otras. Los diversos factores antes mencionados, aumentan la vulnerabilidad por contribuyentes no nutricionales que se adicionan a las deficiencias severas en los servicios públicos , en

especial del agua potable, en el estado, todo lo cual contribuye a mantener el círculo perverso de infección-desnutrición-infección, que de permanecer en el tiempo serían causal de retardo en el crecimiento, deterioro de la salud y el bienestar (39) que impacta el desarrollo humano y la capacidad de progreso de la población.

En otro orden de ideas, mención especial merece el grupo vulnerable, de los adultos mayores. Una investigación llevada a cabo en el área metropolitana de Puerto La Cruz situó el déficit nutricional de este grupo en 35,3% (principalmente adultos mayores de 80 años y de menor nivel educativo), el sobrepeso en 1,2% (principalmente de 60-69 años), el riesgo cardiometabólico en 0,4% (principalmente en hombres de 60-69 años). Siendo las más afectadas las mujeres en pobreza crítica, mayores de 80 años (23).

Debido a la información derivada de las distintas fuentes de información y como se ha podido reflejar en el informe de seguimiento del año 2023 de HumVenezuela (5). Las personas con necesidades humanitarias (PIN), exceptuando la educación básica, dónde el porcentaje se ubicó en 10%, lo que representa 158.045 personas; en el resto de las dimensiones: condiciones de vida, alimentación, salud, agua y saneamiento engrosarían los altos porcentajes 75,0% -84,4%, lo que equivaldría a 1 millón cien y hasta un millón trescientas personas que necesitan atención. La severidad del efecto negativo de los diferentes factores permitiría discriminar entre personas con necesidades críticas y personas con necesidades severas. Según los niveles alcanzados en las dimensiones presentadas en el cuadro 2, entre un 30% y casi un 70% tendría necesidades críticas, en tanto que entre un 10% y 30% amerita que se priorice su atención.

Cuadro 2. Anzoátegui: Personas en necesidad (PIN)

Condiciones de vida	Alimentación	Salud	Agua y saneamiento	Educación básica
Personas en necesidad (PIN)				
1.180.344	1.328.269	1.259.383	1.221.602	158.045
75,0%	84,4%	80,0%	77,6%	10,0%
Personas con Necesidades Críticas (PNC)				
503.624	1.061.212	677.135	872.073	166.952
32,0%	67,4%	43,0%	56,1%	31,2%
Personas con Necesidades Severas (PNS)				
433.137	222.796	317.122	154.724	119.267
27,5%	14,2%	20,1%	9,8%	22,3%

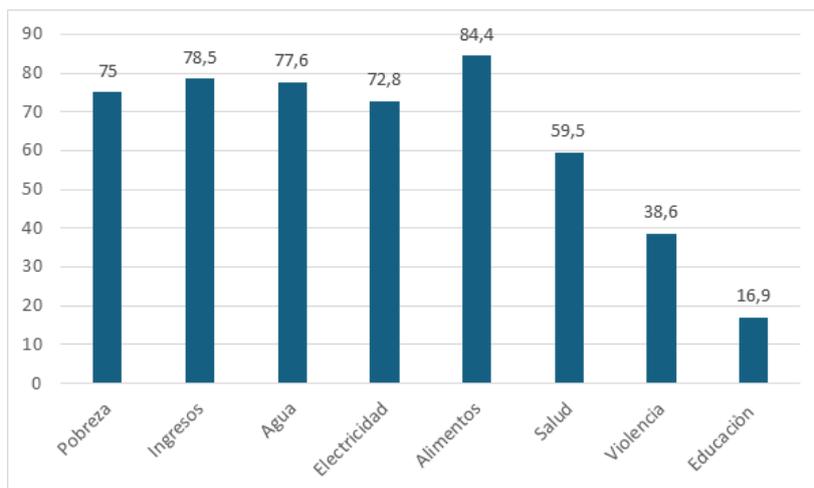


Figura 7. Clasificación por Escalas de Impacto de la Emergencia Humanitaria Compleja. 2023  
Fuente HumVenezuela (5)

En promedio, en el estado Anzoátegui más de la mitad de la población presenta necesidades de atención que ayuden a frenar el deterioro en alguna o varias de las seis dimensiones: pobreza, ingresos, agua, electricidad, alimentos y salud, por su parte la violencia clasificó en nivel medio y la educación en nivel bajo (Fig. 7).

Si bien la entidad presenta una situación comprometida tanto en lo socioeconómico, como en la salud, la educación y la alimentación, caracterizada por un entorno social delicado debido a situaciones de violencia, alto desempleo, pobreza, y deficiencias en servicios públicos, educación y atención de salud, es importante también destacar que el bono demográfico jugaría a favor siempre y cuando, se acompañe de políticas públicas orientadas al desarrollo en las diferentes esferas y de manera especial centradas en la formación universitaria y capacitación calificada de los jóvenes que han culminado la educación básica. Resalta el hecho de que esta entidad posee excelentes fortalezas en la explotación, petrolera, minera, agrícola, pesquera y ganadera, así como también en recursos turísticos, adicionalmente su geografía cuenta con potencial para explotar esta industria y disfrutar de su riqueza gastronómica, por ejemplo.

La información brindada debe considerarse con cautela, visto que esta revisión presenta una serie de limitaciones como lo son la ausencia de data oficial, lo que direcciona la búsqueda hacia fuentes que aunque tienen diversas características en cuanto a muestra, objetivos y diseño metodológico, permiten describir parte de la situación del estado Anzoátegui. Por otra parte, al considerarse principalmente el periodo de los últimos 8 años (2015

-2023), es inevitable que se incluya información levantada durante el periodo de la reciente pandemia por la COVID 19, contexto no comparable con la situación previa, pero que sin embargo ha venido influyendo en la reconfiguración del escenario alimentario. Al ser una localidad del territorio nacional, los estudios sobre este tema llevados a cabo en dicha entidad son escasos. Entre las fortalezas de la revisión cabe mencionar que brinda un primer insumo para motivar el levantamiento de información relevante para la acción en el estado, lo que a su vez permitiría la identificación de líneas futuras de estudio en el estado. En segundo lugar, muestra parte del esfuerzo realizado por la arquitectura de los organismos de ayuda humanitaria locales y foráneos, en el primer caso particularmente de la sociedad civil y de las instituciones académicas, a los fines de organizar y sistematizar la información de acceso público para que pueda emplearse con las debidas consideraciones en la planificación de las diferentes intervenciones destinadas a la protección y fortalecimiento de los más vulnerables.

### Conclusiones

La superación de la problemática alimentaria y nutricional pasa también por la ruptura del círculo vicioso infección -desnutrición lo que a su vez evita la perpetuación del retardo de crecimiento, la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles y la pobreza, pero que también requiere de la publicación oportuna de información necesaria para la acción. Proteger la salud del niño en sus etapas de desarrollo desde el nacimiento hasta los 19 años es una tarea indispensable a fin de hacer posible lo que debe ser necesario para, lograr el

desarrollo integral del capital humano. Recuperar la actividad productiva es indispensable para alcanzar el bienestar socioeconómico, cultural y de salud de estas familias.

### Referencias

1. OPS-OMS. Determinantes sociales de la salud. s/f. Sitio web. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
2. OMS. Social determinants of health. 2024. Sitio web. [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)
3. Jiménez-Benítez D, Rodríguez-Martín A, Jiménez-Rodríguez R. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutr. Hosp.* 2010 Oct; 25(Suppl 3): 18-25. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112010000900003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900003&lng=es)
4. Chaverri- Chaves P, Arguedas-Ramírez A. Políticas Públicas Basadas en Evidencia: una revisión del concepto y sus características. *Revista ABRA.* 2020. 40(60), 40-67. <https://dx.doi.org/10.15359/abra.40-60.2>
5. HumVenezuela. Informe de seguimiento a la Emergencia Humanitaria Compleja en Venezuela, noviembre 2023. <https://humvenezuela.com/wp-content/uploads/2024/01/Informe-de-Seguimiento-de-la-EHC-HumVenezuela-Noviembre-2023-2.pdf>
6. Angulo Marcial N. ¿Qué son los observatorios y cuáles son sus funciones? *Innovación Educativa.* 2009; 9(47):5-17. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179414895002>
7. INE. Síntesis estadística. Estado Anzoátegui. 2013. <http://www.ine.gob.ve/documentos/see/sintesisestadistica2013/estados/Anzoategui/documentos/Situacionfisica.htm>
8. INE. Síntesis estadística. Estado Anzoátegui. 2011. <http://www.ine.gob.ve/documentos/see/sintesisestadistica2011/estados/Anzoategui/documentos/Situacionfisica.htm>
9. INE. Demográficos Proyecciones de población. INE, Caracas, Venezuela; 2011. [http://www.ine.gob.ve/index.php?option=com\\_content&view=category&id=98&Itemid=51](http://www.ine.gob.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=98&Itemid=51)
10. UCAB. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Indicadores Demográficos. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Caracas; 2021. <https://insoencovi.ucab.edu.ve/indicadores-demograficos/>
11. IIES-UCAB. Anzoátegui. Indicadores Sociodemográficos basados en ENCOVI. Reto país. Elaborado por: Freitez A, Correa G, DiBrienza M, Poleo R, Jácome C, 2017. <https://retopaisvenezuela.org/wp-content/uploads/2018/07/Anzo%C3%A1tegui.pdf>
12. Ekmeiro JS, Gallart G, Perche -Salas Y, Reardon J. Condiciones de vida y alimentación de la población rural en Venezuela: Caracterización de un agroecosistema cafetero en el Oriente del país 2020. En *Aproximaciones a la pluralidad alimentaria Iberoamericana.* <https://acortar.link/1FGUw6>
13. Vera Y, Jardim K, Carreño L, Landaeta-Jiménez M. Aproximación a la alimentación y nutrición en dos comunidades pobres de Venezuela. *An Venez Nutr* 2020; 33(2): 133-140. <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2020/2/art-5/>
14. Perche Salas Y, Ekmeiro SJ. ¿Qué come la gente en el campo? Valoración del patrón de consumo y nivel de seguridad alimentaria en comunidades periurbanas y rurales de Anzoátegui, Venezuela. *DIAETA.* 2021; 39 (175): 13-24. [https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-73372021000200013&lng=es](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372021000200013&lng=es). Epub 15-Ene-2022
15. Ministerio del Poder Popular para la Cultura. Catálogo del Patrimonio Cultural Venezolano. Región Oriente. Estado Monagas; 2006. <https://albaciudad.org/catalogodel-patrimonio-cultural-venezolano/>
16. Cilento N. Estado Anzoátegui. *GeoVenezuela.* Fundación Empresas Polar. 2009; 5 (38):240-343 [https://bibliofep.fundacionempresaspolarg.org/media/1038/gv\\_t5\\_c38\\_p240\\_343\\_lres\\_s\\_ingle\\_preview.pdf](https://bibliofep.fundacionempresaspolarg.org/media/1038/gv_t5_c38_p240_343_lres_s_ingle_preview.pdf)
17. Sindicato de Maestros del Estado Anzoátegui - SIMVEMA. “Un panorama tumultuoso se vislumbra para el calendario escolar 2019-2020 en Anzoátegui”. 21/07/2019. <https://cronica.uno/un-panorama-tumultuoso-se-vislumbra-para-el-calendario-escolar-2019-2020-en-anzoategui/>
18. UCAB. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Indicadores de educación. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Caracas; 2021 <https://insoencovi.ucab.edu.ve/indicador-de-educacion/>
19. HumVenezuela. Anzoátegui. Reporte 2019.2021. <https://humvenezuela.com/wp-content/uploads/2022/04/Reporte-Anzoategui-EHC-2019-2021.pdf>
20. UCAB. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Indicadores de Pobreza. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales Caracas; 2021. <https://insoencovi.ucab.edu.ve/indicador-pobreza/>
21. HumVenezuela. Informe de seguimiento. Marzo 2022. [https://humvenezuela.com/informes-de-seguimiento?password-protected=login&redirect\\_to=https%3A%2F%2Fhumvenezuela.com%2Finformes-de-seguimiento%2F](https://humvenezuela.com/informes-de-seguimiento?password-protected=login&redirect_to=https%3A%2F%2Fhumvenezuela.com%2Finformes-de-seguimiento%2F)
22. Ekmeiro S JE, Briceño DC, Arévalo Vera CR. Caracterización del consumo alimentario y diversidad dietética según el nivel socioeconómico de mujeres lactantes venezolanas. *Salus.* 2022; 26(3); 8-17.

23. Ekmeiro S JE, Arévalo V CR. Caracterización demográfica, antropométrica y dietética de adultos mayores venezolanos. *Horizonte sanitario*. 2023; 22(3): 477-488. Doi 10.19136/hs. a22n3.5470
24. UCAB. ENCOVI, 2023. Radiografía de la vulnerabilidad social de Venezuela y propuestas de políticas públicas [Presentación Power Point]. Marzo 2024. [https://assets.website-files.com/5d14c6a5c4ad42a4e794d0f7/65f8aa0a4054c8b7a93fe274\\_Presentacio%CC%81n%20ENCOVI%202023%20integrada%20prensa%20v1303%20\(1\).pdf](https://assets.website-files.com/5d14c6a5c4ad42a4e794d0f7/65f8aa0a4054c8b7a93fe274_Presentacio%CC%81n%20ENCOVI%202023%20integrada%20prensa%20v1303%20(1).pdf)
25. Red de pobreza multidimensional (MPPN). ¿Qué es el índice de pobreza multidimensional? (Sitio web). Iniciativa sobre Pobreza y Desarrollo Humano de Oxford (OPHI). [https://www.mppn.org/es/pobreza-multidimensional/por-que-el-ipm/#:~:text=El%20%C3%8Dndice%20de%20Pobreza%20Multidimensional%20%E2%80%93%20Global%20\(IPM%20Global\)%20es,educaci%C3%B3n%20salud%20entre%20otros](https://www.mppn.org/es/pobreza-multidimensional/por-que-el-ipm/#:~:text=El%20%C3%8Dndice%20de%20Pobreza%20Multidimensional%20%E2%80%93%20Global%20(IPM%20Global)%20es,educaci%C3%B3n%20salud%20entre%20otros).
26. Encuesta de seguridad alimentaria y nutricional 2020-2021 (ESAN-2020-2021). Observatorio Venezolano de Seguridad Alimentaria y Nutricional (OVSAN). Resumen de hallazgos - Estado Anzoátegui. Encuesta de seguridad alimentaria y nutricional 2020-2021. OVSAN, Caracas; 2021
27. HumVenezuela. Diagnósticos comunitarios, Julio-agosto 2023 <https://humvenezuela.com/wp-content/uploads/2023/10/HumVenezuela-Diagnosticos-comunitarios-Agosto-2023.pdf>
28. Observatorio Venezolano de Finanzas: Salario promedio en el segundo trimestre fue de US\$ 231 y pudo comprar 40% de la canasta básica. Banca y negocios. 22/07/2024. <https://www.bancaynegocios.com/ovf-salario-promedio-en-el-segundo-trimestre-fue-de-us231-y-pudo-comprar-40-de-la-canasta-basica/>
29. UCAB. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Indicadores de empleo. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Caracas; 2021. <https://insoencovi.ucab.edu.ve/indicador-de-empleo/>
30. Observatorio Venezolano de Violencia. Informe Anual de Violencia 2022. LACSO, Caracas; 2022. <https://observatoriodeviolencia.org.ve/news/informe-anual-deviolencia-2022/>
31. UCAB. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Indicadores de salud y alimentación. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Caracas; 2021. <https://insoencovi.ucab.edu.ve/salud-y-alimentacion/>
32. Ekmeiro Salvador J, Moreno Rojas R, García Lorenzo M, Cámara Martos F. Patrón de consumo de alimentos a nivel familiar en zonas urbanas de Anzoátegui, Venezuela. *Nutr Hosp*. 2015;32(4):1758-1765UCAB
33. UCAB. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Indicadores de vivienda y hogar. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Caracas; 2021. <https://insoencovi.ucab.edu.ve/indicador-de-vivienda-y-hogar/>
34. Olivares, BO. Relación de la naturaleza, el clima y la espiritualidad de las comunidades indígenas agrícolas Kariña del estado Anzoátegui, Venezuela. *Tiempo y Espacio*. 2014; 24 (61): 129-150. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-94962014000100008&lng=es&](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-94962014000100008&lng=es&)
35. Rodríguez Velásquez, F, Mora J. Hábitos alimentarios, estado nutricional y condiciones de vida del pueblo Kariña, en la comunidad de Kashaama, estado Anzoátegui (República Bolivariana de Venezuela). *Antropo*. 2017; 38: 25-38. [www.didac.ehu.es/antropo](http://www.didac.ehu.es/antropo)
36. Fundación Bengoa. La Ruta de la Alimentación Saludable en comunidades del Estado Anzoátegui (Informe técnico). 2019
37. Ekmeiro-Salvador JE, Guzmán-Marval G, Vargas-Jiménez A, Ciarfella-Pérez AT. Situación nutricional de menores de cinco años de edad en la ciudad de Puerto La Cruz, Venezuela *Rev Perú Investig Salud*. [Internet]; 2023; 7(2): 65-72. <https://doi.org/10.35839/repis.7.2.1731>
38. Martorell R. Improved Nutrition in the First 1000 Days and Adult Human Capital and Health. *Am J Hum Biol*. 2017 March; 29(2): doi:10.1002/ajhb.22952
39. Sinha P, Guerrant RL. The Costly Vicious Cycle of Infections and Malnutrition. *J Infect Dis*. 2024 Jun 14;229(6):1611-1613. doi: 10.1093/infdis/jiad513.

Recibido: 15-05-2024  
Aceptado: 09-08-2024