

Juicio crítico sobre el trabajo de incorporación del Dr. JM Avilán Rovira: Situación de salud en Venezuela según las estadísticas de mortalidad 1940-1955

Dr. Francisco Montbrun

Individuo de Número

El Académico que en este acto se incorpora es un brillante sanitarista, formado en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), donde desempeñó con acierto el cargo de director de la División de Estadística Vital, entre 1966 y 1975. Un equipo de “profesionales de excelente preparación” fue su apoyo y colaboración, para superar la situación de la necesaria organización del citado servicio, el cual para entonces fue orientando, como lo afirma el autor, por “la calidad y los valores éticos de sus colaboradores”, a la cual se sumó su propia valía para sentar las bases de tan indispensable organismo del Ministerio. Había de sobreponerse inicialmente a la falta de espacio, y principalmente a la casi ausencia de material de informática, todavía presente cuando me correspondió ejercer el cargo de Ministro de Sanidad y Asistencia Social, en el lapso 1987-89. Fue la causa para que en esa época se ordenara, en 1988, la ampliación del servicio y se mejorara su instalación física en general. De todos modos, la División de Estadística tiene una base humana poseída por una mística indestructible, afirmada sobre la dedicación y la alta calidad de sus fundadores, los Drs. Darío Curiel y, posteriormente, el Dr. Aníbal Osuna, completada admirablemente por la actuación del Dr. Avilán Rovira, los profesores Ricardo de Shelly Hernández y Bruno Jerjes Vildósola, y en tiempo más reciente por la actuación de la Sra. Elena Almenar de Ochoa. Prueba de lo anterior está en los magníficos trabajos que ese conjunto humano presentó en los años de 1986, en el VII Congreso de Salud Pública y diez años después, en 1996 en el VIII Congreso de Salud Pública. Allí tiene su principal fuente de información el trabajo de Avilán Rovira, complementando por sus investigaciones personales, logradas con la colaboración de reconocidos expertos, respetados por todos, como fueron los doctores Rafael Borges, Juvenal Savelli Maldonado, Francisco Araoz y Jesús Ojeda Liendo.

En el año de 1988, cuando ya terminaba mi actuación como Ministro, sugerí a la Dirección de Planificación y Estadística que se presentara una evaluación del estado de salud del país, con la consideración de las estadísticas de mortalidad desde diferentes ángulos. Se produjo el documento, el cual fue impreso en junio de 1988 por la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI). Está conformado por 87 cuadros estadísticos de la mortalidad del quinquenio 1982-1986, con una información detallada acerca de la natalidad, la morbilidad hospitalaria, morbilidad y mortalidad por enfermedades notificables, vacunaciones y estadísticas sobre recursos y servicios de salud pública, etc. Se publicaría todo su contenido en el Anuario de Epidemiología y Estadística Vital del MSAS. Allí se hizo un estudio especial sobre las muertes violentas, su sitio de ocurrencia y su frecuencia en las entidades federales, en el período señalado. Nuestra intención era clara; se sentaban las bases estadísticas de un Plan Nacional de Salud, el cual influiría directamente a la organización del Sistema Nacional de Salud, ya implantado desde comienzos de ese año y que se sentía ya arraigado en los Estados Anzoátegui y Zulia, y con menor intensidad en el Estado Mérida. Funcionaba desde mediados de 1988 el Catastro Nacional de Salud y la Sala de Eficiencia por Sistema, instalada durante la actuación del Ministro Otto Hernández Pieretti, y que funcionaba bajo la dirección del Dr. Luis Gómez de la Vega. La División de Sistemas Estadísticos perseveró siempre en la lucha por mantener a su organismo idóneamente, para dejar constancia a través de sus humildes boletines epidemiológicos semanales y de sus anuarios, de la realidad de nuestro estado de salud, plasmado en los Congresos de Salud Pública, salvando valientemente todos los obstáculos, y principalmente el subregistro o la apreciación equivocada en el acopio de los datos iniciales. De

allí extrajo el autor su sincera exposición, expuesta verazmente, para ser genuinamente científica y constituir una base de credibilidad como simiente segura de las conclusiones más responsables. Él señala los errores insalvables y sinceramente comunica las deficiencias y hasta las menores faltas que atentan contra la exactitud que persigue el trabajo. Una apreciación imparcial y ajustada a criterios inobjetable es la base para la justa exposición de la curva de la mortalidad proporcional, que se considera mejorada; la tasa de mortalidad infantil, se declara afectada por un subregistro de hasta un 25 por ciento. Sucesivamente se exponen lo que en mi criterio constituyen los más grandes problemas de la infancia: a. que todavía figure en el primer lugar de las principales causas de mortalidad del niño de 1 a 11 meses, la diarrea y la enteritis, situación inalterable y presente desde 1940; b. que las muertes infantiles por insuficiencia nutricional, no registrada durante cuarenta y cuatro años, aparezca considerada por primera vez en 1984, en el séptimo lugar y que en seis años ascienda para colocarse en el sexto puesto (1990); c. que persista ubicada en un sitio principal en el quinto puesto, la muerte del recién nacido por asfixia e hipoxia y que las lesiones debidas al parto se mantengan incólumes en 1995, con tasas iguales a las de 1950. Las variaciones porcentuales de la mortalidad general registran resultados favorables; estudiados minuciosamente por las deducciones que se derivan de su reducción en los distintos períodos de la vida, hasta constatar un descenso global del 72,9%, pero que es menor en las edades juveniles por el aumento de las muertes violentas en un país donde hay una inseguridad total; por eso, en mi criterio, se debería ahondar en este punto, pues es fácil que haya un subregistro, tal como puede suceder también con las muertes por accidentes de tránsito, las cuales ostensiblemente, aumentan por el mal estado de las vías (carreteras, autopistas), mal vigiladas, con luz y señalamientos insuficientes acentuadas por el alcoholismo o la drogadicción de los conductores. Agrego que es crítica la falta de atención de las autoridades a las recomendaciones que los simposios, foros y toda clase de reuniones les envían. En los Congresos de la Sociedad Venezolana de Cirugía se han presentado varias ponencias sobre los accidentes de tránsito, a partir de 1961; en una de las últimas se comprobaba, que de ciento siete recomendaciones enviadas al ejecutivo, sólo pocas habían sido cumplidas, alguna importante, como la revisión de los vehículos, hecha de modo incompleto y aún

menos controlada a la entrada a las autopistas. Igual cosa ha acontecido con la capa de rodamiento, donde la "mancha negra" se ha convertido en un peligro inevitable, particular de nuestra nación. Lo mismo puede estar sucediendo con los homicidios y los suicidios, que se multiplican día a día hasta hacer a nuestra capital una de las ciudades de mayor riesgo en el mundo, con un alto nivel de inseguridad personal.

La tasa de mortalidad materna permanece invariable. Lo más crítico es el aumento de las muertes atribuidas a complicaciones del embarazo en una proporción del 60 por ciento. Hay indudablemente la conclusión de una deficiente atención en el sector, la cual no se revela claramente porque sólo son catalogados los casos en quienes se especifica el embarazo en el Certificado de Defunción. Esta falla no intencional esconde una grave falta de atención en el control prenatal y a las embarazadas en general; es ilógico que se haya llegado al nivel señalado, ahora afortunadamente denunciado por el Dr. Avilán. Tampoco es aceptable que las muertes en el puerperio se mantengan inalteradas, ni es un paliativo que las complicaciones debidas al aborto sean menores, considerando que estos casos no ocurren en totalidad a las maternidades, manteniéndose fuera de control.

Se relatan otras situaciones que denotan el estado de crisis que afecta a nuestra atención a la salud. El autor, con mucha honradez, es pertinaz en el señalamiento de cada aspecto de tan conflictiva situación. Esta debe ser definitivamente aclarada, en conjunción con el Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades, maniobra inicial para abordar su solución, exigente de mayores acciones en la prestación de servicios para la salud. A todo lo largo del trabajo se percibe la buena intención del autor, quien aconseja proceder con cautela, como se apunta en el indicador de la esperanza de vida al nacer, la cual, a pesar de todo parece situarse en un nivel valioso; indudablemente que es meritorio su ascenso a 72,2 años en 1990, desde los 53,9 años de 1950, y que en las mujeres haya alcanzado hasta los 74,9 años, también en 1990, desde los 69,56 del mismo 1950.

El capítulo que el autor dedica a los años potenciales de vida perdida constituye una primicia en nuestro ambiente estadístico, modificado en su realidad y consecuencias sobre los otros indicadores; esta vez afectados por la tragedia de la muerte temprana, gravemente acusadora de la inseguridad de un país o triste índice de la mortalidad infantil,

más lapidaria cuando en ella interviene el factor de desnutrición. El relato imparcial destaca los triunfos y los méritos; ahí está la desaparición de la viruela y la fiebre amarilla, la ausencia de la difteria y la poliomielitis, el relativo control de las endemias del cólera y de la lepra. Nuevos bríos se refuerzan en la lucha contra el SIDA y el cáncer; es la batalla que se libra en muchos campos a la vez sin contar con un recurso económico suficiente y también son críticos el pago del personal, descontento por no haber satisfecho sus retribuciones y hay una infraestructura física que reclama una urgente remodelación.

Por lo anteriormente expuesto es que considero muy importante la investigación que ha hecho y expuesto en su trabajo de incorporación el Dr. Avilán Rovira, quien imparcialmente señala un sendero que debe llevar al esclarecimiento de variadas desviaciones en la prestación de los servicios para la salud. Con la meta de la proposición racional de una nueva política de salud, para la cual, el Dr. Avilán sienta las bases fundamentales.

Estoy de acuerdo, basado en la opinión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en insistir sobre los principales factores de la prestación de salud para obtener un resultado global.

Así, además de la consideración de las tasas reales basadas en el estudio y la evaluación de la mortalidad, tal como la realiza el autor, es útil tomar en cuenta otros indicadores de salud, los cuales enfocan distintos aspectos, colateralmente a los tradicionales, dependientes de la mortalidad, la natalidad, la mortalidad infantil, etc., y como hay que ir de la muerte a la vida es muy importante asociar a la morbilidad, factor actual que denuncia los problemas en su propio desarrollo.

El Dr. Luis Manuel Manzanilla, Ministro de Sanidad en los años de 1984 y 85, insistió en la globalidad que debe cumplirse en la evaluación del estado de salud de un país. El fue enfático al expresar que “el atenerse sólo a los indicadores de salud puede llevar a conclusiones equivocadas, al falso optimismo, y lo que es peor, olvidarse de los problemas subyacentes que no aparecen en las cifras absolutas ni en los porcentajes”.

Él publicó los “Indicadores de salud del mundo. Interpretación y correlaciones”. En él reduce la importancia de los indicadores de salud tradicionales, que no bastan para expresar por si solos a la situación de la salud; entonces recurre a los factores sociales, regionales, económicos, como elementos complementarios para lograr una expresión global. Es el

caso de la OMS, con sus doce indicadores, seleccionados con gran flexibilidad y adecuada estrategia para el múltiple enfoque, siempre logrados bajo el manto de la equidad, con la salud como base del bienestar apoyado en los recursos humanos y materiales que proporciona el Estado y las características propias de su comunidad.

De acuerdo a los criterios anteriores copiamos un modelo de evaluación de la salud, el cual figura en el libro del Dr. Manzanilla, con los siguientes indicadores, modificados por mi persona:

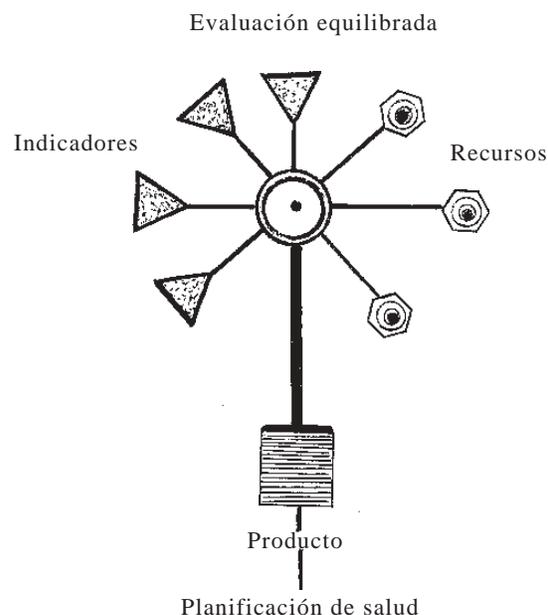


Figura 1. Modelo de evaluación de salud.

1. Tipo de organización de salud
2. Mortalidad general
3. Mortalidad infantil
4. Natalidad
5. Esperanza de vida al nacer
6. Alimentación. Desnutrición
7. Número de médicos
8. Número de camas hospitalarias
9. Ambulatorios. Capacidad de consultas
10. Ingreso per cápita
11. Parte del Producto Interno Bruto (PIB) destinado a la salud.

Una evaluación polivalente, como la anterior, permite la obtención adecuada de las prioridades,

base de las características de una planificación de la salud y su programación, además de los ajustes inmediatos para obtener una inicial mejoría de los servicios más afectados.

La exposición de este segundo criterio no incluye el basado exclusivamente en los factores sanitarios, el cual es práctico y directamente al alcance de la organización de salud.

Por todo lo anteriormente expresado es que considero al trabajo sometido a mi consideración como documento valioso y oportuno, signo de alerta ante el deterioro de los indicadores que en su criterio están en crisis, sea por un enfoque erróneo, por un

defecto en el acopio de datos, por una incapacidad operativa, o por faltas en la organización de la prestación de los servicios de salud. Es laudable la buena intención de quien quiere hacer bien sin ofender, con la alineación dentro del criterio científico que avala la verdad de la exposición. Por ello declaro al trabajo sometido a mi juicio como elemento válido y de excelente calidad para respaldar el ingreso del aspirante, Dr. JM Avilán Rovira, a la Academia Nacional de Medicina.

Felicito sinceramente al nuevo Individuo de Número de la Institución.

“La injuria a Ramón y Cajal

Por la prensa española ha llegado a nuestro conocimiento la injuria inferida por un Ministro y 104 diputados españoles, al más grande y más glorioso de los hombres que ha producido la raza hispana en los últimos tiempos: Santiago Ramón y Cajal. El diputado Van Baumberghen propuso conceder a Cajal una pensión, y el Conde de Bugallal dijo que eso equivalía a “sentar un funesto precedente”. Ciento cuatro diputados apoyaron la blasfemia del Ministro y el parlamentario español se cubrió de vergüenza y de oprobio.

Parece increíble —pero desgraciadamente para la raza es cierto— que un parlamento español niegue a Ramón y Cajal una miserable pensión que le permita seguir trabajando con relativa tranquilidad en los últimos años de su vida (Cajal tiene 70 años). Si Ramón y Cajal hubiera nacido y vivido en otra parte estaría rico y muy rico; pero en España está pobre, porque como dicen que dijo un día el torero Mazantini, en España sólo hay dos oficios productivos: el de rey y el de torero. Cajal no puede ser ni rey, ni matador de toros, se limita a ser uno de los más grandes sabios que ha tenido el mundo: está pobre, el oficio de sabio no es productivo en España. Joselito murió millonario y Alfonso también tiene varios millones. Y lo que es más sensible aún es que la brutal injuria ministerial y parlamentaria, no haya tenido por respuesta un gesto de generosidad del joven monarca, siempre tan hidalgo y tan celoso del buen nombre de la Patria y asumiendo la legítima y suprema representación de la raza, hubiera tomado de su cuantiosa lista civil una pequeña cantidad y la hubiera ofrecido al hombre que tanta gloria pura ha

dado a España y al mundo, no para que fuera a dormir a la sombra de los frondosos laureles que las manos extranjeras han plantado en su jardín, sino para que pudiera proseguir tranquilo, sin sobresaltos, sin inquietudes, trabajos en el complemento de su grandiosa obra espiritual (1).

En nuestra condición de individuos de la raza hispano- americana, a la cual pertenece Cajal, unimos nuestra protesta unánime de la prensa médica de España y de América contra la injuria a Ramón y Cajal por la mayoría del Parlamento español, y presentamos al ilustre sabio, orgulloso de la ciencia universal, la ingenua y respetuosa expresión de nuestra profunda admiración.

1. Lista Civil de la Casa Real de España era para 1916 de 8 900 000 pesetas al año, distribuidas así:

El Rey	7 000 000
La Reina	450 000
El Príncipe de Asturias	500 000
El Infante Don Jaime	150 000
La Infante María Isabel	250 000
La Infante María de la Paz	150 000
La Infanta Eulalia	150 000
La Reina María Cristina	250 000

Para proporcionar a Cajal tranquilidad durante los últimos años de su vida hubiera bastado una pensión de 25 000 pesetas al año, la décima parte de la pensión de una Infanta”.

(Reproducido de Gac Méd Caracas 1921;28:2331).