

Perfiles diferenciales de mortalidad según condiciones de vida. Venezuela 1983 y 1990

Dra. Norma Núñez

Socióloga. Profesora Titular, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.

RESUMEN

En Venezuela, se utilizan con frecuencia las listas que contienen las 10 primeras causas de muerte para mostrar los problemas que, en materia de política sanitaria, deberían ser objeto de una atención prioritaria. Sin embargo, esas estadísticas son aproximaciones muy generales, que al representar promedios nacionales tienen como desventaja el encubrimiento de la dinámica real del proceso de salud/enfermedad. Por tanto, en este estudio se sostiene que, para establecer prioridades y tomar las decisiones pertinentes, hay que trascender esos promedios. Se requiere el manejo de información más precisa que permita identificar no sólo los problemas, sino sus localizaciones según el comportamiento en los grupos de mayor riesgo, los más expuestos y más vulnerables. Para ello, se utiliza como variable estratificadora el indicador porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas. Para el análisis de los datos de mortalidad se utiliza la propuesta de Plaut, Roberts y Silvi quienes organizan la información en seis grandes grupos de causas: cardiovasculares, externas o violentas, tumores y neoplasmas, transmisibles, perinatales y una última categoría que agrupa todas las otras muertes diagnosticadas. Se excluyen acá tanto los datos que refieren a esta última categoría como los que corresponden a la mortalidad no diagnosticada. Los datos constituyen el mayor nivel de desagregación posible con los registros del país, es decir, se trabajan en los municipios y parroquias. El estudio, de base teórica y metodológica, corresponde a los lineamientos de una epidemiología para la identificación de patrones de desigualdad ante la muerte, hecha a través de un diseño ecológico.

Se propone una definición de "perfil epidemiológico" y a partir del cruce de información entre los registros nacionales de mortalidad y los datos censales, se construyen y contrastan por una parte, los perfiles diferenciales que así resultan para los cuatro grupos de condiciones de vida identificados. Esos son los perfiles inter-grupos. Por otra parte, se construyen los perfiles intra-grupo en los que también se evidencia la caracterización particular de la mortalidad en cada uno de los grupos propuestos para análisis. Se documenta la magnitud de las variaciones inter e intra grupos en mortalidad proporcional, en los años 1983 y 1990. Los datos se comparan con cifras internacionales a fin de documentar la magnitud de las desigualdades inaceptables de salud, en Venezuela. Se proponen líneas de corte a partir de las cuales plantearse nuevas metas para el país, identificar zonas de mayor vulnerabilidad y sugerir espacios prioritarios para intervención.

Con la línea de investigación operativa planteada, se busca hacer los registros estadísticos más significantes para la prevención y control de problemas de salud pública. Desde el punto de vista de los principios que rigen la política sanitaria del país, el estudio hace proposiciones que rescatan los valores de la solidaridad y de la equidad implícitos en una concepción moderna del derecho a la salud.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es parte de una serie pionera iniciada en Venezuela, con el apoyo de la Oficina Panamericana de la Salud (1), a comienzos de la presente década. En ese momento asumíamos el reto de proponer formas alternativas de profundización en el análisis epidemiológico de la situación de salud del país (2,3) porque considerábamos que las formas de presentación oficial de las estadísticas existentes correspondían a promedios abstractos, a

modos de ver y hacer, no conducentes a sugerencias para toma de decisiones.

El argumento que ensayábamos era que, con frecuencia, se utilizan las listas que contienen las 10 primeras causas de muerte en un país para mostrar los problemas que, en materia de política sanitaria deberían ser objeto de una atención prioritaria. Un ejemplo clásico y de inestimable valor es el estudio de Puffer y Serrano en 1974 (4). Sosteníamos entonces, y también ahora, que aunque necesarias, esas estadísticas son aproximaciones muy bastas, que al representar promedios nacionales tienen como desventaja la posibilidad de encubrir la dinámica real del proceso de salud/enfermedad en la sociedad venezolana. Por ello, en este estudio se parte del criterio que, para establecer prioridades y tomar las decisiones pertinentes, hay por lo menos que trascender o romper los promedios. Se requiere información de un mayor nivel de precisión, que permita identificar no sólo los problemas, sino sus localizaciones espaciales, según el comportamiento en los grupos de mayor riesgo, los más expuestos y más vulnerables. Al construir así grupos geográfica y socialmente identificables se definen espacios humanos "en mayor necesidad". De esta forma, se recomendaría que fuesen esos los espacios en los que se propongan intervenciones de carácter focal, de acuerdo con necesidades prioritarias, con inversiones racionales y de impacto, para lograr la modificación efectiva de los cuadros observados. Se plantea en este trabajo que la información precisa comienza con el reconocimiento de los perfiles epidemiológicos característicos de los grupos a ser atendidos. A continuación se propone una definición de "perfil epidemiológico" a fin de dar inicio a la nueva aproximación que se considera deseable.

Un perfil epidemiológico es un corte o perspectiva no simplificada de la situación de salud de una población concreta. Implica un carácter demográfico, o de población, dinámico, diverso, de ubicación precisa, en el espacio y en el tiempo. Permite descubrir, documentar y comparar patrones recurrentes de una situación de salud/enfermedad, a partir del cruce, combinación y análisis de las diferentes características, factores de riesgo, niveles de exposición y daños resultantes, que la constituyen.

Proponer la identificación de perfiles diferenciales de mortalidad según condiciones de vida, es partir de una hipótesis que sostiene que, realizando estudios sobre la estratificación y la desagregación espacial de la mortalidad, pueden identificarse tanto

un patrón como un perfil diferencial de la relación entre daño y riesgo. En la práctica, esto quiere decir que las formas de enfermar y de morir no son ni homogéneas ni casuales, que responden a un patrón de estructura y de organización social; que ese patrón puede expresarse espacialmente, y que es posible documentar esa asociación a partir del cruce estratificado de los registros oficiales que al respecto recogen información sanitaria y sociodemográfica.

Con nuestra línea de investigación operativa buscamos hacer los registros estadísticos más significantes para la prevención y control de problemas de salud pública. Presentaremos estimaciones básicas que suministran información inédita sobre las diferenciales socioeconómicas y espaciales de la mortalidad. En el tiempo hemos avanzado y producido información diversa (5) que contribuye a la superación de algunas de las dificultades señaladas. A partir de los resultados iniciales de nuestro trabajo y desde el año 1994, tanto el propio Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, como otros investigadores y otras instituciones, han comenzado a analizar sus datos desde esta misma perspectiva. Es decir, se va generalizando la metodología del cruce de las informaciones y registros nacionales en salud, con las informaciones censales que reportan las condiciones de vida de la población venezolana.

Para esta presentación se siguen los pasos establecidos en el uso académico: objetivos, antecedentes, materiales y métodos, resultados, discusión y conclusiones.

Objetivos

1. Develar y documentar en forma cuantificada y gráfica la magnitud de algunos cambios y diferenciales inaceptables en las condiciones de vida, muerte, salud y enfermedad, de la población venezolana, entre 1983 y 1990.
2. Proponer nuevas perspectivas para el diagnóstico eficiente, el análisis productivo y la superación posible de las condiciones de salud y vida de la mayoría de la población venezolana.
3. Identificar y proponer espacios prioritarios de intervención para prevención y control, partiendo del establecimiento de puntos de corte en la curva de magnitud de las desigualdades.

Antecedentes

Con diferentes objetivos, poblaciones y temas, otros investigadores venezolanos abrieron espacios para madurar el pensamiento que hoy se presenta en este trabajo. Invalorable el trabajo de Yolanda Machado e Isabel Tapia, colegas de la Escuela de Medicina “José María Vargas” sobre diferenciales de mortalidad y acceso a servicios de salud en la población infantil; fue éste un trabajo desarrollado en la entonces recientemente industrial ciudad de Valencia, Estado Carabobo (6). Igualmente, es importante mencionar los aportes liderizados tanto por Ronald Evans (no publicados) del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Escuela de Medicina “Luis Razetti” y de Gabriel Bidegain (7) en la Universidad Católica “Andrés Bello”, como los de FUNDACREDESA, liderizados por Hernán Méndez Castellanos (8). En América Latina, se ha avanzado en los estudios de diferenciales de mortalidad y condiciones de vida, en este sentido es particularmente relevante el trabajo del Centro de Estudios y Asesorías en Salud, publicado en Ecuador, por Breilh y col. (9).

Ya no como antecedente sino como actualidad en el enfoque epidemiológico que ahora trabajamos, es importante mencionar que, a nivel internacional, en 1993, la revista “Social Science & Medicine” publicó un número especial dedicado a las desigualdades geográficas en mortalidad en países subdesarrollados (10). El bloque de trabajos allí publicados correspondía a los presentados, en 1990, en la Conferencia conjunta celebrada en Francia, entre la Unión de Comisiones Internacionales sobre Salud y Desarrollo, y sobre Geografía de Poblaciones, en las que trabajaron en forma multidisciplinaria, demógrafos, geógrafos, médicos y sociólogos. Para ese momento, las realidades estudiadas correspondieron a Asia, África y América Latina, principalmente bajo las ópticas de investigadores de Alemania, Argentina, Bélgica, Canadá, China, España, Estados Unidos, Inglaterra y Francia. El número completo de la mencionada revista, con 18 artículos, está dedicado al estudio de los diferenciales en salud en distintos países. Es particularmente relevante para este estudio el presentado por Orihuela-Egoavil (11).

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio corresponde a los lineamientos de una epidemiología para la identificación de patrones de desigualdad ante la muerte, hecha a través de un

diseño ecológico, con sus fortalezas y debilidades y con usos e implicaciones múltiples. Un paso metodológico crucial para su desarrollo fue la creación de la base de datos a partir de la cual someter a prueba, las hipótesis anteriormente planteadas. Antes de describirlas se señala su particularidad en varios sentidos. En primer lugar, por la incorporación de las variables demográficas, geográficas, sociales y epidemiológicas. En segundo lugar, por el nivel y escala de análisis que permiten, al establecer las correspondencias pertinentes en el enlace de las bases de datos utilizadas. En efecto, se realizaron cruces de información o enlaces de registros provenientes de tres fuentes:

1. El Registro Nacional de Mortalidad, desagregado a nivel de municipios y parroquias, y corregido por zona de residencia. Este registro proviene del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). Se publicaba en los Anuarios de Epidemiología desde 1940, pero a partir de 1994 este Cuadro ha sido suprimido. Para la utilización de los datos del año 1983, se transcribieron directamente desde los Anuarios hasta nuestra base de datos. Para el uso de los registros del año 1990 se utilizó directamente los datos proporcionados por el MSAS y su manejo se produjo a través del programa DBASE. Los años seleccionados corresponden a la publicación y disponibilidad de los mismos para el momento del estudio.
2. El estudio del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), junto con el Ministerio de la Familia, sobre la Pobreza en Venezuela (13). Este documento permitió el enlace de los registros del censo 1981 con los de mortalidad 1983.
3. Los datos del XII Censo General de Población y Vivienda, proporcionados por la Oficina Central de Estadísticas e Informática (OCEI) en forma computarizada, con los datos de población y de porcentaje de satisfacción de necesidades básicas para cada uno de los municipios del país. A partir de la base de datos y el apropiado trabajo para lograr la homogeneidad de los registros (13) se procedió de la siguiente manera:
 - Estratificación del total de municipios/parroquias existentes en el país para los años 1981 y 1990, de acuerdo con el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) (12,14). La unidad de análisis resultante quedó compuesta por un total de 853 municipios/parroquias en

PERFILES DIFERENCIALES DE MORTALIDAD

1990 y 753 en 1983. La categorización de los cuatro grupos establecidos para esta presentación fue la siguiente:

Categorías	Porcentajes
NBI I	< 20
NBI II	20 a 39,9
NBI III	40 a 59,9
NBI IV	60 y más

- A fin de hacer más comprensible y apropiado el proceso de construcción de los perfiles de mortalidad, se utilizó una reagrupación de las causas de muerte siguiendo la propuesta de Plaut y col. (15), la cual es denominada clasificación de Seis Grandes Grupos de Causas de Muerte; en ella, asumiéndose los códigos de la 9ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), se resumen de la siguiente manera:

Causas	Códigos 9ª CIE
Cardiovasculares	390 a 459
Neoplasmas	140 a 239
Externas	E800 a E999
Transmisibles	001 a 139
	320 a 322
	460 a 466
	480 a 487
Perinatales	760 a 779
Otras	Todas las demás

En la propuesta de Plaut y col. (15), se utiliza el término “neoplasma” para señalar que corresponde a la mortalidad por cáncer, pero al incluir los tumores benignos y los de naturaleza incierta, más los no especificados, esta categoría pudiera también denominarse más correctamente “tumores”. En la misma propuesta se entiende por causas perinatales las defunciones de fetos de 28 o más semanas de gestación, más el número de defunciones de niños de menos de 28 días de vida (incluye por tanto la mortalidad fetal y la neonatal).

Los registros producidos abarcan un total de 89 699 muertes para 1990. Esto corresponde al 99,86% de las muertes ocurridas en ese año. La mortalidad diagnosticada constituyó un total de 80 177 casos y de estos, las cinco causas trabajadas según la propuesta de Plaut y col. (15), corresponden al 81% del total de las mismas. Posteriormente se procedió al:

- Cálculo de la razón de mortalidad proporcional: número de defunciones debidas a una causa específica durante un período como porcentaje del total de mortalidad diagnosticada registrada durante el mismo período.
- Cálculo de mortalidad proporcional promedio de país y promedio de país por categorías de NBI para el establecimiento de líneas de corte para la identificación de los espacios prioritarios para intervención.

RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

A continuación pasamos a reportar algunos resultados obtenidos a partir del proceso metodológico que venimos de describir. En primer lugar, presentamos una imagen de la composición y variación de la distribución de la población venezolana entre 1980 y 1990, por categorías de condiciones de vida (Figura 1). Hacemos énfasis en la utilización de la variable NBI, un indicador de pobreza estructural que no refleja en ninguno de los dos puntos lo que pueda estar ocurriendo con las crisis coyunturales. En esta imagen se evidencia una concentración aproximada de la tres cuartas partes de la población en municipios/parroquias entre 20% y 59% de población con necesidades básicas insatisfechas. Es importante resaltar que, de acuerdo con estos datos, en el Censo del 90 se evidencia un desplazamiento de la población desde los grupos de municipio en la categoría NBI I y NBI IV a los categorías II y II. De la misma manera, se destaca que en ambos períodos sólo alrededor de un 10% de la población se agrupa en municipios con las mejores condiciones de vida, y otro 10% en los de las menos favorables.

Tal como se señala en la Figura 2, la distribución del porcentaje de mortalidad general se comporta en forma similar a lo indicado en el caso de las poblaciones. En efecto: para ambos años, entre el 70% y 80% de la mortalidad general, se agrupa en las categorías de NBI II y III, pero con una diferencia importante en el comportamiento de las proporciones

para el grupo NBI IV que en 1990 baja de 20% del total de muertes a 10%.

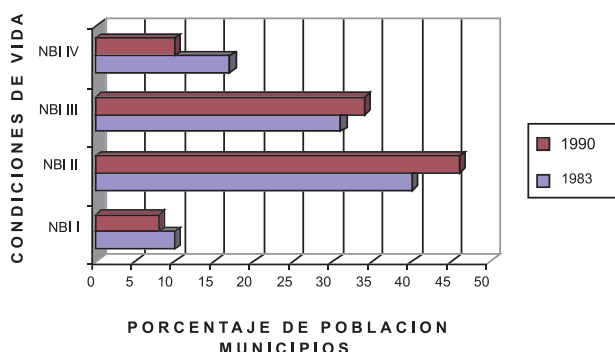


Figura 1. Estratificación de municipios según porcentaje de población en categorías de NBI. Venezuela 1980 y 1990.

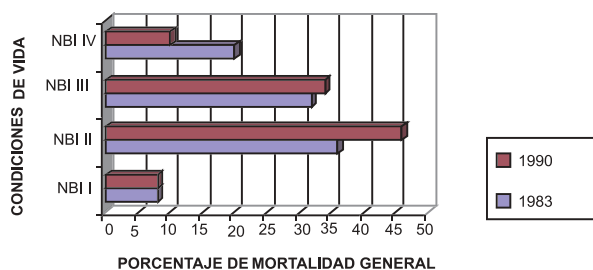


Figura 2. Porcentaje de mortalidad general en categorías de condiciones de vida. Venezuela 1983-1990.

Ahora, antes de pasar directamente a la presentación de resultados por los grupos de causas y perfiles seleccionados, es necesario incluir otro dato. Se trata del porcentaje de mortalidad no diagnosticada, cifra excluida del denominador con el cual se logran las estimaciones correspondientes a las estadísticas aquí presentadas.

Como primera observación, se señala que al comparar los dos años elegidos para análisis y desde el punto de vista de promedio de país, se han reducido las muertes sin diagnóstico, pasando del 15% en 1983 al 10% del total de defunciones en 1990 (Figura 3). Contrario a lo esperado, la reducción se produce

únicamente en los espacios geográficos que corresponden a municipios o parroquias con mayor porcentaje de población con NBI. En comparación con las cifras de 1983, en el año 90 se observa una disminución del 50%, aproximadamente, en ese grupo. Por contraste, se observa el notable aumento (casi el doble) en el grupo NBI II y algunas modificaciones de incremento en los grupos I y III en los que se mantiene la esperada relación inversa entre porcentaje de muertes sin diagnóstico y grupo de condiciones de vida.

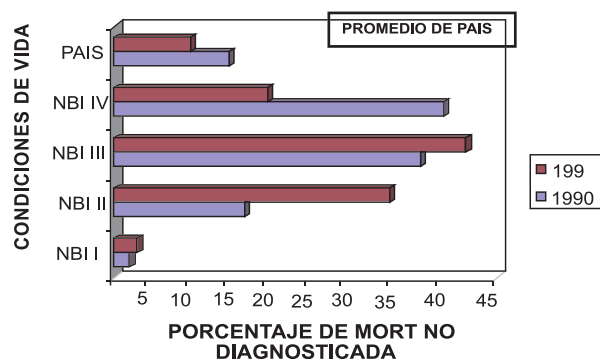


Figura 3. Porcentaje de mortalidad no diagnosticada en categorías de condiciones de vida. Venezuela 1983-1990.

Los tres grupos de datos presentados hasta el momento indican en el grupo NBI IV una reducción tanto en el porcentaje de población (Figura 1), como en el porcentaje de muertes (Figura 2) y también en el porcentaje de muertes sin diagnóstico (Figura 3).

Se ha indicado anteriormente que un objetivo del estudio fue explorar los datos, descomponiendo o rompiendo los promedios, a fin de determinar si era posible observar los perfiles diferenciales utilizando como variable conceptual estratificadora las condiciones de vida de la población y como variable operativa estratificadora, el indicador porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (%NBI). El primer elemento clave en este estudio es justamente la utilización de la información base que recoge el MSAS, pero en forma estratificada. Es decir, construyendo las categorías de riesgo social y ambiental relevantes para su mejor uso e interpretación. Es esto lo que permite construir los perfiles epidemiológicos diferenciales que se presentarán en la próxima sección.

PERFILES DIFERENCIALES DE MORTALIDAD

Antes de presentar los perfiles correspondientes, es necesario hacer previamente otra reflexión. Esta es con respecto de las estadísticas de mortalidad como indicadores del estado de salud de una población. Ya en 1931 Sydenstricker (16) en Inglaterra, había reportado que en las poblaciones por él estudiadas, que las enfermedades infecciosas, explicaban el 60% de las enfermedades, pero sólo el 20% de las muertes, mientras las enfermedades del corazón y del sistema circulatorio representaban el 24% de la mortalidad y sólo el 2% de la enfermedad. Aunque en Venezuela no disponemos de estadísticas de morbilidad apropiadas para el análisis que se viene realizando, es muy posible que, salvando las distancias del tiempo y la composición de la población, enfrentemos similar situación. Esto quiere decir que en cada una de las categorías de causas estudiadas nos estaremos refiriendo a la gravedad de los procesos que conducen a la muerte y, posiblemente, a las oportunidades de acceso a servicios. En ningún caso estaremos haciendo referencia a la incidencia de la enfermedad en la población.

La Figura 4 nos ofrece una imagen de la distribución de la proporción de muertes diagnosticadas en Venezuela en los años 1983 y 1990. Corresponden a los datos de promedio de país, y en el Cuadro 1 se destacan las cifras correspondientes a los años seleccionados como objetos de comparación. Vistos de esta manera puede afirmarse que en promedio, en Venezuela, en la última década, no se observan grandes variaciones en los porcentajes de mortalidad por los cinco grupos de causa seleccionados.

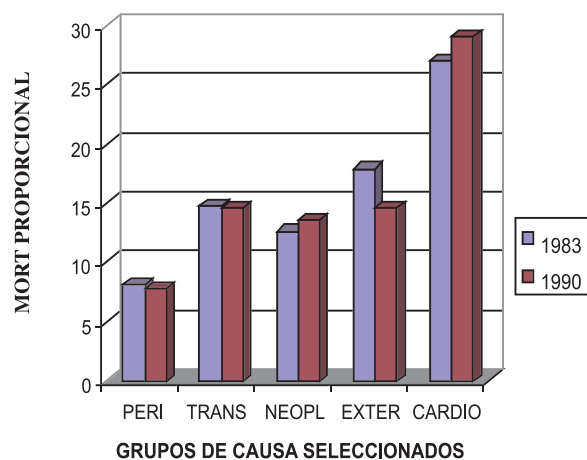


Figura 4. Mortalidad proporcional según condiciones de vida. Causas seleccionadas. Venezuela 1983 y 1990.

Cuadro 1

Mortalidad proporcional por causas seleccionadas
Venezuela 1983 y 1990

Causas seleccionadas	1983	1990
Causas perinatales	8,17	7,78
Transmisibles	14,68	14,52
Tumores y neoplasmas	12,61	13,61
Externas (muertes violentas)	17,88	14,59
Cardiovasculares	27,00	28,99

Fuente: base de datos Proyecto Desigualdades Sociales y Salud. Cifras MSAS/OCEI.

La mortalidad por causas cardiovasculares ocupa la mayor proporción entre las defunciones con diagnóstico, seguida en segundo lugar por las muertes violentas o causas externas, en tercer lugar las transmisibles, en cuarto los neoplasmas y en quinto lugar la mortalidad relacionada con el período perinatal. En promedio, para el país, esta distribución se mantiene uniforme para los dos años seleccionados. No obstante, se observan claramente las pequeñas variaciones que cada una de las causas seleccionadas ha experimentado en el lapso estudiado. Llama la atención tanto el descenso en las causas externas, como la estabilidad de la proporción en las causas externas, como la estabilidad de la proporción en las causas perinatales y en las transmisibles. Neoplasmas y cardiovasculares exhiben un ligero aumento.

Seguidamente observaremos los resultados producto del cruce de la variable mortalidad con la variable condiciones de vida, a partir de lo cual se construyen los perfiles epidemiológicos reportados en este estudio. Podrán apreciarse los perfiles diferenciales en cada uno de los casos. Hemos planteado como hipótesis de trabajo que la articulación de los datos de condiciones de vida (como factor de riesgo o como tasa de exposición), con los de mortalidad (como medida de daño) nos permite obtener un mayor nivel de precisión para la identificación y una posible propuesta de selección de zonas prioritarias de inversión. Para efectos de esta publicación se reportan exclusivamente los resultados detallados en tres grupos de causas: cardiovasculares, transmisibles y perinatales porque son las que contienen la información más relevante para el alcance de los objetivos de este estudio.

Se observa en la Figura 5, tanto como en el Cuadro 2, un perfil inverso de mortalidad proporcional. A menor índice de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI I) o municipios/parroquias que agrupan los grupos poblacionales en mejores condiciones de vida en el país, mayor proporción de mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

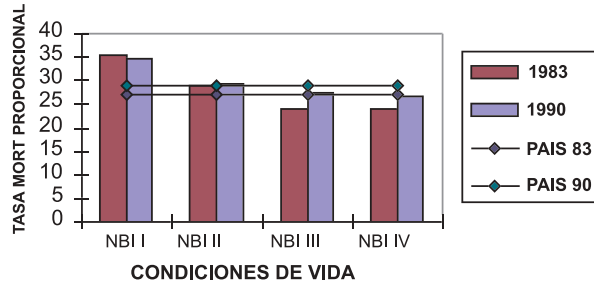


Figura 5. Enfermedades cardiovasculares: mortalidad proporcional según condiciones de vida. Venezuela 1983 y 1990.

Cuadro 2

Perfil de mortalidad según condiciones de vida
Causas cardiovasculares. Mortalidad proporcional
Venezuela 1983 y 1990

Grupos de NBI	1983	1990
I	35,44	34,49
II	29	29,33
III	24	27,52
IV	24	26,73
Promedio de país	27	28,99

Fuente: Cálculos propios. Cifras MSAS/OCEI

Ahora es importante detenerse en las magnitudes diferenciales. En primer lugar, se observa que el promedio de muertes por enfermedades cardiovasculares aumentó muy ligeramente, de 27% a 29% entre 1983 y 1990 (líneas horizontales en la Figura 5). El rango de variación interna, en el año 1983 (barras claras), fue también ligeramente mayor que el observado en 1990 (barras oscuras), al situarse entre 35,4% en el grupo NBI I y 24% en los grupos III y IV. Hay evidencias de que en 1983 tanto como en 1990 la mortalidad por cardiovasculares fue aproximadamente 1,3 veces mayor en el grupo NBI

I que en el grupo NBI IV. Se destaca en ese mismo año, por una parte, un ligero aumento en los grupos III y IV; por otra parte, estabilidad en el II y disminución en el I. A efecto de contrastar nuestros resultados con las estadísticas de otros países utilizamos el trabajo de López (17) quien evalúa los patrones de mortalidad existentes en países industrializados y en países subdesarrollados, para 1985. Indica que en los países industrializados la proporción de mortalidad por cardiovasculares, tal como son definidas en este estudio, corresponde a 41% de la mortalidad diagnosticada. Es decir, es 1,5 veces mayor que la promedio de nuestro país y 1,18 veces mayor que la mayor tasa identificada en nuestro estudio, es decir, la del grupo NBI I (=34,49%).

En contraste con lo anteriormente señalado, observamos en la Figura 6 y en el Cuadro 3, un perfil de relación directa en la mortalidad proporcional por enfermedades transmisibles, según condiciones de vida. Es decir, a peores condiciones de vida (NBI IV), mayor proporción de muertes por enfermedades transmisibles. La proporción aumenta a medida que aumenta la concentración de población con necesidades básicas insatisfechas. Aunque la cifra de mortalidad proporcional por transmisibles en el país, en 1990 (14,72%), es casi exactamente la misma que en 1983 (14,68%) se observa un ligero aumento en los grupos III (17,45%) y IV (22%). Estos son los grupos de municipios y/o parroquias con mayor porcentaje de población en situación de necesidades básicas insatisfechas; esto equivale a la ubicación de los espacios geopolíticos y sociales donde se acumula la pobreza y, más específicamente, la pobreza crítica.

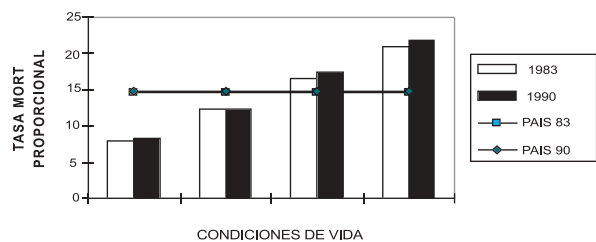


Figura 6. Enfermedades transmisibles: mortalidad proporcional según condiciones de vida. Venezuela 1983 y 1990.

PERFILES DIFERENCIALES DE MORTALIDAD

Cuadro 3

Perfil de mortalidad según condiciones de vida.
Enfermedades transmisibles. Mortalidad proporcional.
Venezuela 1983 y 1990

Grupos de NBI	1983	1990
I	7,9	8,24
II	12,37	12,38
III	16,63	17,45
IV	20,98	21,91
Promedio de país	14,68	14,72

Fuente: cálculos propios. Cifras MSAS/OCEI

Estas cifras se traducen en hechos tales como que, tanto en 1983 como en 1990, la mortalidad por enfermedades transmisibles en el grupo NBI I fue 2,7 veces menor que en el grupo NBI IV, 2,12 veces menor que en el grupo NBI III y 1,5 veces menor que en el grupo NBI II.

El trabajo de López (17), de la división de Vigilancia Epidemiológica y Análisis de Situación de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), oficina de Ginebra, indica que la mortalidad proporcional por transmisibles en los países industrializados fue igual al 4,6%. Es decir, la tasa promedio de Venezuela es 3,26 veces mayor que la de esos mismos países. Al observar nuestras variaciones internas, o nuestro perfil diferencial del año 1990, podemos establecer que la tasa en el grupo NBI I, la que observamos en nuestros municipios con mejores condiciones de vida (NBI I= 8,24) es dos veces mayor que la de los países industrializados y ésta es, a su vez, 5 veces menor que la observada en nuestros grupos poblacionales con las condiciones de vida menos favorables (NBI IV= 21,91%).

Por último, en la presentación de la serie de mortalidad proporcional por grupos de causa incluidos en esta publicación, se observan en la Figura 7 y en el Cuadro 4 los datos correspondientes a la mortalidad por causas perinatales.

Al comparar los perfiles de los años seleccionados puede decirse que se observa estabilidad en las magnitudes reportadas. La tasa promedio de país fue aproximadamente del orden del 8% tanto en 1983 (8,17%) como en 1990 (7,78%). En países industrializados esta tasa es igual a 0,9%. Esta cifra alerta acerca de una magnitud 8,6 veces mayor en Venezuela que en el promedio alcanzado por los países industrializados. Nuestra tasa más baja en

1990, la del grupo NBI es 5,7 veces mayor, siendo nuestra tasa más alta (NBI III) 9 veces mayor. En el año 1983, el perfil diferencial estimado logró evidenciar que a partir del grupo NBI II se duplicaba la magnitud de las desigualdades por grupos de condiciones de vida y que esa duplicación se mantenía para los grupos NBI III (9,26%) y NBI IV (8,39%).

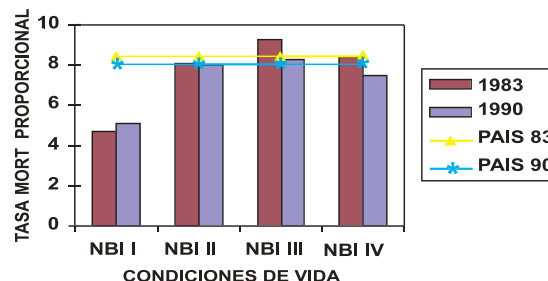


Figura 7. Causas perinatales: mortalidad proporcional según condiciones de vida. Venezuela 1983-1990.

Cuadro 4

Perfil de mortalidad según condiciones de vida.
Causas perinatales. Mortalidad proporcional.
Venezuela 1983 y 1990

Grupos de NBI	1983	1990
I	4,72	5,1
II	8,09	8,03
III	9,26	8,26
IV	8,39	7,51
Promedio de país	8,17	7,78

Fuente: cálculos propios. Cifras MSAS/OCEI.

El mismo perfil (Figura 7) permite develar que, en contraste con el año 83, en el año 1990 aumenta muy ligeramente la proporción de muertes perinatales en el grupo de municipios con mejores condiciones de vida y menor concentración de población con necesidades básicas insatisfechas (5,1%), y aunque es mayor en todos los otros grupos, en relación con el grupo NBI I, no se duplica la magnitud de la tasa en ninguno de ellos. Sin em-

bargo, se mantiene la relación directa que implica que, a mayor proporción de población con necesidades básicas insatisfechas, mayor proporción de mortalidad por causas perinatales.

Hasta el momento se han representado los perfiles diferenciales establecidos por causas específicas y resalta la variabilidad inter-grupos de condiciones de vida. A continuación, se presentan los perfiles intra-grupo y su comparación con el perfil promedio del país. Los perfiles intra-grupo nos permiten tener una imagen gráfica de la estructura de la mortalidad en cada uno de los grupos de condiciones de vida. A su vez, nos permiten identificar en qué es prioritario intervenir en esos grupos. Por comparación, los perfiles inter-grupos, facilitan la toma de decisiones acerca de dónde intervenir.

Como enfoque inicial señalamos que el perfil Venezuela (Figura 8) se caracteriza por el claro predominio de las enfermedades cardiovasculares. Ocupan el primer lugar entre los cinco grupos de causa seleccionadas, reservándose el quinto lugar para las causas perinatales. Transmisibles, neoplasmas y externas tienen una magnitud promedio muy similar y por tanto no se aprecian diferencias claras entre ellas, en el perfil proyectado.

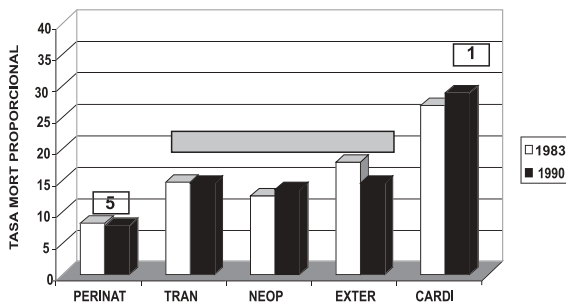


Figura 8. Perfil del país. Mortalidad diagnosticada. Venezuela 1983-1990.

En todos los perfiles correspondientes a los grupos de condiciones de vida (Figuras 9 a 12), se repiten las posiciones primera y quinta. Es decir, independientemente de las categorías de condiciones de vida establecidas en este estudio, siempre cardio-

vasculares se encuentra en primer lugar y siempre perinatales en último lugar de magnitud; cosa por demás esperada si se toma en consideración los rangos de edad y las características de mortalidad estudiada, sumada al subregistro que implica la mortalidad perinatal al incorporar, entre otras causas, las muertes fetales. Pero, lo más relevante es que, al contrastar los perfiles de los grupos I (Figura 9) y IV (Figura 12), se observa que es la estructura de la mortalidad por transmisibles la que determina las posiciones de los otros tres grupos de causas. En el de mejores condiciones de vida (NBI I) la mortalidad por transmisibles ocupa el cuarto lugar, mientras que en el grupo de peores condiciones de vida esta causa ocupa el segundo lugar. Esto indica que, obviamente, la atención a los procesos de salud-enfermedad en cada uno de los grupos de municipios, con determinadas concentraciones de población en condiciones de necesidades básicas insatisfechas, tiene que ser de carácter focal y diferencial. No es ésta la perspectiva que hasta el presente ha adoptado la política sanitaria del país.

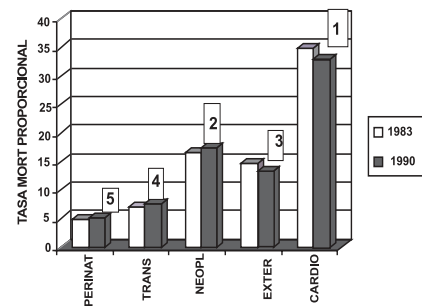


Figura 9. Perfil Grupo NBI I.

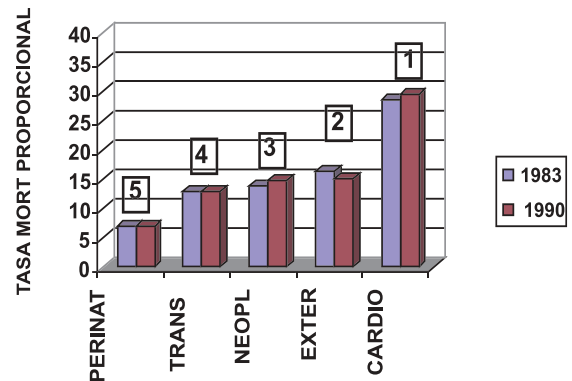


Figura 10. Perfil Grupo NBI II.

PERFILES DIFERENCIALES DE MORTALIDAD

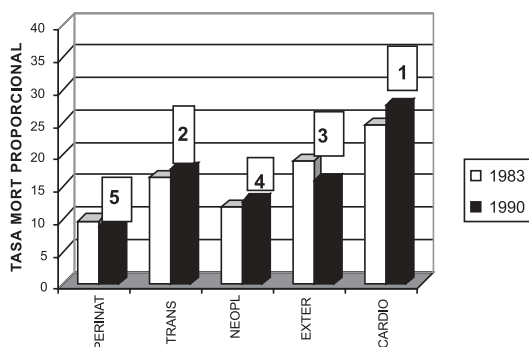


Figura 11. Perfil Grupo NBI III.

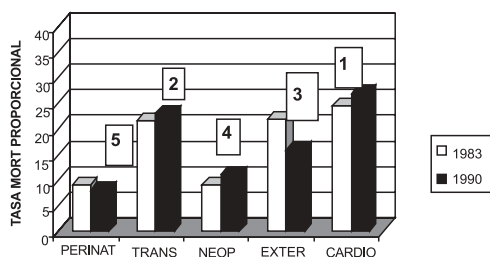


Figura 12. Perfil Grupo NBI IV.

Se concluye esta parte de la presentación de los resultados, al señalar como un hecho resaltante el que, en forma semejante al comportamiento de los países industrializados, también en Venezuela la proporción de muertes por enfermedades cardiovasculares ocupa el lugar más elevado en todos y cada uno de los grupos de NBI. Este hecho llama la atención sobre todo, porque ese es el perfil que define a los países con un alta expectativa de vida al nacer, que exhiben una pirámide de población con estructura de base estrecha y de cúspide en expansión, y en los que las causas perinatales y las transmisibles representan una ínfima contribución a la estructura de su mortalidad. En contraste, nuestros perfiles exhiben junto a la mortalidad por cardiovasculares y neoplasma una alta mortalidad

proporcional por transmisibles y causas perinatales. Estos datos son los que en otros estudios nos han permitido cuestionar la tesis de la “Transición epidemiológica” (18-20) y pasar a proponer el análisis de un cambio de paradigma hacia el enfoque de la Acumulación Epidemiológica (en prensa en Cuadernos a la Agenda Salud, CONICIT).

Una vez reportados los perfiles diferenciales en los que los contrastes inter clases quedan bien establecidos pasamos a plantear las propuestas de que ello se derivan. Atendiendo a los objetivos de este estudio puede proponerse que, con respecto de la mortalidad por transmisibles y por causas perinatales, las tasas obtenidas en los grupos de mejores condiciones de vida sean los puntos de corte que establezcan las metas a alcanzar para los otros grupos de población. Desde el punto de vista de los principios que rigen la política sanitaria del país, esta es una proposición que rescata los valores de solidaridad y la equidad, a fin de disminuir la magnitud de las desigualdades inaceptables que existen. Aunque, en comparación con los promedios de los países industrializados, siguen siendo tasas exageradamente elevadas, ellas son las que “teóricamente” uno podría considerar técnicamente posibles dentro de nuestras condiciones socio-económicas y políticas. Esto supone, junto a la adopción de nuevas perspectivas de análisis, una redefinición de prioridades y una evaluación cuidadosa de las fortalezas y debilidades de los sistemas asociados a la red causal, en el caso de las transmisibles y las perinatales. Requiere intervenciones multisectoriales al mismo tiempo que acciones coordinadas desde diversas disciplinas, instituciones y políticas.

En lo que respecta a la identificación de los espacios prioritarios para intervención (Objetivo 3) se señala que los datos obtenidos, que identifican áreas de mayor riesgo y vulnerabilidad, permiten la construcción de los mapas de desigualdades que ya hemos comenzado a desarrollar en nuestra línea de investigación. Al establecer los perfiles diferenciales de mortalidad en términos geográficos, desagregados hasta niveles que permiten develar la heterogeneidad de condiciones de salud y vida existentes en el país, se está frente a la posibilidad concreta de identificar espacios sociopolíticos con necesidad de atención prioritaria. Estos datos tienen valor diagnóstico relevante para quienes toman en serio los aspectos positivos de la descentralización del Estado venezolano y su impacto en los municipios; no sólo

los de mayores recursos sino también los más postergados. Desde este punto de vista, nuestro estudio nos ha permitido concluir que es la zona de los Estados frontera la de mayor vulnerabilidad y de mayor necesidad en salud, con patrones de causas, riesgos, niveles y tendencias que constituyen un reto impostergable para la entrada en el siglo XXI.

Algunas conclusiones

El objetivo central del estudio que ahora se reporta fue perfeccionar una metodología y una técnica de análisis de resultados que permitiese la identificación de las heterogeneidades y las desigualdades existentes en las condiciones de salud de la población. Es decir -trabajando a un nivel adecuado de desagregación- romper los promedios existentes, trascenderlos y develar e interpretar, con propiedad, las situaciones parciales que las estadísticas oficiales, debidamente examinadas, sí nos pueden decir. Dada la naturaleza del problema acá examinado, la significación del estudio no se concentra sólo en las interpretaciones posibles acerca de las estadísticas reportadas, por demás relevantes. Además es necesario destacar, tal como dice el poeta Ungaretti (21), la realidad del acontecimiento mismo. Esto es lo que más cuenta.

Las conclusiones a plantear ahora obedecen a dos órdenes de fenómenos; uno es el orden de los métodos, otro el de las políticas y las consideraciones para el cambio o la transformación de la realidad presentada.

A. Conclusiones en relación con los aspectos metodológicos

- Los datos de mortalidad proporcional por causas que hoy se reportan son sólo los que se refieren a porcentajes de mortalidad registrada. Tiene, sin embargo, la ventaja de ser parte del estudio que, por primera vez en el país, presenta sus estimaciones acerca de mortalidad según condiciones de vida, desagregadas en municipios y parroquias. Otros trabajos habían aportado información en los Estados, una desagregación que, aun cuando es mejor que la presentación de los promedios nacionales, tiene la desventaja de

que sigue encubriendo la variabilidad interna de ese espacio territorial.

- A pesar de las dificultades de la naturaleza y calidad de los datos, de los registros y los subregistros, siempre denunciados en relación con las estadísticas oficiales, este estudio ha demostrado que trabajarlos en el nivel de desagregación que elegimos (municipios/parroquias) permite identificar para el país los espacios de homogeneidad y heterogeneidad que expresan las concentraciones diferenciales de las estimaciones propuestas. A partir de estos datos y de esta forma de manejarlos, pueden construirse tanto los mapas temáticos correspondientes, como las primeras aproximaciones al montaje de sistemas de vigilancia epidemiológica locales y nacionales.
- Este estudio tiene importancia desde el punto de vista metodológico por cuanto se va demostrando que con nuevas técnicas de análisis se pueden refutar, clarificar y/o describir con mayor precisión planteamientos y decisiones de alto costo social y económico en materia de política sanitaria en el país. Su mayor relevancia se vincula también con la oportunidad de ofrecer nuevas perspectivas de análisis en el momento en el que la descentralización y la municipalización de la salud, son objeto de discusión. Ambas son actualmente también objeto de propuestas prioritarias para la superación de algunos de los nudos críticos en la prestación de servicios de salud en el país. Es obvio que parte de la situación de mortalidad que ahora develamos, tiene que ver con la oportunidad y calidad de los servicios preventivos y reconstitutivos a los cuales la población tiene o no acceso, en un momento determinado.
- La construcción de los perfiles diferenciales con los datos incorporados y cruzados en este estudio ofrece la ventaja de facilitar la identificación de patrones de homogeneidad y heterogeneidad espacial y social, útiles para alcanzar mayor impacto con medidas de prevención y de control, tanto de daños, como de riesgos.
- A partir de los estudios de diseño ecológico para la estratificación de la mortalidad proporcional pueden identificarse tanto un patrón como un perfil diferencial de la relación entre mortalidad y condiciones de vida, o entre daño y riesgo.

B. Conclusiones en relación con los aspectos epidemiológicos y de política sanitaria

- Desde un mirada académica y científica, en esta oportunidad hemos desarrollado aspectos metodológicos no carentes de una perspectiva teórica y de una visión de salud pública comprometida con principios claves, como son la búsqueda de equidad y solidaridad, en la construcción de las vías para hacer posible en Venezuela otro principio constitucional, el del derecho a la salud.
- Entre los dos años seleccionados, en promedio, no se observan variaciones significativas en los porcentajes de mortalidad por los 5 grupos de causa seleccionados. Pero en cada año sí se evidencian variaciones importantes cuando los datos obtenidos muestran el contraste de los grupos de condiciones de vida. Esto es lo que hemos denominado desigualdades inaceptables en salud.
- Los perfiles identificados confirman que las formas de enfermar y de morir no son ni homogéneas ni casuales; y en alguna medida responden a un patrón de estructura y de organización social que puede expresarse espacialmente, y es posible documentar esa asociación a partir del cruce estratificado de los registros oficiales que al respecto recogen información sociodemográfica y sanitaria.
- Las causas estudiadas se refieren tanto al estudio de la mortalidad del adulto como a la mortalidad infantil. De esta manera, se aborda indirectamente la situación de perfiles que tomen en cuenta la composición de edad de la población y, en conjunto, se contribuye a llenar el vacío de información existente en el país con respecto de su combinación por grupos socioeconómicos. Esta perspectiva “pone en la mira” la contribución relevante de los factores socioeconómicos y ambientales al proceso de salud/enfermedad.
- Dados los perfiles diferenciales de mortalidad establecidos, con base en la utilización del indicador % NBI para estratificar los municipios y parroquias parece productivo su incorporación en las técnicas de análisis para el control, el seguimiento y la vigilancia epidemiológica, a nivel local tanto como a nivel nacional.
- Este estudio aporta información relevante para la planificación estratégica, la intervención en grupos focalizados y la propuesta de reconducción de la política de salud. Sienta bases para el

esclarecimiento y la comparabilidad de la magnitud en la cual algunos factores de riesgo contribuyen a la producción y distribución de las principales causas de muerte en el país, y al trascender el tratamiento de las cifras promedios, tanto en el plano nacional como en el internacional, permite una ubicación más precisa en lo que respecta al comportamiento de la estructura de nuestra mortalidad.

- De los datos producidos al abrir esta línea de investigación en perfiles diferenciales de mortalidad según condiciones de vida, se va obteniendo una visión de conjunto que contrasta con la dimensión plana y no comprometida de los reportes técnicos. Desde la perspectiva que ofrece este estudio es prácticamente imposible eludir los principios de solidaridad y equidad en que debe fundamentarse la política sanitaria, y el derecho a la salud, en los comienzos del siglo XXI. Nos hemos aproximado a una situación en la cual lo académico, lo científico, lo ético y lo político, se encuentran para contribuir a la identificación de los espacios de desigualdades posibles de superar.

Quedan múltiples preguntas. Entre ellas: La identificación lograda sobre desigualdades o heterogeneidades en salud/enfermedad, ¿se aborda por el daño (mortalidad) o por el riesgo (condiciones de vida)? Tomar una posición, elegir cualquiera de las dos prácticas o una combinación de ellas, implica ejecutar aspectos de toda una concepción de política social y de gerencia, en economía y en salud. Este estudio busca contribuir a tomar posiciones y a decidir.

REFERENCIAS

1. Castellanos PL. Proyecto: sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar. HST:OPS/OMS Washington 1991.
2. Núñez N. Perfiles de mortalidad según condiciones de vida. Una propuesta metodológica para trascender los promedios, o mirando viejas cifras bajo la óptica de las desigualdades. Río de Janeiro: ANAIS 2º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, ABRASCO, 1992.

3. OPS. Perfiles de mortalidad según condiciones de vida: experiencia de Venezuela. *Bol Epidemiol* 1994;14(3):11-14.
4. Puffer R, Serrano G. Datos básicos esenciales sobre nacimientos y defunciones para la planificación de salud y estadísticas demográficas. *Bol Of Sanit Panam* 1974;(3).
5. Núñez N. Situación y tendencias de la salud de la mujer y los diferenciales de género y condiciones de vida. Venezuela 1980-1990. Cooperación Técnica OPS/OMS, Caracas: LITOBTRIT; 1994.
6. Machado Y, Tapia I. Industrialización y mortalidad infantil en Venezuela. *Rev Fac Med* 1985;8(2):111-122.
7. Bidegain G. Cambios en la reproducción y en la estructura de la familia en América Latina. En: López G, Yunes J, Solís JA, Omran AR, editores. *Salud reproductiva en las Américas*. OPS/OMS, Washington 1992.
8. Méndez Castellano H. Ecosistema de la salud: morbilidad y mortalidad según estrato social. *Gac Méd Caracas* 1996;104(2):112-121.
9. Breihl J, Campaña A, Costales P, Granda E, Páez R, Yépez J. Deterioro de la vida: un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud. Quito: Corporación Editora Nacional, 1990.
10. Geographical inequalities of mortality in developing countries. *Soc Sci & Med* 1994;36(10):1239-1382.
11. Orihuela-Egoavil EF. Disparités regionales et socio-economiques de la mortalité en Amérique Latine. *Soc Sci & Med* 1994;36(10):1357-1365.
12. PNUD/MINFAMILIA. La pobreza en Venezuela. RLA/86/004. Bogotá 1990.
13. Núñez N, Freimanis, L. Proyecto Desigualdades Sociales y Salud. Manual de Procedimientos y Base de Datos. Documentos de uso interno. Caracas 1990 y 1994.
14. OCEI, Censo General de Vivienda, Estimaciones de NBI. Base de datos suministrada al Proyecto Desigualdades Sociales y Salud. Caracas 1994.
15. Plaut R, Roberts E, Silvi J. Cause-specific mortality analysis as a component of health situation assessment, a regional experience. Meeting of Heads of WHO Collaborating Centers for the Clasification of Diseases. Sao Paulo 1991.
16. Sydenstricker E. Conferencia "De Lamar" sobre Higiene pronunciada en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, en 1936. Reproducida en "El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas". Washington: Publicación Científica 505. OPS/OMS, 1988.
17. López AD. Causes of death: an assessment of global patterns of mortality around 1985. *World Health Stat Q* 1990;43(2):91-114.
18. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q* 1971;49:509-538.
19. Laurenti R. Transição demográfica e transição epidemiológica. *Anais 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Epidemiologia e desigualdade social: os desafios do final do século*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990.
20. Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R, Sepúlveda J, José M. La transición epidemiológica en América Latina. *Bol Of Sanit Panam* 1991;11(1):458-496.
21. Ungaretti G. Prefacio a la edición italiana de Anabase, en 1936. En: Saint-John Perse, editor. *Saint-John Perse Oeuvres complètes*. Bibliothèque de la Pléiade. Paris: Editions Gallimard, 1982:1106.