

Ecosistema de la salud: morbilidad y mortalidad según estrato social

Dr. Hernán Méndez Castellano

Académico Correspondiente

INTRODUCCION

Nuestra presencia en el planeta data aproximadamente de unos treinticinco mil (35 000) años. Durante todos los períodos anteriores al Neolítico la presencia del hombre estaba condicionada por mecanismos de selección natural y sometida por lo consiguiente a la ley biológica del más fuerte. Su adaptación a la vida se hacía mediante su interrelación entre sí, con las demás especies vivientes y con el medio natural circundante. Su período vital era muy corto, y su muerte se debía casi siempre a problemas de violencia derivados en la lucha con otras especies vivientes y a los cataclismos de la naturaleza.

A partir del período Neolítico hace apenas unas cuatrocientas (400) generaciones, el hombre se desarrolla biológicamente, al transcurrir del tiempo se inicia en el camino de la ciencia y de la tecnología hasta el mundo moderno donde se han almacenado recursos que le permiten al hombre su supervivencia, ya no por selección natural sino mediante el uso de la ciencia y la técnica que le permiten la adaptación artificial al medio ambiente.

El proceso del desarrollo humano constituye, sin lugar a dudas, el fenómeno más representativo de la actividad vital del hombre. Esta actividad vital sólo es posible si se cumplen las condiciones fundamentales que permiten vida sana en todas las dimensiones del planeta. Tales condiciones son la integración a

la vida en forma dinámica, permanente y con ritmo sostenido y la interacción con los demás seres vivos para realizar la puesta en marcha de los mecanismos de adaptación. De no ser así, sobreviene la desaparición de las especies, más aún, de la vida misma.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud como un “Estado de bienestar físico, mental y social y no como la simple ausencia de enfermedades o incapacidades”. Tal definición ha sido calificada por algunos como utópica. Sin embargo, por el contrario, es una definición exacta, objetiva, alcanzable y completa. Es alcanzable como una meta a lograr en la medida que se perfeccionen las sociedades. Esta perfectibilidad social se alcanza cuando se formulan planes de desarrollo con objetivos de un crecimiento económico con equidad y que tenga como norte el crecimiento y desarrollo humanos.

Los conceptos de salud y enfermedad no son términos contrapuestos, ni expresiones conceptuales estáticas. Salud y enfermedad son hoy en día el resultado de miles de años de experiencia de vida y la expresión concreta, dinámica, evolutiva, real, del avance estructural y económico social de las sociedades. Al ser esto así, la salud y la enfermedad en el hombre están condicionadas no sólo por los factores biológicos, gérmenes, virus, toxinas, sino también por la posibilidad de usar adecuadamente los servicios: calidad del agua ingerida, calidad del aire respirado, la alimentación, la vivienda, ingreso familiar suficiente y permanente; y las situaciones de orden psicológico derivados de las presiones sociales, de las relaciones interpersonales que

contribuyen en gran medida a configurar la salud y la conducta humana. La pérdida del equilibrio en todos estos mecanismos de adaptación se expresa a través de síntomas físicos, psicológicos y/o conductuales. Estas alteraciones conforman los determinantes de la salud integral, lo que obliga para su precisa evaluación, a la búsqueda de la multi causalidad social que la condiciona. La salud del hombre moderno obliga a los investigadores y al Estado a darle una nueva connotación y a rendimensionarla mediante investigaciones multidisciplinarias e inter-disciplinarias. Igualmente, se hace necesario encontrar indicadores para evaluar la entreaña de los cambios sociales que influyen permanentemente sobre la salud integral y sus componentes. En otros términos, es necesario utilizar nuevos diseños metodológicos para evaluar la salud, incorporando a lo biológico todo lo relativo a lo económico, social y cultural.

Las anteriores consideraciones han sido la base para la planificación y diseño del Estudio Nacional de Salud Integral, ejecutado en todo el país, denominado “PROYECTO VENEZUELA”.

El Proyecto Venezuela es sin lugar a dudas una investigación inter y multi-disciplinaria que tiene como objetivo fundamental el conocimiento de la identidad del hombre venezolano desde el punto de vista biológico, socioeconómico y cultural. En cuanto a lo biológico se trataba de obtener patrones nacionales de crecimiento y desarrollo integrales del niño, los que se han obtenido, mediante la estratificación previa de la población por el método Graffar-Méndez Castellano. Se ha utilizado la valoración de la calidad de vida según pertenencia a determinado estrato social como un indicador confiable del sub-desarrollo nacional y regional.

El desarrollo de Venezuela no puede ni debe tener otro objetivo que el desarrollo cultural y social de todos los habitantes lo que en último término significa el desarrollo social y cultural de la familia venezolana.

En nuestra opinión, los recursos necesarios para el desarrollo de Venezuela son de tres órdenes.

- a) Los recursos naturales que poseemos; riquezas del suelo y del subsuelo y los recursos hidráulicos.
- b) Recursos financieros que permitan la explotación de las riquezas del país. Recursos que pueden prevenir de inversiones nacionales o internacionales.
- c) Los recursos humanos (profesionales y técnicos),

esenciales e indispensables para alcanzar un modelo de desarrollo previamente planificado, porque el desarrollo humano debe constituir el objetivo fundamental de cualquier modelo económico de desarrollo.

Los datos aportados por la “Estratificación Social” de la nación, obtenidos en el “Proyecto Venezuela” ponen de manifiesto que la sumatoria de la población ubicada en los estratos sociales I, II y III agrupa los mayores recursos económicos y los recursos más calificados en cuanto a lo profesional y a lo técnico. Podría decirse que la población ubicada en estos tres niveles representa las posibilidades de recursos para el desarrollo de Venezuela. Posibilidades que se limitan ante la cuantía de la población en estrato V (“pobreza crítica”). Esta población, por su acumulación de carencias en lo biológico, en lo socio-económico y cultural, constituye una “carga social” que necesita ayuda perentoria y bien planificada para ponerla en el camino de dejar de serlo.

La aproximación de lo social al campo de la medicina, es de reciente data. En efecto, se da como fecha de su inicio la de 1850 cuando Sir John Snow sentó los principios fundamentales de la epidemiología al demostrar la relación entre una epidemia de cólera en Londres y la contaminación del sistema de aguas de la ciudad. Sin embargo, en la literatura médica del siglo XIX se encuentra un informe sobre la evaluación de la salud en la ciudad de París elaborado en 1829 por Luis René Villermé en su condición de médico de salud pública de la capital de Francia. Dicho informe decía lo siguiente: “La talla humana aumenta y el crecimiento se efectúa más rápidamente, en proporción a la riqueza del país, al confort más general expresado en mejores casas, vestimenta, alimentación, trabajo y menos fatiga y privaciones durante la infancia. En otras palabras, las circunstancias que acompañan la pobreza retardan el crecimiento de los niños y atrofian la talla de los adultos”.

La concepción de la salud expresada por Villermé puede considerarse como la más cabal definición de la salud integral, tal como la que hoy en día ha sido formulada por la Organización Mundial de la Salud.

Entre nosotros dos eminentes y visionarios miembros de esta Academia señalaron también el advenimiento de la moderna concepción de la salud.

Francisco Antonio Rísquez en su lección inaugural en el curso sobre Patología General dictado en 1896 dijo lo siguiente: “El descubrimiento de los

microbios y toxinas fue un paso tan gigantesco, una creación que iluminó con resplandores tan vivos el campo de la ciencia, que el espíritu deslumbrado no pudo ver ya en todo sino microbios y toxinas. La noción del terreno, indispensable para el desarrollo y reproducción de los gérmenes quedó como olvidada ante la noción del germen productor de las enfermedades. Pero no tengo por aventurado asegurar que si la doctrina ha sido fecunda, no muy tarde habrá cambiado el concepto del papel atribuido a los microbios (1).

Luis Razetti, el 10 de abril de 1924, tal vez en una tarde como ésta, se dirigió a sus colegas médicos de la manera siguiente: “Honorables colegas, vengo hoy a ocupar la atención de la Academia con uno de nuestros problemas más graves administrativos: El decrecimiento de la población de Caracas” (2).

Razetti señala que en los 16 años transcurridos entre 1908 y 1924 en el Departamento Libertador del Distrito Federal, han ocurrido 50 128 nacimientos contra 51 027 defunciones, lo cual señala un déficit poblacional de 1 081 habitantes en el mencionado período.

El orador presenta como explicación de esa realidad, la alta mortalidad infantil predominante en el momento, condicionada, según él por la ilegitimidad de los hijos; el analfabetismo de los padres, sobre todo de las madres; el alcoholismo y la sífilis de los padres y demás antepasados de los hijos; el abandono absoluto en que se desarrollaba la vida del niño pobre en Caracas.

Este trabajo de Razetti debe ser considerado como **la primera investigación sobre la estadística aplicada a la biología humana.**

En 1964 en París, un grupo de científicos de 25 naciones acordaron un programa internacional bajo el nombre “Internacional Biological Programme”.

El programa recomienda en primer término la necesidad de que se funde en cada país un Instituto con el objetivo permanente de estudiar las características biológicas de la población y sus condiciones de adaptabilidad.

En 1974, un grupo de venezolanos bajo mi dirección y supervisión, se da a la tarea de planificar un estudio nacional de crecimiento y desarrollo humanos que ha recibido el nombre de Proyecto Venezuela, y que culminó en la Fundación Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA).

El historiador médico L.A. Angulo Arvelo en su

resumen, considera de gran importancia para la medicina nacional la realización de esa investigación para las ciencias de la salud y para la ciencias sociales (3).

Estructura de población y rango de salud en Venezuela

Como parte fundamental del diseño de la investigación programada para la búsqueda de la salud integral del venezolano, se procedió a la estratificación de la población venezolana, mediante el método Graffar-Méndez Castellano. La selección de este método se debió a su previa validación por calificados especialistas en la materia (4). También a la necesidad de estudiar la salud del venezolano de manera estratificada, por considerar que los miembros de cualquier sociedad tienen determinada forma de enfermar y determinada manera de morir según su pertenencia a determinado estrato de la sociedad. Tal afirmación es el producto del conocimiento de que no existen, ni ha existido, homogeneidad en el usufructo de los bienes y servicios en ninguna de las estructuras sociales en que el ser humano ha vivido.

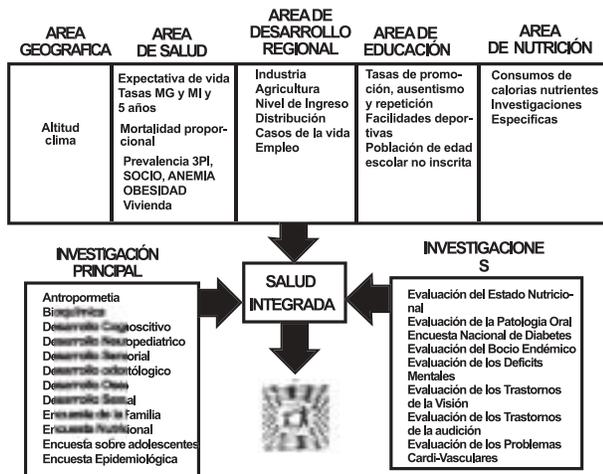
La estratificación social en Venezuela para 1993 es la siguiente:

Cuadro 1
Venezuela 1993

Estrato social	%	Población	Familias
I+II	8,16	1 602 650	356 792
III	13,65	2 711 474	585 331
IV	37,85	7 651 561	1 552 503
V	40,34	8 283 327	1 635 828
Total		20 248 826	4 129 828

Para emprender el estudio nacional de la población venezolana se seleccionó una muestra total, escogida por métodos aleatorios, con una desagregación expresada así:

Estrato Social- (5 estratos); Nivel Regional- (8 regiones); Areas Urbanas y Rural, para un total de 69 306 sujetos; examinados en instituciones -59 447 y no institucionales 7 859. En todos los casos se realizó el estudio de sus respectivas familias.



Las hipótesis escogidas fueron las siguientes:

- A.-El factor genético no es limitante en el crecimiento y desarrollo normales del venezolano.
- B.-Entre los factores limitantes del crecimiento y desarrollo normales en Venezuela, la alimentación es jerárquicamente, el de mayor importancia.
- C.- Los niveles económicos y culturales de la familia en Venezuela son igualmente factores limitantes del crecimiento y desarrollo normales.
- D.-Las variables indicadoras del crecimiento y desarrollo investigadas en la clase media alta, deben ser consideradas como patrones de referencia para Venezuela en atención a que ese estrato social se desenvuelve en condiciones que podríamos llamar óptimas.

La muestra fue tratada de acuerdo al diseño que sigue: (Ver anexo Gráfico sobre el diseño del Proyecto Venezuela)

Se observa una creciente y peligrosa desproporción entre los diferentes estratos de nuestra población. De acuerdo con los estudios de FUNDACREDESA, los estratos sociales I y II, de ingresos elevados representan sólo el 8,16% (1 602 650 personas - 356 792 familias) del total de 20 248 826 habitantes de Venezuela. El estrato III, representa el 13,65% de la población (2 711 474 personas - 585 331 familias), cuyos ingresos están sometidos a una constante erosión como consecuencia de la inflación, especulación y de otros factores negativos.

El estrato V, en estado de pobreza crítica y/o estructural representa el 40,34% de los venezolanos (8 238 327 personas - 1 635 202 familias). Esta población constituye lo que se denomina “carga social” y sólo puede ser enfrentada por los estratos I y II, ya que la clase media (estrato III), cada vez posee menos recursos, y porque el estrato IV, formado por el 37,85% de la población (7 651 561 personas - 1 552 503 familias), comprende a los venezolanos en pobreza relativa, cuyos ingresos son insuficientes y no poseen capacidad de ahorro, lo que los coloca en circunstancias de equilibrio inestable. Si al grupo de venezolanos en pobreza crítica y estructural le añadimos el 37,85% de pobreza relativa (estrato IV), que aún no constituye una “carga social”, tenemos un 78,19% en pobreza en Venezuela.

La presente situación identificada en nuestro país, ha producido una gran influencia sobre la salud de los grupos familiares y también irremisiblemente sobre la salud pública de Venezuela.

La salud pública en Venezuela. La salud pública del venezolano está condicionada por dos factores fundamentales:

- a) La alimentación que influye desde el momento de la concepción, durante todo el período de crecimiento hasta los 20 ó 25 años de edad.
- b) Las infecciones repetidas vinculadas con la mala calidad de la vivienda.

Si queremos sistematizar los problemas que afectan a una comunidad, es obligante dividirlos en enfermedades sociales coyunturales y enfermedades por la estructura de la sociedad relacionada con la alimentación. Entre las primeras señalamos los tres grupos siguientes: enfermedades que afectan grandes masas de la población con características epidémicas; enfermedades que afectan a la población relacionadas con situaciones ambientales y con características de endemias y los accidentes y las enfermedades degenerativas que no tienen causas definidas pero que influyen en las tasas de morbilidad y mortalidad. Calificamos a los tres grupos mencionados como coyunturales porque agrupan enfermedades que pueden ser erradicadas de las comunidades sin necesidad de cambios estructurales en la organización social; calificamos de estructurales todas las alteraciones orgánicas relacionadas con la alimentación, debido a que su erradicación acarrea cambios estructurales profundos en la organización social.

La salud colectiva depende en buena parte de la puesta en marcha de políticas de información y educación, sistemáticas y sostenidas, a la población.

Se da la creencia de que la salud está muy bien cuando se tienen centros asistenciales dotados de modernos equipos, pero los verdaderos logros en salud se traducen en menos hospitales y una exitosa política de prevención.

La salud colectiva depende del nivel de conocimiento sobre esas áreas, alcanzado en cada familia. No podrá haber nunca una salud pública eficiente, mientras que en el seno de la familia no se practiquen hábitos higiénicos fundamentales, resultado de un proceso educativo adecuado.

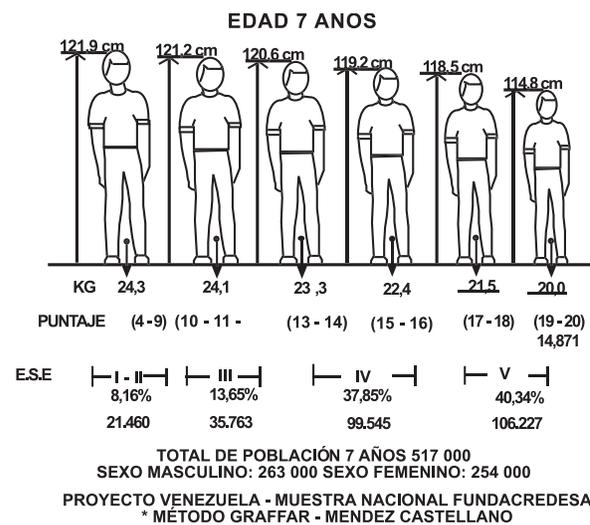
Todos los indicadores demográficos de salud no revelan con exactitud la verdadera situación de la salud venezolana. Tal es la razón por la cual insistimos que, como indicador de salud pública, es altamente confiable la diferencia de tallas en los niños a los 7 años, por razón obvia de que el crecimiento es el producto del patrón genético del niño, influenciado por su medio ambiente y, en especial por la alimentación y las infecciones repetidas.

Indicador de salud. El crecimiento de los niños es un buen indicador de la salud, nutrición y condiciones de vida de una población. En las poblaciones en vías de desarrollo aparece un aumento en talla y peso, primero en los estratos altos y posteriormente en los estratos medio y bajo, disminuyendo progresivamente—en algunos casos anulando— las diferencias en tamaño corporal entre los estratos. La diferencia en la talla es especialmente sensible a los cambios socio-económicos a mediano y largo plazo, pudiendo hacerse negativo o detenerse el crecimiento de los niños.

En Venezuela —entre 1939 y 1984— se ha reportado un aumento secular de 5cm/década y de 3 kg/década. El impacto negativo de la crisis y recesión en la década del 80, hace suponer que este aumento se ha detenido en un sector importante de la población (estratos bajos). Esto es aún más importante, si se considera a manera de ejemplo, que las diferencias entre los estratos extremos (I+II+III versus V) encontradas por el Proyecto Venezuela era de unos 7 cm, y 4 kg en varones a los 7 años.

Talla y peso según puntuación de Graffar en niños de 7 años propuesto como indicador de Salud Pública. Observamos una correlación muy

importante entre las puntuaciones del método Graffar-Méndez Castellano y las variables peso y talla. En los niños pertenecientes al estrato V (pobreza crítica) con puntuación 17 al 20, se observa una diferencia de 4 centímetros entre los niños 17-18 y los que presentan 19 y 20 de puntuación según la escala del método Graffar-Méndez Castellano. En las niñas esa diferencia en el mismo estrato V entre la puntuación 17-18 frente a las puntuaciones 19 y 20, no es tan marcada lo que se puede interpretar como una resistencia natural de las niñas frente a los varones sometidos a las mismas carencias.

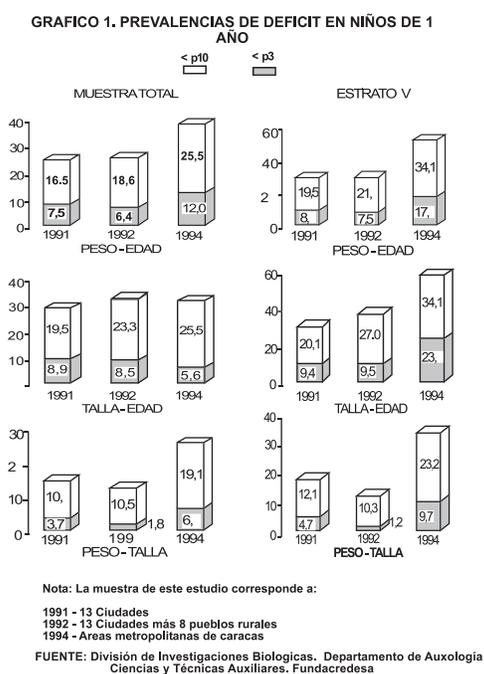


Morbilidad general. Como es de amplio conocimiento de los pediatras, la sub-alimentación crónica de un buen grupo de nuestros niños los convierte en seres minusválidos en su capacidad de defensa ante la agresión exterior hasta el punto que aumentan substancialmente la morbilidad, las graves enfermedades y la muerte temprana. Veamos algunos cuadros sobre la morbilidad de los niños menores de 2 años, de los niños de 2 a 7 años y los escolares.

En los años 1991, 1992, 1994, hemos evaluado, según estrato social, la situación nutricional de nuestros niños mediante los indicadores peso-edad, talla-edad y peso-talla en las edades de 1 y 2 años.

En los niños de 1 año de edad, en la muestra total no estratificada, en el indicador peso-edad, se observa que el porcentaje de déficit nutricional de 16,5% en 1991 asciende a 18,6% en 1992 y a 25,5% en 1994. Los niños del estrato V que tenían un

porcentaje de déficit de 19,5% en 1991, asciende a 21,2% en 1992 y a 34,1% en 1994. En el indicador talla-edad, las variaciones en la muestra total no estratificada van de 19,3% en 1991 a 23,3% en el 92 y a 25,3% en el 94; en cambio los niños del estrato V ascendieron desde 20,1% en 1991 a 34,1% en 1994. En el indicador peso-talla, los niños de la muestra no estratificada ascienden en un porcentaje de 10,8 en 1991 a 19,1 en 1994; los ubicados en el estrato V ascienden del porcentaje deficitario de 12,1% en 1991 al 23,2% en 1994.



El mismo fenómeno se observa aun cuando en menor cuantía, en los niños de 2 años de edad. Estas investigaciones revelan que el daño nutricional es cada vez mayor en los niños de menor edad. Esta influencia ambiental, se hace presente con gran fuerza desde el momento mismo de la fertilización.

Prevalencia de enfermedades. En niños menores de 2 años se encuentra la diarrea como primera causa con un porcentaje de 17,9; pero cuando se analiza la prevalencia por estrato social encontramos que

solamente el 4,6% de los casos de diarrea está en los estratos I+II+III; en cambio en los niños de los estratos IV se presenta un 34,8% de diarrea y los niños pertenecientes al estrato V, presentan un cuadro de 60,5% de casos de diarrea. El total de los niños estudiados fueron 11 060 para todo el país.

En la prevalencia de enfermedades en niños entre 2 y 7 años se observa el mismo fenómeno, en efecto la diarrea sigue siendo la primera causa de morbilidad con un porcentaje de 7,0 para los niños pertenecientes a los estratos I+II+III; 35% para los niños del estrato IV y 58% para los niños del estrato V. La amibiasis intestinal se presentó en un porcentaje de 9,0% para los niños de los estratos I, II, y III; 33,8% para los niños del estrato IV y 57,2% para los niños del estrato V. El total de la muestra estudiada fue de 10 698 en todo el país.

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS. Y SU DISTRIBUCION POR ESTRATO SOCIAL. MUESTRA NACIONAL.

	TOTAL		ESTRATOS SOCIALES					
	n	%	I+II+III	IV	V	n	%	
TOTAL (NACIONAL)	11.060	100						
DIARREA	1.979	17,9	67	4,6	652	32,8	1.260	63,6
AMIBIASIS	1.036	9,3	76	7,3	376	36,3	601	58,4
ANEMIA	839	7,6	309	36,8	301	35,9	229	27,3
PAROTIDITIS	795	7,2	334	42,0	313	39,4	148	18,6
OPILIA	601	5,4	88	14,6	316	52,6	207	34,4
NEFROSIS	572	5,2	37	6,5	213	37,2	322	56,3
NEFROSE	492	4,4	53	10,8	187	38,2	252	51,0
NEFROSA	392	3,5	24	6,1	187	47,7	181	45,8
NEFROLOGIA	271	2,4	19	7,0	133	49,1	119	43,9
NEFROSA	181	1,6	11	6,1	87	48,1	83	45,8

Igual situación se observa en las enfermedades respiratorias y en el sarampión, segunda y tercera causa de enfermedad en este grupo de edad, lo que revela la relación de estos 3 cuadros clínicos con los

niveles de desnutrición aguda o crónica prevalentes en los niños de los estratos IV y V de nuestra población.

Estos niños, ubicados en los estratos IV y V, por sus continuos padecimientos derivados de la subalimentación e infecciones repetidas que provienen de la mala calidad de sus viviendas, presentan una manifiesta detención en su crecimiento y desarrollo.

CUADRO 10.4.2
PREVALENCIA DE ENFERMEDADES EN NIÑOS
ENTRE 2 y 6,99 AÑOS.Y SU DISTRIBUCIÓN
POR ESTRATO SOCIAL. MUESTRA NACIONAL

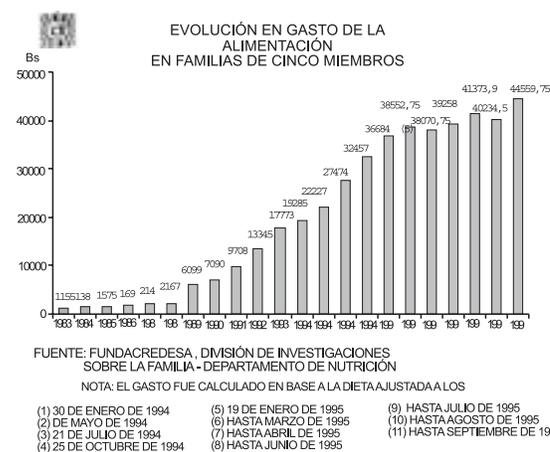
	ESTRATOS SOCIALES							
	TOTAL		I - II - III		IV		V	
	n	%	n	%	n	%	n	%
TOTAL SUJETOS	10.698							
DIARREAS	2.595	24,2	183	7,0	917	35,0	1.495	58,0
VARICELA	1.691	15,8	199	12,0	655	39,0	837	49,0
BRONQUITIS	1.473	13,8	158	10,7	444	30,0	871	59,3
ASMA	1.457	13,6	89	6,1	378	25,9	990	68,0
SARAMPION	1.377	12,9	101	7,3	543	39,4	733	53,3
AMIBIASIS	1.021	9,5	93	9,0	345	33,8	583	57,2
PAROTIDITIS	1.005	9,4	78	7,7	419	41,7	508	50,6
ANEMIA	647	6,0	39	6,0	224	34,6	384	59,4
INTOXICACIÓN	636	5,9	61	9,6	264	41,5	311	48,9
TOSFERINA	382	3,6	22	5,8	124	32,5	236	61,7

FUNDACREDESA - PROYECTO VENEZUELA-DIVISIÓN DE INVESTIGACIONES SOBRE LA FAMILIA (1981-1987)

Consumo de alimentos. En relación al consumo de los alimentos hemos precisado un indicador sobre el costo de una dieta de requerimientos nutritivos y calóricos para un grupo familiar de 5 personas -la pareja, un lactante, un pre-escolar y un escolar. El indicador se ha venido obteniendo, sin solución de continuidad, desde el año 1983 hasta el mes de septiembre de 1995. La mencionada dieta tiene un costo para el año 1983 de 1 155,00 bolívares, luego su costo aumentó moderadamente hasta 1988, en 1989 subió a 6 099 bolívares, lo que significa un costo casi 2 veces más de lo que tenía en el año anterior. A partir de 1990 continúa en progresivo

aumento hasta el presente. En septiembre de 1995, el costo de la dieta de requerimientos en Caracas es de 44 559,75 bolívares. En 1983 el promedio de ingreso de la familia venezolana era de 4 000,00 bolívares, por consiguiente, era necesario invertir el 28% del ingreso para cubrir los gastos de la dieta de requerimientos. En la actualidad el ingreso promedio mensual de los hogares de las familias pertenecientes al estrato III es de 86 205,00 bolívares, las familias pertenecientes al estrato IV tienen un ingreso promedio de 52 542,00 bolívares y las familias del estrato V tienen un ingreso promedio de 43 675,00.

Tal situación afecta de una manera grave el proceso de alimentación de las familias de los diferentes estratos sociales a partir del estrato III. En efecto, el 4% de las familias del estrato III no tienen capacidad de compra para la dieta de nutrientes; un 21,6% de las familias del estrato IV están en las mismas condiciones y un 33,8% de las familias del estrato V no están en condiciones de adquirir la dieta de requerimientos. Estas mismas familias del estrato V, el 48,4% reciben ayuda mediante transferencias sociales; el 41,5% de las familias del estrato IV, y el 20,9% de las familias del estrato III reciben ayuda, también, por transferencia social.

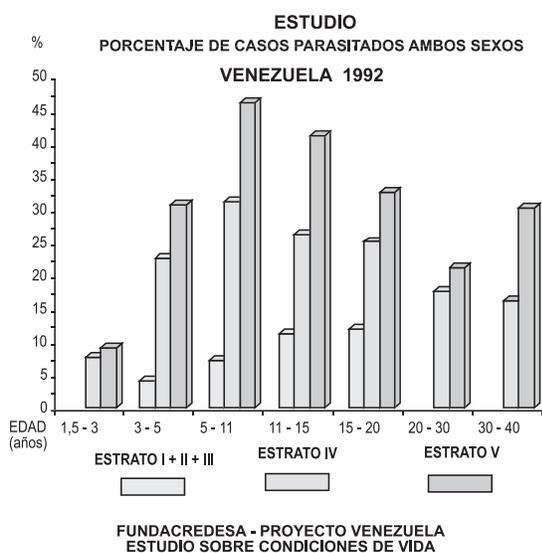


La morbilidad de los menores, se ve, en oportunidades acrecentada por la acción nociva de ciertos tóxicos cuya influencia puede hacerse presente desde el comienzo del embarazo. Además, nuestros adolescentes consumen cigarrillos desde la edad de 13 años en un 58% sin diferencia alguna por estrato

social. También ingieren bebidas alcohólicas en un 42% desde la edad de 13 años notándose un menor porcentaje (34%) en los jóvenes pertenecientes a los estratos I, II, y III.

El 21% de nuestras embarazadas consumen cigarrillos durante el embarazo, de las cuales un 5% consumen de 10 cigarrillos diarios. El consumo de bebidas alcohólicas en las embarazadas es de 20%, de las cuales un 1% las consumen permanentemente durante el embarazo.

Morbilidad por parasitosis intestinal. La morbilidad por parasitosis intestinal en la población constituye un buen indicador de retraso en los niveles de salud de una comunidad. En efecto, tal situación revela al mismo tiempo deficiencia en las medidas de saneamiento ambiental y una manifiesta indiferencia e ignorancia por parte de las personas afectadas.



La población perteneciente a los estratos I+II+III, sufre de parasitosis intestinal a partir de los 3 años hasta la edad de 15 años en un porcentaje que no supera el 10% de la población infestada. En cambio las poblaciones de los estratos IV y V están infestadas desde el primer año de la vida y a los 15 años de edad están infestadas el 45% y a las edades de 40 años se constata aún, 15% de infestados en el estrato IV y un 30% pertenecientes al estrato V.

Morbilidad social. La patología social que también significa morbilidad, generada por la

sociedad venezolana, se puede identificar en las cifras del “Instituto Nacional del Menor” para 1992 y para 1993.

En el año 1992, fueron retenidos en la Policía Técnica Judicial (PTJ) 3 263 jóvenes de los cuales 209 fueron menores de 13 años; 3 054 entre 14 y 17 años. La lectura del Cuadro 4 nos debe llamar a profunda reflexión cuando observamos que el total de los homicidios fue 395, de los cuales 381 fueron cometidos por niños comprendidos entre 14 a 17 años y 14 homicidios fueron cometidos por menores de 13 años. Igual consideración nos merece el análisis de los detenidos por tenencia y tráfico de drogas.

Cuadro 4
Instituto Nacional del Menor
Oficina de planificación y presupuesto
Menores retenidos en PTJ por grupos de edad según causal de infracción - Año 1992

Distrito Federal			
Tipo de infracción	Total	Menores de 13 años	14-17 años
Lesiones personales	380	11	369
Homicidio	395	14	381
Hurto (A)	616	80	536
Robo (B)	890	45	845
Tenencia de drogas	394	19	375
Tráfico de drogas	107	7	100
Violación	67	13	54
Otros	414	20	394
Total	3 263	209	3 054

(A) Incluye hurtos de autos y de motos

(B) Incluye robos de autos y motos

Fuente: PTJ

Div. de Estadística INAM

En los datos suministrados acerca de los menores sometidos a libertad vigilada, sistema de tratamiento no institucional, tal medida recayó en 4 066 menores, de los cuales 84 tenían características de reincidentes (Cuadro 5).

Es interesante señalar que la causa más importante de niños transgresores es la de hurto con un total de

674, siguiéndole en importancia, lesiones personales con 495, luego tenencia de drogas, violación y homicidio.

Cuadro 5
Libertad vigilada
Menores asistidos según causas de ingresos - 1993

Causa del ingreso	Total	Menores	
		Primario	Reincidente
Lesiones personales	495	483	12
Homicidio	168	162	6
Hurtos	674	653	21
Desvalijador de autos	33	33	-
Arrebató	48	488	-
Robo	358	350	8
Cobrador de peaje	6	6	-
Porte de armas	3	3	-
Violación	181	178	3
Tenencia de drogas	172	165	7
Tráfico de drogas	28	27	1
Azote de barrios	23	22	1
Atentado contra las personas	125	120	5
Otros	616	598	18
Sin datos	1 136	1 134	2

Total 4 066 3 982 84

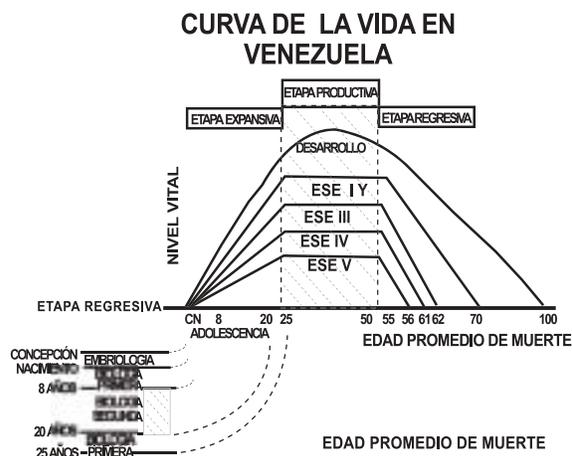
Mortalidad.- El ciclo vital del venezolano es diferente según su pertenencia a determinado estrato social. Hemos venido presentando las diferentes maneras de vivir, las formas de morir que también son diferentes según el estrato social a que se pertenece. Presentamos unas cifras en términos de porcentaje sobre las siete primeras causas de muerte en Venezuela.

Las muertes ocurridas entre 1973 y 1993, presentan los siguientes cambios: por enfermedades del corazón en un porcentaje de 15,9 en 1973 asciende a 28,2 en 1993, la muerte por enfermedades diarreicas se redujeron del 11,2% en 1973 a 2,8% en 1993; las muertes por suicidios y homicidios se duplicaron en esos mismos años de acuerdo a los siguientes porcentajes 2,1 en 1973 a 3,9 en 1993.

En un estudio reciente, aún no publicado, sobre la mortalidad diferenciada por estrato social en la

ciudad de Caracas para el año 1993, encontramos las siguientes cifras: los nacimientos ocurridos para ese año en el Distrito Federal fueron en el orden de los 51 516, las muertes ocurridas para ese mismo año fueron 14 397 con un crecimiento vegetativo de 37 119. El análisis de la mortalidad diferenciada se hizo sobre 1 072 certificados de defunciones escogidos por método aleatorio de las 14 397 defunciones ocurridas, con autorización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). Los certificados de esta manera seleccionados sirvieron para recoger los datos allí señalados y proceder a visitas domiciliarias para obtener el resto de la información.

La edad media de morir para los estratos I y II en Caracas para 1993 fue de 70 años, para los caraqueños ubicados en el estrato III fue de 62 años, en el estrato IV fue 61 años; y en el estrato V fue de 58 años. Se percibe muy claramente que las diferencias socio-económicas marcan 8 años de menor permanencia en la vida para los caraqueños de los estratos medios, nueve años para el estrato IV y de 12 años para los caraqueños en estrato V. (Estudio sobre mortalidad diferencial. Méndez Castellano H, Páez Celis J. Por publicar).



FUENTE: FUNDACREDESA - ESTUDIO SOBRE MORTALIDAD DIFERENCIAL
MENEZ CASTELLANO H. Y PAEZ CELIS J. 1994
* METODO GRAFFAR - MENEZ CASTELLANO

Consideramos haber señalado en el transcurso de nuestra exposición cómo el entorno social, económico, cultural del venezolano configura y dirige su desarrollo en términos humanos y biológicos, y configura igualmente diferencias profundas en la calidad de vida y regula finalmente el tiempo de

permanencia en la vida.

La grave crisis económica-social que en la actualidad padece Venezuela, se deriva de la conjunción de factores económicos con la pérdida de los valores esenciales que dentro de un plan ético y de solidaridad, venían rigiendo las interrelaciones entre los diferentes grupos sociales de la nación. Una grave situación económica puede ser superada, si se maneja con austeridad la inversión de nuestro patrimonio nacional y personal. Es más difícil y lenta la recuperación de los valores morales indispensables para la compactación del cuerpo social.

La situación económica se ha venido agravando debido a los pagos por servicio de la deuda, que disminuyen en gran medida las disponibilidades del Estado para atender los gastos de inversión y las innumerables deficiencias sociales de una gran mayoría de los venezolanos. Además, la nación padece de un grave problema de descapitalización como consecuencia de que un grupo de venezolanos mantienen en el exterior casi 100 000 millones de dólares que podrían significar la definitiva incorporación de Venezuela al mundo del desarrollo. Esta suma es equivalente a tres veces el valor de la deuda pública externa de Venezuela y a diez veces el valor de todas las reservas de la nación.

La grave crisis económica que padecemos, ha repercutido necesariamente sobre la salud del venezolano y, en especial, sobre la de los niños en su condición evolutiva del crecimiento y desarrollo físico, mental y social. Se ha acentuado el incremento de la desnutrición, se observa aumento en la morbilidad y mortalidad infantiles, aumentan los "niños de la calle", se incrementa el trabajo infantil y, como consecuencia de todo esto, el Estado tiene necesidad de aumentar los gastos de inversión social.

En Venezuela se necesita una genuina concertación para el logro de un proyecto de país en el que la democracia económica debe acompañar a la democracia política. Pienso en la urgencia inaplazable de acometer esta tarea. Para tal logro se hace indispensable la erradicación definitiva de la corrupción, de la especulación, del consumismo, de la indisciplina y de la incoherencia.

Todo el conocimiento que de nuestra Venezuela hoy tenemos, con sus numerosos y complejos problemas, no debe conducirnos a un pesimismo enfermizo y decadente, debemos apoyarnos en la ciencia, en el arte, en la tecnología, para alcanzar soluciones que concurren al avance social de nuestra patria.

La Academia Nacional de Medicina puede jugar un papel fundamental en el logro de una interrelación positiva entre todos los sectores representativos de la vida nacional. Esta vinculación tan necesaria, no debe, sin embargo, ser indiscriminada porque la ciencia, el arte, la técnica no deben nunca ponerse al servicio de empresas que directa o indirectamente favorezcan o contribuyan a favorecer intereses y/o valores contrarios a los de la patria venezolana.

A la Academia Nacional de Medicina le corresponde promover que el venezolano que asuma la condición de científico y se adentre en el campo de la investigación, además de una sólida preparación y rigor científico, debe tener una alta conciencia de lo nacional y sensibilidad suficiente para centrar su trabajo sobre nuestra realidad social y con un anhelo perenne por una Venezuela desarrollada para todos los estratos sociales que hoy conforman nuestra nación.

REFERENCIAS

1. Rísquez FA. Patología general y propedéutica. Caracas: Tipografía Americana, 1927.
2. Razetti L. El decrecimiento de la población de Caracas. Caracas: Tipografía Americana, 1924.
3. Angulo Arvelo LA. Resumen cronológico de la historia de la medicina en Venezuela. Segunda edición. Caracas: Ediciones OBE, Universidad Central de Venezuela, 1979.
4. Méndez Castellano H, Méndez MC de. Sociedad y estratificación. Método Graffar-Méndez Castellano. Caracas 1994.