

La mortalidad prematura en Venezuela. 1970-1995

Prof. Rómulo Orta Cabrera*

RESUMEN

Las estadísticas de los años potenciales de vida perdidos hablan de un serio problema de salud pública que, sin embargo, no constituye una prioridad para los organismos internacionales que diseñan las orientaciones fundamentales de las políticas de población y desarrollo; las prioridades de atención se concentran en la población materno infantil y en los programas relacionados con la salud reproductiva, sin asignarle mucho interés al hecho de que es entre la población con edades comprendidas entre 15 y 64 años en la que dicha pérdida adquiere dimensiones impresionantes. En Venezuela, la población que murió a edades dentro de ese intervalo sumó en 1970 un total de 474 819 años potenciales de vida perdidos; en 1995 esa cifra alcanzó los 928 568 años, y sin embargo, para el año 2000, los programas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social privilegiaban la atención materno infantil y la distribución de anticonceptivos.

Palabras clave: Mortalidad. Años de vida potenciales perdidos.

SUMMARY

The statistics of lost potential years of life speak of a serious problem of public health that, however, it doesn't constitute a priority for the international organisms that design the fundamental orientations of population's politics and development; the priorities of attention concentrate on the maternal and infantile population and in the programs related with the reproductive health, without assigning a lot of interest to the fact that it is among the population with ages between 15 and 64 years in the one that this loss acquires impressive dimensions. In Venezuela, the population that died at ages inside that interval

added in 1970 a 474 819 of lost potential years of life; in 1995 that figure reached the 928 568 years, and however, for the year 2000, the programs of the Ministry of Health and Social Development privileged the infantile and maternal attention and the distribution of contraceptives.

Key words: Mortality. Lost potential years of life.

INTRODUCCIÓN

La morbimortalidad por enfermedades no transmisibles han devenido en un problema de salud pública tan relevante que es pertinente plantear, en especial para la América Latina, la perentoria revisión crítica de los lineamientos que en materia de población y desarrollo provienen de los organismos multilaterales y los foros internacionales dedicados a considerar y señalar orientaciones de trascendencia mundial sobre esos asuntos. Apreciamos un marcado desfase entre la realidad y dichas orientaciones, ocasionando así que las prioridades establecidas para la salud de la población latinoamericana excluyen a determinados grupos de nuestras poblaciones. En concreto, se trata de políticas de desarrollo y población centradas casi exclusivamente en lo femenino y lo infantil, con la casi total exclusión de lo masculino, debido a un modelo de desarrollo para el cual el crecimiento demográfico de los países subdesarrollados constituye un obstáculo para el crecimiento, el desarrollo y el progreso socioeconómico; a nuestro comportamiento reproductivo se le considera como una modalidad insostenible para el desarrollo (1-3), de allí que el actuar sobre la natalidad y la salud reproductiva en general se coloca como una prioridad casi totalmente excluyente de otras, con muy poca alusión sobre los asuntos concernientes a la salud

*Profesor Asociado. Facultad de Medicina. UCV.
Resumen del trabajo presentado para ascender a la categoría de asociado, mayo 2001.

masculina, y en especial, a la salud de las personas con edades entre 15 y 64 años.

La referida exclusión está afectando a la población con edades entre 15 y 64 años, y en especial a los hombres con edades dentro de ese intervalo, pues es precisamente la población de este grupo etario, la que según las tendencias históricas y las proyecciones para el futuro muestra un crecimiento acelerado, así como también presenta cifras de la mortalidad por enfermedades no transmisibles en alza sostenida (Bases para la discusión y formulación del plan estratégico social del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, documento no publicado), que las colocan entre las primeras causas de defunciones en Venezuela y otras naciones latinoamericanas, lo cual produce anualmente centenares de miles de años de vida potenciales perdidos dentro del mencionado contingente poblacional que, como sabemos corresponde a la denominada población económicamente activa, afectando severamente al potencial productivo nacional. La razón para ello es la consideración de que el problema fundamental es el insostenible crecimiento demográfico tercermundista, producido por comportamientos reproductivos no sostenibles que traban el desarrollo y favorecen el empobrecimiento de la población y la transmisión intergeneracional de la pobreza (4) ante lo cual sería perentorio actuar mediante modelos civilizadores que procuren la superación de tales rezagos sociales, culturales, económicos y demográficos.

La conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo de 1994 aprobó un plan de acción, cuya vigencia se extendería hasta el año 2015. El capítulo N° 8 de la Declaración de El Cairo está dedicado al tópico denominado salud, morbilidad y mortalidad, sin que en él se haga mención específica y desagregada respecto a la salud, la morbilidad y la mortalidad de las personas con edades entre los 15 y 64 años, ni respecto a las causas de mortalidad predominantes en la población masculina de esos grupos etarios. Todo el capítulo está circunscrito a la salud materno-infantil, la salud reproductiva, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual y una referencia acerca de las metas en torno a la esperanza de vida al nacer, cuya elevación es un objeto central, con lo cual incurre en una inconsistencia ya que dos de los efectos más notorios que ocasiona el aumento de la esperanza de vida son, por una parte, el incremento de los grupos poblacionales con edades intermedias y envejecidas,

y por la otra, el alza de los niveles de la morbimortalidad por enfermedades no transmisibles, que como hemos podido verificar no constituyen prioridades observables en la Declaración de El Cairo (5). El objetivo general del Plan de Acción Regional de 1996 para América Latina, en materia de salud, contempla lo siguiente:

Promover y proteger la salud y derechos reproductivos de individuos y parejas. Proteger y apoyar la familia en sus diversos tipos. Mejorar la salud de la población, en particular la salud reproductiva, y garantizar el ejercicio del derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios (6).

A partir de aquel Plan de Acción Regional, a los países Latinoamericanos y caribeños se les propuso alcanzar cinco metas, todas ellas relacionadas con la ejecución de programas vinculados con los métodos anticonceptivos, la reducción de la mortalidad infantil y la mortalidad materna, la planificación familiar, y la promoción de la legislación sobre los derechos reproductivos para asegurar el acceso a los servicios y la planificación familiar, quedando prácticamente excluidos los programas dirigidos a la atención de los problemas de salud de la población en edades intermedias (6). Por otra parte, una encuesta publicada en 1998 por las Naciones Unidas reveló que de un total de 193 países encuestados, en sólo 17 de ellos (8,8%) sus gobiernos estaban interesados en atender la situación de la mortalidad masculina adulta; de 33 gobiernos de naciones de América Latina y el Caribe, sólo dos gobiernos declararon su preocupación al respecto (7).

Para 1990 se llegó a una situación en la cual se destacaba que en América Latina y el Caribe, las enfermedades no transmisibles y los traumatismos representaban el 71,9% de los años ajustados de discapacidad, mientras que el 28,1% lo constituían las enfermedades transmisibles y las causas maternas y perinatales. También se ha comprobado que mientras en el Canadá y Estados Unidos, durante el período 1980-1990, se registraron reducciones del 15% en la mortalidad proporcional por enfermedades del aparato circulatorio, en América Latina y el Caribe hubo un aumento de las defunciones atribuibles a este grupo de causas (8).

En 1970, en Venezuela se perdieron 264 140 años de vida potenciales perdidos (AVPP) entre los hombres con edades de 15 a 64 años; luego, en 1995

esa cifra llegó a 607 331 AVPP, o sea un repunte del 130% (Cuadro 2). En Venezuela, en 1995, las muertes masculinas y femeninas de personas mayores de 1 año de edad, pero que no llegaron a una edad igual a la esperanza de vida, arrojaron un total de 1 212 463 AVPP.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los años de vida potenciales perdidos (AVPP) son un indicador epidemiológico muy recomendado por expertos epidemiólogos debido a su utilidad para la Salud Pública y a las limitaciones de otras mediciones tradicionales de la mortalidad (9-11). Su cálculo se realiza respecto a la esperanza de vida, por tanto, es un indicador de mortalidad prematura¹, porque nos informa sobre la diferencia entre el número de años potenciales de vida restantes entre la edad en que ocurrió el fallecimiento de cada persona y la esperanza de vida al nacer de la población.

Con anterioridad hemos sugerido una serie de recomendaciones para el cálculo de los AVPP, entre ellas cabe mencionar las siguientes:

1. Al emplear la esperanza de vida al nacer como límite superior para obtener los AVPP, conviene al comparar diversos períodos con distintos valores de la esperanza de vida- obtener y usar el promedio aritmético de la misma, siempre que la variabilidad respecto a tal promedio sea pequeña. En consecuencia, no se debe seguir al pie de la letra la orientación dada por Romeder y Mc Whinnie de tener como límite superior fijo el valor 70 años, especialmente cuando los cálculos se realicen para países o regiones subdesarrollados, en los cuales la esperanza de vida puede ser un valor muy por debajo de los 70 años, o lo contrario también puede suceder, esto es que la esperanza de vida sea un valor por encima de los 70 años. En una investigación en Costa Rica, se tomó como límite superior en el cálculo de los AVPP el valor de 76 años, en Chile, Cuba, Argentina, México y Uruguay. En Panamá y Ve-

nezuela, se han estimado esperanzas de vida por encima de los 70 años para el período 1995-2000, pero también, y para ese mismo lapso, en Bolivia, Guatemala y Haití, se utilizaron esperanzas de vida estimadas por debajo de los 65 años (12). Nuestros cálculos de los AVPP tomaron el promedio de las esperanzas de vida proporcionadas por la Oficina Central de Estadísticas e Informática para los subperíodos quincenales del lapso 1970-1995 (13). Para el sexo femenino trabajamos con una esperanza promedio de 70,3 años, y de 64,8 años para el sexo masculino.

2. Es un hecho que la esperanza de vida al nacer tiende a ser mayor en el sexo femenino que en el masculino, por lo que se sugiere hacer los cálculos de los AVPP por separado para cada sexo.
3. Es conveniente seguir la consideración de Romeder y Mc Whinnie en cuanto a descartar la mortalidad infantil al calcular los AVPP, debido principalmente a que los infantes que mueren antes de cumplir el primer año de edad son rápidamente reemplazables por otros nacimientos, también porque como indican aquellos autores, cada fallecimiento de niños menores de 1 año de edad resultará en una pérdida casi igual al valor de la esperanza de vida al nacer, dando lugar a una ponderación doble a la dada por las defunciones en edades intermedias, es decir, originaría una cifra sobreestimada de los AVPP (14).

Las estadísticas de mortalidad que utilizamos corresponden a los Anuarios de Epidemiología y Estadísticas Vitales del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) (15). Hemos realizado comparaciones de los valores de los AVPP a lo largo del período 1970-1995, tal comparabilidad no se ve afectada por los cambios de los criterios de clasificación de las causas de muerte, porque los datos de mortalidad del MSAS se basaron en la VIII revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, usada entre 1968 y 1978, y la IX revisión, utilizada entre 1979 y 1995, las cuales no presentan mayores variaciones entre los principales grupos de causas de defunción (9). Nuestra investigación registra retrospectivamente, hasta 1970, el comportamiento de los AVPP correspondientes a las cinco primeras causas de muerte en Venezuela en 1995, según cada uno de los grupos de edades considerados en este trabajo.

¹Sugerimos sustituir la categoría mortalidad prematura por la de mortalidad postergable, cuando se hace referencia a los años de vida potenciales perdidos porque la primera de ellas puede generar confusiones al creer que se trataría sólo de la mortalidad ocurrida en las primeras edades de la vida, es decir, la llamada mortalidad temprana.

El comportamiento de la mortalidad en Venezuela, período 1970-1995, evaluado a través de los años de vida potenciales perdidos (AVPP).

Con el transcurrir de los años se advierte un crecimiento sostenido de los AVPP en varios grupos de edades de la población venezolana y en varias de las causas de muerte, afectando particularmente a la población que muere con edades entre 15 y 64 años. Sin embargo, las prioridades de las políticas de población y desarrollo se orientan hacia la atención de la salud materno infantil y la salud reproductiva, esta última casi totalmente asociada con programas de control de la natalidad, a pesar de que las estadísticas referidas al comportamiento de los indicadores más utilizados para evaluar la salud materno infantil, a lo largo del período 1970-1995, revelan que estos rubros registran permanentemente tendencias decrecientes a lo largo de ese período. Por ejemplo, el número de muertes en menores de 1 año de edad varió de 19 327, en 1970, a 12 346 en 1995, lo cual significa un descenso del 36%, por lo que la tasa de mortalidad infantil cambió de 49,2 a 23,5 por mil nacidos vivos en ese mismo lapso, lo que representa una reducción del 52%. La mortalidad materna decreció, pasando el número de defunciones de 362 a 345, es decir, un descenso del 5%, y la tasa correspondiente fluctuó de 92,2 a 65,6 por cien mil nacidos vivos, o sea que disminuyó en un 29% (16).

No proponemos el abandono de los programas de atención materno infantil, y de las mujeres en general, de lo que se trata es de corregir las carencias y deficiencias que presentan los programas de salud que se dirigen hacia la población con edades centrales, por concentrarse en ella el potencial productivo nacional. En ese sentido proponemos investigar el impacto socioeconómico que para nuestro país tiene la pérdida de tantos años de vida útil, especialmente para una nación que, como la venezolana, necesita superar con urgencia sus condiciones de subdesarrollo. Así como también revisar el hecho de que entre las prioridades presupuestarias definidas para el año 2000 por nuestro Ministerio de Salud y Desarrollo Social, se destaca que para la prevención de accidentes viales y hechos violentos apenas se programaron dos campañas preventivas, a pesar de que las causas externas se sitúan entre las cinco primeras causas de mortalidad en Venezuela, mientras que —por ejemplo— para la ampliación del programa de distribución de condones se contemplaron 50 programas y para incrementar la atención a la

embarazada de alto riesgo se han previsto 1 000 consultas (17).

Resumiendo los resultados más ostensibles obtenidos en relación con los años de vida potencialmente perdidos, podemos indicar lo siguiente:

1. En 1995, los AVPP femeninos y masculinos por todas las causas de mortalidad alcanzaron una cifra igual a 1 212 463 años, mientras que en 1970 la cifra fue de 1 126 660. Es decir, en 25 años los AVPP experimentaron un incremento absoluto de tan sólo 85 803 años, es decir, un promedio de 3 432 AVPP por cada año, que en términos relativos expresa una elevación bastante moderada del 7,6%, cifra que indica que el crecimiento interanual fue del 0,3%, siendo importante resaltar que del total de los AVPP de 1970, 637 057 años (56,5%) provienen de las defunciones ocurridas entre quienes para ese año tenían de 1 a 14 años de edad; mientras que las muertes de quienes tenían de 15 a 64 años proporcionaron 484 719 AVPP (el 43%). Pero en 1995, esa situación se invirtió completamente porque la mayor cantidad de AVPP la proporcionaron las defunciones ocurridas entre quienes tenían de 15 a 64 años de edad (928 658 AVPP, el 76,6%). En cambio, las muertes de niños de 1 a 14 años de edad contribuyeron con 274.092 AVPP (el 22,6% del total). A lo largo del período estudiado (1970-1995) las ganancias de años para la vida se registran entre las mujeres; mientras ellas ganan 98 293 años, al pasar de 556 473 AVPP a 458 180 AVPP, los hombres aumentan su pérdida en 184 096 años, al pasar de 570 187 AVPP a 754 283 AVPP. Por cada 1,9 años que los hombres pierden, las mujeres ganan un año. En aquel lapso, los AVPP masculinos siempre son mayores que los femeninos; en 1970, los AVPP femeninos y los masculinos diferían en 13 714 años, en 1995 esa diferencia es de 296 103 años; es decir, que en 25 años esa diferencia se multiplicó por casi 22, en contra del sexo masculino (Cuadros 1 al 4).
2. Entre 1970 y 1995, es muy notorio el avance experimentado en las ganancias de años para la vida entre los grupos de edades de 1 a 14 años. Para las hembras, la ganancia fue de 203 870 años, casi 8 155 años por cada año transcurrido, al pasar los AVPP de 331 010 años a 127 140 años. Entre los varones se ganaron 159 095 años, o sea, casi 6 364 años por cada año transcurrido,

MORTALIDAD PREMATURA

al variar los AVPP de 306 047 años a 146 952 años. En 1970, los AVPP femeninos entre los 1 y 14 años de edad aportaron el 59,5% del total de los AVPP femeninos para todas las edades, en 1995 ese aporte se redujo al 27,7%. Entre los varones de 1 a 14 años ese aporte varió de un 53,7% a un 19,5% (Cuadros 1 al 4). En las edades comprendidas entre 1 y 4 años de edad, las cinco primeras causas de muerte en 1995 fueron las mismas en varones y hembras: enteritis y otras enfermedades diarreicas, accidentes de todo tipo, neumonías, anomalías congénitas y deficiencias de la nutrición. En el grupo etario de 5 a 14 años de edad detectamos que entre las hembras, las primeras cinco causas de muerte para 1995 fueron los accidentes de todo tipo, cáncer anomalías congénitas, parálisis cerebral y enfermedades del aparato circulatorio. En los varones las cinco primeras causas de mortalidad correspondieron a accidentes de todo tipo, cáncer, suicidios y homicidios, neumonías y anomalías congénitas.

Cuadro 1

Años de vida potenciales perdidos. Sexo femenino.
1 a 70,3 años de edad. Venezuela 1970-1995

Edades	1970	1975	1980	1985	1990	1995
01-14	331 010	261 581	161 966	160 086	155 701	127 140
15-44	142 105	147 847	160 815	160 547	186 376	202 800
45-64	78 474	88 572	91 693	99 725	105 754	118 437
65-70,3	4 884	6 204	7 226	7 995	8 529	9 803
Total	556 473	504 204	421 700	428 353	456 360	458 180

Cuadro 2

Aportes porcentuales de los años de vida potenciales perdidos. Sexo femenino. 1 a 70,3 años de edad. Venezuela. 1970-1995.

Edades	1970	1975	1980	1985	1990	1995
01-14	59,5	51,9	38,4	37,4	34,1	27,7
15-44	25,5	29,3	38,1	37,5	40,8	44,3
45-64	14,1	17,6	21,7	23,3	23,2	25,8
65-70,3	0,9	1,2	1,8	1,8	1,9	2,2
Total	100	100	100	100	100	100

Cuadro 3

Años de vida potenciales perdidos. Sexo Masculino.
1 a 64,8 años de edad. Venezuela. 1970-1995

Edades	1970	1975	1980	1985	1990	1995
01-14	306 047	254 505	195 344	163 810	173 866	146 952
15-44	193 830	240 897	372 499	303 134	369 263	489 640
45-64,8	70 310	82 992	91 228	96 109	101 901	117 691
Total	570 187	578 394	659 071	563 053	645 030	754 283

Cuadro 4

Aportes porcentuales de años de vida potenciales perdidos. Sexo Masculino. 1 a 64,8 años. Venezuela. 1970-1995

Edades	1970	1975	1980	1985	1990	1995
01-14	53,7	44,0	29,6	29,1	26,9	19,5
15-44	33,9	41,7	56,5	53,8	57,2	64,9
45-64,8	12,4	14,3	13,9	17,1	15,9	15,6
Total	100	100	100	100	100	100

En el grupo etario de 15 a 64 años, tanto en los hombres como en las mujeres que fallecieron a esas edades se registró un incremento absoluto de los AVPP y en la contribución porcentual de estos en la conformación de los AVPP totales. Entre los hombres las cifras de AVPP pasan de 264 140 (el 46,3% del total de los AVPP masculinos en 1970) a 607 331 años (el 80,5% del total de los AVPP masculinos de 1995); en las mujeres varían de 220 579 AVPP (el 39,6% del total de los AVPP femeninos en 1970) a 321 327 AVPP (el 70,1% del total de los AVPP femeninos en 1995) (Cuadros 1 al 4).

- En el grupo etario de 15 a 24 años, en ambos sexos, las cinco primeras causas de mortalidad para 1995 corresponden a enfermedades no transmisibles. Entre las hembras accidentes de todo tipo, cáncer, suicidios y homicidios, causas obstétricas y enfermedades del corazón; entre los varones: suicidios y homicidios, accidentes de todo tipo, cáncer, enfermedades del corazón e intervención legal (lesiones por armas de fuego o por gases, empleadas en acciones legales). En dicho grupo etario, y en ambos sexos, se advirtió un incremento de la contribución porcentual de los valores absolutos de AVPP por las cinco

causas de muerte en la conformación del total de los AVPP para todas las edades y causas de muerte. Entre los varones dicha contribución porcentual varió del 10,7% al 18,7% en las hembras varió del 4,1% al 8,0% (Cuadros 5 al 8).

4. También en el grupo etario de 25 a 44 años, y en ambos sexos, se evidenció un aumento porcentual muy importante por parte de los AVPP correspondientes a las cinco causas de muerte estudiadas en la conformación de los AVPP totales por todas las causas y para todas las edades consideradas. En efecto, la contribución porcentual en el sexo masculino varió de 11,5% a 23,9%, mientras que entre las mujeres el aporte porcentual cambió del 6,7% al 18,5% (Cuadros 5 al 8). En 1995 en el grupo etario de 25 a 44 años, entre las mujeres las cinco primeras causas de defunciones para 1995 fueron: cáncer, enfermedades del corazón, accidentes de todo tipo, enfermedad cerebro vascular y causas obstétricas; entre los hombres las cinco primeras causas de fallecimientos fueron: accidentes de todo tipo, suicidios y homicidios, enfermedades del corazón, cáncer y trastornos del mecanismo de la inmunidad.
5. En las edades de 45 a 64 años, para la población femenina las cinco primeras causas de mortalidad, en 1995, fueron cáncer, enfermedades del corazón, enfermedad cerebro vascular, diabetes y accidentes de todo tipo; en 1970 la contribución porcentual de los AVPP ocasionados por esas causas varió del 7,9%, pasando al 19,4% en 1995. En 1995, en la población masculina con esas edades, las cinco primeras causas de muerte fueron enfermedades del corazón, cáncer, enfermedad cerebrovascular, accidentes de todo tipo, y diabetes, variando el aporte porcentual de los AVPP por esas cinco causas en la conformación de los AVPP totales las causas del 6,7% en 1970, al 10,6% en 1995 (Cuadros 5 al 8).
6. En 1995, las cinco primeras causas de muerte femeninas en edades de 65 a 70,3 años fueron enfermedades del corazón, cáncer, enfermedad cerebrovascular, diabetes y neumonía, aportando para los AVPP totales femeninos un monto de 2 613 AVPP, en 1970 (el 0,4%), y 7 401 AVPP (1,6%) en 1995 (Cuadros 7 y 8).

Cuadro 5

Años potenciales de vida perdidos por las cinco causas de muerte. Sexo masculino. 1 a 64,8 años de edad. Venezuela. 1970-1995

Edades	1970	1975	1980	1985	1990	1995
01-04	84 913	75 890	59 328	41 282	45 794	49 687
05-14	35 784	38 744	44 826	39 456	45 210	43 730
15-24	60 973	83 821	137 581	103 891	121 050	141 165
25-44	65 769	83 500	121 316	92 797	140 447	180 111
45-64,8	38 323	44 223	54 005	55 113	65 578	79 586
Total	285 762	326 178	417 056	332 539	418 079	494 279

Cuadro 6

Distribución porcentual de los años de vida potenciales perdidos por las cinco causas de muerte. Sexo Masculino. 1 a 64,8 años de edad. Venezuela. 1970-1995*

Edades	1970	1975	1980	1985	1990	1995
01-04	14,9	13,1	9,0	7,3	7,1	6,6
05-14	6,3	6,7	6,8	7,0	7,0	5,7
15-24	10,7	14,5	20,9	18,5	18,8	18,7
25-44	11,5	14,4	18,4	16,5	21,8	23,9
45-64,8	6,7	7,6	8,2	9,8	10,1	10,6
Total	50,1	56,3	63,3	59,1	64,8	65,5

*porcentajes respecto al total de los AVPP por todas las causas de muerte.

Cuadro 7

Años de vida potenciales perdidos por las cinco causas de muerte, sexo femenino. 1 a 70,3 años de edad. Venezuela. 1970-1995

Edades	1970	1975	1980	1985	1990	1995
01-04	99 469	76 655	56 676	48 052	47 379	48 860
05-14	20 261	24 120	25 808	26 532	27 617	26 653
15-24	22 534	25 754	30 733	29 426	32 745	36 820
25-44	37 100	42 466	52 421	50 338	68 764	84 544
45-64	44 125	51 469	58 064	60 404	70 610	88 755
65-70,3	2 613	3 856	4 407	4 783	2 174	7 401
Total	226 102	224 320	229 109	219 535	249 289	293 033

MORTALIDAD PREMATURA

Cuadro 8

Porcentajes de años de vida potenciales perdidos por las cinco causas de muerte. Sexo femenino. 1 a 70,3 años de edad. Venezuela. 1970-1995.*

Edades	1970	1975	1980	1985	1990	1995
01-04	17,9	15,2	13,7	11,2	10,4	10,7
05-14	3,6	4,8	6,1	6,2	6,1	5,8
15-24	4,1	5,1	7,3	6,9	7,2	8,0
25-44	6,7	8,4	12,4	11,8	15,1	18,5
45-64	7,9	10,2	13,8	14,1	15,5	19,4
65-70,3	0,4	0,8	1,0	1,1	0,5	1,6
Total	40,6	44,5	54,3	51,3	54,8	64,0

* Porcentajes respecto al total de AVPP por todas las causas de muerte.

Investigaciones realizadas en Costa Rica y Cuba muestran los siguientes hechos: en Costa Rica, se halló en 1994 que de cada cuatro muertes, tres se debieron a causas relacionadas con enfermedades del aparato circulatorio, tumores, traumatismos y enfermedades respiratorias. Si se incluye en el cálculo de los AVPP a la mortalidad infantil, se obtiene un valor de AVPP igual a 254 622 años para ambos sexos; la mayor cantidad de AVPP fue producida por traumatismos y envenenamientos. Las enfermedades infecciosas y parasitarias sólo contribuyen con el 3,5% del total de los AVPP, y las muertes relacionadas con el embarazo y el parto aportan menos del 1%. Por sexos las cifras de AVPP indican que los hombres tuvieron 1,6 veces más AVPP que las mujeres, predominando en el perfil masculino las causas de muerte relacionadas con lesiones por violencia y accidentes; entre las mujeres, el perfil está signado por los tumores genitourinarios, óseos, de piel, de mama y del tejido conjuntivo. En términos de la salud pública, la investigación apunta a recomendar la reorientación de las políticas de salud hacia los problemas dominantes y productores de muertes, para lo cual es importante generar nuevos paradigmas en salud pública (18).

En Cuba, se efectuó un estudio sobre la mortalidad cubana comparando las estadísticas de 1995 con las de 1981. Dice el informe correspondiente que en 1995 se evitó un 2% de las muertes esperadas, principalmente entre las mujeres, mientras que para el sexo masculino hubo una sobremortalidad del 3%. En referencia a los AVPP, los resultados indi-

can que por cada 100 AVPP esperados en la población cubana, en 1995, respecto a la mortalidad de 1981, se logró reducir la cantidad de AVPP en 23,5 años entre las mujeres, mientras que para los hombres la reducción fue de 13,7 AVPP. La mayor cantidad de AVPP correspondió a las muertes por accidentes, la cifra por esa causa es de 104 600 AVPP en 1995, y una tasa de 940 AVPP por 100 mil habitantes menores de 65 años. Por enfermedades del aparato circulatorio se perdieron 714 años por cada mil habitantes, por tumores malignos la tasa es de 669 por cada 100 mil, y por suicidios fue de 405 AVPP por cada 100 mil habitantes (11).

En consecuencia, los indicadores de AVPP de Cuba, Costa Rica y Venezuela coinciden en los siguientes aspectos:

1. Las ganancias de años para la vida favorecen a las mujeres.
2. Las enfermedades no transmisibles y las causas externas son las causas de mortalidad que más aportan al total de los AVPP.

Conclusiones

El proceso que hemos denominado como la feminización y la sexualización del desarrollo socioeconómico se ha constituido en uno de los rasgos tendenciosos más característicos de los planes de acción discutidos y aprobados para su difusión y aplicación a nivel global en los eventos internacionales sobre población y desarrollo.

Revertir esa tendencia muy manifiesta es una necesidad económica y social; Venezuela, junto con otros países latinoamericanos, pierde centenares de miles de años de vida útiles entre su población en edades más productivas, sin que desde sus centros de autoridad de la salud se expongan políticas que ataquen frontalmente esa pérdida de conocimientos y de experiencias.

Muy probablemente la reducción del crecimiento demográfico incontrolado es uno de los requisitos para emerger del subdesarrollo y mejorar sustancialmente la calidad de vida de las personas y las familias. Nuestras objeciones se dirigen hacia una praxis que adelanta elementos parciales de políticas de población y de desarrollo que por lo general lo que producen son tendencias contradictorias, como por ejemplo, siempre se argumenta que los descensos de la mortalidad propician el desarrollo. Sin embargo, los niveles de esa variable demoepidemiológica disminuyen bajo condiciones de

persistencia crónica de situaciones de maldesarrollo. También se indica que el crecimiento económico se traduce en menos pobreza, y no obstante con tal crecimiento, la pobreza permanece inalterable y hasta se generaliza, incluyendo cada vez más a grupos sociales que se empobrecen paulatinamente.

Países que quieren salir de la pobreza no pueden continuar perdiendo su potencial humano productivo. Las tendencias demográficas y epidemiológicas indican que la población en edades intermedias o centrales (15 a 64 años) y la morbimortalidad por enfermedades no transmisibles y por causas violentas crecen de manera sostenida, y sin embargo, ese contingente poblacional y ese rubro epidemiológico permanecen sin atención prioritaria, sin ser motivo de preocupación gubernamental en una gran cantidad de países y, en consecuencia, de los organismos internacionales de salud de los cuales aquellos forman parte.

Los procesos globalizadores están dejando ver que la economía de mercado y sus concomitantes medidas de flexibilización, desregulación y segmentación laboral, favorecen en la población trabajadora el envejecimiento prematuro, las muertes súbitas por exceso de trabajo, el estrés y los más diversos traumatismos. Los procesos globalizadores de la mala salud han convertido prácticamente en transmisibles a todas las enfermedades, la velocidad de su globalización hoy día debería ser motivo de preocupación, se transmiten estilos de vida nocivos a la salud a velocidades supersónicas. No obstante esa situación, que tanto afecta a la población en edades productivas, no es motivo de preocupación para las autoridades de salud de muchos gobiernos.

La versión etapista, evolutiva y unidireccional de los procesos de transición demográfica y epidemiológica no es científicamente válida, ni socialmente conveniente. Dichos procesos transicionales deben ser teorizados dando cuenta de sus especificidades nacionales, de las marchas y contramarchas que los mismos muestran, por lo que carece de sentido, por irreal, atribuirles un carácter uniforme y universal, y fijar metas también uniformes y universales es un craso error. Consideramos que en América Latina no ha sucedido transición alguna, en los términos en que lo expresa la teoría que al respecto ha elaborado el Centro Latinoamericano y del Caribe de Demografía (CELADE) (13). En nuestra América lo que ha sucedido es el efecto *spillover* descrito por Bolívar (19). Lo que ha ocurrido son cambios en los niveles y los perfiles

demográfico y epidemiológicos sin la ocurrencia de transformaciones esenciales en lo económico-social y cultural, por lo que aquellos cambios, fuertemente impulsados por factores exógenos a nuestras sociedades, dejan ver los rasgos de situaciones de enorme vulnerabilidad, en las cuales nada se sostiene ni prolonga en el tiempo. Nos resulta adecuado utilizar la noción y el simbolismo de lo que denominamos **fragilidad demográfica y epidemiológica** para referirnos a una realidad en la cual los logros en materia de población y salud constituyen un sistema de elevada vulnerabilidad en el cual la pobreza es un factor poderosamente disipador de los avances que puedan alcanzarse en un momento determinado. La idea de la transición demográfica y epidemiológica es consubstancial con las nociones de la estabilidad y la sostenibilidad de los niveles y perfiles de las variables demográficas y epidemiológicas. Para el pensamiento de la modernidad, lo estable y sostenible se hacen presentes cuando demográfica y epidemiológicamente las sociedades llegan a las etapas finales de cualquiera de las tipologías evolucionistas, creadas en torno a los procesos transicionales demográficos y epidemiológicos (las etapas de la baja mortalidad y natalidad y de predominio de las enfermedades transmisibles, asociadas a los comportamientos de desarrollo económico y social de las naciones capitalistas más desarrolladas). Pero la pobreza se manifiesta en términos de la conflictividad que le es inmanente a las situaciones de equilibrio inestable, de cuyo la pobreza es impredecible en sus manifestaciones y consecuencias.

Es por eso que sostenemos que no es pertinente ni objetiva aquella teoría de la transición demográfica que asume los movimientos de la realidad como un continuo uniforme, y en especial para realidades de tanta fragilidad como las del subdesarrollo.

Entonces, y finalmente, el desafío consiste en crearle alternativas al desarrollo; en lo inmediato atender los riesgos a la salud de la población en edades productivas, aunque con mantenimiento e incremento de los programas de atención materno-infantil y de salud sexual y reproductora. Más allá de lo inmediato hay que paralizar las modalidades de crecimiento y desarrollo económico que contribuyen al consumo dispendioso de la energía, a la destrucción del ambiente y al incremento del desempleo, de la pobreza y demás desigualdades sociales, culturales y económicas.

MORTALIDAD PREMATURA

REFERENCIAS

1. Wahren, C. Población, desarrollo y medio ambiente (una troika inseparable). *Nuevas Fronteras Académicas* 1991;1(4/5):104-118.
2. Naciones Unidas. Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas: 1978; vol. I.
3. Wolfensohn J. A proposal for a comprehensive development framework (A Discussion Draft), 1999. <http://www.worldbank.org>.
4. Naciones Unidas/CEPAL/CELADE. América Latina y el Caribe: Examen y Evaluación de la Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Santiago de Chile, 1999. <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>.
5. Naciones Unidas: Conferencia El Cairo 1994 <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>.
6. Naciones Unidas. CIPD. CEPAL. Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo. Santiago de Chile. 1996. <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>.
7. Naciones Unidas. Octava Encuesta a los Gobiernos sobre la Población y el Desarrollo. 1998. <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>.
8. Organización Panamericana de la Salud: El predominio mundial y regional de las enfermedades no transmisibles. 1996. www.paho-who.hh.
9. Avilán Rovira JM. (1998). Situación de Salud en Venezuela según las estadísticas de mortalidad 1940-1995. *Gac Méd Caracas* 1998;106(2):169-196.
10. Evans, R. Notas sanitarias y epidemiológicas, Caracas: Instituto Nacional de Nutrición; 1998.
11. La mortalidad en Cuba según experiencia previa y futura. <http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol22-2-96/5pu04296.htm>.
12. Centro latinoamericano y del Caribe de Demografía. Boletín Demográfico N° 61, 1998. www.CELADE-Esp/DE/SitDem.
13. Oficina Central de Estadística e Informática/Centro Latinoamericano de Demografía. Venezuela. Estimaciones y proyecciones de población 1950-2035. Caracas; 1998.
14. Romeder JM, McWhinnie JR. Años de vida potencial perdidos entre las edades de 1 y 70 años: Un indicador de mortalidad prematura para la planificación de la salud. En: Buckc, Llopis A, Nájera E, Terris M, editores. El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Publicación científica N° 505. Organización Panamericana de la Salud; 1988.p.254-263.
15. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social: Anuario de Epidemiología y Estadística Vital. Años 1970-1995. Caracas.
16. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Población, natalidad y mortalidad según tasas y ambos sexos. Venezuela 1957-1996. Caracas; 1997.
17. González RMJ. Áreas pendientes en el presupuesto 2000 del MSDS. *SIC*. 2000;622:87-89.
18. Ministerio de Salud (1995): Mortalidad prematura en Costa Rica. URL: ns.netsalud.sa.cr/ms/estadist/mortprepub.htm.
19. Bolívar-Chollet, M. Capitalismo y población, Caracas: Universidad Central de Venezuela, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales; 1984.

“Remedio siniestro: el impacto de la talidomida y su revivida como medicina vital”

“Algunas drogas se han convertido en nombres domésticos —penicilina, insulina, aspirina muchas son conocidas— ciertamente reverenciadas— como salvadoras de vidas. La talidomida, también cayó en la categoría de drogas bien conocidas, pero por una razón enteramente diferente. Como una medicina que multaba más que salvaba, tuvo efectos atroces sobre el niño por nacer que hizo de ella un objeto de terror y horror.

La talidomida apareció en los finales de 1950 - una época de optimismo acerca de las terapéuticas, copada ampliamente por el éxito de la penicilina durante la Segunda Guerra Mundial. Las sociedades occidentales de la posguerra estaban esencialmente en paz con las grandes enfermedades infecciosas, gracias a vacunas y antiseros, y los nuevos antibióticos que habían reducido dramáticamente los peligros de la vida diaria. Se habían desarrollado drogas para las enfermedades del corazón, condiciones renales, problemas neurológicos y trastornos de la piel, entre otros problemas. La aparición de la clorpromazina a comienzos de los años 50 revolucionó el tratamiento de los desórdenes psiquiátricos y como para los años 60 cada faceta de la vida resultó “farmaceuticalizada” . . . Pastillas para el enfermo condujeron a pastillas para el sano; cerca de 1 millón de personas en Gran Bretaña se cree que tomaban sedantes diariamente a mediados de 1950, y una de cada 7 personas en Estados Unidos se cree que tomaban barbitúricos. A este mercado médico altamente cargado y lucrativo llegó un nuevo sedante en 1956. Originalmente manufacturado y distribuido en la Europa continental por la *Chiemie Grünenthal* de Alemania, la talidomida obtuvo licencia y fue puesta en el mercado en Inglaterra y la Comunidad Británica por *Distilleres Company*...

Pruebas de laboratorio habían mostrado que la droga era “sorprendentemente” segura porque era imposible encontrar una dosis suficientemente alta

como para matar a una rata. Las pruebas clínicas en Alemania habían sido escasas - paquetes de píldoras distribuidas a los empleados, muestras dadas a los médicos locales . . . Por su baja toxicidad, la droga fue vendida ampliamente, sin receta, y fue intensamente promovida como el más inocuo sedante del mercado . . . La primera niña con malformaciones nació en la Navidad de 1956, antes de que la droga entrara en el mercado; era la hija de un empleado de la *Chemie Grünenthal* quien le había dado a su embarazada mujer una de las gratuitas tabletas. Durante los siguientes pocos años, los parteros en Alemania notaron más anomalías raras en los recién nacidos, especialmente la condición de tetrafocomelia... Al mismo tiempo, médicos y neurólogos reportaban una aumentada incidencia de neuritis periférica en adultos que tomaban la droga. Sin embargo, la conexión entre estos casos y la talidomida no era clara... Fue en Australia en 1960 que el partero William McBride prescribió la droga para mujeres que sufrían de náuseas matinales y luego, meses más tarde, cuando asistió al primer niño australiano con malformaciones congénitas, sospechó una relación casual. El resto de la tragedia es bien conocido... Se estima que la talidomida causó neuritis periférica en 40 000 personas y malformaciones en 8 000 a 12 000 niños, de los cuales 5 000 llegaron a la adultez... Estados Unidos no escapó enteramente a la tragedia de la talidomida... pero, la actitud vigilante de la Dra. Frances Kelsey, como oficial médica de la FDA protegió al mayor mercado mundial de los horribles efectos de la droga... Una peligrosa droga fue eliminada del mercado e importantes preguntas surgieron y fueron consideradas acerca de la práctica y la ética de desarrollar, probar y poner en el mercado las drogas, y acerca de las relaciones entre la industria, la profesión médica y los legisladores. Pero, en 1964, el Dr. Jacob Sheskin trataba pacientes con lepra en Marsella, Francia. Desesperado por su

incapacidad de disminuir el dolor y la miseria de sus pacientes, encontró algunos paquetes de talidomida en los estantes del dispensario. Decidió que este sedante podía ser probado en pacientes en los cuales otros sedantes habían fallado y le dio dos tabletas a uno de ellos. El hombre durmió, se levantó de la cama el día siguiente y después de otras dos píldoras sus lesiones comenzaron a sanar.

El inesperado descubrimiento de Sheskin condujo más investigaciones de la desacreditada droga: ¿Podría ser útil en otros estados inflamatorios? Por primera vez los científicos comenzaron a estudiar los mecanismos de acción y gradualmente revelaron que la talidomida podía modificar algunos tipos de reacciones inmunes y podía ser efectiva no solamente en pacientes con lepra, sino también en aquellos

infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana y aquellos con una variedad de condiciones autoinmunes, tales como esclerosis múltiple y enfermedades inflamatorias intestinales. La investigación de la posibilidad de que la talidomida puede actuar sobre las células cancerosas reveló que podía inhibir la proliferación de vasos sanguíneos asociado al desarrollo de los tumores y así, efectivamente detener o hacer más lento el crecimiento del tumor. Y allí finalmente, estaba la clave de los devastadores efectos de la droga *in útero*, porque se mostró que interfería el suministro de sangre a las extremidades del feto en crecimiento...” (Tansey EM. En revisión del libro: “Dark remedy: The impact of thalidomide and its revival as a vital medicine. N Engl J Med 2001;345:226-227).

La globalización y la salud: resultados y opciones

Durante los dos últimos decenios hemos asistido al surgimiento y consolidación de un paradigma económico que hace hincapié en la desregulación nacional y en la eliminación de los obstáculos al comercio y las finanzas internacionales. Si se gestiona debidamente, este sistema puede propiciar mejoras apreciables de la situación sanitaria. En los mercados no excluyentes que cuentan con instituciones reguladoras consolidadas y con mecanismos de protección social, la globalización mejora los resultados de los países que disponen de una infraestructura humana y física adecuadas, pero cuyos mercados nacionales son limitados. Las mejoras sanitarias registradas en China, Costa Rica, los tigres de Asia oriental y Viet Nam pueden atribuirse en parte a su mayor acceso a los mercados mundiales, el ahorro y la tecnología. Sin embargo, en lo que respecta a la mayoría de los otros países, muchos de los cuales se encuentran en África, América Latina y Europa oriental, la globalización no ha estado a la altura de las expectativas debido a

que han coincidido el deterioro de la situación nacional, una distribución desigual de las inversiones extranjeras y la imposición de nuevas condiciones que limitan aún más el acceso de sus exportaciones a los mercados de la Organización para el Desarrollo Económico. Durante los últimos veinte años los indicadores sanitarios de esos países en desarrollo han evolucionado lentamente, repitiendo un patrón inestable e irregular de crecimiento y estancamiento. La autarquía no es el remedio para semejante situación, como tampoco lo es una globalización prematura, incondicional e indiscriminada. Es poco probable que una mayor liberalización unilateral pueda ayudar a esos países a mejorar sus resultados económicos y su situación sanitaria. Para ellos, una integración gradual y selectiva en la economía mundial, unida a la corrección de la asimetría de los mercados mundiales y a la creación de instituciones democráticas de gobernanza mundial es preferible a una globalización inmediata.

Tomado del *Bulletín WHO*, 2001;79(9):841.