

Situación actual de la salud de los niños venezolanos

Marino J. González R.

Cada día existe en el país una mayor conciencia del deterioro social que se ha acrecentado en la década de los ochenta. Para muchos las manifestaciones de dicho deterioro se harían más intensas a partir de la implementación del programa de ajuste estructural por parte de la presente administración. Sin embargo, la dificultad de las mediciones sociales y la escasa importancia que se les ha asignado tradicionalmente en el país impide precisar con claridad en qué magnitud e intensidad se ha manifestado la recesión económica en los diferentes grupos sociales. Este hecho, además, impide evaluar con mayor celeridad y certeza los efectos severos que se derivan de la instrumentación del programa de ajustes.

Estamos convencidos de que el grupo social que será lamentablemente más afectado será la población menor de cinco años, especialmente la que se encuentra en condiciones de pobreza en las áreas marginales urbanas y rurales de nuestro país. Las razones de esta afectación son diversas. Abarcan desde la escasa prioridad que se le ha dado en la política social

hasta la rígida incapacidad de los sectores encargados de formular y ejecutar políticas eficaces y eficientes relacionadas con este sector. Esta realidad, común a la confrontada en muchos países en desarrollo, ha motivado que instancias internacionales como la OMS y la UNICEF hayan enfatizado la necesidad de fortalecer la capacidad de gestión de los países en lo relacionado con la infancia.

Al evaluar las condiciones de vida de los niños, uno de los aspectos que se toma más en consideración son las condiciones de salud. En este trabajo haremos un análisis de la situación de salud de los niños venezolanos hasta 1987 y estaremos la situación que se encontraba a inicios de 1989 y los probables efectos que se desarrollarán en las próximas etapas. Debemos señalar dos limitaciones importantes para los objetivos señalados. La primera de ellas es la imposibilidad de hablar de "salud infantil" sin basarse en las estadísticas de mortalidad. Es por ello por lo que en el fondo no hablamos de "salud" sino de "muerte", lo cual no favorece el establecimiento de prioridades basadas en el

bienestar y no en la disminución de las muertes infantiles. La segunda limitación es la deficiencia de información oportuna sobre algunos indicadores de salud. En el caso de mortalidad apenas en julio de este año se han dado a conocer los datos referentes a 1987 y existe una gran ausencia de la información sobre morbilidad infantil.

Para este análisis tomaremos en cuenta la evolución de la mortalidad infantil (en menores de un año), de uno de sus componentes: la mortalidad post-neonatal (entre 28 días y 11 meses de edad), la mortalidad temprana (entre 1 y 4 años), la mortalidad en menores de cinco años y la mortalidad por causas. Finalmente, examinaremos la cobertura de inmunizaciones como indicador de las prestación de servicios.

TABLA 1

MORTALIDAD INFANTIL, EN MENORES DE 5 AÑOS Y MORTALIDAD PROPORCIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS

	TMP<5 (%)	TMI	TMM5
1976	26,06	34,30	42,76
1979	26,96	32,70	41,26
1980	25,29	31,70	39,42
1981	27,76	35,20	44,85
1982	24,11	29,80	37,00
1983	22,87	27,40	34,11
1984	22,63	28,40	35,38
1985	21,08	26,90	33,29
1986	20,55	25,80	31,96
1987	19,52	24,80	30,59

FUENTE: MSAS (1988, 1989)

TMP<5: Proporción de muertes en < 5 años respecto a las muertes totales.

TMI: Muertes en menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos

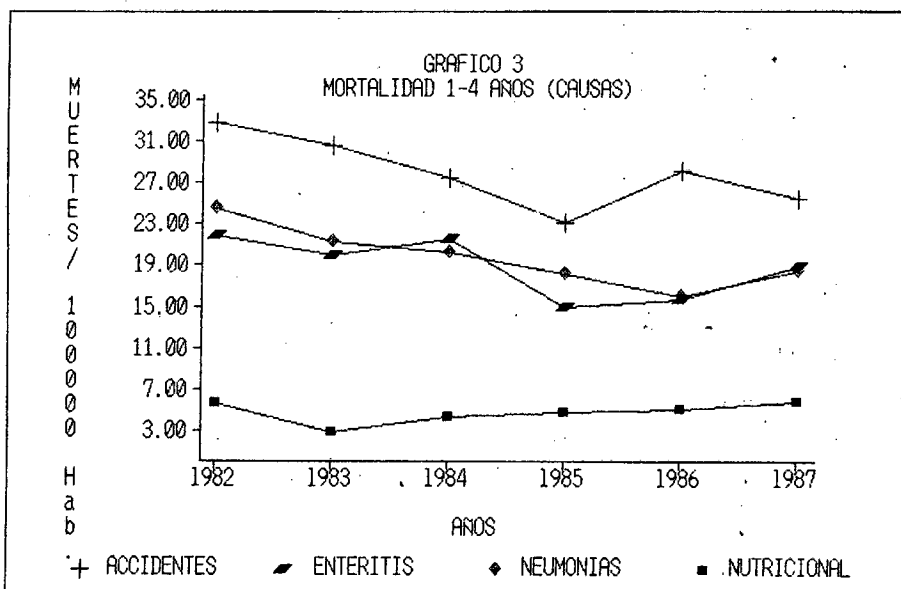
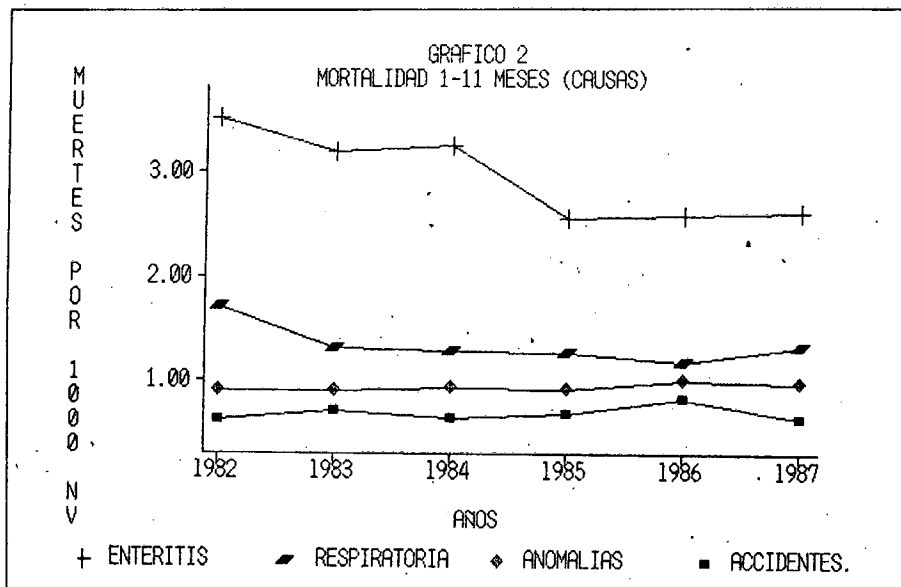
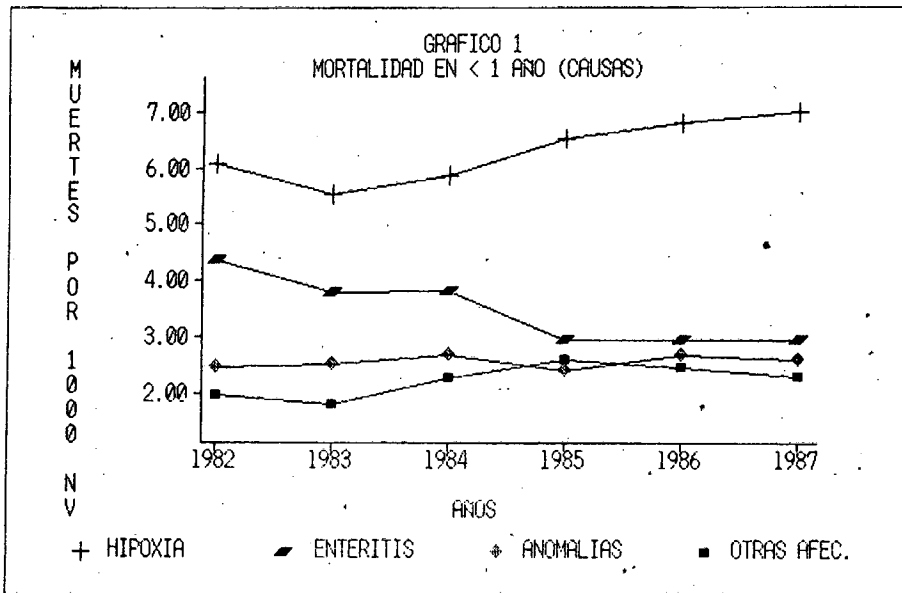
TMM5: Muertes en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos

TABLA 2

TASA MEDIA DE REDUCCION DE LA TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS (TMM5) (1980-1987)

CHILE	6,93
CUBA	4,90
GUYANA	4,54
COSTA RICA	4,17
URUGUAY	4,13
NICARAGUA	4,03
EL SALVADOR	3,30
GUATEMALA	3,27
HONDURAS	3,26
JAMAICA	3,26
PANAMA	2,90
REP. DOMINICANA	2,74
ARGENTINA	2,69
TRINIDAD Y TOBAGO	2,67
ECUADOR	2,60
MEXICO	2,40
BRASIL	2,38
BOLIVIA	2,29
PERU	1,89
HAITI	1,76
COLOMBIA	1,74
PARAGUAY	1,49
VENEZUELA	1,49

Fuente: (UNICEF 1989:88-89)



1. EVOLUCION DE LAS TASAS DE MORTALIDAD

En la Tabla 1 se señalan las cifras de las siguientes tasas: tasa de mortalidad proporcional en menores de 5 años (TMP<5a), la tasa de mortalidad infantil (TMI) y la tasa de mortalidad en menores de 5 años (TMM5) (1) en el período 1978-1987. De las cifras señaladas se desprende que ciertamente ha existido un decrecimiento de la TMI y la TMM5 en el lapso considerado. Este hecho ha sido difundido por las autoridades de salud como uno de los éxitos del sistema de salud.

Sin embargo, al comparar en el contexto americano (según cifras de la UNICEF), observamos que Venezuela es (al igual que Paraguay) el país que ha reducido menos la TMI en el lapso 1980-1987 (Tabla 2). Mientras nuestro país ha reducido la TMI en 1,49% en promedio por año (2), otros países lo han hecho un 4% o más en el mismo lapso. A nivel internacional, según este mismo informe, Venezuela sólo ha superado a 13 países en reducción de la TMM5 (sobre un total de 130 países) (UNICEF, 1989:88-89). (3)

Así mismo, cuando analizamos la proporción de muertes en menores de 5 años sobre las muertes totales (TMP<5a), observamos que, a pesar de que existe una reducción (de 28,08% en 1987 a 19,52% en 1987), todavía este porcentaje está muy por encima del obtenido en muchos países desarrollados y otros en desarrollo, donde apenas alcanza al 2% de las muertes totales (OMS 1981: 75).

2. EVOLUCION DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD

Aparte del análisis cuantitativo de las tasas anteriores, es conveniente precisar las causas más importantes de mortalidad en menores de 5 años en el lapso 1982-1987 de acuerdo a los diversos grupos etarios.

En el gráfico 1 podemos observar la evolución de la TMI. En este grupo las cuatro primeras causas de mortalidad para 1987 eran (de mayor a menor frecuencia): hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias, la enteritis y otras enfermedades diarreicas, las anomalías congénitas y otras afecciones del recién nacido.

Estos datos, sin embargo, enmascaran algunos aspectos que se aprecian en el

gráfico 2. Este gráfico presenta la evolución de la tasa de mortalidad postnatal (niños que mueren entre 28 días de nacido y 11 meses de edad). La importancia de esta tasa es que ella nos ofrece información sobre la influencia del ambiente en la mortalidad, ya que se considera que es sólo hasta los 28 días cuando son determinantes las anomalías genéticas, la inmadurez y otras afecciones en recién nacidos o pretérmino. Para 1987 las principales causas de mortalidad post-neonatal fueron: enteritis y otras enfermedades diarreicas, enfermedades del aparato respiratorio, anomalías congénitas y accidentes.

Con los datos anteriores se puede evidenciar el impacto de las condiciones ambientales en este grupo etario y el estancamiento del decrecimiento de las tasas de mortalidad por enteritis y enfermedades del aparato respiratorio. La primera de ellas se mantiene estacionaria desde 1985, y la segunda desde 1983. Estas enfermedades pertenecen al denominado estadio I o enfermedades de la pobreza y su presencia o incremento son sinónimo de persistencia o agudización de las dificultades económicas de las familias.

Cuando analizamos las muertes en el grupo 1 y 4 años (Gráfico 3), debemos destacar hechos muy significativos del deterioro de las condiciones de salud de los niños venezolanos. Las primeras causas de mortalidad en este grupo las constituyen las siguientes: accidentes, enteritis y otras enfermedades diarreicas, neumonías y enfermedades ligadas a las deficiencias nutricionales. Como se podrá observar, tres de estas causas están íntimamente vinculadas al deterioro de la condición social, con el agravante de que las tasas de mortalidad específicas de las tres

aumentaron en 1987 con respecto a 1986. Las enteritis, que habían ocupado el tercer lugar en 1985 y 1986, ascendieron al segundo lugar con un aumento de la tasa de mortalidad específica de 16,0 a 18,9 (muertes por 100.000 habitantes del grupo etario entre 1 a 4 años) entre 1986 y 1987. Así mismo, la tasa de mortalidad específica por neumonías aumentó de 15,6 a 18,4 (muertes por 100.000 habitantes del grupo etario) en el mismo lapso.

Otro hecho significativo de este grupo etario es la aparición de las deficiencias de la nutrición como cuarta causa de mortalidad específica para 1987. Esta causa no aparecía entre las diez primeras en 1983, y ya para 1986 se había colocado en el sexto lugar. Su tasa de mortalidad específica se ha elevado en más del doble: de 2,8 (muertes por 100.000 habitantes del grupo etario) en 1983 a 5,8 en 1987, con lo cual sobrepasa el nivel de 1982 (5,6 muertes por 100.000 habitantes del grupo etario).

3. LA COBERTURA DE INMUNIZACIONES

Paralelas a las deficiencias señaladas se encuentran las relacionadas con la cobertura de las inmunizaciones en la población menor de un año. Este aspecto es fundamental, porque la utilización de las seis vacunas propuestas a nivel internacional (para prevenir las siguientes enfermedades: tuberculosis, difteria, tétanos, tosferina, polio y sarampión) facilita la disminución de la proporción de muertes prevenibles en menores de 5 años. Sin embargo, en Venezuela para 1987 se produjeron 10 muertes por tosferina y 85 por sarampión en menores de 5 años (MSAS 1989b).

Una posible explicación de que no hayamos podido erradicar definitivamente algunas de estas enfermedades es la disminución del porcentaje de población inmunizada menor de un año (Tabla 3). Según cifras oficiales e internacionales el porcentaje de población menor de un año inmunizada contra polio disminuyó de un 77% en 1981 a 62 en 1988, la de triple se ha mantenido estancada en un 54% y la de sarampión apenas ha aumentado un 12% entre 1981 y 1988 (de un 43% a un 55%).(4)

Si comparamos a nivel americano (Tabla 4) encontramos que Venezuela para 1987 tenía una cobertura de la población menor de un año para la vacuna triple de un 54%, con lo cual apenas superamos a países de mucho menor desarrollo relativo como son: El Salvador, Ecuador, Nicaragua, Perú, Bolivia, Haití y Guatemala. Obviamente, en estas circunstancias no es esperable que se solucionen estos problemas y, lo que es más grave, que se atienda la población que en condiciones de crisis es más susceptible a los efectos de estas enfermedades, especialmente el sarampión. (5).

TABLA 3

PORCENTAJE DE POBLACION MENOR DE 1 AÑO CON INMUNIZACION COMPLETA

VACUNA	1981(a) (%)	1986-1987(a) (%)	1988(b) (%)
ANTI-POLIO	77	64	62
TRIPLE	54	54	54
ANTI-SARAMPION	43	57	55

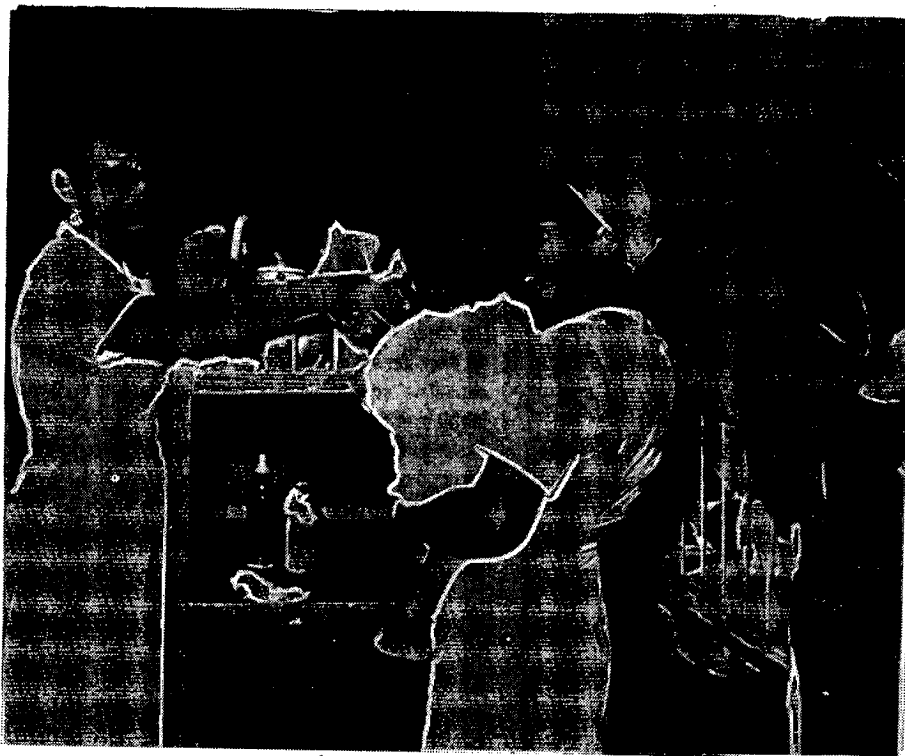
Fuentes: (a) UNICEF, 1989:99
(b) MSAS, 1989a: 105-106

TABLA 4

COBERTURA DE INMUNIZACION EN LA POBLACION < 1 AÑO (VACUNA TRIPLE, 1987)

PAIS	%
ARGENTINA	93
CHILE	93
COSTA RICA	91
CUBA	87
JAMAICA	81
REP. DOMINICANA	80
TRINIDAD Y TOBAGO	79
PANAMA	73
URUGUAY	70
GUYANA	67
MEXICO	62
COLOMBIA	58
HONDURAS	58
PARAGUAY	58
BRASIL	57
VENEZUELA	54
EL SALVADOR	53
ECUADOR	51
NICARAGUA	43
PERU	42
BOLIVIA	24
HAITI	20
GUATEMALA	16

Fuente: (UNICEF, 1989: 38)



CONCLUSIONES

El panorama anterior debe llamar a la reflexión a los distintos sectores involucrados con el bienestar de la población menor de 5 años. Este balance es definitivamente negativo sobre la capacidad del sistema político para velar por la integridad física, mental y social de quienes son los más débiles, los niños venezolanos, y quienes son los más afectados, los niños pobres. Quizás como en ningún otro aspecto de la vida venezolana es tan cierto aquello de que no bastan los recursos económicos para promover el desarrollo. El hecho de que hoy los niños venezolanos, especialmente los hijos de los más pobres, hayan aumentado la probabilidad de morir por enfermedades como las diarreas, neumonías, desnutrición, demuestra lo que hemos empeorado en esta década.

Más aún, las presentes condiciones no hacen sino vislumbrar que las condiciones se agravarán. Hace 2 años (1987) de 80.991 muertes en el país, 12.823 fueron en menores de 1 año (dentro de éstas, 5.310 en niños entre 28 días y 11 meses) y 2.982 entre 1 y 4 años. En el grupo de menores de 1 año al menos un 24% (3.100 muertes) fueron por enfermedades altamente prevenibles. En el grupo entre 28 días y 11 meses este porcentaje ascendió a un mínimo de 52% (2.760 muertes) y en

el de 1 a 4 años es al menos de un 38% (1.134 muertes).⁽⁶⁾ Es muy factible que en el año 1988 estas condiciones hayan sido más críticas. Sin embargo, estas muertes altamente prevenibles deben estimular la posición de que sí es posible combatir los efectos de la pobreza en la salud y mejorar en medida importante el nivel de vida de estos sectores.

Para ello es necesario que a todos los niveles —gubernamentales y de la sociedad civil— se tome una mayor responsabilidad en la promoción de medidas destinadas no sólo a aliviar los efectos del ajuste sino potenciar un mejor bienestar. En tal sentido, se deberán realizar esfuerzos para enfatizar la prioridad en los niños entre 28 días y 11 meses y fortalecer la alimentación complementaria, las inmunizaciones, la promoción del uso de la rehidratación oral y la vigilancia nutricional como instrumento de esta exigente tarea.

Creemos, finalmente, que la atención a este sector de la población puede ser un factor aglutinante en el campo de la política social y para ello se deberán asignar recursos económicos, humanos y técnicos que permitan el cumplimiento de dichos objetivos. De no ser así, corremos el grave riesgo de que se deteriore aún más el nivel de vida de los niños venezolanos en los próximos años.

NOTAS:

1. UNICEF ha seleccionado esta tasa para vigilar la situación de la infancia. La TMM5 expresa la relación entre las muertes en menores de 5 años y los nacimientos vivos registrados para un año determinado.
2. Hemos realizado cálculos que difieren de los presentados por UNICEF, ya que suponemos que las cifras que ellos manejan son mayores que las oficiales. Sin embargo, hemos mantenido el cálculo de UNICEF por cuanto nos permite comparar con los demás países.
3. Estos países son: Afganistán, Malí, Mozambique, Angola, Etiopía, República Centroafricana, Somalia, Rwanda, Bhután, Nepal, Bangladesh, Uganda, Ghana y Dinamarca.
4. Es posible que la cobertura real sea mayor que la reportada por el MSAS ya que en ella se incluye solamente la actividad de las campañas y no abarca la actividad de rutina y las inmunizaciones realizadas en el sector de salud privada.
5. En Brasil, por ejemplo, un brote de sarampión en 1984 aumentó la TMI fundamentalmente por las deficiencias en la administración de la vacuna y por el estado de afectación física de los niños producto de las dificultades económicas de las familias (Macedo 1987:53).
6. Consideramos el porcentaje mínimo porque no disponemos de la información detallada de causas de muertes. Probablemente un cálculo más exacto elevará este porcentaje.

REFERENCIAS

- OMS. (1981). *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000*. Serie Salud para Todos (Número 4). 98 pp.
- Macedo, Roberto (1987). "La infancia en Brasil y la crisis económica" en Cornia et. al. *Ajuste con rostro humano. Estudio de países*. Vol. II. Madrid: Siglo XXI Editores. pp. 35-68.
- MSAS. (1989a). *Memoria y Cuenta 1988*
- MSAS. (1989b). *Principales causas de muerte en Venezuela 1983-1987*.
- MSAS. (1988). *Principales causas de muerte en Venezuela 1982-1986*.
- UNICEF. (1989). *Estado mundial de la infancia 1989*.