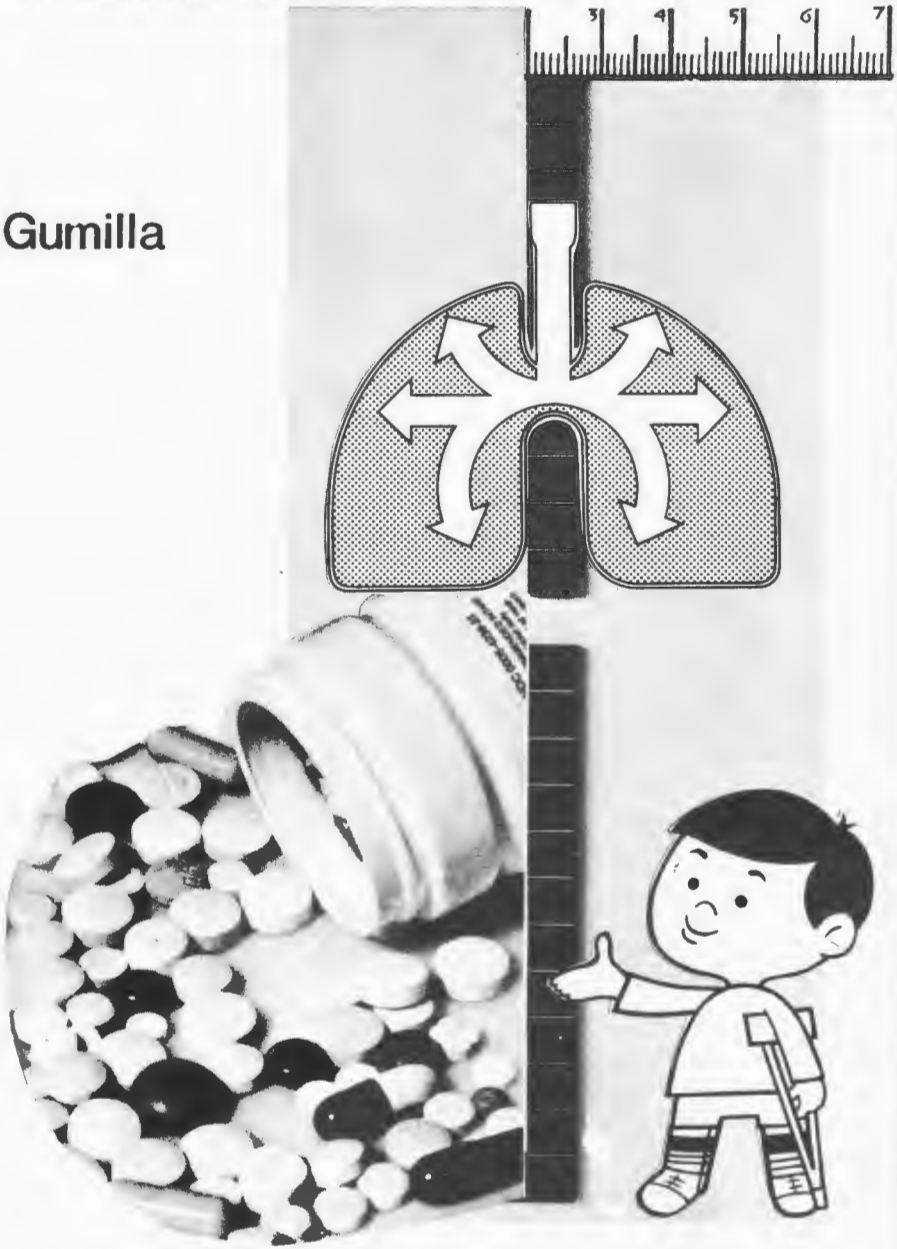
# LA SALUD EN VENEZUELA

Centro Gumilla



**CURSO DE FORMACION SOCIOPOLITICA 5**

# revista sic CENTRO GUMILLA

**Suscripción anual (10 números):** **Bs. 100**

**Número suelto:** **Bs. 10**

**CENTRO GUMILLA**
**Av. Cristóbal Rojas 16 – Santa Mónica**
**Apartado 40.225 – Tfs. 661.28.40 y 661.95.15**
**CARACAS 1040-A – Venezuela**

CURSO DE FORMACION SOCIOPOLITICA 5

# LA SALUD EN VENEZUELA

Centro Gumilla

CENTRO GUMILLA
Av. Cristóbal Rojas, 16 – Santa Mónica
Apartado 40.225 – Tlfs. 661.28.40 y 661.95.15
CARACAS 1040-A – VENEZUELA
1985

**ACLARATORIA**

El Folleto "LA SALUD EN VENEZUELA" ha sido elaborado teniendo como referencia el libro "VENEZUELA: Biografía Inacabada" editado en 1983 por el Despacho de la Ministro de Estado para la Participación de la Mujer en el Desarrollo (Dra. Mercedes Pulido de Briceño).

Me refiero más concretamente a las ponencias: "Evolución del Desarrollo Humano en Venezuela, 1932-1982" que aparece en las páginas 549-592 de dicho libro firmado por el Dr. José María Bengoa.

Y también a "La Estructura Sanitaria Asistencial y el Estilo de Vida de la Familia" desde la página 593 a 636 redactado por María Teresa R. de Leonardi.

# INTRODUCCION

## LA TRADICION SANITARIA EN VENEZUELA

Desde finales del siglo XIX Venezuela se caracterizaba por una situación política inestable. Las sucesivas guerras civiles habían contribuido a conformar el cuadro de un territorio con problemas de pobreza económica, deficiencias sociales y anomalías sanitarias.

La población vivía físicamente diezmada, tanto por efectos de guerras civiles como a consecuencia de las endemias tropicales, que se entronizaban en la medida en que existían las deficiencias sociales y la pobreza económica.

Estas deficiencias se originan en una precaria cobertura de los servicios básicos de saneamiento: agua potable, disposición de aguas negras y de basuras, viviendas pésimas, atención médica y educación. Este cuadro de empobrecimiento no se circunscribía unicamente a los sectores marginales de la población. Muchas de las enfermedades infecciosas y parasitarias, que eran herencia colonial, se habían venido tornando más críticas porque la sucesiva acción destructora de los morbos había alcanzado ya el vasto, estrato de la clase media.

El paludismo, las parasitosis intestinales, las enfermedades típicamente infantiles (gastroenteritis, neumonías) y las de orígen hídrico (tifoidea, paratifoidea) afectaban de manera relativamente similar a una población predominantemente rural (alrededor del 90 por ciento en 1.910) cuya expectativa de vida no superaba los 35 años.

La baja urbanización del país limitaba sensiblemente las posibilidades de cobertura y atención a la comunidad nacional, pues los asentamientos humanos estaban tan distantes que no había una infraestructura vial para facilitar cualquier acción oportuna e integral.

Es fácil suponer que en materia de servicios como los de salud la población atendida era fundamentalmente la que vivía cerca del médico. Generalmente residía en áreas urbanas, puesto que las pocas ciudades que había entonces significaban el emporio intelectual, académico, económico y social de Venezuela y, por ende, el contexto que facilitaba la acción de ciertos servicios.

Para 1918 las compañías petroleras inglesas estaban dispuestas a irse del país, no sólo porque las empresas norteamericanas habían obtenido mejores concesiones, sino porque la mortalidad infantil era muy alta. Existía una tasa de 140 x 1.000 nacimientos vivos. La primera causa de muerte la constituía el paludismo. Las formas de prevenirlo —ya que no se conocía el DDT— eran

"dormir bajo mosquitero, tomar quinina y acostarse a las cinco de la tarde..."

En la oportunidad en que visitó Caracas un equipo de expertos de la Universidad de Liverpool, uno de los asesores hospedado en el conocido hotel Majestic al observar las medidas de higiene que había en el propio hotel le comentó al doctor Leopoldo García Maldonado:

"El problema de este país es de educación y de educación sanitaria en primer lugar, que por lo visto debe empezar por el gerente de este hotel" (Dr. Pastor Oropeza: entrevistado por Sanín en "López Contreras de la Tiranía a la Libertad". Edit. Ateneo, Caracas 1982).

Mientras tanto, desde que se instalara la Compañía Shell incorporó a su plantel de profesionales a médicos e ingenieros que, posteriormente, jugarían un papel decisivo en la evolución de nuestras instituciones. Eran los médicos Enrique Tejera y Leopoldo García Maldonado y los ingenieros Lucio Baldó y Martín Tovar Lange, entre otros.

**"...el gremio estuvo siempre alerta y atento a los problemas sanitarios en lo preventivo y en lo curativo. Se preparaba precisamente para cuando tuviera la oportunidad de dar otra forma organizativa al área de la salud en Venezuela" (María Teresa de Leonardi: La estructura Sanitaria-Asistencial y Estilo de Vida de la Familia. En "Venezuela: Biografía Inacabada" - Edi. Ministerio de Estado para la Participación de la Mujer. Caracas 1983, pág. 600).**

**La organización sanitaria en Venezuela comenzó con buen pie en 1936. Ante la grave situación sanitaria que confrontaba el país, en pocos años, se logró formar un equipo excepcional de sanitaristas que estableció una estrategia coherente en casi todas las áreas de la salud. Fue la época con mística en la Sanidad Venezolana. Una coyuntura en la que la "burguesía" se abrazó con el "pueblo". Se pusieron entonces las bases del proyecto sanitario que ha perdurado hasta nuestros días. Hubo mayor creatividad y patriorismo que hoy.**

# 1

# DESARROLLO HUMANO

Los cambios ocurridos en los últimos 50 años en Venezuela han sido más rápidos, más vertiginosos y más profundos, que los sucedidos en toda la historia colonial y post independencia conjuntamente. En cuanto a la salud la medicina empírica de los curanderos se prolonga hasta muy entrado el siglo XX.

**"Hasta hace cuarenta años Venezuela era un país gravemente enfermo, sanitaria y socialmente digno, entrañable, unido en el esfuerzo, y tenía, tal vez sin proponérselo, un orden modesto de prioridades, un cierto sentido de lo posible, sin abismo entre la marginalidad y la opulencia, pero solidaria en sus desdichas, en la que todos empujaban el carro, silenciosamente. (José María Bengoa: Evolución del desarrollo Humano en Venezuela. En "Venezuela: Biografía Inacabada", o.c., pág. 551).**

El desarrollo, físico y funcional, del hombre es el resultado de la influencia de los factores ambientales —favorables o desfavorables— sobre su potencial genético.

Este potencial genético sólo puede alcanzar amplio desarrollo en condiciones ambientales favorables. Genéticamente, la población venezolana, presenta condiciones para un desarrollo humano satisfactorio, similar al alcanzado por los países industrializados avanzados (salvo pequeñas excepciones, que refuerzan aún más la tesis adelantada).

De aquí la importancia de conocer en qué medida las condiciones ambientales han cambiado en Venezuela en los últimos 50 años, a fin de explicar cómo ha evolucionado el desarrollo humano en el país.

## 1. DESARROLLO FISICO

El aumento secular de la talla es un buen indicador del mejoramiento del desarrollo humano.

En Inglaterra hubo un aumento de 1 cm cada diez años en pre-escolares; de 2 a 3 cm en escolares y de 1 cm en adultos.

Esta tendencia secular continúa en Europa, pero se ha hecho estacionaria en regiones privilegiadas y en clases socio-económicamente altas de Norteamérica, lo cual indica que se han alcanzado óptimas condiciones ambientales.

En contraste con esto, en algunos grupos de población desfavorecidos (indígenas mexicanos y norteamericanos) se ha encontrado una disminución secular de la talla.

Durante el último siglo, la talla del europeo aumentó 20 cm. Igual fenómeno se ha observado en toda la población japonesa. Los nacidos en 1956 miden hoy 14 cm más que los japoneses de la preguerra.

El promedio de la talla a los 18 años (varones) en América Latina, oscila entre 1,59 y 1,64. En los países industrializados el promedio es 1,74. ¿Factores genéticos? Los niños europeos tenían hace un siglo la talla de los niños centro-americanos de hoy. El ejemplo japonés es también evidente. Salvo casos étnicos especiales, la talla baja de los pueblos pobres, es más un factor ambiental que genético.

En Venezuela el equipo de Fundacredesa ha hecho un estudio reciente sobre la talla en los niños y adolescentes, ambos sexos, y observa también cambios significativos en la talla según estratos socio-económicos. Los niños y adolescentes venezolanos de grupos socio-económicos medio y alto se equiparan a los patrones británicos. Sin embargo, las niñas de dichos niveles socio-económicos, a partir de los 10-12 años tienen un desarrollo inferior al de las niñas británicas.

Comparando los estudios actuales de Fundacredesa en estratos socio-económicos medio-alto y alto, con los datos de Vélez Boza en 1948, en un colegio privado de Caracas, se observa un incremento en la estatura media de más de cm por décadas, entre niños de 13 y 16 años de edad. En los estratos económicos bajos, comparando los datos actuales con los de 1963, se observa una tendencia secular para la talla de más de 3 cm por década. Es realmente sorprendente tal cambio.

En las hembras, y en los estratos bajos, también se observa una estatura mayor de 2,5 cm por década entre 9 y 11 años. Igualmente sorprendente y admirable.

En los adultos (19 a 35 años de edad) en el estrato socio-económico medio se encuentra un aumento secular que alcanza 3 cm por década, en los varones, y hasta de 4,1 cm, en las hembras. Sin embargo, en los estratos bajos, la tendencia secular fue muy pequeña o nula, en ambos sexos.

## 2. DESARROLLO MENTAL

**"Todos los venezolanos preocupados por su patria están de acuerdo en la gran cantidad de problemas que afectan la salud mental de nuestro país. Se sabe por estimaciones muy generales que uno de cada cinco venezolanos padece trastornos mentales de diversos tipos, dentro de los cuales se destacan la neurosis, las personalidades antisociales, el alcoholismo, el retardo mental, la epilepsia y la psicosis. Tales entidades nosológicas explican fundamentalmente los altos índices de predelincuencia, delincuencia, ausentismo y repitencia escolares, desempleo, divorcios, alcoholismo, juegos y conductas patológicas varias que constantemente se incrementan". (Cfr. Revista Venezolana de Sanidad y Asistencia Social, Vol XL - junio - 1975, No. 2, pág. 433).**

Cálculos prudentes aseguraban que en 1977 había en Venezuela de 60.000 a 80.000 niños retardados mentales, y además cada cuarenta minutos nace un nuevo retardado. Sin embargo sólo corresponde 1 siquiatra por cada 70.000 venezolanos.

"El 13 por ciento de la población sufre neurosis grave. El 7 por ciento es epiléptica; el 4 por ciento esquizofrénica, el 7 por ciento retardada mental y el 3 por ciento alcohólico grave" (El Universal - 7 - mayo 1977).

Existen pocas dudas de que cuando la desnutrición es en edad **temprana, grave y prolongada**, puede haber repercusiones en el desarrollo mental del niño, que podrían ser irreversibles. En el desarrollo fetal pueden darse esas tres condiciones. No obstante, la supervivienda de un feto que ha padecido una desnutrición grave y prolongada tiene escasas posibilidades.

Se cree sin embargo, que entre las per-

sonas gravemente desnutridas, puede explicarse el deterioro intelectual, tanto por razones fisiológicas como sociales. En muchos niños hospitalizados con desnutrición grave se han encontrado deficiencias en el lenguaje, más que en otras áreas del desarrollo.

Los casos graves de desnutrición han disminuido notablemente en Venezuela, por lo que no es de esperar que una proporción importante de la población padezca un desarrollo mental deteriorado.

Por otro lado no existen evidencias claras de que una desnutrición moderada de primer o segundo grado pueda tener repercusiones en el desarrollo mental.

Probablemente, los niños con desnutrición moderada tienen un rendimiento escolar inferior, pero no está claro si ello es debido al "hambre", en el sentido inmediato y perentorio del término, o a la desnutrición.

Salvo casos excepcionales, parece que el déficit mental de niños desnutridos es reversible, si conjuntamente al tratamiento dietético se establece un programa de estimulación sensorial y afectiva. La reversibilidad en este caso puede darse en el 90 por ciento de los niños atendidos.

Está claramente demostrado que la desnutrición asociada a infecciones repetidas durante los primeros días de la vida pervierte el desarrollo y origina desajustes sicosociales y retardos mentales. Un estudio de dos series de niños con severo retardo mental y coeficientes intelectuales inferiores a 50 demostró que el 70 por ciento de los casos es de origen prenatal. De ellos el 36 por ciento se debían a alteraciones cromosomáticas. También está demostrado que el abuso del alcohol y tabaco durante el embarazo puede repercutir en la salud mental del neonato. La prevención prenatal es de especial importancia para reducir el riesgo de retardo mental.

**"El cerebro humano alcanza el 10 por ciento de su desarrollo estructural durante los primeros cuatro años de vida. Sabemos que durante ese crítico período de crecimiento, el cerebro es sumamente vulnerable a las deficiencias nutritivas, las mismas que pueden provocar un deterioro hasta el 25 por ciento de la capacidad mental normal" (Congreso Venezolano de Salud Pública - Octubre - 1976).**

## 3. PUERICULTURA: CONTROL Y VIGILANCIA

Venezuela fue uno de los primeros países de América Latina que incorporó las actividades de vigilancia periódica del estado de salud de la embarazada y de los niños, como elementos fundamentales de los servicios locales de salud.

La División Materno-Infantil fue una de las primeras áreas organizativas del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, creada y puesta en marcha por el doctor Pastor Oropeza. Para entonces (1936) no existía la Maternidad Concepción Palacios —inaugurada en 1939— y

**"...sólo se contaba con diez y ocho camas de maternidad en todo el país... las señoras atendidas por médicos eran las que vivían alrededor de la Plaza Bolívar..." (Dr. Pastor Oropeza, o.c.).**

Desde sus comienzos, el servicio se concibió e implementó de forma tal que ha funcionado como un programa de concepción única y de ejecución horizontal. Como programa unificador, técnicamente hablando, el servicio Materno-Infantil se instrumentó a partir de los cinco criterios universales sobre la materia:

1. Vigilancia periódica de la embarazada (seguimiento inmunológico del embarazo para la detención temprana de posibles enfermedades.
2. Inscripción precoz del nacimiento.
3. Vigilancia periódica del niño sano.
4. Inmunizaciones.
5. Estaciones de puericultura.

La inscripción precoz del recién nacido y su vigilancia periódica es fundamental para los efectos de la estadística vital como para identificación pronta de los neonatos que requieran atención especial y que, por distintas razones, no han sido conocidos por los establecimientos de salud.

Tampoco era ésta una costumbre de nuestra población, por lo que hubo que empezar por hacer promoción de la misma. Se tuvo que eliminar el impuesto de dos bolívares (que se pagaban en estampillas) para empezar a vencer la resistencia de las madres. En los Estados Unidos hacia el año 1940 se estimulaba la inscripción temprana de los niños en el Registro Civil mediante una bonificación en metálico.

La consulta de puericultura se procura iniciar, precisamente, con el registro oportuno del nacimiento, pues mientras más temprano se conozcan las circunstancias y condiciones que han rodeado ese evento, mejor atención puede ofrecerse en pro del adecuado desarrollo del niño.

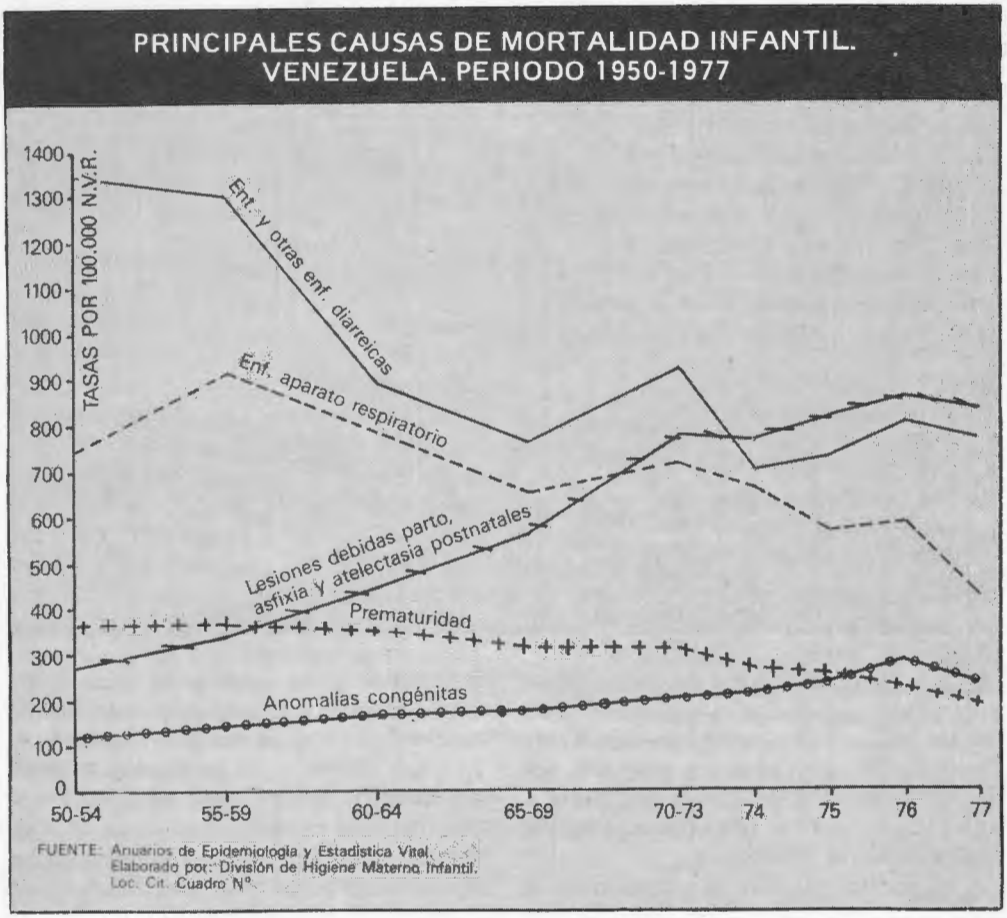
En materia de control de la embarazada, hoy en día se estima que el porcentaje de vigiladas todavía es bajo en zonas urbanas, y la gastroenteritis persiste con fuerza, especialmente entre la población marginal.

Los descensos de las tasas de **mortalidad materna, infantil** y de niños de 1 a 4 años, han sido espectaculares en los últimos 40 años. Junto a la campaña antimalárica, es tal vez el hecho que más haya podido influir en mejorar el desarrollo humano.

Los gráficos aquí incluídos, son suficientemente explicativos.

El servicio incluye la vigilancia del crecimiento físico y funcional del niño, la aplicación de inmunizaciones y la detección de problemas, como las malformaciones. Así mismo, especialmente en los casos de grupos familiares con pocos recursos, se procura el suministro de suplementos nutricionales a través de las Estaciones de Puericultura —más conocidas como Estaciones de Leche— y sobre todo, mediante el estímulo de la lactancia materna.

La vigilancia del preescolar, consiste en la atención médico-sanitaria del niño durante la época en la cual pueden aflorar problemas graves de desnutrición y de conducta, así co-




mo se pueden inculcar o reforzar a través de la enseñanza escolar, los hábitos de higiene.

La vigilancia del escolar, en materia de salud física, se centra en la vigilancia del crecimiento —peso, talla, etc.,— y en materia funcional se refiere a la detección de problemas de audición, visión y lenguaje, básicos para el aprendizaje. Este subprograma al igual que el anterior está muy poco desarrollado.

También se ha considerado como unidad programática importante la relativa a la atención de ciertas enfermedades peculiares a la niñez misma, o atención del niño enfermo. En este sentido, la gastroenteritis ha constituido, y constituye aún, uno de los problemas de salud más comunes en nuestro medio.

Los programas de rehidratación, cruciales para combatir este flagelo, se formalizaron en el país desde 1946, pero en realidad se expandieron en escala nacional a partir de 1958.

"Más de ochenta casos de gastroenteritis se registran diariamente en el Estado Zulia.

El Boletín epidemológico del Edo. Zulia indica, además, que por la misma causa se han registrado treinta y dos muertes, constituyéndose esta enfermedad en la segunda causa de muerte epidemiológica del Estado Zulia.

Sin embargo es necesario señalar que han ocurrido cuatro muertes menos que el año pasado para la misma fecha. Y más de seiscientos casos de la enfermedad menos que en el 82"

Pero esto no debe consolarnos, porque el Dr. Lisandro Latuff declara en EL NACIONAL - 20-10-84-C. 5:

> **"en el país, nacen al año medio millón de venezolanos, de los cuales el 10 por ciento (50.000) registra un alto grado de anemia y bajo peso, y otro porcentaje considerable presenta enfermedades congénitas como retardo mental, ceguera, sífilis, hidrocefalia y otras deficiencias, y todo porque las gestantes no controlan sus embarazos. Casi la mitad de las embarazadas no se controlan.**
> **Resulta imperdonable que sigan naciendo las futuras generaciones del país como seres incapacitados, tanto física como mentalmente".**

**La gastroenteritis, la anquilostomiasis, la enfermedad de Chagas**, y otros procesos han tenido asimismo un descenso espectacular.

Salvando las limitaciones que puede existir entre 1935 y 1974, en cuanto a errores de registro, que en algunos casos son muy evidentes, se podría resumir la situación de la forma siguiente:

La tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años, bajó de 21 a 4 por mil, es decir, una tasa cinco veces menor; la mortalidad por tuberculosis descendió de 104 a 8 por mil, tasa 12 veces menor. La mortalidad por gastroenteritis fue en 1974 cinco veces menor que en 1935. En 1981 la situación es todavía más favorable.

# 2

# NATALIDAD Y MORTALIDAD

¿De qué mueren hoy los venezolanos? Cinco grandes áreas explican el 71 por ciento de las muertes.

| | |
|---|---|
| CARDIOVASCULARES | 24,3 |
| ACCIDENTES - VIOLENCIAS | 13,7 |
| CANCER | 12,0 |
| INFECCIONES | 11,1 |
| MORTALIDAD PERINATAL | 10,0 |

(Boletín SALUD PUBLICA - No. 52 - Abril 1983 - Pág. 25)

Pero hace 40 años no era así. En 1938 en algunos estados de la República la mortalidad por **paludismo** era superior al 15 por ciento del total de muertes, siendo en algunos de ellos del 55,8 por ciento (Guárico), 32 por ciento (Cojedes), 18,8 por ciento (Monagas), 17,2 por ciento (Portuguesa). Son cifras sobrecogedoras por su impresionante magnitud. Las cifras de morbilidad eran todavía de mayor significación en cuanto a sus efectos sobre la productividad.

Por la década de los 40-50 la **tuberculosis** venía ocupando el segundo puesto entre las causas de la mortalidad; en 1959 ocupó el puesto 8o. y en 1978 ha pasado al puesto No. 13, con un total de muertes por tuberculosis de 838, que representa el 1,9 por ciento del total de fallecimientos. Tal vez no ha descendido la mortalidad en la misma proporción pero actualmente la tuberculosis es una enfermedad de fácil control.

El cambio ha sido pues de extraordinaria magnitud, pero el más transcendental, el que contribuyó a crear una nueva Venezuela, fue la erradicación práctica del paludismo, aunque todavía existan pequeños focos ais-

**EVOLUCION DE LA TASA DE MORTALIDAD GENERAL DE VENEZUELA 1950 a 1982**

| AÑO | TASA | AÑO | TASA | AÑO | TASA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1950 | 10,9 | 1961 | 7,3 | 1972 | 6,7 |
| 1951 | 11,0 | 1962 | 6,9 | 1973 | 6,8 |
| 1952 | 10,5 | 1963 | 7,1 | 1974 | 6,3 |
| 1953 | 9,5 | 1964 | 7,2 | 1975 | 6,2 |
| 1954 | 9,6 | 1965 | 6,9 | 1976 | 6,2 |
| 1955 | 9,6 | 1966 | 6,7 | 1977 | 5,8 |
| 1956 | 9,3 | 1967 | 6,6 | 1978 | 5,5 |
| 1957 | 9,3 | 1968 | 6,6 | 1979 | 5,5 |
| 1958 | 8,7 | 1969 | 6,8 | 1980 | 5,5 |
| 1959 | 8,0 | 1970 | 6,6 | 1981 | 5,6 |
| 1960 | 7,5 | 1971 | 6,6 | 1982 | 5,3 |

(Boletín de Salud Pública - No. 55 - Enero 1984 - pág. 3.

**TASAS DE MORTALIDAD POR CIEN MIL HABITANTES ESPECIFICADAS POR GRUPO DE EDAD Y PAISES INDICADOS EN 1980 Y VENEZUELA 1982**

| Grupos de edad | Suecia | Japón | Holanda | Inglaterra | Venezuela |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 año | 690,3 | 746,6 | 858,8 | 1.203,7 | 1.985,1 |
| 1 a 4 años | 36,1 | 63,8 | 52,0 | 51,1 | 203,2 |
| 5 a 14 años | 21,0 | 23,2 | 25,3 | 24,4 | 57,9 |
| 15 a 24 años | 57,7 | 55,5 | 60,1 | 61,9 | 159,0 |
| 25 a 34 años | 93,6 | 75,8 | 68,1 | 78,4 | 207,2 |
| 35 a 44 años | 173,7 | 157,4 | 142,0 | 161,8 | 332,6 |
| 45 a 54 años | 430,2 | 395,6 | 416,1 | 512,3 | 653,9 |
| 55 a 64 años | 1.054,0 | 860,5 | 1.574,0 | 1.382,4 | 1.529,1 |
| 65 a 74 años | 2.721,4 | 1.496,1 | 1.828,5 | 3.434,3 | 3.409,7 |
| 75 y más | 9.522,0 | 9.058,1 | 9.040,4 | 10.252,0 | 12.152,7 |

(Ibidem: pág. 8).

lados. Parecería que todavía hoy no se ha sabido captar el significado del cambio ocurrido.

Por lo expuesto anteriormente vemos: que el promedio de vida aumentó de 45 años en 1935 a 66 años en 1974, aceleró las migraciones internas, permitió conquistar nuevas tierras para la agricultura y la industria, incrementó de forma impredecible la demanda de escolarización en todos los niveles, y en suma se creó un nuevo mundo de expectativas.

La sociedad, empero, no ajustó su política a la nueva dimensión de estos cambios, a pesar del llamado de atención que hicieran en su día los responsables de la acción sanitaria.

En los últimos cuarenta años se han logrado disminuir las tasas de mortalidad a cifras similares a las que tenían los países Europeos. Mientras en los países desarrollados tardaron 100 años en reducir las tasas de mortalidad a la mitad, en Venezuela y otros países en desarrollo se logró esa reducción en 25 años.

Hoy el patrón de mortalidad es completamente distinto del que era hace cuarenta años. Se han colocado entre las primeras

causas de muerte las enfermedades degenerativas y los accidentes, tal como sucede en los países altamente desarrollados. Pero como para recordarnos que todavía tenemos signos evidentes de subdesarrollo permanecen, entre las primeras causas de muerte, la gastroenteritis, que afecta principalmente a los niños de corta edad.

# 3

# PRINCIPALES ENFERMEDADES

Esquematizando o simplificando mucho las cosas se podría decir que la salud del venezolano se dirige en varias vertientes. Por un lado, contamos con enfermedades que van en franco aumento, como por ejemplo los accidentes, la diabetes, las enfermedades cardio-vasculares, algunos tipos de cáncer, la neumoconiosis, las enfermedades venéreas y los procesos mentales. Otro grupo de enfermedades permanecen estacionarias, como la rabia, el parasitismo intestinal, la oncocercosis, la lehismaniasis, las neumonías, y la morbilidad (la mortalidad ha descendido notablemente) por gastro-enteritis. Algunas de estas enfermedades en ascenso o estacionarias tienen hoy mejores posibilidades de diagnóstico, lo que podría explicar el hecho.

Como enfermedades en franco descenso se podrían mencionar además del paludismo, a la bilharziasis, la enfermedad de Chagas, la poliomielitis, la lepra, la buba, el carate, el bocio endémico y las enfermedades propias de la infancia (difteria, tosferina, etc.) debido a la aplicación de vacunas.

Como enfermedades totalmente erradicadas en estos últimos cuarenta años sólo se pueden mencionar tres: la viruela, la peste y la fiebre amarilla (latente en su forma selvática). En la práctica, también podrían considerar como erradicadas el carate y la buba.

Si bien las tasas de mortalidad han descendido de forma espectacular no puede decirse lo mismo de la morbilidad, no solamente de procesos degenerativos, sino también de enfermedades vinculadas al ambiente adverso y a factores socioeconómicos. Este es probablemente el reto que tiene ahora la sanidad venezolana. Se estima que todavía un 45 por ciento de la población está afectada de ascariasis, un 28 por ciento de anquilostomiasis y un 20 por ciento de amibiasis. Mientras estas cifras no se disminuyan de forma radical no podrá decirse que hemos franqueado la frontera del desarrollo. Si puede afirmarse que se ha logrado una disminución paralela de la mortalidad y morbilidad con el paludismo, y la viruela, no es el caso de otras enfermedades, en las cuales se ha logrado una significativa declinación de los índices de mortalidad pero cuya morbilidad no ha seguido un curso paralelo.

El que hayan disminuido las tasas de mortalidad no significa que hayan mejorado las condiciones de vida, si no tal vez que hay mejor atención médica, o se han descubierto nuevas drogas, nuevos insecticidas o ha mejorado la acción sanitaria. Decimos lo anterior por lo siguiente:

La rapidez con que disminuyó la mortalidad nos demuestra que no fue debido a un mejoramiento de las condiciones de vida tal como sucedió en Europa y que ya lo dijimos anteriormente. De haber disminuído la mortalidad por ese motivo, habría disminuído también la morbilidad y no sucedió así en Venezuela y de haberse dado esa dualidad los supervivientes disfrutarían de un estado biológico más aceptable que el que presenta la población actual.

Es de notar, sin embargo, que las comparaciones entre Europa y Venezuela requieren una interpretación ajustada a la realidad sanitaria de las dos partes. Arnoldo Gabal-

| MORTALIDAD POR ACCIDENTES (por 100.000 htes) AÑOS 1979 - 1982 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1979 | | 1980 | | 1981 | | 1982 | |
| CAUSA | M | T | M | T | M | T | M | T |
| Tránsito Terrestre | 4.909 | 36.3 | 5.211 | 37.5 | 5.030 | 35.1 | 5.066 | 34.4 |
| Ahogamientos y sumersiones | 729 | 5.4 | 786 | 5.9 | 898 | 6.3 | 724 | 4.9 |
| Caídas Accidentales | 735 | 5.4 | 779 | 5.6 | 804 | 5.6 | 727 | 4.9 |
| Accidentes por Proyectil de Arma de Fuego | 287 | 2.1 | 332 | 2.4 | 331 | 2.3 | 298 | 2.0 |
| Envenenamientos Accidentales | 165 | 1.2 | 135 | 1.0 | 205 | 1.4 | 199 | 1.4 |
| Fuego | 187 | 1.4 | 188 | 1.4 | 207 | 1.4 | 198 | 1.3 |
| Accidentes causados por corriente eléctrica | 153 | 1.1 | 186 | 1.4 | 214 | 1.4 | 187 | 1.3 |
| Accidentes por máquinarias e instrumentos cortantes y punzantes | 152 | 1.1 | 148 | 1.1 | 160 | 1.1 | 161 | 1.1 |
| Drogas y medicamentos que causan efectos adversos | 51 | 0.4 | 52 | 0.4 | 46 | 0.3 | 36 | 0.2 |

(Boletín de Salud Pública No. 56 - Abril - 1984 - pág. 6)

dón ha destacado las diferencias, tanto cuantitativas como cualitativas de los problemas de salud en Europa a principios de siglo y los de América Latina, hoy en día. Dice Gabaldón: "En Europa (las enfermedades eran predominantemente agudas y) las personas que sobrevivían a las enfermedades quedaban con escasos efectos como resultado de ella. En contraste, en América Latina, muchas de las infecciones que afectan a grandes masas de la población, tiene una tasa de letalidad baja pero con repercusiones que perduran con carácter crónico".

Estas consideraciones de Gabaldón nos reafirman en nuestras conclusiones.

Veamos ahora la diferencia entre las enfermedades infecciosas - parasitarias, por un lado y las crónicas degenerativas por otro.

Las primeras tienen una acción preventiva de alto costo (saneamiento ambiental) y un costo de tratamiento muy bajo por lo que resulta fácil disminuir la mortalidad en ellas y las segundas un costo tecnológico de prevención bajo (educación sanitaria) y un alto costo de tratamiento por lo cual se hace difícil disminuír su mortalidad.

La morbilidad de las enfermedades venéreas representa grave problema por su recurrencia y facilidad de contagio. Presentamos la situación de Caracas conscientes de que las cifras ofrecidas constituyen solamente el 30 por ciento de los casos venéreos en la Región Capital y que el otro 70 por ciento se trata con médicos particulares, se automedica o no se trata su mal".

| ENFERMEDAD | No. DE CASOS |
|---|---|
| Sifilis | 2.049 |
| Blenorragia | 3.277 |
| Chancro blando | 121 |
| Granuloma venéreo | 1 |
| Linfogranuloma venéreo | 15 |
| Infección nogonococcio | 8.905 |
| TOTAL | 14.368 |

(EL NACIONAL - 14-12-1982)

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS 1975-1979

| ENFERMEDADES | Casos | Muertes | Morbilidad | Mortalidad |
|---|---|---|---|---|
| Tuberculosis | 4.182,8 | 880,0 | 32,8 | 7,8 |
| Lepra | 400,6 | 16,6 | 3,1 | 0,1 |
| Sífilis | 16.338,2 | 47,0 | 128,2 | 0,4 |
| Gonorrea | 28.128,8 | 0,2 | 220,8 | 0,002 |
| Chancro blando | 507,2 | — | 4,0 | — |
| Linfogranuloma venéreo | 92,4 | 0,2 | 0,7 | 0,002 |
| Granuloma inguinal venéreo | 74,2 | — | 0,7 | — |
| Encefalitis Equina Venezolana | 8,2 | — | 0,06 | — |
| Dengue | 242,4 | 0,6 | 19,0 | 0,005 |
| Fiebre amarilla | 1,4 | 1,4 | 0,01 | 0,01 |
| Brucelosis | 2,0 | — | 0,02 | — |
| Rabia en humanos | 6,6 | 6,6 | 0,05 | 0,05 |

## CONSULTAS EN LAS MEDICATURAS RURALES (Año 1981)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total Consultas | 2.206.682 | Infec. Gonoccica | 2.521 |
| Alergias | 39.628 | Meningitis | 148 |
| Anemias | 106.800 | Micosis | 34.678 |
| Apendicitis | 991 | Neumonías | 6.160 |
| Asma Bronquial | 51.874 | Otitis | 44.256 |
| Beri Beri | 189 | Pelagra | 773 |
| Bocio | 748 | Piodermitis | 28.999 |
| Bronquitis | 65.462 | Influenza | 6.918 |
| Catarro | 311.984 | Raquitismo (secuela) | 643 |
| Cirrosis Hepática | 1.076 | Reumatismo | 20.351 |
| Cistitis | 18.573 | Sarampión | 9.116 |
| Conjuntivitis | 27.315 | Sífilis | 617 |
| Dermatitis | 39.163 | Tétanos | 42 |
| Diarreas | 69.827 | Tifoidea | 10 |
| Disentería Amiblana | 9.900 | Tuberculosis | 999 |
| Disentería otras formas | 18.158 | Varicela | 3.106 |
| Enfermedades Mentales | 2.454 | Hipertensión | 10.575 |
| Epilepsia | 4.882 | Diabetes | 2.025 |
| Estomatitis | 11.927 | Mordeduras Sospechosas | 2.194 |
| Gastroenteritis 2 años | 49.697 | Otras | 750.400 |
| Helmintiasis | 122.251 | | |
| Heridas | 84.759 | | |
| Hernias | 7.056 | | |

(Boletín de Salud Pública No. 51 - enero 1983 - pág. 44-45)

# 4

# NUTRICION Y SALUD

A fines de los años 30 y comienzos del 40 los pediatras y nutricionistas inician el diálogo para erradicar las enfermedades carenciales específicas tales como la "pelagra" el "beriberi" y otras semejantes. De ahí en adelante estudian la desnutrición del niño como problema médico-social.

La segunda etapa, que comienza por los años 50, estuvo dominada por la idea de que el problema nutricional era esencialmente una deficiencia de proteínas tal como lo describía la pediatra británica Cecily Williams quien a esta deficiencia la denominó síndrome "Kwashiorkor".

Casi simultáneamente, autores venezolanos publican trabajos sobre el "síndrome pluricarencial infantil", que coincide etiológica y clínicamente con el Kwashiorkor. Los esfuerzos realizados por las Organizaciones Internacionales, como la FAO, la OMS y el UNICEF (más tarde también el Banco Mundial y la Universidad de las Naciones Unidas) para aliviar la situación que la humanidad confrontaba son bien conocidos. La tesis era de que no existían cantidades adecuadas de proteínas convencionales para solucionar el problema, y que era necesario buscar "nuevas fuentes de proteínas, no convencionales". Esta estrategia duró aproximadamente veinte años (1950-1970). Fue tan intensa la campaña mundial que prácticamente no hubo foro internacional en que no se discutiera el asunto.

A comienzos de la década del 70 comienza una tercera etapa. Lo más que se puede decir en estos momentos de incertidumbre es que en Venezuela existen grupos sociales (50 por ciento de la población) donde la alimentación es suficientemente variada como para asegurar que, satisfechas las necesidades calóricas, no hay riesgo de un déficit de proteínas; en tanto que existen otros grupos (25 por ciento) que no cubren las necesidades calóricas, y tienen simultáneamente una deficiencia marcada de proteínas, particularmente en los niños. Finalmente, los grupos privilegiados (25 por ciento) tienen una sobrealimentación marcada (las cifras son simple aproximación).

## 1. DISPONIBILIDAD Y CONSUMO DE ALIMENTOS

Gracias a las importaciones Venezuela ha podido mantener en el mercado una disponibilidad promedio bastante satisfactoria. Estas importaciones en el período 1975-78, representaron el 32 por ciento del maíz, el 64 por ciento del sorgo, el 62 por ciento de leguminosas, el 78 por ciento de aceites vegetales, el 24 por ciento de carne de res y el 34 por ciento de leche y derivados. (5)

Estas cifras representan en términos de calorías un 40 por ciento de la disponibilidad total.

Otro rasgo en la tendencia de dicha disponibilidad es la disminución del aporte calórico derivado de los cereales, que eran casi del 50 por ciento en la década de los 40, siendo en (1975) de 38 por ciento; en tanto que el aporte calórico del azúcar sube del 13 por ciento a casi 20 por ciento, en poco menos de 30 años. En este sentido es de señalar que este cambio es desfavorable para el estado de nutrición de la población.

Por otro lado hay aspectos positivos al

## CONSUMO PROMEDIO POR GRUPOS DE ALIMENTOS SEGUN ENCUESTAS REALIZADAS EN VENEZUELA 1949-1978

| | Encuestas Años | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Grupos de Alimentos | Encuesta 1949 (3) | Encuesta 1954 (4) | Encuesta 1963 (5) | Encuesta 1966 (6) | Encuesta 1967 (7) | Encuesta 1967 (8) | Encuesta 1970 (9) | Encuesta 1973 (10) | Encuesta 1978 (11) | Promedio |
| Cereales | 413 | 230 | 235 | 245 | 440 | 302 | 252 | 260 | 235 | 245 |
| Tubérculos y raíces | 267 | 212 | 157 | 70 | (1) | (1) | 82 | 114 | 65 | 139 |
| Azúcares | 90 | (1) | 28 | 66 | 33 | 60 | 35 | 22 | 15 | 45 |
| Leguminosas | 67 | 54 | 25 | 40 | (1) | 6 | 83 | 91 | 10 | 41 |
| Hortalizas | 109 | 41 | 48 | 76 | (1) | 35 | 56 | 33 | 97 | 60 |
| Frutas | 160 | 30 | 47 | 99 | 65 | 101 | 180 | 92 | 113 | 95 |
| Carnes | 114 | 35 | 93 | 77 | 125 | 44 | 66 | 76 | 156 | 96 |
| Huevos | 22 | 8 | 14 | 18 | 10 | 10 | 15 | 15 | 19 | 14 |
| Pescados y Mariscos | 37 | 7 | 40 | 16 | (1) | 119 | (2) | 10 | 19 | 37 |
| Leche | 343 | 271 | 145 | 315 | 150 | 180 | 186 | 228 | 172 | 208 |
| Queso | 23 | 14 | 8 | 15 | 14 | 3 | 24 | 11 | 34 | 19 |
| Grasas Visibles | 57 | 24 | 24 | 34 | 25 | 27 | 27 | 21 | 32 | 19 |

(1) No se tiene información.
(2) Muy escasa la cantidad promedio, menos de 10 gramos por persona.
(3) Encuesta alimentaria de familias de clase obrera y media de Caracas. Archivos Venezolanos de Nutrición - Vol. I, N° 2. Diciembre. 1950.
(4) Encuesta alimentaria Zona Metropolitana de Caracas. Archivos Venezolanos de Nutrición - Vol. VII, N° 1, Junio, 1956.
(5) Encuesta Nacional de Nutrición. INN - ICNND - 1963.
(6) Encuesta de Caracas. Estudio de Caracas - Vol. 3. UCV - INN - 1966.
(7) Encuesta Nutricional de Caucagua. Escuela de Salud Pública - UCV, 1967.
(8) Encuesta de Margarita. INN - 1967.
(9) Encuesta San Francisco de Asís (Aragua). INN - 1970.
(10) Encuesta Cagua (Aragua). INN - 1973.
(11) Encuesta Hábitos y Consumo de Alimentos. Fundacredesa - 1978.

incrementarse las fuentes de proteínas de origen animal, que lógicamente tienen un límite.

Para interpretar adecuadamente los datos del cuadro anterior hay que tener presente el subconsumo calórico de los grupos de escasos recursos, por ejemplo, en lo que se refiere a la ingerencia de alimentos fuera del hogar: cambures, dulces, etc...

También hay que tener presente que los requerimientos calóricos de la población hayan sido sobrestimados y que muy posiblemente las verdaderas necesidades de energía sean bastante más bajas que las adoptadas por los organismos internacionales (y utilizadas en Venezuela).

O que realmente haya un subconsumo calórico, al cual el organismo humano sea capaz de adaptarse.

## 2. PROBLEMATICA NUTRICIONAL

En las décadas de los años 30 y 40 las formas agudas y graves de desnutrición eran frecuentes. Los pediatras venezolanos de la época (Oropeza, Zubillaga, Vizcarrondo, Machado, Mendoza, Barrera Moncada, Méndez Castellanos, Tovar, y otros) hicieron descripciones atinadas acerca del Síndrome pluricarencial infantil, que como hemos dicho, internacionalmente fue conocido, desde 1933, como Kwashiorkor (Cecily Williams).

Eran niños, por lo general de 1 a 3 años, que después del destete, se alimentaban con productos farináceos y azúcar. Presentaban un cuadro muy grave: además, lesiones de la piel, degeneración grasa del hígado, y un estado de apatía y tristeza infinitas. Aun con tratamiento hospitalario fallecían entre el 20 y 30 por ciento. No sólo era la carencia de proteínas y de otros nutrientes, sino también dominaba la carencia afectiva. De ahí el nombre de Kwashiorkor que se le dio internacionalmente, que en el lenguaje de Ghana, significa "la enfermedad del primer hijo cuando nace el segundo".

No se puede saber el número de muertes que ocurrieron en Venezuela en los años 30 y 40 por este dramático síndrome, debido a la imprecisión diagnóstica en los certificados de defunción, pero era realmente una causa importante de muerte en los niños preescolares. En los últimos años la disminución de la mortalidad por desnutrición ha sido notable.

Por fortuna para 1983 los casos son muy raros, ya que la desnutrición ha disminuído como forma grave predomina el marasmo nutricional, en niños menores de 1 a 2 años.

Lo que viene dominando en Venezuela desde siglos, y que aún perdura, es la forma de desnutrición crónica.

El efecto más evidente de una población con desnutrición crónica es su talla baja, siempre y cuando en grupos socio-económicos favorecidos, de las mismas características étnicas, se hallen tallas significativamente más altas. Tal es el caso en la mayoría de los países de América Latina.

Una talla baja en una población que puede ser más alta no es necesariamente en sí misma una desventaja, sino que refleja —como índice de desarrollo— que no se ha alcanzado optimizar la potencialidad genética.

Basado en un trabajo de Hundley y colaboradores sugerimos en 1971 que la talla del niño de 7 años se tomara como **indicador de la desnutrición** crónica y entre otros argumentos se señalaba que este indicador estaba estrechamente relacionado con el índice de desarrollo socioeconómico elaborado en Ginebra. (6)

Este estado de desnutrición crónica es el más grave que confronta Venezuela, porque en el fondo es un proceso de adaptación, irreversible en muchos de sus parámetros.

Esta **adaptación** es un fenómeno biológico de autodefensa, que se logra a través

de una reducción de la velocidad de crecimiento, y de una disminución de la actividad física, a fin de reducir sus requerimientos nutricionales. No son, por lo tanto, niños o adultos, fisiológicamente "normales", sin seres adaptados a las condiciones que el ambiente y los factores socio-económicos les impone.

Sin embargo, es necesario insistir en que el aumento secular de la talla es importante, no en sí misma, sino porque ella es el mejor indicador del desarrollo biológico armónico, físico y funcional de los seres humanos. Los niños y adultos "adaptados" constituyen un problema grave actual —más alarmante aún en su historia— y no podemos aceptarlos como "normales", ni siquiera como "aparentemente normales".

> **"Todos estamos de acuerdo en que la DESNUTRICION es la primera y verdadera causa de enfermedad y muerte del niño venezolano que es 7 veces mayor que en los países desarrollados".**
> **"Los niños desnutridos que no mueren se ven condenados a repetir en su descendencia la cadena de sus propios infortunios". (Congreso Venezolano de Salud Pública - octubre - 1976).**

Un niño desnutrido que ha alcanzado la edad de cuatro años, puede presentar la talla de un niño de tres años, el perímetro torácico de un niño de dos, un perímetro cefálico de uno de año y medio, una capacidad de lenguaje de un niño de 14 meses, y un peso y una conducta motora de un niño de un año.

Un niño de seis años que a primera vista aparenta tener tres, a causa de su retraso físico, no es evidentemente comparable en su conducta, en su psicología y en su capacidad de aprendizaje, a un niño normal de seis años, pero tampoco a un niño de tres. Es un ser distinto, con sus propias características biológicas y de conducta y una organización intersensorial difícil de encuadrar estrictamente en una edad cronológica.

Hoy en Venezuela franquean y superan el riesgo de la muerte en los primeros años de vida, niños que hubieran sido capaces igualmente de vencer el peligro cuarenta años atrás, pero también muchos de los que, años antes, hubieran inexorablemente sucumbido. Cada día, por tanto, se van salvando más vidas gracias a la acción médico-sanitaria y no gracias al mejoramiento de las condiciones de vida. Un caso común en nuestro medio podría ilustrar mejor lo que se quiere decir. Es el caso de un niño que desde su nacimiento ha pasado seis episodios de conjuntivitis, cinco de diarrea, diez infecciones de las vías respiratorias altas, cuatro bronquitis y un episodio de sarampión, seguido de bronconeumonía. En 24 meses este niño ha pasado 27 episodios infecciosos y estuvo con alguna infección el 30 por ciento de su vida, además con una alimentación deficiente. Por todo esto a los dos años de edad el niño tiene un año de retraso en su desarrollo físico y funcional.

Hace cuarenta años un niño con esta historia hubiera probablemente muerto. Hoy es un "superviviente", porque gracias a las nuevas drogas, ha podido salir del paso milagrosamente.

Los niños desnutridos son comunmente atacados por diarreas, siendo la más común la Gastroenteritis.

> **"La Organización Mundial de la Salud señala que se presentan entre dos y seis episodios de diarrea por año en preescolares. Esa población menor de cinco años en Venezuela es de 4 millones de niños, entre los cuales se estaría registrando un minuto de 8 millones de episodios de diarrea, de los cuales sólo una décima parte llega a los consultorios de atención médica.**
> **Hace diez años la mortalidad por gastroenteritis era de cinco a seis mil casos por año. Actualmente es de 500 casos por año. Sanidad atribuye esta significativa baja a la labor que cumplen los centros de rehidratación oral". EL NACIONAL (15-9-84).**

## MORTALIDAD POR AVITAMINOSIS Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES ESPECIFICADA POR EDAD 1973-1978 (Tasas por 100.000 habitantes)

| AÑOS | 1973 TASAS | 1973 % | 1974 TASAS | 1974 % | 1975 TASAS | 1975 % | 1976 TASAS | 1976 % | 1977 TASAS | 1977 % | 1978 TASAS | 1978 % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| —1 | 485 | 41,2 | 537 | 44,4 | 406 | 43,7 | 259 | 35,7 | 218 | 34,7 | 204 | 38,3 |
| 1 | 279 | 23,7 | 241 | 19,9 | 158 | 17,0 | 111 | 15,3 | 98 | 15,6 | 85 | 16,0 |
| 2 | 85 | 7,2 | 70 | 5,8 | 55 | 5,9 | 32 | 4,4 | 47 | 7,5 | 27 | 5,1 |
| 3 | 38 | 3,2 | 24 | 2,0 | 27 | 2,9 | 20 | 2,8 | 12 | 1,9 | 8 | 1,5 |
| 4 | 21 | 1,8 | 19 | 1,5 | 12 | 1,3 | 11 | 1,5 | 11 | 1,7 | 7 | 1,3 |
| 5 - 9 | 35 | 3,0 | 28 | 2,3 | 24 | 2,5 | 29 | 4,0 | 16 | 2,5 | 14 | 2,6 |
| 10 - 14 | 11 | 0,9 | 11 | 0,9 | 11 | 1,2 | 14 | 1,9 | 4 | 0,6 | 4 | 0,8 |
| 15 - 24 | 9 | 0,8 | 13 | 1,1 | 9 | 1,0 | 13 | 1,8 | 11 | 1,7 | 5 | 0,9 |
| 25 - 44 | 21 | 1,8 | 22 | 1,8 | 20 | 2,2 | 18 | 2,5 | 15 | 2,4 | 20 | 3,8 |
| 45 - 64 | 65 | 5,5 | 52 | 4,3 | 63 | 6,8 | 60 | 8,3 | 49 | 7,8 | 43 | 8,1 |
| 65 - 74 | 54 | 4,6 | 60 | 5,0 | 49 | 5,3 | 38 | 5,2 | 37 | 5,9 | 33 | 6,2 |
| 75 y + | 75 | 6,3 | 133 | 11,0 | 95 | 10,2 | 120 | 16,6 | 111 | 17,7 | 82 | 15,4 |
| TOTAL | 1.178 | 100,0 | 1.210 | 100,0 | 929 | 100,0 | 725 | 100,0 | 629 | 100,0 | 532 | 100,0 |

FUENTE: MSAS. Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital. 1973-1978. INN. Departamento de Estadística.

## DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CALORIAS NETAS DISPONIBLES SEGUN HOJAS DE BALANCE DE ALIMENTOS 1970-1977

| Grupos de Alimentos | Distribución Porcentual de las Calorías Netas | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1970 | 1971 | 1972 | 1973 | 1974 | 1975 | 1976 | 1977 |
| Cereales | 43,27 | 41,45 | 42,00 | 40,75 | 38,62 | 39,20 | 36,35 | 38,14 |
| Tubérculos y raíces | 7,28 | 7,41 | 6,92 | 6,49 | 6,42 | 5,88 | 5,04 | 5,64 |
| Azúcares | 14,70 | 17,29 | 20,35 | 19,28 | 17,45 | 18,08 | 19,40 | 19,46 |
| Leguminosas | 2,78 | 2,69 | 2,41 | 1,66 | 1,97 | 2,38 | 2,46 | 2,82 |
| Coco, nueces y semillas | 1,94 | 2,12 | 2,05 | 1,93 | 3,04 | 2,92 | 3,73 | 1,19 |
| Hortalizas | 0,27 | 0,26 | 0,22 | 0,19 | 0,30 | 0,28 | 0,36 | 0,30 |
| Frutas | 5,74 | 5,72 | 5,51 | 5,13 | 6,07 | 5,16 | 5,00 | 4,86 |
| Carnes | 5,41 | 5,58 | 5,58 | 6,23 | 7,31 | 7,20 | 7,94 | 7,72 |
| Huevos | 0,88 | 0,95 | 0,90 | 0,94 | 1,07 | 1,04 | 0,99 | 1,00 |
| Leche | 4,83 | 4,34 | 4,72 | 5,05 | 5,82 | 5,72 | 6,11 | 8,10 |
| Pescados y mariscos | 1,02 | 1,31 | 1,41 | 1,40 | 1,20 | 1,52 | 0,99 | 1,04 |
| Queso | 0,73 | 0,73 | 0,32 | 0,87 | 1,07 | 1,12 | 1,19 | 1,34 |
| Grasas Visibles | 11,08 | 10,18 | 7,57 | 10,00 | 9,62 | 9,44 | 10,39 | 8,32 |
| Café | 0,07 | 0,07 | 0,04 | 0,08 | 0,04 | 0,08 | 0,04 | 0,07 |

FUENTE: INN. Hojas de Balance de Alimentos. Caracas 1970-1977

## DESNUTRICION EN MENORES DE 15 AÑOS SEGUN RELACION PESO-EDAD POR REGION ADMINISTRATIVA, SEXO, AREA GEOGRAFICA Y EDAD

| | Niños examinados | Niños Desnutridos | % |
|---|---|---|---|
| **POR REGION ADMINISTRATIVA** | | | |
| Región Centro-Occidental | 5.041 | 598 | 11,86 |
| Región Zulia | 2.805 | 345 | 12,30 |
| Región Los Andes | 4.383 | 537 | 12,25 |
| Región Central | 3.203 | 224 | 6,99 |
| Región Nor-Oriental | 4.684 | 441 | 9,41 |
| Región Guayana | 2.877 | 220 | 7,64 |
| Región Capital | 1.198 | 72 | 6,01 |
| Región Capital-Zona Metropolitana | 1.134 | 56 | 4,93 |
| TOTAL | 25.325 | 2.493 | 9,85 |
| **POR SEXO** | | | |
| Varones | 12.930 | 1.432 | 11,07 |
| Hembras | 12.395 | 1.061 | 8,57 |
| TOTAL | 25.325 | 2.493 | 9,85 |

| | Niños examinados | Niños desnutridos | % |
|---|---|---|---|
| **POR AREA GEOGRAFICA** | | | |
| Rural | 9.190 | 1.206 | 13,12 |
| Urbana | 16.135 | 1.287 | 7,98 |
| TOTAL | 25.325 | 2.493 | 9,85 |
| **POR EDAD** | | | |
| 0 a 4 años | 10.248 | 1.044 | 10,19 |
| 5 a 14 años | 15.077 | 1.440 | 9,61 |
| TOTAL | 25.325 | 2.493 | 9,85 |

Fuente: EL NACIONAL 10-7-83. Según datos del Instituto Nacional de Nutrición.

## 4. EL INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION

El primer tratado de alimentación venezolana es publicado en 1895, por Manuel Antonio Díaz. Después varios autores se han ocupado del tema.

En 1936 se funda el instituto Nacional de Puericultura, para estudiar la nutrición infantil.

En 1937 se crea la comisión Nacional de Alimentación, la cual inició las Sopas Populares que más tarde en 1946 se amplían como comedores populares.

— El I.N.N. realizó hace tres años una Encuesta Nacional de Nutrición con el propósito de determinar el verdadero estado nutricional de la población.

Cabe destacar como producto de la investigación la elaboración de la formula láctea vitaminada con soya, consistente en un producto elaborado a base de leche descremada, harina de arroz, soya, vitaminas y minerales, el cual se encuentra operando en varios estados del país y constituye una alternativa ante el desabastecimiento de leche completa existente en Venezuela.

También el Seminario sobre la Lactancia Materna patrocinado por este Instituto, y la creación de la Comisión de la Lactancia Materna orientados hacia la problemática de la alimentación al seno en nuestro país.

En 1942 se crea la Sección de Nutrición. Realiza una serie de encuestas (Caracas, El Tocuyo, ambas en 1945). Publica la primera tabla de composición de alimentos y dietas normales e inicia estudios de nutrición en escolares.

En 1946 se crea el Instituto Nacional Pro-Alimentación Popular (INPAP), con el fin de establecer una amplia red de comedores Populares. La sección de Nutrición del M.S.A.A. pasa a ser la división Técnica de INPAP. El mismo año se crea también el Patronato Nacional de Comedores Escolares y poco después el Consejo Informativo de Educación Alimentaria.

Debido a que la actividad del INPAP alcanzó niveles altos se pensó en transformarlo en un Instituto Nacional de Nutrición, el cual se crea el 11 de noviembre de 1949.

El 2 de octubre de 1950 el I.N.N. crea la escuela de Nutricionistas y Dietistas, que en 1960 se adscribe a la facultad de medicina de la U.C.V.

En 1968, por ley del 30 de agosto, se fusionan el I.N.N. y el Patronato Nacional de Comedores Escolares.

En 1980 las actividades del I.N.N. se concentran en:

— Protección a la embarazada mediante el suministro de leche, pastillas de sulfato-ferroso y polivitamínicos, lo cual ha permitido proteger a 100.000 madres de escasos recursos económicos.

— Atienden a 254.000 niños en edad preescolar, a través del Programa de Productos Lácteos y galletas de soya.

— Distribución del vaso de leche, meriendas y comedores extensivo a 598.000 escolares.

— Protección a 22.500 estudiantes mediante comedores ubicados en Liceos.

— A través de los Programas de PROALIFAM I (Distribución de cajas de alimentos con productos de la dieta básica a un costo de 70 bolívares y subsidiados por el I.N.N. en un 50 por ciento), se dió protección a 30.000 familias de bajos ingresos.

# 5

# MARGINALIDAD Y ASISTENCIA SANITARIA

El Gobierno sin embargo persiste en la actitud de financiar la medicina curativa a pesar de que es más eficaz y barata la preventiva. Si la población se está cayendo continuamente en un precipicio sería más humano y económico construir un muro de contención en el borde que un hospital en el fondo de la quebrada. Sin embargo en Venezuela *"desgraciadamente los médicos de hoy estamos más preparados para apagar un incendio que para prevenirlo".* (Dr. CESAR RODRIGUEZ, Presidente del V Congreso Venezolano de la Salud). El Gobierno prefiere construir hospitales en vez de alentar constantemente campañas de salubridad, nutrición, higiene, o subsidiar algunos productos básicos de la alimentación popular. Es desalentador comprobar cómo entre los marginados las pastas y la pepsicola han reemplazado al tradicional y más nutritivo pabellón criollo y jugo de frutas.

"Nos inquieta la situación paradójica de que ante inversiones cada vez más elevadas realizados en el sector, se observan rendimientos decrecientes fundamentalmente en lo que atañe a la atención médica integral lo cual es atribuible a:

* **fallas de organización**
* **deficiencias de la capacidad operativa y de los procedimientos administrativos**
* **Disminución progresiva de medicina preventiva en contraste con el exagerado énfasis en los programas de restitución de salud**
* **multiplicidad de instituciones que no aprovechan racionalmente sus recursos e incoordinación manifiesta entre ellos**
* **construcción de hospitales suntuosos en la provincia que exigen costos elevados de mantenimiento y contradicen la pobreza de las poblaciones.**
* **PERSONAL indebidamente preparado agravado por ausencia de mística que menoscaba los servicios prestados**
* **PENSUM Y PROGRAMAS universitarios que no forman sobre los aspectos sociales y económicos de la medicina y por tanto se gradúan médicos desconocedores de las bases histórico-sociales-sicológicas de las comunidades donde van a trabajar" (Dr. SAID RAYDAN: Presidente Federación Médica (1976).**

Hoy se ve cada día más claro que la medicina es también ciencia social. Es ésta la dimensión preventiva por donde debe comenzar la acción sanitaria del Gobierno si desea de verdad elaborar una política coherente y eficaz. Tal vez hay que pensar en un proyecto que socialice la medicina y que nacionalice la industria farmacéutica. La Dirección General del Ministerio de Sanidad elaboró en 1973 un plan de Servicio Nacional de Salud (medicina socializada) que con 232 millones más de Presupuesto de Sanidad (fue 2.176 en 1973) proporcionaba asistencia más efectiva y completa a todos los venezolanos de cualquier clase social. El Congreso no lo aprobó. Es un síntoma más del poco interés que la salud marginal despierta entre los Diputados.

En 1950 el Ministerio de Sanidad poseía 42 hospitales con 7.468 camas, en tanto que para 1982, poseía 150 hospitales con 24.597 camas.

Convencionalmente se considera adecuada la proporción de 5 camas médico asistenciales por cada 1.000 habitantes para satisfacer las demandas en esta materia.

Para satisfacer la demanda de camas médico asistenciales en 1985 sería preciso incrementarlas al ritmo del 8,87 por ciento anual, que en términos estrictos supondría un esfuerzo descomunal: alrededor de 5.000

| CAMAS MEDICO-ASISTENCIALES | 1975 | 1980 | 1985 |
|---|---|---|---|
| Demanda de camas médico-asistenciales | 62.365 | 73.925 | 87.550 |
| Oferta de camas médico-asistenciales | 37.419 | 57.237 | ¿? |
| Déficit | 24.946 | 16.688 | ¿? |

Fuente: Cálculos propios.

camas anuales promedio. Es preciso que tengamos en cuenta que el número de camas asistenciales es un indicador que necesariamente lleva aparejada la construcción de infraestructuras para la salud, y que generalmente guardan proporciones de un hospital por cada 200 camas, y centro de salud por cada 30-60 camas asistenciales.

La demanda de médicos se calcula en base a la proporción de 1 por cada 1.000 habitantes. La demanda de personal paramédico se calcula según la proporción de 3 por cada médico. La tasa de crecimiento de la oferta de médicos es de 4,6 por ciento anual y se calculó en base al número de egresados de las facultades de medicina durante el último quinquenio. La tasa de crecimiento de la oferta de personal paramédico es 3.5 por ciento anual y se calculó en base al ingreso de personal de enfermería y afines al mercado de trabajo durante el último quinquenio.

Como se aprecia, es previsible un superavit de unos 3.400 médicos para 1985. Sin embargo, el dato puede ser engañoso, pues actualmente más del 50 por ciento de los médicos están establecidos en el Distrito Federal y el Estado Zulia, en tanto que por ejemplo, el Edo. Apure cuenta con 1 médico por cada 2.013 habitantes (1971). Con respecto al personal médico, el problema no es de oferta, sino de distribución.

Si consideramos el personal paramédico, la situación es diferente: a pesar de que mantiene una tasa de crecimiento ligeramente superior a la de la población, el déficit hasta 1985 es creciente. Para cubrir este déficit sería preciso que la oferta de personal paramédico creciera según una tasa anual superior al 7 por ciento, o en otras palabras, que en el primer quinquenio se incorporaran al mercado de trabajo un promedio de 2.068 paramédicos anuales, y en el quinquenio 1980-1985 lo hiciera un promedio de 3.112 anuales.

| RECURSOS DE PERSONAL SANITARIO | 1973 | 1980 | 1985(*) |
|---|---|---|---|
| Demanda de médicos | 12.060 | 14.785 | 17.510 |
| Oferta de médicos | 12.209 | 16.726 | 20.944 |
| Balance | 149 | 1.941 | 3.434 |
| Demanda de personal paramédico | 36.180 | 44.355 | 53.530 |
| Oferta de personal paramédico | 23.492 | 29.888 | 35.498 |
| Déficit | −12.688 | −14.467 | −18.032 |

Fuente: Los datos de 1973 provienen de la Dirección de Salud Pública del MSAS.
(*) Proyecciones nuestras.

# 6

# MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL

## 1. FUNDACION: OBJETIVOS PRIMEROS SANITARISTAS

En 1930 se creó el Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría, híbrido organizacional que significaba, cuando menos, que el área de la salud tenía alto rango ejecutivo. Este paso representaba un adelanto con respecto a la situación anterior de dicha área, atendida desde la Oficina de Sanidad Nacional, dependiente del Ministerio de Relaciones Interiores. El doctor Luis G. Chacín Itriago se destacó por su empeño en dar cariz técnico a la sanidad de entonces, la cual se venía concentrando casi exclusivamente en acciones de policía sanitaria.

Si bien ese término resulta poco feliz, refleja el hecho de que la orientación fundamental era hacia la sanidad punitiva, antes que hacia la sanidad educativa. Los innpectores de sanidad tenía a su cargo la supervisión de las condiciones de higiene ambiental mediante la inspección de las casas, de los criaderos de mosquitos, de los sistemas de disposición de basura y de excretas. Estaban facultados para imponer multas u otras sanciones.

Con el correr del tiempo, las funciones de los inspectores devinieron hacia el aspecto educativo de la supervisión.

Bajo la gestión del Dr. Chacín se inició una campaña de mejoramiento ambiental. También comenzaron los primeros programas dirigidos a la madre y el niño, a través de los servicios de Puericultura, Antivenéreo y Antituberculoso. Los doctores José Ignacio Baldó y Alberto J. Fernández introdujeron la vacuna BCG (Bacilo de Calmette-Guerin), para la profilaxia antituberculosa en la población infantil.

Sin embargo, eran esfuerzos aislados, concentrados en Caracas, que respondían más a la concepción de acciones autónomas antes que a programas integrales en el campo de la salud.

Se realizaron obras tales como el acueducto de Caracas, algunas tareas de saneamiento ambiental en Maracay y con la asesoría de expertos de la Fundación Rockfeller en el área de salud pública se corroboró el diagnóstico médico-social que ya habían elaborado los profesionales venezolanos. Había que proceder a crear conciencia sanitaria en la población porque las enfermedades que azotaban el país eran fundamentalmente de origen ambiental y social (deficiente o mala utilización de los servicios de agua potable, aguas negras, basura, exterminio de insectos).

En síntesis, se evidenció con mayor claridad la necesidad de proceder con una serie de programas o campañas sanitarias, tendientes a la erradicación de los flagelos y a la educación de la población en cuanto a las formas de prevenirlos.

Dos meses después de la muerte del General José Vicente Gómez el Presidente López Contreras presentó al país un plan de acción, conocido como el Programa de Febrero (21 - febrero - 1936).

En materia de sanidad y asistencia social el plan contempló la creación del Instituto de Higiene, servicios de administración sanitaria, estadística vital e higiene rural, combatir endemias como la anquilostomia-

sis y el paludismo; el control sanitario de aguas, la protección de la madre y del niño; el establecimiento de la inspección sanitaria escolar; la construcción de hospitales, dispensarios y sanatorios; el funcionamiento de servicios de nutrición y de comedores escolares; la creación de oficinas de divulgación sanitaria; la reorganización de los institutos de beneficiencia y la preparación de un programa de asistencia social. Para el momento, la sanidad, la educación y la producción económica eran las tareas urgentes que debía atender el Estado venezolano.

Fue, pues, durante el gobierno del General Eleazar López Contreras (1936-1941) cuando se inició el proceso de racionalización de la atención a la salud en Venezuela. El Ministerio de Salubridad y Agricultura y Cría fue dividido para dar nacimiento a los dos organismos ejecutivos que conocemos hoy como Ministerio de Agricultura y Cría y Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS).

Entre las principales funciones que ha tenido y tiene asignadas el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social están:

— **"La protección, fomento, conservación y restitución de la salud, incluyendo la rehabilitación y la administración e inspección de todos los servicios tendientes a ello.**
— **La formulación, evaluación y actualización de los planes de salud y de asistencia social y la ejecución de los que le correspondan...**

Por otra parte, el doctor Martín Vegas fue encargado de la División de Venereología, desde la que pudo ampliar su invalorable tarea en materia de atención y prevención de las enfermedades venéreas otro de los principales azotes que sufría la población— y proseguir las actividades de investigación sobre la lepra, cuidando así mismo, lo relativo a la atención médica de esta enfermedad.

Mientras tanto,

**"...perdido en Carora estaba Pastor Oropeza, cuya labor ya era tan importante que Tejera lo conquistó para el Ministerio, para que organizara el servicio materno-infantil... ya tenía unos diez años como médico rural en Carora, y antes de regresar de Europa ya había escrito su libro "El Niño" y otros sobre puericultura y administración sanitaria... además había sido discípulo de Tejera... éste lo llamó y le dijo que hiciera desde el Ministerio todo lo que había escrito en su libro... y lo importante es que lo hizo..." (Venezuela: Biografía Inacabada, op. c.)**

El doctor Arnoldo Gabaldón fue incorporado al Ministerio con dos responsabilidades: adjunto del Ministro y Jefe de la División de Malariología, desde la cual desarrolló la campaña antimalárica mediante la cual se redujo la tasa de mortalidad en los niños.

Además en términos de la extensión y generalización de los servicios de salud hacia todo el país, el Ministerio adoptó la idea de las Unidades Sanitarias, un programa iniciado por la Fundación Rockefeller desde finales de la década de 1910. Estas Unidades, de orientación fundamentalmente preventiva, habían sido concebidas en forma paralela a los "Health Centers" de Inglaterra, suerte de dependencias locales de la salud, pero con responsabilidades tanto por las labores ubicando dichas Unidades Sanitarias en los principales centros poblados y se forman con base en los servicios pre-existentes —Tisiología, Puericultura, Venereología— con la idea de ir incorporando progresivamente otras actividades específicas; pero en todo caso, formando un programa "integral" u "horizontal" de salud pública.

— **"La coordinación, reglamentación, supervisión, inspección técnica y orientación de las actividades y servicios nacionales, estadales y municipales, en materia de salud pública y asistencia social.**
— **El establecimiento y asesoramiento de las normas técnicas sanitarias, la aprobación e inspección de todos los programas, proyectos y servicios destinados al mantenimiento y/o restitución de la salud (hospitales, venta de productos farmacéuticos, cosméticos, agua potable, cloacas, etc.)...**
— **La vigilancia del ejercicio profesional de médicos, bioanalistas, farmacéutas, odontólogos y personal para-médico...**
— **La promoción y utilización de los**

**servicios de ayuda técnica o material convenidos con organismos internacionales, en el campo de la salud y la asistencia social...**

**— La colaboración en la planificación, dirección y coordinación de la asistencia a las comunidades en situaciones de emergencia (epidemias, terremotos, inundaciones) sea a niveles nacionales, estadal, municipal o privado".**

A groso modo, los objetivos, estructuras y programas fundamentales del Ministerio descansarían en el trípode clásico de defensa, fomento y restitución de la salud humana.

El primer Ministro que tuvo el nuevo Despacno para la salud fue el doctor Enrique Tejera, quien ya se destacaba en el país y en el exterior como un eminente profesional, investigador "...y, sobre todo como un rebelde de ideas nuevas en el campo de la medicina social".

La naciente estructura se configuró a partir de las áreas de trabajo que venían cubriéndose anteriormente de manera más bien regular (Tisiología, Venereología, Puericultura), y de otros servicios inexistentes, pero de gran necesidad, tales como los de Malariología, Epidemiología y Estadística Vital y Unidades Sanitarias.

El doctor José Ignacio Baldó fue encargado de la División de Tisiología, desde donde pudo desplegar en forma eficaz toda la obra que venía conformando en materia de prevención y atención de la tuberculosis.

Así, las Unidades Sanitarias trataron de agrupar bajo un mismo techo y dirección la problemática general de la salud, partiendo de las actividades en el campo materno-infantil y del control de las enfermedades transmisibles.

Durante mucho tiempo, en estas Unidades privaba el personal médico, de enfermeras y de auxiliares de enfermería, así como las acciones de policía sanitaria (inspectores, etc.), sin que se le diera suficiente énfasis a los aspectos sociales y sociológicos de los problemas de salud, pues el aspecto biomédico de las enfermedades absorbía prácticamente el 100 por ciento de los esfuerzos.

Conviene recordar que en el país había pocas enfermeras visitadoras, y no existían costumbres arraigadas en la población en cuanto al uso de los servicios médico y paramédicos. El control periódico del embarazo practicamente no se usaba, pues muchas mujeres no lo consideraban importante o necesario; las comadronas, en muchísimos casos, suplían la ausencia del médico y la enfermera. De manera que también en esta época se inició el reclutamiento de las primeras jóvenes para trabajar como auxiliares de enfermería en las Unidades Sanitarias y, posteriormente, servir como enfermeras visitadoras.

En 1940 aún la estructura oganizariva del M.S.A.S. respondía a la necesidad de mantener desde Caracas una planificación directa de las acciones que se ejecutaban en los organismos locales esparcidos por el país.

En términos de la atención médica y sanitaria en general, puede decirse que en 1945 tuvo lugar el primer intento por concretar la regionalización sanitaria del país. La primera región que se estableció abarcaba el estado Aragua y parte de Carabobo y Guárico, pero poco después hubo de limitarse al estado Aragua. Desde el principio, el MSAS concibió la regionalización sanitaria como una conjunción de recursos económicos bajo un solo comando técnico-administrativo, y como una manera de aprovechar racionalmente las similitudes fisiográficas y las facilidades de comunicación entre las localidades.

En cierto modo, pues el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social se constituía en pionero del sistema de regionalización administrativa del país, no sólo porque se adelantara unos trece años a ello, sino porque partió de criterios definitorios que aún hoy se consideran válidos.

La evolución organizacional continuó en otros planos, como el relativo a la descentralización: es decir, creación de instituciones especializadas, con autonomía funcional y administrativa y con dependencia del MSAS en cuanto a las políticas y directrices del sector salud.

Este proceso se había iniciado desde el

año 1936, con la creación del Consejo Venezolano del NIño (CVN) como instrumento para luchar contra el abandono de la infancia y otras irregularidades sociales relacionadas con ese importante grupo de la población.

En 1937 se crearon el Instituto Nacional de Puericultura y el Hospital de Niños de Caracas, lo que en esa época representó una mayor aceptación de la concepción del niño enfermo como sujeto que requiere de atención especializada.

El 11 de diciembre de 1949 nació el Instituto Nacional de Nutrición (INN), para ser responsable por la mayor parte de los programas de acción directa en materia de nutrición que competen al Estado Venezolano.

Fue pues a partir de 1936 cuando se comenzó a dar forma y contenido a uno de los organismos públicos decisivos para la transformación social del país, puesto que se abocó a rescatar la familia venezolana de los niveles de insalubridad en que se encontraba y, en esa medida, a facilitar a los habitantes del país, sin distingo alguno, la consecución de nuevos niveles y estilos de vida.

## 2. EVOLUCION ORGANIZACIONAL: DESCENTRALIZACION Y SECCIONALIZACION

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social tuvo la siguiente organización estructural.

En 1936 con sus tres niveles: Ministro, Direcciones y divisiones Técnicas Centrales.

Operaba sus programas en base a un **criterio vertical** donde se centralizaban las actividades en una Dirección Nacional la cual hace ejecutar sus acciones en el campo por unidades regionales y locales dependientes de ella.

Y en base a un **criterio horizontal** donde las actividades se orientan a la continuidad temporal de los programas como por ejemplo, atención a las embarazadas, al preescolar, etc.

En 1939 se crearon las unidades Sanitarias de Valencia y Villa de Cura, al año existían cerca de cuarenta unidades Sanitarias con lo cual se comprobó que sí podían reunir distintos servicios médicos y que dichos servicios debían girar alrededor de la atención materno-infantil.

Sobre ambos puntos conviene introducir una reflexión. A lo que parece, hasta el momento el criterio privativo venía siendo el de dar atención médica conforme a la idea de los programas verticales descritos anteriormente.

Pero con la revitalización de las Unidades Sanitarias se evidenció, por un lado, que era posible reducir costos administrativos al concentrar varios servicios en una misma unidad organizativa; y, por el otro y tal vez más importante, que el grupo familiar podía ser atendido diferencialmente, según el tipo de servicio que pudieran requerir sus distintos miembros.

Hacia 1975 se crearon las Comisionadurías Generales de la salud pública.

Es en 1980, cuando por Resolución Ministerial, son creadas las Direcciones Regionales de la Salud, conceptual y operativamente similares a las de CORDIPLAN.

## 3. INSTITUTOS DE BIENESTAR SOCIAL

En 1958, ya siendo Ministro de Sanidad el doctor Espíritu Santos Mendoza, se procedió a revitalizar el área correspondiente a Bienestar Social, con la recreación de la Dirección de Asistencia Social, ahora con la denominación de Dirección de Asuntos Sociales e Institutos Autónomos (DASIA), siendo estos últimos el Consejo Venezolano del Niño (hoy Instituto Nacional del Menos INAM), el Instituto Nacional de Nutrición (INN) y el Patronato Nacional de Ancianos e Inválidos (hoy Instituto Nacional de Geriatría INAGER).

Divisiones y Contenidos Programáticos.

La dirección tenía una estructura divisional importante, a partir de las siguientes Divisiones:

1. Trabajo Social.
2. Socorro y Defensa Civil.
3. Subsidio Familiar.
4. Población y Estadística.
5. Organización y Desarrollo Comunal.
6. Vivienda Rural.

**1. División de trabajo Social:** Partiendo de que para el bienestar social se deben involucrar las comunidades, esta División se abocó a organizar y sistematizar el estudio de casos dando una descripción general de las condiciones de vida de las familias visitadas.

Los años 1946 y 1947 también significaron una época favorecedora para la labor del MSAS, ya que, apareció en la Constitución Nacional de 1947 la obligatoriedad del Estado de dar atención médica y restituir la salud.

Además se hizo realidad el programa Nacional de Servicios Médicos y Hospitalarios basado en reforzar la idea de atención integral de la salud, prestar servicio oportuno y establecer locales adecuados a las necesidades de la región.

Para el desarrollo de dicho programa se propuso un sistema institucional compuesto por cuatro tipos de establecimientos:

1. Puesto de salud o dispensario rural, para el ejercicio de la medicina integral en un plano primario.

2. Medicatura rural. Ubicadas en las cabeceras de Municipios, su función es la atención curativa (usualmente ambulatoria) y la atención preventiva, especialmente en el campo de la Higiene Materno-Infantil y Escolar, de control antivenéreo, de despistaje de tuberculosis y de inmunizaciones.

3. Unidades Sanitarias, localizadas en las capitales de Distrito o en ciudades importantes. Cuentan con enfermeras visitadoras y médicos especialistas para la atención integral especializada en prevenir y fomentar la salud.

4. Hospitales generales. Son instituciones de carácter polivalente, capaces todos para dar atención integral y especializada.

**2. División de socorro y defensa civil:** Sirvió de apoyo técnico en momentos de emergencia en los cuales hubiera peligro de epidemias.

**3. División de Subsidio familiar:** Se creó para cubrir el déficit de ingresos de un sector de la población. Conociendo antes el salario mínimo por familia mediante datos suministrados por la división de trabajo Social se establecía el monto de la ayuda.

**4. División de Población y Estadística:** Fué concebida para ofrecer apoyo estadístico en materia de demografía, vivienda y además elementos relevantes a los efectos de un plan Nacional de bienestar social.

**5. División de Organización y Desarrollo Comunal:** Para esta División la premisa es que la propia comunidad es quien debe identificar y jerarquizar sus necesidades y, sobre esta base, proceder a participar activamente en la búsqueda de su bienestar y desarrollo.

**6. División de la Vivienda Rural:** Mediante sus trabajadores sociales, técnicos y equipos para epidemiología etc) actuaba como agente de Cambio Social.

Esto no llegó a concretarse totalmente.

En términos estadísticos, hemos llegado a ser una población mayoritariamente saludable, pero socialmente no disfrutamos de bienestar.

En 1970 la Dirección de Asuntos Sociales trató de investigar sus programas y cambió su nombre para el de Dirección de Bienestar Social, se crearon los centros de Bienestar Familiar donde pretendían garantizar la vinculación de la salud pública y el Bienestar Social.

## 4. INSTITUTOS DE PARTICIPACION COMUNITARIA

Si bien es cierto que la evolución de la organización sanitario-asistencial no sólo ha sido notoria sino trascendental para la modernización del país, también es un hecho que muchos programas desarrollados han estado afectados por la falta de continuidad o por las deficiencias de coordinación lo que ha producido al debilitamiento o desaparición de alguno de dichos programas. La participación activa de la comunidad es fundamental para que tengan éxito las campañas antimalárica.

Antituberculosa, antivenérea y antileprosa, así como la atención hospitalaria o la gama de servicios en torno a lo materno-infantil.

Muchos programas pierden la eficacia si no existía la colaboración consciente de la comunidad.

Resaltaremos la experiencia obtenida con cinco centros cuya acción exige participación comunitaria.

1. **Centros de Bienestar Familiar.** Son unidades instrumentales para replicar, a nivel de comunidades, la estructura programática de la Dirección de Bienestar Social y otros institutos Autónomos del M.S.A.S.

Estos Centros constituyen el vehículo para el proceso de enseñanza-aprendizaje en relación con la obtención y utilización adecuada de los servicios básicos (agua potable, cloacas, aseo domiciliario y comunal, electricidad), con las consiguientes mejoras que ello ocasiona.

2. En 1974 el Ministerio creó el **Programa de Planificación Familiar.** Integra los conocimientos, recursos y experiencias relacionadas con el control de la mortalidad y la morbilidad infantil y materna; con la desnutrición, con el abandono o desamparo de la población infantil y juvenil; con las afecciones del área genital y con la paternidad o la reproducción irresponsables, para estar así en condiciones de atender a los distintos miembros del grupo familiar en torno a los problemas de salud que más frecuentemente les aquejan.

Como hemos anotado en el programa implica la paternidad responsable y la educación sanitaria.

3. El Programa de los **Módulos de Servicio Múltiples** nace en la Fundación para el Desarrollo y Fomento Comunal, FUNDACOMUN. Sin embargo, lo hemos incluído aquí por considerar que, tanto en su concepción como en su desarrollo, el campo de la salud constituye un elemento especialmente relevante.

A grandes rasgos, este programa pretende facilitar y garantizar a las comunidades el acceso a los distintos servicios a que tienen derecho, y fungir como reducto de sus mayores necesidades.

4. Como en el caso anterior, los **Hogares de Cuidado Diario** son un programa nacido y desarrollado fuera de la estructura sanitario-asistencial; pertenece a la Fundación del Niño

> **En general, la Fundación del Niño atiende 43 mil menores, a través de los hogares de cuidado diario, guarderías infantiles, casa de los niños e institutos de pre-escolares, sin embargo, aspira a que cuando concluya este año, situar esa cifra en 45 mil. (Declaraciones dadas por Doña Gladys Castillo de Lusinchi al diario EL UNIVERSAL el 2-10-84).**

El programa trata de garantizar el cuidado mínimo que requieren los niños, tanto en lo material como en lo afectivo mediante madres sustitutivas, que concentran en su vivienda un grupo pequeño de niños, generalmente del mismo vecindario, reciben asesoramiento y entrenamiento en puericultura, fundamentalmente.

5. **Las Unidades de Medicina Familiar:** Integran, por una parte, el concepto de medicina integral y, por la otra, la preocupación por el contexto familiar como ámbito de aplicación de la misma. El médico de familia, el médico domiciliario y ahora la Unidad de Medicina Familiar representan esas modali-

dades de ejercicio profesional y educación sanitaria con las que la medicina social siempre ha estado comprometida.

Como vemos el objetivo de este programa está en la educación del personal médico y para-médico y no en la educación Sanitaria con participación de la comunidad pero lo hemos incluído a propósito ya que el médico es parte esencial de la comunidad y de la familia que requiere sus servicios.

La primera Unidad de Medicina Familiar en Venezuela fue la creada en febrero de 1980 en el Hospital General del Sur, en Maracaibo. Repetidas quejas de las personas, porque se sabían y se sentían tratadas como "la historia número tal" o "el que sigue".

Debido a la congestión de las consultas, las personas recibían cita para una segunda consulta con intervalos de más de dos meses, mientras que acumulaban incertidumbre —y en consecuencia ansiedad— respecto a su estado de salud.

Y las pocas personas y pocas familias no tenían ante si la posibilidad de que alguien conociera con amplitud la índole de sus distintas dolencias y sus problemas.

Por esto la Medicina Familiar pretende rescatar la Medicina General y garantizar, a través del médico general familiar, que este tipo de atención médica sea la puerta de entrada del sistema de salud.

Al médico general familiar se le asignan alrededor de cuatrocientas familias, siempre las mismas, con las cuales el elabora el cuadro familiar, incluyendo su historia personal y en los casos necesarios, selecciona debidamente la especialidad médica a que deben ser referidos sus integrantes.

En la unidad de Medicina Familiar creada en Maracaibo se resolvieron el 97,17 por ciento de los problemas el resto fué referido a alguna especialidad.

Esto da una idea de los beneficios del programa ya que resuelve los casos con prontitud y ayuda al descongestionamiento de las especialidades.

En agosto de 1980 el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) creó la Unidad de Medicina Familiar en Caricuao, Caracas. Y conjuntamente con las Universidades del Zulia y de Los Andes organizó los cursos de post-grado en Medicina Familiar, que iniciaron actividades en enero de 1982. Allí se forman los profesionales con un marco interdisciplinario en torno al concepto de familia, y se preparan a ejercer a título de especialistas.

# CONCLUSIONES

**De lo expuesto en nuestro análisis se pueden extraer las siguientes conclusiones:**

**a. El estado de salud de la población venezolana ha mejorado sustancialmente en los últimos 50 años. Los índices de mortalidad, sobre todo de los procesos infecciosos y parasitarios, son prueba patente de ello. El venezolano de hoy, física y funcionalmente, vive más sano y su esperanza de vida ha pasado de 36 a 69 años.**

**b. Es también evidente la disminución notable de las formas graves de desnutrición, y por lo tanto de la mortalidad por dicha causa (directa o indirecta). Subsisten todavía formas crónicas, en cierto modo irreversibles en la presente generación, pero hay pruebas de que la tendencia ha tenido signo positivo durante las últimas cuatro décadas. Sin embargo los datos más recientes anuncian la posibilidad de un proceso regresivo a partir de 1982. El valor adquisitivo del venezolano ha disminuído y esto puede constituir una seria amenaza en el horizonte sanitario de los pobres a nivel nutricional.**

c. La pobreza va a golpear con efectos inquietantes las puertas de muchos hogares. Es probable que no sólo aumenten los índices absolutos de los marginales sino también los relativos. ¿Se ha percatado el M.S.A.S. de lo que esto significa?

d. La administración de salud en los Hospitales y Ambulatorios del Seguro Social es deficiente e ineficaz. Quienes pueden no acuden a dichos centros. Por su parte la Medicina Privada es tan cara que ha provocado reacciones de indignación. Enfermarse hoy, en Venezuela, para la clase media y pobre, constituye un dolor más, una preocupación que se añade al síndrome de la enfermedad.

e. Carecemos todavía del servicio de salud que necesita el país. Falta mística y desprendimiento en la mayoría del gremio médico y de las autoridades sanitarias del país. Se han abandonado antiguos proyectos de higiene social que resultaron exitosos. No se mantienen constantes campañas de medicina preventiva, por ejemplo, la del paludismo y la malaria cuyos brotes se anuncian de nuevo en los Estados Llaneros.

f. La austeridad presupuestaria que deberá adoptar Venezuela en adelante no debiera significar nunca que se escatiman recursos para el área de saneamiento ambiental, inmunología infantil, subvención de productos básicos (leche para los niños) y prevención en general (higiene y educación sanitaria).

g. Al igual que hace cuarenta años, la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad para que tenga efectos sobre el desarrollo biológico del venezolano superviviente, debe provenir, junto a la acción sanitaria específica, de un mejoramiento de las condiciones de vida, de una mejor nutrición e higienización ambiental, en una palabra de la mejor calidad de vida.

# BIBLIOGRAFIA


- Varios: Venezuela, Biografía Inacabada. Despacho de la Ministro de Estado para la Participación de la Mujer en el Desarrollo-Caracas-1983.
- Bengoa José María: Medicina Social en el Medio Rural Venezolano. U.C.A., Valencia 1980.
- Gabaldón Arnoldo: Una Política Sanitaria. M.S.A.S. Caracas 1965.
- Archila Ricardo: Historia de la Sanidad en Venezuela. Caracas 1956.
- Boletín de Salud Pública. Editado por el M.S.A.S. (Trimestral).

# INDICE

INTRODUCCION: La tradición sanitaria en Venezuela . . . . . 3

1. DESARROLLO HUMANO . . . . . 4
   1. Desarrollo físico . . . . . 4
   2. Desarrollo mental . . . . . 5
   3. Puericultura: control y vigilancia . . . . . 6

2. NATALIDAD Y MORTALIDAD . . . . . 9

3. PRINCIPALES ENFERMEDADES . . . . . 11

4. NUTRICION Y SALUD . . . . . 14
   1. Disponibilidad y consumo de alimentos . . . . . 14
   2. Problemática nutricional . . . . . 16
   3. Estadísticas de nutrición . . . . . 18
   4. El Instituto Nacional de Nutrición . . . . . 20

5. Marginalidad y asistencia sanitaria . . . . . 22

6. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social . . . . . 24
   1. Fundación: objetivos primeros sanitaristas . . . . . 24
   2. Evolución organizacional: Descentralización y seccionalización . . . . 27
   3. Institutos de bienestar social . . . . . 27
   4. Institutos de participación comunitaria . . . . . 29

CONCLUSIONES . . . . . 30

## CURSO LATINOAMERICANO DE CRISTIANISMO

1. Latinoamérica: ¿Paz o violencia institucionalizada?
2. Análisis socio-político de la Iglesia latinoamericana
3. La Iglesia latinoamericana busca su rostro
4. Tipos cristianos en Latinoamérica hoy
5. El Exodo
6. Liberación y Liberaciones
7. Proyectos Pastorales en la Iglesia latinoamericana
8. Cautiverio y Creación
9. Libros sapienciales: mujeres, plata, poder
10. Los Cristos de América Latina
11. Jesús de Nazareth
12. El nacimiento de la Iglesia
13. El Constantinismo en la Iglesia
14. Cuando la Iglesia hizo Pueblos
15. La Síntesis del Cristianismo Medieval

**Bs. 5**

## CRISTIANISMO HOY

1. Proceso histórico de la Iglesia venezolana
2. Cómo leer el Antiguo Testamento
3. El Antiguo Testamento leído al pueblo
4. Cómo leer los Evangelios
5. La Eucaristía: la comida de la comunidad cristiana
6. Fe, compromiso y derechos humanos en Latinoamérica
7. El protestantismo ayer y hoy
8. Cristo, una buena noticia
9. El Sacramento de la Reconciliación
10. Tradiciones y tendencias en el Antiguo Testamento

PENSAMIENTO TEOLOGICO EN VENZUELA

11. I: Durante la Colonia
12. II: Durante la emancipación
13. III: F. Toro - los Liberales
14. IV: Siglo XX

**Bs. 5**

# El SAS
# y los programas de salud

El Gobierno Nacional orienta su política de salud hacia el objetivo de crear el Sistema Nacional de Salud, como medio para utilizar mejor los recursos humanos y presupuestarios destinados al sector salud.

Dentro de la estrategia de los programas actuales de salud del Gobierno Nacional a través del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, está definido que el instrumento fundamental para adelantar los planes, será la atención primaria.

El propósito de estos programas se identifica plenamente con la disposición de cumplir acciones para darle mejor uso a los recursos destinados a la salud, como también encontrar la fórmula que permita atender en su propio medio al solicitante de los servicios, lo cual deriva en el descongestionamiento de los hospitales.