

SALUD, NUTRICION Y CALIDAD DE VIDA

JEAN PIERRE WYSSENBACH

En el primer congreso venezolano de Conservación, organizado a fines del año pasado; uno de los más antiguos suscriptores de SIC, nuestro amigo el doctor José María Bengoa, tuvo una ponencia sobre el tema "Salud, nutrición y calidad de vida. Reflexiones 1936-1976". El trabajo nos ha llamado la atención por la amplitud de su perspectiva, por la claridad pedagógica y orden de su desarrollo, y por la ponderación en su exposición. Por eso nos ha parecido interesante recoger aquí algunos datos, y reflexionar sobre ellos.

La historia de la salud en Venezuela revela un cambio de extraordinaria magnitud en los últimos 40 años. La expectativa de vida era en 1935 de 47 años, en tanto que en 1974 fue de 66 años. La mortalidad general (todas las edades) disminuyó de 17 a 6 por mil habitantes. La mortalidad infantil (menores de 1 año) descendió de 137 a 45 por mil nacidos vivos (posiblemente la cifra de 1935 está muy subestimada). 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.

Gran parte del mérito de cambios tan trascendentales en la historia de la salud nacional corresponde al equipo que acompañó al doctor Enrique Tejera Paris, que en febrero de 1936 se hizo cargo del recién creado Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Nos cuesta recordar aquellos tiempos. Por ejemplo, hoy el paludismo es una enfermedad en franco descenso. En cambio 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 17,2 por ciento (Portuguesa), 18,8 por ciento (Monagas), 32,3 por ciento (Cojedes), y hasta del 55,8 por ciento (Guárico). Lo podemos recordar con "Casas Muertas" de Miguel Otero Silva. Son cifras sobrecogedoras por su impresionante magnitud. Las cifras de morbilidad eran todavía de mayor significación en cuanto a sus efectos sobre la productivi-

dad. Lo que rápidamente se califica como "flojera" de la gente.

Pero una comparación con otros países nos descubre el reto de la sanidad venezolana. La disminución de las tasas de mortalidad no necesariamente significa que ello se haya debido a un mejoramiento de las condiciones de vida, sino más bien a la acción sanitaria específica, a la aparición de nuevos insecticidas, al descubrimiento de nuevas drogas, y en general, mejor atención médica.

Si el descenso de la mortalidad hubiera sido debido principalmente a un mejoramiento de las condiciones de vida, tal como sucedió en Europa a fines del pasado siglo y comienzos de éste, el proceso habría ocurrido mucho más lentamente. Inglaterra tardó 100 años en reducir la mortalidad a la mitad. Venezuela lo ha logrado en menos de 25 años.

La situación nutricional en Venezuela no ha mejorado, y éste sería, sin duda, un elemento fundamental para explicar el descenso de la mortalidad debido a un mejoramiento de los niveles de vida.

Si bien las tasas de mortalidad han descendido de forma espectacular, no puede decirse mismo de la morbilidad, no solamente de procesos desgenerativos, 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 60 por ciento de la población está afectada de ascariasis, un 30 por ciento de anquilostomiasis y un 20 por ciento de ambiasis. El número de personas infectadas por esquitomiasis se calcula entre 30.000 y 300.000, según los autores, y se estima que todavía hay dos millones de personas con la enfermedad de Chagas. Mientras estas cifras no se disminuyan de forma radical no podrá decirse que hemos franqueado la frontera del desarrollo.

Después de constatar al extraordinario cambio de la salud en Venezuela y de plantear el reto de la transformación del ambiente adverso y de los factores socioeconómicos, el Dr. Bengoa concentra su atención en el problema de la nutri-

ción, examinándolo primero a escala mundial, para analizarlo después a nivel nacional.

¿Cuál es la situación de disponibilidad de alimentos a nivel mundial?

La humanidad confronta un gran dilema. Si deseamos equilibrar el uso de los bienes de la tierra y reducir la fosa que separa a los países desarrollados que se hallan en vías de desarrollo, no queda otro remedio que plantear rudamente las dos únicas alternativas posibles: o logramos levantar a los países y grupos de población pobres a niveles de consumo y bienestar cercanos a los que han alcanzado las poblaciones prósperas, o éstas deberán reducir su consumo.

La primera alternativa no es real, ya que ni los bienes no renovables ni los renovables alcanzarían a cubrir todas las "necesidades" de la población de la tierra, si consideramos necesidades el consumo actual de los países prósperos y el de las sociedades afluentes de los países en vías de desarrollo.

La producción de alimentos per cápita ha sufrido modificación en los últimos 30 años. Si las sociedades privilegiadas han aumentado el consumo de alimentos en proporciones de cierta consideración, es obvio que el resto de la población ha tenido que reducir su consumo en la misma proporción.

Por ejemplo, el consumo de proteínas animales, los países desarrollados consumen hoy en día 45 gramos por persona y por día, mientras los países en vías de desarrollo consumen 9 gramos. La diferencia puede ser mayor aún entre los grupos sociales extremos en algunos países en vías de desarrollo. En el caso venezolano, según el informe Chossudovsky, el consumo promedio de proteínas de origen animal es de 75 gramos para quienes ganan más de 4.000 Bs. al mes, y de menos de 30 gramos para quienes ganan menos de 500 Bs. al mes.

En la distribución porcentual de las disponibilidades de proteínas, en los Estados Unidos los cereales representan sólo el 16 por ciento, las leguminosas el 2 por ciento, mientras que las proteínas de ori-

gen animal el 72 por ciento. En cambio en la India, los cereales tienen que suministrar el 65 por ciento, las leguminosas el 20 por ciento, mientras que las proteínas de origen animal representan sólo el 10 por ciento.

Las consecuencias se manifiestan en los porcentajes de desnutrición en el mundo.

De 1963 a 1973 se habían llevado a cabo 101 estudios en 59 países en vías de desarrollo, que cubrieron una población de 266.8800 niños menores de 5 años.

La mayor parte de los estudios utilizaron la clasificación de Gómez como criterio de severidad de la desnutrición. Esta clasificación de Gómez (México) establece como grado de desnutrición de primer grado los niños cuyo peso oscila entre el 75 y 90 por ciento del peso normal; de segundo grado aquellos cuyo peso es entre 60 y 74 por ciento del peso "normal"; y de tercer grado los niños con un peso inferior al 60 por ciento del "normal".

La mediana desnutrición grave (tercer grado) para todos los países fue de 2,3 por ciento con un rango entre 0,2 y 22,9 por ciento. En algunas áreas geográficas los estudios reflejaron una situación alarmante: tales fueron los casos de comunidades de África y Asia que presentaron una prevalencia de desnutrición grave hasta de un 20 ó 22 por ciento.

La mediana global de formas de desnutrición moderada alcanzaron la cifra de 18,8 por ciento con un rango entre 3,5 y 81,7 por ciento. Fueron numerosas las encuestas que mostraron una prevalencia superior al 50 por ciento, particularmente en Asia y África.

Es difícil juzgar hasta qué punto las cifras dadas arriba permiten su extrapolación para estimar la magnitud de la desnutrición a nivel mundial. Solamente a título ilustrativo y de simple aproximación puede decirse que, si asumimos que las nuestras fueron satisfactorias, si fue semejante el criterio empleado para la definición y clasificación de la desnutrición, y otros "si"... que no sin escrúpulos pueden aceptarse, la población menor de 5 años afectada por la desnutrición grave - candidatos a morir a corto plazo? - sería de 10 millones en un momento dado. El de niños con desnutrición moderada de 89,5 millones, dando un total redondeado de 100 millones de niños desnutridos sobre un total de 314 millones de niños menores de 5 años.

Trasladémonos ahora del plano mundial a la situación en Venezuela. ¿Cómo está la oferta de alimentos en Venezuela?

Los resultados publicados en las Hojas de Balance de alimentos del INN muestran que la disponibilidad energética

por persona/día es de 2.500 calorías y 69 gramos de proteínas, de las cuales el 44 por ciento son de origen animal.

Estima el Dr. Bengoa que en los cálculos existe una subestimación de las pérdidas de alimentos post-cosecha. De aquí que la disponibilidad real por persona/día sea bastante inferior y se está aproximadamente por 2.300 ó 2.400 calorías. Estas cifras son más inquietantes, ya que apenas cubren los requerimientos netos promedio de la población, que se han estimado en 2.280 calorías.

Si tenemos en cuenta que en Venezuela existe hoy en día una población flotante no registrada relativamente alta, que presenta probablemente el 5 ó 10 por ciento de la población registrada, la disponibilidad de alimentos real por persona/día podría ser aún menor, incluso inferior a los requerimientos netos de calorías.

De las 2.500 calorías disponibles por persona/día, el 76 por ciento corresponde a la producción nacional y el 24 por ciento a la importación. De las proteínas totales un 66 por ciento son de producción nacional y un 34 por ciento provienen de la importación.

Es de destacar, sin embargo, que en cereales y leguminosas, alimentos especiales de la dieta nacional, la importación representa más del 50 por ciento de las calorías provistas por esos alimentos.

Los promedios señalados anteriormente para Venezuela se reparten de forma muy desigual. Por eso el Dr. Bengoa concluye del análisis de las encuestas sobre Presupuestos familiares del Banco Central (1963-71), como simple aproximación, que en Venezuela existen cuatro grupos de población bastante diferenciados.

Un primer grupo, que corresponde a la población con ingresos más bajos, por lo general inferiores a Bs.500 (se refiere a los años de 1963-1971), tiene un consumo calórico muy deficiente y un sub-consumo de proteínas menos marcado.

Como promedio, este grupo que no consume más de 1.800 calorías (requerimiento normal 2.280) y 45 gramos de proteínas (requerimiento: 50 gramos).

Este grupo muy sub-alimentado, probablemente (necesariamente) con graves problemas nutricionales, representa aproximadamente el 20 por ciento de la población.

Un segundo grupo de población tiene un déficit menos marcado, que fluctúa entre el 10 y el 15 por ciento de los requerimientos calóricos, con un aporte de proteínas prácticamente normal.

El ingreso de este grupo fluctúa entre los 500 ó 1.000 Bs. (antes de 1971). Este grupo puede presentar signos de sub-desarrollo, biológico, fundamentalmente talla baja, pero con un cierto grado de

"adaptación". Esta población es considerada, injustificadamente, como "normal" y presenta aproximadamente un 30 por ciento del total.

El tercer grupo tiene, en líneas generales, una dieta aceptable. Sus ingresos son superiores a los 1.500 Bs.

El cuarto grupo es la sociedad opulenta -dice el Dr. Bengoa-, cuyos ingresos les permite el lujo -no exento de riesgos- de adquirir los alimentos más sofisticados y caros, y, por lo general, en cantidades excesivas.

La obesidad, la diabetes, la arterioesclerosis y otras enfermedades degenerativas es el precio que tiene que pagar este grupo por sus extravagancias. El consumo energético está por encima de las 3.000 calorías por persona/día y el consumo de proteínas por encima de los 100 ó 120 gramos.

Este grupo representa en Venezuela entre un 10 y un 20 por ciento de la población total. El Dr. Bengoa calcula que con el costo actual de una buena comida en un buen restaurant de Caracas tendrían que malcomer toda una familia del primer grupo, de 5 ó 6 miembros, por espacio de 15 días.

El informe Chossudovsky señala cantidades muy semejantes para los 4 grupos.

Una consecuencia de esta desigual distribución de los alimentos la tenemos en las estadísticas de la desnutrición en Venezuela.

El Dr. Bengoa piensa que probablemente la desnutrición grave entre nosotros será del 1 por ciento, y la moderada entre el 10 y el 15 por ciento. Y explica que cuando se repite que la mitad de los niños en nuestro país padece eso se debe a que muchas encuestas incluyen a esta población como desnutrida, ya que el criterio más comúnmente usado para clasificar la población es de la relación peso con la edad, y así resulta que el 50 por ciento (podría ser un 70 u 80 por ciento si tomaran "standars" de desarrollo más finos) "está desnutrida".

En un censo médico infantil que realizamos en un barrio caraqueño, siguiendo los criterios clasificatorios propuestos por el INN, detectamos un 1,44 por ciento de desnutrición grave para el total de 2.140 niños censados y del 2,29 por ciento para los 871 niños situados entre los 5 y los 10 años.

La desnutrición moderada fue del 8,78 por ciento en un total de menores de 15 años y del 11,94 por ciento para los comprendidos entre los 5 y los 10 años, llegando al 16,95 por ciento en los 8 cuando apenas comienzan sus estudios.

Durante los últimos 40 años la mortalidad por desnutrición en Venezuela se ha mantenido entre 7 y 10 por 100.000

habitantes, cifras demasiado altas para un país en transición. En 1974, el número de muertes fue de 1.210, o sea, una tasa de 10 por 100.000 habitantes.

Para que un niño muera por desnutrición (hambre) es necesario que le pasen muchas cosas; dieta inadecuada por razones económicas, madre sin preparación, tal vez abandonada, infecciones repetidas, destete precoz, ausencia de cuidados higiénicos, etc., pero de hecho al niño que muere por desnutrición, le pasan todas o casi todas esas cosas simultáneamente.

Se nota que al Dr. Bengoa más que hablar de "niños desnutridos" le gusta hablar de "supervivientes vulnerados" o "adaptados". Explica que la mayoría de los niños y adultos en Venezuela se hallan en un estado de adaptación, en equilibrio estable, al cual les ha conducido un subconsumo crónico de alimentos. Esta situación tiene en lo físico (talla), cierto carácter de irreversibilidad, en tantos que los aspectos funcionales del desarrollo, pueden recuperarse en gran parte.

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", sino seres adaptados a las condiciones que el ambiente y los factores socio-económicos les imponen. Así se encuentra una gran mayoría de la población, cuya situación se puede definir de "supervivientes vulnerados", que se refleja en un desarrollo biológico alterado, y en un menor rendimiento, tanto en la escuela como en el trabajo.

Este concepto de "supervivientes vulnerados" nos recuerda la "naturaleza hipotecada" que señalaba con mucho acierto Rafael Carías en "la indecisión" (Universidad Católica Andrés Bello. Caracas 1970. pag.22) y en la "actitud del venezolano ante el trabajo" (SIC diciembre 1972, pgs. 445-446):

Esta "adaptación" se reflejará en un crecimiento desigual. Por razones evidentemente ambientales, no hay homogeneidad en el desarrollo biológico de la población. Mientras que los niños de altos recursos de Caracas han tenido un crecimiento secular de 3,2 cm en diez años, los niños de la marginalidad crecieron solamente 0,4 cm en el mismo período de tiempo.

Un caso común en nuestro país podría ilustrar mejor lo que queremos 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 bronconeumonías. En

24 meses este niño ha pasado 27 episodios infecciosos y estuvo con alguna infección el 30 por ciento de su vida. La alimentación ha sido muy deficiente y cada infección le ha producido una pérdida de peso de la cual nunca ha podido recuperarse totalmente. A los dos años de edad el niño tiene un año de retraso en su desarrollo físico y funcional.

Hay, pues, un desarrollo físico alterado de nuestra población. Un niño 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 conducta motora de un niño de un año.

Esa "adaptación" por alimentación deficitaria tendrá manifestaciones no sólo físicas, con sus consecuencias de menor rendimiento en el trabajo, sino también en el aprendizaje en la escuela. La capacidad para la lectura, la escritura, o la aritmética, así como la evaluación del profesor acerca del rendimiento escolar fueron menores en supervivientes de malnutrición que sus compañeros de curso.

La permanencia en la escuela puede provocar una serie de fracasos, que originan una imagen negativa de sí mismo, la cual, a su vez, dará lugar a que el individuo tenga que reconocerse como incompetente. Por otra parte, abandonar la escuela es ajustarse al cuadro esperado de comportamiento, aceptar el papel y estado de víctima, evitando, sin intentarlo, una serie de continuos fracasos.

¿Qué hacer ante estos problemas?

El Dr. Bengoa reconoce que la información todavía es escasa. Pero que el problema es lo suficientemente grave como para no poder esperar a que se disponga de todos los datos necesarios. Investigación y acción no son proposiciones excluyentes, sino más bien complementarias.

La estrategia debería orientarse en dos vertientes: una amplia, dirigida a toda la población, con énfasis en una política de desarrollo rural y de atención preferencial a las clases marginales urbanas. Esto implica la formulación de una política nacional de alimentación y nutrición. La segunda vertiente, más específica, estaría orientada a prevenir la desnutrición de los niños de corta edad, incluyendo el desarrollo fetal, a través de una acción integral de protección de la salud y nutrición de la madre y el niño.

Existen varios documentos del INN y de CONICIT que dan las bases para trazar esas políticas de nutrición en nuestro país.

Dentro de la política nacional de alimentación y nutrición, a fin de procurar a toda la población en un tiempo definido

los alimentos y demás condiciones sociales, culturales y económicas indispensables para la adecuada nutrición y el bienestar alimentario, habrá que asegurar varias funciones. Analizar la disponibilidad y consumo de alimentos por los distintos grupos de la población, examinar los programas en marcha y los recursos existentes, asesorar sobre las implicaciones nutricionales de las políticas existentes y propuestas referentes a diversos aspectos de la oferta de alimentos (producción, almacenamiento y comercialización; elaboración y enriquecimiento; comercio exterior, utilización de tierras, crédito agrícola, innovaciones tecnológicas y desarrollo industrial); la demanda de alimentos (salarios, ocupación, impuestos, subsidios, control de precios, protección de grupos especiales, planificación de la familia, educación del consumidor); y el aprovechamiento biológico de los alimentos (promoción de la salud, prevención de las enfermedades infecciosas, saneamiento del medio ambiente, inmunizaciones, etc.).

A esto habría que añadir la acción integral de protección de la salud y nutrición de la madre y el niño. A este respecto reconoce el Dr. Bengoa que el INN ya ejecuta muchas medidas en este campo. Encontramos informaciones al respecto en la charla televisiva del presidente Carlos Andrés Pérez, el 9 de octubre pasado. Ojalá que el problema de la leche en polvo hecho público en el mes de marzo de 1979 no signifique la paralización de estos programas sino un control mayor para asegurar que los recursos nacionales aprovechen a los más necesitados y no sean una vez más para el enriquecimiento de algunos inescrupulosos.

Termina su ponencia el Dr. Bengoa reflexionando sobre la calidad de vida. Resulta muy difícil cuantificarla. Pero la sola selección de indicadores es un gran estímulo para la reflexión. Indicadores de salud: esperanza de vida, mortalidad infantil, porcentajes de camas de hospital y médicos por mil habitantes, cobertura de acueductos y cloacas. Indicadores de educación, vivienda, empleo, seguridad social, recursos naturales, marginalidad, familia.

Logra así redimensionar el problema en su conjunto. En Venezuela ha habido grandes progresos en el sector salud en los últimos 40 años. En cambio, en el sector nutrición las deficiencias son todavía muy grandes. Esto nos remite a las insuficiencias (más claro, desigualdades) en las condiciones de vida.

El problema del ambiente no es sólo que evitemos los incendios forestales y no botemos basura, y no despilfarremos el agua. Sino que evitemos los incendios sociales, que no tratemos a los demás como basura, y que hagamos que haya vida humana para todos. □