

Cambio demográfico y desigualdad social en Venezuela al inicio del tercer milenio



La mortalidad prematura en Venezuela: 1970-1995

Rómulo Orta Cabrera.

Rómulo Orta Cabrera

Sociólogo (Universidad Central de Venezuela-UCV), Estudios en Demografía (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía- CELADE e Instituto Nacional de Estadística-INE), Estudios de Doctorado en Ciencias Sociales (UCV). Profesor la Cátedra de Salud Pública de la Escuela Luís Razetti (Facultad de Medicina-UCV).

La mortalidad prematura en Venezuela: 1970-1995

Rómulo Orta Cabrera

I. Introducción

La morbimortalidad por enfermedades no transmisibles han devenido en un problema de salud pública tan relevante que es pertinente plantear —en especial para la América Latina—, la perentoria revisión crítica de los lineamientos que en materia de población y desarrollo provienen de los organismos multilaterales y los foros internacionales dedicados a considerar y señalar orientaciones de trascendencia mundial sobre esos asuntos. Apreciamos un marcado desfase entre la realidad y dichas orientaciones, ocasionando así que las prioridades establecidas para la salud de la población latinoamericana excluyen a determinados grupos de nuestras poblaciones. En concreto, se trata de políticas de desarrollo y población centradas casi exclusivamente en lo femenino y lo infantil, con la casi total exclusión de lo masculino, debido a un modelo de desarrollo para el cual el crecimiento demográfico de los países subdesarrollados constituye un obstáculo para el crecimiento, el desarrollo y el progreso socioeconómico; a nuestro comportamiento reproductivo se le considera como una modalidad *insostenible* para el desarrollo (Wharen, 1991; ONU, 1978, Wolfensohn, 1999), de allí que el actuar sobre la natalidad y la salud reproductiva en general se coloca como una prioridad casi totalmente excluyente de otras, con muy poca alusión sobre los asuntos concernientes a la salud masculina, y en especial a la salud de las personas con edades entre 15 y 64 años.

La referida exclusión está afectando a la población con edades entre 15 y 64 años, y en especial a los hombres con edades dentro de ese intervalo, siendo precisamente la población de este grupo etario, el que —según las tendencias históricas y las proyecciones para el futuro— muestra un crecimiento acelerado, así como también presenta cifras de la mortalidad por enfermedades no transmisibles en alza sostenida (España, 2000), que las colocan entre las primeras causas de defunciones en Venezuela y otras naciones latinoamericanas, produciendo anualmente centenares de miles de años de vida potenciales perdidos dentro del mencionado contingente poblacional, que como sabemos corresponde a la denominada población económicamente activa, afectando severamente al potencial

productivo nacional. La razón para ello es la consideración de que el problema fundamental es el *insostenible* crecimiento demográfico tercermundista, producido por comportamientos reproductivos *no sostenibles* que traban el desarrollo y favorecen el empobrecimiento de la población y la *transmisión intergeneracional de la pobreza* (ONU/CEPAL/CELADE, 1999) ante lo cual sería perentorio actuar mediante modelos civilizatorios que procuren la superación de tales rezagos sociales, culturales, económicos y demográficos.

La Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo de 1994 aprobó un Plan de Acción cuya vigencia se extendería hasta el año 2015. El Capítulo N° 8 de la Declaración de El Cairo está dedicado al tópico denominado *Salud, morbilidad y mortalidad*, sin que en él se haga mención específica y desagregada respecto a la salud, la morbilidad y la mortalidad de las personas con edades entre los 15 y 64 años, ni respecto a las causas de mortalidad predominantes en la población masculina de esos grupos etarios. Todo el capítulo esta circunscrito a la salud materno-infantil, la salud reproductiva, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual y una referencia acerca de las metas en torno a la esperanza de vida al nacer, cuya elevación es un objetivo central, con lo cual incurre en una inconsistencia ya que dos de los efectos más notorios que ocasiona el aumento de la esperanza de vida son, por una parte, el incremento de los grupos poblacionales con edades intermedias y envejecidas, y por la otra, el alza de los niveles de la morbimortalidad por enfermedades no transmisibles, que como hemos podido verificar no constituyen prioridades observables en la Declaración de El Cairo (ONU, 1994). El objetivo general del Plan de Acción Regional de 1996 para América Latina en materia de salud contempla lo siguiente:

Promover y proteger la salud y derechos reproductivos de individuos y parejas. Proteger y apoyar la familia en sus diversos tipos. Mejorar la salud de la población, en particular la salud reproductiva, y garantizar el ejercicio del derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios (ONU/CIPD/CEPAL, 1996).

A partir de aquel Plan de Acción Regional, a los países latinoamericanos y caribeños se les propuso alcanzar cinco metas, todas ellas relacionadas con la ejecución de programas vinculados con los métodos anticonceptivos, la reducción de la mortalidad infantil y la mortalidad materna, la planificación familiar y la promoción de la legislación sobre los derechos reproductivos para asegurar el acceso a los servicios y la planificación familiar, quedando prácticamente excluidos los programas dirigidos a la atención de los problemas de salud de la población en edades intermedias (ONU/CIPD/CEPAL, 1996). Por otra parte, una encuesta publicada en 1998 por las Naciones Unidas reveló que de un total de 193 países encuestados, en sólo 17 de ellos 8,8 % sus gobiernos estaban interesados en atender la situación de la mortalidad masculina adulta; de 33 gobiernos de naciones de América Latina y el Caribe sólo dos gobiernos declararon su preocupación al respecto (ONU, 1998).

Para 1990 se llegó a una situación en la cual se destacaba que en América Latina y el Caribe, las enfermedades no transmisibles y los traumatismos representaban el 71,9% de los años ajustados de discapacidad, mientras que el 28,1% lo constituían las enfermedades transmisibles y las causas maternas y perinatales. También se ha comprobado que mientras en el Canadá y los Estados Unidos durante el período 1980-1990 se registraron reducciones del 15% en la mortalidad proporcional por enfermedades del aparato circulatorio, en América Latina y el Caribe hubo un aumento de las defunciones atribuibles a este grupo de causas (OPS, 1996).

En 1970, en Venezuela se perdieron 264.140 AVPP entre los hombres con edades de 15 a 64 años; luego en 1995 esa cifra llegó a 607.331 AVPP, o sea un repunte del 130 % (ver cuadro 2). En Venezuela, en 1995 las muertes masculinas y femeninas de personas mayores de 1 año de edad, pero que no llegaron a una edad igual a la esperanza de vida, arrojaron un total de 1.212.463 AVPP.

II. Materiales y métodos

Los Años de Vida Potenciales Perdidos —AVPP— es un indicador epidemiológico muy recomendado por expertos epidemiólogos debido a su utilidad para la Salud Pública y a las limitaciones de otras mediciones tradicionales de la mortalidad (Avilán, 1998; Evans, S.F.; Nieto, 1996). Su cálculo se realiza respecto a la esperanza de vida, por lo tanto es un indicador de mortalidad prematura, porque nos informa sobre la diferencia entre el número de años potenciales de vida restantes entre la edad en que ocurrió el fallecimiento de cada persona y la esperanza de vida al nacer de la población.

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

1. Al emplear la esperanza de vida al nacer como límite superior para obtener los AVPP conviene —al comparar diversos períodos con distintos valores de la esperanza de vida— obtener y usar el promedio aritmético de la misma, siempre que la variabilidad respecto a tal promedio sea pequeña. En consecuencia, no se debe seguir al pie de la letra la orientación dada por Romeder y Mc Whinnie de tener como límite superior fijo el valor 70 años, especialmente cuando los cálculos se realicen para países o regiones subdesarrollados, en los cuales la Esperanza de Vida puede ser un valor muy por debajo de los 70 años, o lo contrario también puede suceder, esto es que la esperanza de vida sea un valor por encima de los 70 años. En una investigación en Costa Rica se tomó como límite superior en el cálculo de los AVPP el valor 76 años, en Chile, Cuba, Argentina, México, Uruguay; Panamá y Venezuela se han estimado esperanzas de vida por encima de los 70 años para el período 1995-2000, pero también, y para ese mismo lapso en Bolivia, Guatemala y Haití se estimaron esperanzas de vida estimada por debajo de los 65 años (CELADE, 1998). Nuestros cálculos de los AVPP tomaron el promedio de las esperanzas de vida proporcionadas por la Oficina Central de Estadística e

Informática para los sub-períodos quinquenales del lapso 1970-1995 (OCEI/CELADE, 1998). Para el sexo femenino trabajamos con una esperanza promedio de 70,3 años, y de 64,8 años para el sexo masculino.

2. Es un hecho que la esperanza de vida al nacer tiende a ser mayor en el sexo femenino que en el masculino, por lo que se sugiere hacer los cálculos de los AVPP por separado para cada sexo.
3. Es conveniente seguir la consideración de Romeder y Mc Whinnie en cuanto a descartar la mortalidad infantil al calcular los AVPP, debido principalmente a que los infantes que mueren antes de cumplir el primer año de edad son rápidamente reemplazables por otros nacimientos, también porque como indican aquellos autores, cada fallecimiento de niños menores de 1 año de edad resultará en una pérdida casi igual al valor de la esperanza de vida al nacer, dando lugar a una ponderación doble a la dada por las defunciones en edades intermedias; es decir, originaría una cifra sobreestimada de los AVPP (Romeder y Whinnie, 1998; Orta, 1999).

Las estadísticas de mortalidad que utilizamos corresponden a los Anuarios de Epidemiología y Estadísticas Vitales del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS, 1970-1995). Hemos realizado comparaciones de los valores de los AVPP a lo largo del período 1970-1995, tal comparabilidad no se ve afectada por los cambios de los criterios de clasificación de las causas de muerte, porque los datos de mortalidad del MSAS se basaron en la VIII revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, usada entre 1968 y 1978 y la IX revisión utilizada entre 1979 y 1995, las cuales no presentan mayores variaciones entre los principales grupos de causas de defunciones (Avilán, 1998). Nuestra investigación registra retrospectivamente hasta 1970 el comportamiento de los AVPP correspondientes a las cinco primeras causas de muerte en Venezuela en 1995, según cada uno de los grupos de edades considerados en este trabajo.

III. El comportamiento de la mortalidad en Venezuela, período 1970-1995, evaluado a través de los Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP)

Con el transcurrir de los años se advierte un crecimiento sostenido de los AVPP en varios grupos de edades de la población venezolana y en varias de las causas de muerte, afectando particularmente a la población que muere con edades entre 15 y 64 años. Sin embargo, las prioridades de las políticas de población y desarrollo se orientan hacia la atención de la salud materno infantil y la salud reproductiva, esta última casi totalmente asociada con programas de control de la natalidad, a pesar de que las estadísticas referidas al comportamiento de los indicadores más utilizados para evaluar la salud materno infantil a lo largo del período 1970-1995 revelan que estos rubros registran permanentemente tendencias decrecientes a lo largo de ese período; por ejemplo: el número de muertes en menores de 1 años de edad varió de 19.327, en 1970 a 12.346 en 1995, lo cual significa un

descenso del 36 %, la tasa de mortalidad infantil cambió de 49,2 a 23,5 por mil nacidos vivos en ese mismo lapso, lo que representa una reducción del 52 %; la mortalidad materna decreció pasando el número de defunciones de 362 a 345, es decir, un descenso del 5 % y la tasa correspondiente fluctuó de 92,2 a 65,6 por cien mil nacidos vivos, o sea que disminuyó en un 29% (MSAS, 1957-1996).

No proponemos el abandono de los programas de atención materno infantil y de las mujeres en general, de lo que se trata es de corregir las carencias y deficiencias que presentan los programas de salud que se dirigen hacia la población con edades centrales por concentrarse en ella el potencial productivo nacional. En ese sentido proponemos investigar el impacto socioeconómico que para nuestro país tiene la pérdida de tantos años de vida útil, especialmente para una nación que como la venezolana, necesita superar con urgencia sus condiciones de subdesarrollo. Así como también revisar el hecho de que entre las prioridades presupuestarias definidas para el año 2000 por nuestro Ministerio de Salud y Desarrollo Social se destaca que para la prevención de accidentes viales y hechos violentos apenas se programaron dos campañas preventivas, a pesar de que las causas externas se sitúan entre las cinco primeras causas de mortalidad en Venezuela, mientras que por ejemplo, para la ampliación del programa de distribución de condones se contemplaron 50 programas y para incrementar la atención a la embarazada de alto y bajo riesgo se han dispuesto 1.000 consultas (González, 2000).

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

1. En 1995, los AVPP femeninos y masculinos por todas las causas de mortalidad alcanzaron una cifra igual a 1.212.463 años, en 1970 la cifra fue de 1.126.660; es decir, en 25 años los AVPP experimentaron un incremento absoluto de tan sólo 85.803 años, lo que significa un promedio de 3.432 AVPP por cada año, que en términos relativos expresa una elevación bastante moderada del 7,6%, cifra que indica que el crecimiento interanual fue del 0,3 %, siendo importante resaltar que del total de los AVPP de 1970, 637.057 años (56,5%) provienen de las defunciones ocurridas entre quienes para ese año tenían de 1 a 14 años de edad; mientras que las muertes de quienes tenían de 15 a 64 años proporcionaron 484.719 AVPP (el 43%), pero en 1995 esa situación se invirtió completamente porque la mayor cantidad de AVPP la proporcionaron las defunciones ocurridas entre quienes tenían de 15 a 64 años de edad —928.658 AVPP, el 76,6 %—, en cambio las muertes de niños de 1 a 14 años de edad contribuyeron con 274.092 AVPP —el 22,6% del total—. A lo largo del período estudiado 1970-1995 las ganancias de años para la vida se registran entre las mujeres; mientras ellas ganan 98.293 años al pasar de 556.473 AVPP a 458.180 AVPP, los hombres aumentan su pérdida en 184.096 años al pasar de 570.187 AVPP a 754.283 AVPP, por cada 1,9 años que los hombres pierden las mujeres ganan un año. En aquel lapso los AVPP masculinos siempre son mayores que los femeninos; en 1970, los AVPP femeninos y los masculinos diferían en 13.714 años, en 1995 esa diferencia es de 296.103 años; es decir, que en 25 años esa diferencia se multiplicó por casi 22, en contra del sexo masculino.

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

Edades	1970	1975	1980	1985	1990	1995
01 – 14	331.010	261.581	161.966	160.086	155.701	127.140
15 – 44	142.105	147.847	160.815	160.547	186.376	202.800
45 – 64	78.474	88.572	91.693	99.725	105.754	118.437
65 – 70,3	4.884	6.204	7.226	7.995	8.529	9.803
Total	556.473	504.204	421.700	428.353	456.360	458.180

Fuente: Cálculos propios.

Cuadro 2
Aportes porcentuales de los años de vida potenciales perdidos.
Sexo femenino. 1 a 70,3 años de edad. Venezuela. 1970-1995.

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

Fuente: Cálculos propios.

- Entre 1970 y 1995 es muy notorio el avance experimentado en las ganancias de años para la vida entre los grupos de edades de 1 a 14 años. Para las hembras, la ganancia fue de 203.870 años, casi 8.155 años por cada año transcurrido, al pasar los AVPP de 331.010 años a 127.140 años. Entre los varones se ganaron 159.095 años, o sea, casi 6.364 años por cada año transcurrido, al variar los AVPP de 306.047 años a 146.952 años. En 1970 los AVPP femeninos entre los 1 y 14 años de edad aportaron el 59,5% del total de los AVPP femeninos para todas las edades, en 1995 ese aporte se redujo al 27,7%; entre los varones de 1 a 14 años ese aporte varió de un 53,7% a un 19,5% (ver cuadros 1, 2, 3, y 4). En las edades comprendidas entre 1 y 4 años de edad, las cinco primeras causas de muerte en 1995 fueron las mismas en varones y hembras: enteritis y otras enfermedades diarreicas, accidentes de todo tipo, neumonías, anomalías congénitas y deficiencias de la nutrición. En el grupo etario de 5 a 14 años de edad detectamos que entre las hembras las primeras cinco causas de muerte para 1995 fueron los accidentes de todo tipo, cáncer, anomalías congénitas, parálisis cerebral y enfermedades del aparato circulatorio, en los varones las cinco primeras causas de mortalidad correspondieron a accidentes de todo tipo, cáncer, suicidios y homicidios, neumonías y anomalías congénitas.

En el grupo etario de 15 a 64 años, tanto en los hombres como en las mujeres que fallecieron a esas edades se registró un incremento absoluto de los AVPP y en la contribución porcentual de estos en la conformación de los AVPP totales; entre los hombres las cifras de AVPP pasan de 264.140 —el 46,3 % del total de los AVPP masculinos en 1970— a 607.331 años —el 80,5 % del total de los AVPP masculinos de 1995—; en las mujeres varían de 220.579 AVPP —el 39,6 % del total de los AVPP femeninos en 1970— a 321.327 AVPP —el 70,1 % del total de los AVPP femeninos en 1995—.

Cuadro 3
Años de vida potenciales perdidos.
Sexo Masculino. 1 a 64,8 años de edad. Venezuela. 1970-1995.

Edades	1970	1975	1980	1985	1990	1995
01 - 14	306.047	254.505	195.344	163.810	173.866	146.952
15 - 44	193.830	240.897	372.499	303.134	369.263	489.640
45 - 64,8	70.310	82.992	91.228	96.109	101.901	117.691
Total	570.187	578.394	659.071	563.053	645.030	754.283

Fuente: Cálculos propios.

Cuadro 4
Aportes porcentuales de años de vida potenciales perdidos.
Sexo masculino. 1 a 64,8 años. Venezuela. 1970-1995.

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

Fuente: Cálculos propios.

3. En el grupo etario de 15 a 24 años en ambos sexos las cinco primeras causas de mortalidad para 1995 corresponden a enfermedades no transmisibles, entre las hembras accidentes de todo tipo, cáncer, suicidios y homicidios, causas obstétricas y enfermedades del corazón; entre los varones: suicidios y homicidios, accidentes de todo tipo, cáncer, enfermedades del corazón e intervención legal —lesiones por armas de fuego o por gases, empleadas en acciones legales—. En dicho grupo etario y en ambos sexos se advirtió un incremento de la contribución porcentual de los valores absolutos de AVPP por las cinco causas de muerte en la conformación del total de los AVPP para todas las edades y causas de muerte. Entre los varones dicha contribución porcentual varió del 10,7% al 18,7%, en las hembras varió del 4,1% al 8,0%.

Cuadro 5
Años potenciales de vida perdidos por las
cinco causas de muerte.
Sexo masculino. 1 a 64,8 años de edad. Venezuela. 1970-1995.

Edades	1970	1975	1980	1985	1990	1995
01 - 04	84.913	75.890	59.328	41.282	45.794	49.687
05 - 14	35.784	38.744	44.826	39.456	45.210	43.730
15 - 24	60.973	83.821	137.581	103.891	121.050	141.165
25 - 44	65.769	83.500	121.316	92.797	140.447	180.111
45-64,8	38.323	44.223	54.005	55.113	65.578	79.586
Total	285.762	326.178	417.056	332.539	418.079	494.279

Fuente: Cálculos propios.

Cuadro 6
Años de vida potenciales perdidos por las cinco causas de muerte.
Sexo femenino. 1 a 70,3 años de edad. Venezuela. 1970-1995.

Edades	1970	1975	1980	1985	1990	1995
01 – 04	99.469	76.655	56.676	48.052	47.379	48.860
05 – 14	20.261	24.120	25.808	26.532	27.617	26.653
15 – 24	22.534	25.754	30.733	29.426	32.745	36.820
25 – 44	37.100	42.466	52.421	50.338	68.764	84.544
45 – 64	44.125	51.469	58.064	60.404	70.610	88.755
65– 70,3	2.613	3.856	4.407	4.783	2.174	7.401
Total	226.102	224.320	229.109	219.535	249.289	293.033

Fuente: Cálculos propios.

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

Cuadro 7
Distribución porcentual de los años de vida potenciales perdidos por las cinco causas. Sexo masculino. 1 a 64,8 años de edad. Venezuela. 1970-1995*.

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

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

Fuente: Cálculos propios.

Cuadro 8
Porcentajes de años de vida potenciales perdidos por las cinco causas de muerte. Sexo femenino. 1 a 70,3 años de edad. Venezuela. 1970-1995.

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

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

Fuente: Cálculos propios.

6. En 1995 las cinco primeras causas de muerte femeninas en edades de 65 a 70,3 años fueron enfermedades del corazón, cáncer, enfermedad cerebro vascular, diabetes y neumonía, aportando para los AVPP totales femeninos un monto de 2.613 AVPP, en 1970 el 0,4 %, y 7.401 AVPP 1,6% en 1995.

Investigaciones realizadas en Costa Rica y Cuba muestran los siguientes hechos: en Costa Rica se halló en 1994 que de cada cuatro muertes tres se debieron a causas relacionadas con enfermedades del aparato circulatorio, tumores, traumatismos y enfermedades respiratorias. Incluyendo en el cálculo de los AVPP a la mortalidad infantil, se obtuvo un valor de AVPP igual a 254.622 años para ambos sexos; la mayor cantidad de AVPP fue producida por traumatismos y envenenamientos, las enfermedades infecciosas y parasitarias sólo contribuyen con el 3,5% del total de los AVPP, y las muertes relacionadas con el embarazo y el parto aportan menos del 1%. Por sexos las cifras de AVPP indican que los hombres tuvieron 1,6 veces más AVPP que las mujeres, predominando en el perfil masculino las causas de muerte relacionadas con lesiones por violencia y accidentes; entre las mujeres el perfil está signado por los tumores genitourinarios, óseos, de piel, de mama y del tejido conjuntivo. En términos de la salud pública la investigación apunta a recomendar la reorientación de las políticas de salud hacia los problemas dominantes y productores de muertes, para lo cual es importante generar nuevos paradigmas en salud pública (MS, 1995).

En Cuba se efectuó un estudio sobre la mortalidad cubana comparando las estadísticas de 1995 con las de 1981. Dice el informe correspondiente que en 1995 se evitó un 2% de las muertes esperadas, principalmente entre las mujeres, mientras que para el sexo masculino hubo una sobremortalidad del 3%. En referencia a los AVPP los resultados indican que por cada 100 AVPP esperados en la población cubana en 1995 respecto a la mortalidad de 1981, se logró reducir la cantidad de AVPP en 23,5 años entre las mujeres; mientras que para los hombres la reducción fue de 13,7 AVPP. La mayor cantidad de AVPP correspondió a las muertes por accidentes, la cifra por esa causa es de 104.600 AVPP en 1995, y una tasa de 940 AVPP por 100 mil habitantes menores de 65 años. Por enfermedades del aparato circulatorio se perdieron 714 años por cada 100 mil habitantes, por tumores malignos la tasa es de 669 por cada 100 mil, y por suicidios fue de 405 AVPP por cada 100 mil habitantes (Nieto, 1996).

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

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

IV. Conclusiones.

El proceso que hemos denominado como la feminización y la sexualización del desarrollo socioeconómico se ha constituido en uno de los rasgos tendenciales más característicos de los planes de acción discutidos y aprobados para su difusión y aplicación a nivel global en los eventos internacionales sobre población y desarrollo. Revertir esa tendencia muy manifiesta es una necesidad económica y social; Venezuela junto con otros países latinoamericanos pierde centenares de miles de años de vida útiles entre su población en edades más productivas, sin que desde sus centros de autoridad de la salud se expongan políticas que ataquen frontalmente esa pérdida de conocimientos y de experiencias.

Muy probablemente la reducción del crecimiento demográfico incontrolado es uno de los requisitos para emerger del subdesarrollo y mejorar sustancialmente la calidad de vida de las personas y las familias. Nuestras objeciones se dirigen hacia una praxis que adelanta elementos parciales de políticas de población y de desarrollo que por lo general lo que producen son tendencias contradictorias, como por ejemplo, siempre se argumenta que los descensos de la mortalidad propician el desarrollo, sin embargo, los niveles de esa variable demoepidemiológica disminuyen bajo condiciones de persistencia crónica de situaciones de maldesarrollo. También se indica que el crecimiento económico se traduce en menos pobreza, y no obstante habiendo tal crecimiento, la pobreza permanece inalterable y hasta se generaliza, incluyendo cada vez más a grupos sociales que se empobrecen paulatinamente.

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

Los procesos globalizadores están dejando ver que la economía de mercado y sus concomitantes medidas de flexibilización, desregulación y segmentación laboral favorecen en la población trabajadora el envejecimiento prematuro, las muertes súbitas por exceso de trabajo, el estrés laboral y los más diversos traumatismos. Los procesos globalizadores de la mala salud han convertido prácticamente en transmisibles a todas las enfermedades,

la velocidad de su globalización hoy día debería ser motivo de preocupación, se transmiten estilos de vida nocivos a la salud a velocidades supersónicas. No obstante esa situación, que tanto afecta a la población en edades productivas, no es motivo de preocupación para las autoridades de salud de muchos gobiernos.

La versión etapista, evolutiva y unidireccional de los procesos de transición demográfica y epidemiológica no es científicamente válida, ni socialmente conveniente. Dichos procesos transicionales deben ser teorizados dando cuenta de sus especificidades nacionales, de las marchas y contramarchas que los mismos muestran, por lo que carece de sentido, por irreal, atribuirles un carácter uniforme y universal, y fijar metas también uniformes y universales es un craso error. Consideramos que en América Latina no ha sucedido transición alguna, en los términos en que lo expresa la teoría que al respecto ha elaborado el Centro Latinoamericano y del Caribe de Demografía (CELADE, 1998). En nuestra América lo que ha sucedido es el *efecto spillover* descrito por Bolívar (1984), lo que ha ocurrido son cambios en los niveles y los perfiles demográficos y epidemiológicos sin la ocurrencia de transformaciones esenciales en lo económico-social y cultural, siendo que aquellos cambios fuertemente impulsados por factores exógenos a nuestras sociedades dejan ver los rasgos de situaciones de enorme vulnerabilidad, en las cuales nada se sostiene ni prolonga en el tiempo. Nos resulta adecuado utilizar la noción y el simbolismo de lo que denominamos **fragilidad demográfica y epidemiológica** para referirnos a una realidad en la cual los logros en materia de población y salud constituyen un sistema de elevada vulnerabilidad, en el cual la pobreza es un factor poderosamente disipador de los avances que puedan alcanzarse en un momento determinado.

La idea de la transición demoepidemiológica es consubstancial con las nociones de la estabilidad y la sostenibilidad de los niveles y perfiles de las variables demográficas y epidemiológicas. Para el pensamiento de la Modernidad, lo estable y sostenible se hacen presentes cuando demográfica y epidemiológicamente las sociedades llegan a las etapas finales de cualquiera de las tipologías evolucionistas creadas en torno a los procesos transicionales demográficos y epidemiológicos —las etapas de la baja mortalidad y natalidad y de predominio de las enfermedades transmisibles, asociadas a los comportamientos de desarrollo económico y social de las naciones capitalistas más desarrolladas—. Pero la pobreza se manifiesta en términos de la conflictividad que le es inmanente a las situaciones de equilibrio inestable, de cuyo la pobreza es impredecible en sus manifestaciones y consecuencias. Es por eso que sostenemos que no es pertinente ni objetiva aquella teoría de la transición demográfica y epidemiológica que asume los movimientos de la realidad como un continuo uniforme y en especial para realidades de tanta fragilidad como las del subdesarrollo.

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

Bibliografía

Wahren, C. Población, desarrollo y medio ambiente (una troika inseparable). *Nuevas Fronteras Académicas*: 1991; Vol. 1: 4/5: 104-118.

Naciones Unidas. *Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas*: 1978; vol. I.

Wolfensohn, J.: *A Proposal for a Comprehensive Development Framework (A Discussion Draft)*, 1999. <http://www.worldbank.org>

España, P. L., et al. *Bases para la discusión y formulación del Plan Estratégico Social del Ministerio de Salud y Desarrollo Social* (material para la discusión interna del Ministerio de Salud y Desarrollo Social), Caracas, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, Deutsche Gesellschaft Für Technische Zusammenarbeit, 2000 (en mimeo).

Naciones Unidas/CEPAL/CELADE. *América Latina y el Caribe: Examen y Evaluación de la Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, Santiago de Chile, 1999. <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>

Naciones Unidas: *Conferencia El Cairo 1994*.

<http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>

Naciones Unidas. CIPD. CEPAL. *Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo*. Santiago de Chile. 1996. <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>

Naciones Unidas. Octava Encuesta a los Gobiernos sobre la Población y el Desarrollo. 1998. <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>

Organización Panamericana de la Salud: El predominio mundial y regional de las enfermedades no transmisibles. 1996. www.paho-who.hn

Avilán Rovira, J. M. (1998). Situación de salud en Venezuela según las estadísticas de mortalidad 1940-1995. *Gac Méd Caracas* 1998, 106 (2): 169-196.

Evans, R.. *Notas sanitarias y epidemiológicas*, Caracas, s.f., s.p.e.

Nieto Lluís, M. et al.: La mortalidad en Cuba según experiencia previa y futura., Ministerio de Salud Pública: *Revista Cubana de Salud Pública*, 1996, 2.

Centro Latinoamericano y del Caribe de Demografía. Boletín Demográfico N° 61, 1998. www.CELADE-Esp/DE_SitDem

Oficina Central de Estadística e Informática/Centro Latinoamericano de Demografía. Venezuela. Estimaciones y proyecciones de población 1950-2035. Caracas. 1998.

Romeder, J.M. y Mc Whinnie J.R. (1988): Años de vida potencial perdidos entre las edades de 1 y 70 años: Un indicador de mortalidad prematura para la planificación de la salud. En: Buck, C. El desafío de la Epidemiología (Problemas y lecturas seleccionadas). Organización Panamericana de la Salud, 1988, p. 254-263.

16. Orta C., R. Años de Vida Potenciales Perdidos. un indicador de la mortalidad prematura.. Caracas, UCV, Facultad de Medicina , 1999 (en mimeo).

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social: Anuario de Epidemiología y Estadística Vital. *Años 1970-1995*. Caracas.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Población, natalidad y mortalidad según tasas y ambos sexos. Venezuela 1957-1996. s.f.

González R, M. J. Areas pendientes en el presupuesto 2000 del MSDS, en SIC, 2000; 622: 87-89.

Ministerio de Salud (1995): *Mortalidad prematura en Costa Rica*. URL: ns.netsalud.sa.cr/ms/estadist/mortprepub.htm

Bolívar Chollet, M. Capitalismo y población, Caracas. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales.; 1984.