



ESTADO ACTUAL DE LA SALUD EN VENEZUELA

Dr. Claudio Aoun Soulie

Presidente

Academia Nacional de Medicina

INDICE

| | Pág |
|--|-----------|
| Resumen..... | 4 |
| Introducción: | 12 |
| Población: | 13 |
| Natalidad: | 14 |
| Material y método:..... | 14 |
| Indicadores demográficos:..... | 14 |
| Indicadores socioeconómicos:..... | 15 |
| Indicadores de mortalidad:..... | 16 |
| Indicadores de morbilidad: | 17 |
| Indicadores de recursos, acceso y cobertura:..... | 17 |
| Formación universitaria:..... | 18 |
| Algunos aspectos de Prevención:..... | 24 |
| Mortalidad general: | 25 |
| Mortalidad: | 26 |
| Homicidios:..... | 28 |
| Enfermedades cardiovasculares:..... | 29 |
| Accidentes cerebro vasculares:..... | 29 |
| Diabetes Mellitus:..... | 30 |
| Cáncer:..... | 31 |
| Accidentes viales:..... | 38 |
| Quemaduras: | 44 |

| | |
|---|-----------|
| Accidentes en niños y adolescentes:..... | 45 |
| Mortalidad materna:..... | 46 |
| Mortalidad infantil:..... | 47 |
| Ortopedia infantil:..... | 49 |
| Diarreas:..... | 49 |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias:..... | 50 |
| Gripe:..... | 50 |
| Enfermedades emergentes y reemergentes:..... | 51 |
| Malaria:..... | 53 |
| Dengue:..... | 53 |
| Enfermedad de chagas:..... | 54 |
| Tuberculosis:..... | 56 |
| Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: | 56 |
| Parotiditis:..... | 57 |
| Obesidad y Osteoporosis:..... | 58 |
| Conceptos básicos sobre Pobreza y Desnutrición:..... | 58 |
| Proposiciones a la Nación sobre la Salud: | 62 |
| Referencias:..... | 65 |
| Agradecimiento: | 68 |

ESTADO ACTUAL DE LA SALUD EN VENEZUELA

Dr. Claudio Aoun Soulie
Presidente
Academia Nacional de Medicina

RESUMEN:

La Ley Orgánica que rige a la Academia Nacional de Medicina establece el ámbito de su acción, se ocupará de todo lo relativo al estudio y promoción de las ciencias biológicas y en especial de la patología y de la higiene nacional; asuntos en que puede actuar como Cuerpo Consultor, deberá proponer al Ejecutivo Nacional las medidas necesarias para el adelanto de las ciencias médicas en Venezuela y las relacionadas con la salud en general.

En tal virtud, la Academia Nacional de Medicina expresa su profunda preocupación en torno a la situación de la salud.

Se presenta una síntesis sobre la situación de la salud en Venezuela de predominio rural, en las décadas de 1.920-30 y 40; en la cual un porcentaje de la población era diezmada por diversas endemias que ocasionaban importante morbilidad y mortalidad prematura de ciudadanos en una amplia zona del territorio nacional.

Es así como un brillante médico y científico venezolano, el Dr. Arnoldo Gabaldón, forma un equipo notable de médicos sanitarios, ingenieros sanitarios y trabajadores de campo, realizaron una extraordinaria labor al eliminar la malaria, la enfermedad de chagas, la bilharzia, la fiebre amarilla y confinarlas en áreas muy definidas y controladas; igualmente otro excelente galeno el Dr. José Ignacio Baldó, logra una disminución notoria de la tuberculosis en toda la geografía del país.

A raíz de esas campañas sanitarias, la expectativa de vida del venezolano pasa de 34 años en 1.926 a 76.8 años en la actualidad.

Acontece entonces que en busca de mejores condiciones de vida la población rural migró hacia las capitales, especialmente Caracas, Valencia y Maracaibo, creándose cinturones marginales con una muy alta densidad de pobreza, germen de una serie de severos desajustes sociales.

Se crea una infraestructura hospitalaria de alta calidad, que al aumentar la expectativa de vida, tuvo que hacer frente a una serie de patologías como son los problemas cardiovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus, las nefropatías, procesos mentales, nuevas enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, Alzheimer y actualmente enfermedades reemergentes como el dengue y el paludismo, a lo que se agrega agresiones de tipo externo como son los homicidios y los accidentes de tránsito.

Se comentan una serie de cambios inconsultos en la creación de nuevas escuelas de medicina con patrones diferentes a la formación tradicional del médico venezolano.

Se hace hincapié en una serie de situaciones que van en desmedro de la formación de un importante número de estudiantes de medicina, que se forman copiando patrones foráneos, diferentes a la formación tradicional del médico venezolano de comprobada eficiencia a través de los años que corresponden a los que se les otorgará el título de médicos integrales comunitarios, que no reciben una adecuada preparación en ciencias básicas, las clínicas fundamentales: médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica, que tendrán que atender a la población venezolana y enfrentar un reto para el que no están debidamente preparados, siendo los grandes perdedores los ciudadanos que estarán carentes de recibir un derecho fundamental como es la salud.

Si estos miles de jóvenes formados en las nuevas facultades médicas, hubieses sido formados de acuerdo al patrón tradicional el cual es dinámico, el beneficio para el país sería extraordinario, remarcar la absoluta necesidad ética que traduce la relación médico.-paciente la cual comienza desde la época de estudiante, siendo la misma imprescindible para un ejercicio correcto de la profesión, no se pueden cambiar el contacto psicológico y el calor solidario de un ser humano por el de un robot o una computadora, a lo que hay que agregar la preparación científica que cada día se vuelve más compleja como son los aspectos genéticos, moleculares, bioquímicos entre otros, además de los extraordinarios cambios en las técnicas quirúrgicas en las diversas especialidades que han generado enormes beneficios a la población tanto en el diagnóstico y tratamiento con la consiguiente reducción de la mortalidad, morbilidad y recuperación. de los pacientes.

Otra lamentable situación es la pérdida del capital humano en el sector salud ocasionada por la emigración de profesionales de la medicina adecuadamente

formados en gran cantidad, a lo que se suma una significativa reducción de los aspirantes a ser formados en disciplinas médicas y quirúrgicas en las universidades nacionales, la deserción de miles de galenos dadas las condiciones de inseguridad hospitalaria, la subestimación indecorosa por el gobierno, la baja remuneración además las posibilidades de superarse en los estudios médicos se han mermado, que la investigación decae en forma lamentable, la falta de insumos, la infraestructura hospitalaria presenta un severo deterioro, con remodelaciones que se realizan en forma simultánea y desordenada, presentando una tardanza inexplicable para su debida entrega, augurándose un vacío en la atención correcta de la salud en Venezuela especialmente en la población mas desposeída.

No hay claridad sobre el rendimiento del Plan Barrio Adentro en relación a la operatividad del mismo, la calidad y debida supervisión del personal que atiende a los pacientes, el mantenimiento adecuado de los módulos tomando en cuenta el enorme gasto que ha generado este sistema paralelo de salud.

Hay un estancamiento y retroceso en relación a la mortalidad infantil e igualmente en la mortalidad materna, se ha acentuado el déficit de camas hospitalarias y de cuidados intensivos, carencias en los Servicios especializados de Neonatología y ausencia de Servicios de Trauma-Shock vitales para la atención de la gran cantidad de heridos graves por accidentes de tránsito; diversos indicadores de salud muestran que en varios aspectos no se podrá cumplir con las metas del milenio en el lapso convenido.

No se ha logrado hacer un adecuado plan de educación y promoción de la salud mediante campañas en relación a los accidentes de tránsito, educación sexual, salud mental, prácticas correctas de alimentación, lactancia materna, prevención contra las drogas y las enfermedades de transmisión sexual.

Es necesario lograr una alianza con centros de reconocida importancia en investigación con el objeto de obtener resultados de calidad, y bienestar para la población, aprovechar los conocimientos tecnológicos de países más desarrollados enviando personal calificado para entrenarse en esas naciones y al regresar apliquen dichos conocimientos a otros investigadores en pro de la salud de la población.

El país debe tener información y conocimiento de sus patologías, de los problemas médicos y difusión de los mismos para buscarles soluciones adecuadas, el Boletín Epidemiológico creado en 1938 por el Dr. Darío Curiel para información de los profesionales de la salud ha sido interrumpido por largos periodos, sin ninguna justificación.

Se presentan las cifras y porcentajes de las principales patologías que afectan a los venezolanos, encabezadas por las enfermedades del corazón, los diversos tipos de cáncer, la violencia en sus diversas aristas entre ellas los homicidios, los accidentes viales con su terrible carga social de viudez, orfandad y el enorme lastre de gastos para el Estado, el ausentismo laboral ocasionados por los mismos, tomando en cuenta el alto porcentaje de incapacitados temporales o definitivos producidos por amputados, parapléjicos y personas con pérdida de la visión.

De acuerdo a cifras oficiales la mortalidad por enfermedades cardiovasculares ascendió a 20.18% en el año 2007 que significa una tasa de 155 por 100.000 h., lo cual corresponde a que 1 de cada 5 muertes en el país se produce por esta causa, sin embargo las cifras de homicidios y fallecidos por accidentes de tránsito mantienen un ascenso continuo, la primera de acuerdo a cifras oficiales en el año 2010 tuvo una tasa de 48 por 100.000h. y la segunda ocasionó en el año 2008: 7.714 fallecidos, que corresponde a una tasa de 28 por 100.000h que unidos a otras causas de violencia se equiparan a los decesos por motivos cardiovasculares: los accidentes de tránsito tienen una tasa más elevada de mortalidad que todos los países de los continentes americano y europeos, esta situación debe modificarse en forma urgente.

Se hace énfasis en que las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las muertes por causas violentas, constituyen el 50% aproximadamente del total de la letalidad anual en Venezuela.

Se presentan cifras de mortalidad y la incidencia de las principales causas de patologías en el país, con el objeto de que a través de un debido análisis puedan formularse las mejores sugerencias y propuestas para su prevención y tratamiento.

Palabra clave: alerta sobre algunos aspectos médicos –Mortalidad y Morbilidad. Propuestas a la Nación

RESUMEN (Inglés)

RESUMEN (Inglés)

ESTADO ACTUAL DE LA SALUD EN VENEZUELA

Dr. Claudio Aoun Soulie

Presidente

Academia Nacional de Medicina

Introducción: En Venezuela se realizó el V Censo general de la población en el año 1926, la cual apenas superaba los tres millones de habitantes (3.026.878)₁, la expectativa de vida era de 34 años₁, en el período transcurrido hasta el presente la población ha aumentado mas de nueve veces y medio, en ese lapso los médicos sanitarios integraron un brillante equipo que contribuyó a hacer habitable una enorme porción del país, al eliminar en esas áreas la malaria, la enfermedad de chagas, la bilharzia, la fiebre amarilla entre otras, y disminuir notablemente la tuberculosis que quedaron confinadas a focos muy definidos y controlados; la población rural migró hacia las ciudades capitales especialmente Caracas aumentando en mas de 120% la expectativa de vida 76.8 años, se logró establecer una red hospitalaria y se fue creando una distribución de agua potable y servidas, se iniciaron campañas de vacunaciones masivas; sin embargo el auge poblacional del medio rural al urbano crea un gran hacinamiento de personas pobres los llamados cinturones marginales, cuna de una serie de desajustes sociales severos, de graves consecuencias. Se toma una medida negativa por las autoridades como es el desmantelamiento de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental, lo que conlleva al renacer de una serie de patologías que se encontraban controladas. Aparece una enfermedad no conocida como es el HIV en la década de 1980.

Al aumentar el promedio de vida de los venezolanos surgen las enfermedades crónicas, con su caudal de morbimortalidad, como son las patologías cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, procesos mentales, las nefropatías; surgen patologías nuevas como el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y se presenta la enfermedad de Alzheimer.

Los accidentes de tránsito se convierten en un grave problema de salud pública por su elevada tasa de morbilidad, incapacidad y muerte, de la cual es responsable en 90% la velocidad, la imprudencia, la inmadurez, el alcohol y

las drogas, a lo que se agrega el no cumplimiento de la ley por los ciudadanos y las autoridades, produciendo un ascenso continuo y dramático de las cifras de homicidios, la mayoría por armas de fuego.

Población: La población estimada de Venezuela para el 2.010 es de 28.833.845 habitantes₂ de los cuales 14.456.287 (50,14) son hombres y 14.377.558 (49,86%) son mujeres, observándose que el mayor número de habitantes se encuentra en los grupos de edades menores de 35 años.

La base de la Pirámide Poblacional de Venezuela₂, se está estrechando, ya que los grupos de edades entre 0 y 24 años, tienen aproximadamente la misma anchura. Esto es, producto del proceso de transición demográfica que vive el país desde los años 60 y que se ha ido acentuando en los últimos tiempos. Una transformación de este tipo, solo es el producto del descenso acelerado de la fecundidad. También se observa el incremento de la población de 15 años y más, indicando un aumento de la población en la edad económicamente activa (PEA)₂. Este proceso donde la población económicamente Activa supera a la Inactiva se conoce como bono demográfico (2.008 hasta 2.030). Dicho proceso de transición demográfica produce un aumento acelerado de la población de adultos mayores (60 y más)

El Fondo para la Población de las Naciones Unidas, considera que entre los años 2.040 y 2.050 el 25%₂ o sea un cuarto de la población venezolana estará integrada por adultos mayores. Para el sector salud esto es de vital importancia, ya que un adulto mayor acude un promedio de tres veces más al médico que las personas en otras edades; las enfermedades en este grupo de edad por lo general son crónicas y requieren de tratamiento de por vida, superando en gran medida el costo de las enfermedades infecciosas. Esto traerá como consecuencia, que en el futuro los costos en el sistema de salud serán mayores.

Los médicos que atienden a la población del país ascienden a 231/100.000 hab., basado en los habitantes de Venezuela que ascienden a 28.000.000 y los 65.000 médicos existentes₃

En relación al producto interno bruto y salud el total del PIB es de 4.70, correspondiendo al sector público 2.02% y al privado 2.68%₃

Cobertura de salud para 1.997: 65 asegurados, no existiendo seguro universal del mismo.

Expectativa de vida 76.8 años.

Natalidad:

La tasa de natalidad en Venezuela₂ ha tenido una tendencia al descenso en el período estudiado (1.990-2.007)₂; se observa que en el año 1.990, la tasa de natalidad fue de 29,4 por 1.000 habitantes, disminuyó en el 2.007 a 21,5 por 1.000 habitantes. La tasa más alta se observó en el año 1.991 (29,7 por 1.000 habitantes) y la más baja en el año 2.002 (19,6 por 1.000 habitantes). Según la ecuación de la recta, si las condiciones se mantienen igual, la tasa de natalidad disminuirá cada año -0,433 por 1.000 habitantes.

Análisis de los indicadores:

La publicación de la Oficina Sanitaria Panamericana de los Indicadores Básicos, en su descripción: Situación de salud en las Américas 2.007₃, nos ha inducido a seleccionar un grupo de países para hacer estudios comparativos con el fin de elaborar ideas en función al conocimiento de nuestra realidad, que nos permitiría en el corto, mediano y largo plazo señalar nos las posibles recomendaciones. En junio de 2.007 se lanzó la Agenda de Salud para las Américas 2.008-2.017, preparada por los Ministerios y Secretarías de Salud de las Américas. Ello revela el compromiso del conjunto de las naciones de la región empeñadas en la salud y el desarrollo.

Material y Método:

Decidimos seleccionar primero los países de la Subregión Andina de la cual formamos parte, nos pareció conveniente tomar los datos de los grandes países Brasil, México y Argentina, y el mayor de la región Estados Unidos del Norte₃ y además el monto o promedio de la región. Hay cinco tipos de indicadores a saber: 1. Demográficos, 2. Socioeconómicos, 3. De mortalidad 4, De morbilidad, y 5, De recursos, acceso y cobertura, hacen un total de 57.

Indicadores Demográficos:

Se destaca el hecho de que en la región existan 911 M de habitantes. Todas las cifras corresponden a 2.007₃. La mortalidad cruda es por cada 1.000 habitantes, tiene un promedio de 17,5, nosotros tenemos 21,4 que es la más alta de todos los países estudiados. La mortalidad cruda por 1.000 habitantes es en la región 6,8 y en Venezuela 5,1 siendo la más baja México 4,8. El crecimiento anual en la región da un promedio de 1,7 igual al nuestro, pero la tasa de reemplazo está en 2, por tanto la población podrá aumentar por inmigración y no por crecimiento vegetativo. La razón de dependencia por

porcentaje, son los menores de 15 años y mayores de 64 años, el promedio de la región es de 53,1 y estamos en 72,8 una de las más alta. Consultamos las estadísticas de la CEPAL para el año 2.000 dan 62,1 y para el 2.010 53,6. En la expectativa de vida estamos por encima del promedio de la región 75,3 y nosotros en 76,8 años, la cifra también es distinta de la CEPAL que da 73,3 (2.005-10)

Indicadores socioeconómicos:

En alfabetización⁴ (1.999) reportan la Argentina primero con 92.2% y luego nosotros 93.0. En la ingesta de calorías (2.005) por cápita/año el promedio de la región es 3.223, Brasil está en 3.244 y nosotros 2.509. El Ingreso Nacional Bruto por cápita (2.005) dio un promedio en dólares americanos de 19.029 al valor corriente y para la América Latina y el Caribe 4.164. De nuestros países el más alto fue México 7.310 y Venezuela 4.820. El crecimiento medio anual del PBI (2.004-2.005) en PC da de promedio 3,8, para América Latina y el Caribe 4,1 y Venezuela 9,3 junto con la República Dominicana son los más altos. El porcentaje de la población por debajo de la línea de la pobreza (pobreza crítica) (1.998-2.004), el más alto fue Bolivia 23,2 y luego nosotros con 18,5%. La razón de ingreso (1.998-2.004) del 20% superior con el 20% inferior (1.998-2.004), no hay promedios, el más alto es Bolivia 42,0, nosotros estamos en 15.8. En materia de disponibilidad de agua potable (2.004) son: de 20 litros de agua por persona al día a una distancia no mayor de 1 kilómetro, el promedio regional es 94%, para Latino América de 90%. Venezuela tiene 83%. Se consideran fuentes mejoradas: conexión con los hogares, fuente de agua pública, pozo, pozo enclavado cubierto, fuente protegida, recolección de agua de lluvia y las no mejoradas son: pozo no cubierto, fuente no cubierta, río o estanque, agua suministrada por vendedores, agua embotellada, agua de camión cisterna. Está clasificado en total, urbana y rural. En instalaciones mejoradas de saneamiento (2.004) para la región es de 85%, para Latinoamérica 76% y Venezuela 69%, citamos el total, está reportado total, urbano y rural.

Indicadores de mortalidad:

La mortalidad materna se la considera por 100 000 nacidos vivos⁴. El promedio de la región es 62,4 (2.007), el más bajo de Canadá 5,9(2004). En nuestros países es alta y está asociada a la baja asistencia a la consulta prenatal y la atención obstétrica propiamente. Brasil 76,1 (2.004), Argentina 39,2 (2.006) y Venezuela 59,9 (2.005). Es evidente que representa un problema real. La mortalidad infantil también por 1.000 nacidos vivos. El promedio de la región es 17,7 (2.007), la más baja Canadá 5,3 (2.004) y Venezuela 15,5 (2.005). Luego la mortalidad infantil en menores de 5 años, el año varía con cada país. El promedio de la región 22,4, y en Venezuela 22,3, también en Canadá es la más baja 5,9. Hay dos grupos importantes en los menores de cinco años EDA enfermedad diarreica aguda e IRA infección respiratoria aguda. En EDA el promedio es 3,6, siendo la más baja Estados Unidos 0,1; el de Venezuela es uno de los más altos de la región 9,4, mayor 1,4 que el 2.006. Estas enfermedades son producidas por falta de agua potable, esto es una clara señal de alarma. En IRA la más baja es Trinidad y Tobago 0,9, la más alta Guatemala 30,7, Venezuela tiene 6,8. Homicidios por 100.000 habitantes (2.000-04), el promedio de la región es 17,7, el más alto es Colombia con 79,7 y el más bajo Jamaica 0,2, Venezuela tiene 34,5, que es el segundo de la región. Suicidios (2.000-2.004) el promedio de la región es 7,7 por 100.000 habitantes, el más alto es Estados Unidos de Norte América 10,7 y el más bajo Perú con 1,7, Venezuela está por debajo del promedio 5,5. Accidentes de tránsito (2.000-2.004) lo denominan accidentes por transporte terrestre, el promedio de la región es 16.8 el más alto Venezuela 24,3 y el más bajo Argentina 10,1. Accidentes de causa mal definida o ignorada (2.004) expresado en %. El promedio de la región es 5,8, el más bajo 0,8 Venezuela y el más Alto Bolivia 45,0. Subregistro de mortalidad en %, (2.000-2.004) el promedio de la región es 14,2 el más bajo México y el más alto Bolivia 67,3. Venezuela tiene 10,8. Mortalidad General (2.000 – 2.004) por 100.000 habitantes, el promedio de la región es de 687,8 el más alto Estados Unidos de Norte América y el más bajo Ecuador 436,3. Mortalidad por enfermedades trasmisibles (2.000-2.004) por 100.000 habitantes, vamos a citar las cifras totales estimadas hay otras más bajas ajustadas el promedio de la región es de 57,2, el más bajo Costa Rica 22,3 el más alto Haití 344,9. Mortalidad por enfermedades malignas, (2.000-2.004) el promedio de la región por 100.000 habitantes es 132,8, el más alto es el de Estados Unidos de Norte América

193,5 y el más bajo México 67,8, Venezuela tiene 73,9. Mortalidad por el sistema circulatorio, (2.000-2.004) el promedio de la región es de 227,8, el más alto el de Estados Unidos de Norte América 318,3, el más bajo Perú 115,2, Venezuela tiene 151,9. Mortalidad por causas externas (2.000-2.004) el promedio de la región es de 67,4, el más alto Colombia 125,8 el más bajo la Argentina 50,9 y Venezuela tiene 100,7.

Indicadores de morbilidad:

Dientes cariados perdidos y obturados₄ (DCPO) 1.995-2.004 (último lapso disponible). El promedio de la región es de 2,3, el más alto Bolivia 4,6, el más bajo Estados Unidos de Norte América 1,3 y Venezuela 2,1. Casos confirmados de sarampión (2.006). El promedio de la región es de 237, el más bajo México 23, el más alto Venezuela 99. Tasa de incidencia de tuberculosis (2005) por 100.000 habitantes. Promedio de la región 25,7 el más alto Perú 122,6, el más bajo Estados Unidos de Norte América 4,7, Venezuela 25,6. Casos reportados de cólera (2.006). El promedio de la región 13 y 8 en Estados Unidos de Norte América. Índice parasitario anual (2.006). Malaria por 1.000 habitantes. El promedio de la región es de 9,6, el más alto Venezuela 431, el más bajo Argentina 0,5. Casos reportados de malaria (2.006). El total de la región es de 963.939. El más alto Brasil 548.597, el más bajo Argentina 118, en Venezuela tenemos 37.062. Casos reportados de dengue (2.006). El total de la región 562.349, el más alto Brasil 346.550, el más bajo la Argentina 118, en Venezuela tuvimos 42.029. Tasa de incidencia de SIDA (2.005). Por 1.000.000 habitantes. El promedio de la región es 107,5, el más alto Brasil 177,4, el más bajo la Argentina 36,6; en Venezuela tuvimos 143,5. Razón hombre/mujer casos de SIDA (2.005). El promedio de la región es de 2,9. El más alto México 3,8, el más bajo Brasil 1,6, la relación en Venezuela es de 2,0. Prevalencia de bajo peso al nacer (2.000-2.006) < 2.500 gr. expresado en porcentaje. El promedio de la región es de 8,1. El más alto Ecuador 11,8, el más bajo Estados Unidos de Norte América 8,1. Venezuela 9,5.

Indicadores de recursos, acceso y cobertura:

Recursos humanos. (2.005) Médicos. Expresado en 1 por 10.000 habitantes ⁴. No hay un promedio de la región. El país que tiene el número mayor es Argentina 33,4 y el que tiene menos es Bolivia 7,6. Venezuela tiene 20. Esto nos trae una pregunta difícil de contestar. En atención primaria de salud está aceptado universalmente que un médico puede cuidar 2.500 habitantes o 500

familias. En un país ideal con 20 médicos por 10.000 habitantes o sea un médico por cada 500 habitantes cinco veces más. Esto requiere investigación. Enfermeras.

El país que tiene más es Estados Unidos de Norte América 78,5 y el que tiene menos es Argentina 2,2. Venezuela tiene 5,7. Odontólogos. El país que tiene más es Brasil 9,8 y el que tiene menos es Bolivia 1,8, Venezuela tiene 5,7. Camas de hospitalización (2.005). Por 1.000 habitantes. El promedio de la región es de 2,4 el país que tiene más es la Argentina 4,1 y los que tienen menos son Perú y Venezuela 0,9. Gasto nacional en salud (2.004). Expresado en porcentaje del producto bruto interno. Se divide en sector público y privado. En el primero el país que invierte más es Estados Unidos de Norte América 7,4, el que menos Ecuador 2,2. En el sector privado igual Estados Unidos 4,4 pero el que menos es Venezuela 2,1. Atención en salud por personal capacitado (2.004-2.006) Prenatal. El más alto Estados Unidos de Norte América 96,4, el más bajo Bolivia 79,1, Venezuela no reporta ni en el 2.006 ni en el 2.007. Partos. El más alto Estados Unidos de Norte América 96,8, el más bajo Bolivia 64,2, Venezuela 95. Porcentaje de cobertura de inmunizaciones en menores de un año. Difteria, pertusis, tétanos 3 dosis (D, P, T 3). El promedio de la región es 94. El más alto Brasil 99, el más bajo Venezuela 71. BCG. Promedio de la región 95, los más altos Brasil, México y Argentina 99, el más bajo Venezuela 73. Sarampión, rubeola, polio en mayores de un año. El promedio de la región 94. El más alto Brasil 99, los más bajos Bolivia y Colombia 88, Venezuela 95. Uso de anticonceptivos, todo método. No hay cifra promedio de la región, el más alto Estados Unidos de Norte América 98, el más bajo Bolivia 21.

Formación Universitaria: A lo largo de la historia de Venezuela, nuestras universidades se han responsabilizado en la formación del médico venezolano a través de una educación médica de excelencia que gira fundamentalmente alrededor del paciente hospitalizado.

Las Facultades de Medicina en Venezuela⁵ pertenecen en su totalidad al estado, cada Facultad que podríamos llamar tradicionales cuentan con su respectivo hospital, de las cuales hay nueve Escuelas de Medicina en ocho Universidades Nacionales.

Cada una de ellas tiene sus propios programas de estudios. En una muestra equivalente al 70% de la totalidad de las Facultades y Escuelas de Medicina se obtuvo la siguiente información:

1. Promedio de asignaturas de la carrera es de 42, siete por año
2. El número de Departamentos tiene un promedio de 13
3. El promedio de unidades por año es de 21
4. El número de temas es de 1007, con un promedio de 252 por año
5. El número de horas/docente por semana es de 70
6. El número de horas/docente de la carrera es de 8.700

Debemos aceptar, que así como todos los individuos no pueden ser científicos ni artistas, tampoco cualquiera puede ser médico. De él se espera un comportamiento distinto a los demás, dado que la enfermedad es un percance desdichado que viene a convertirse en un desafío físico y moral a quien la padece y también para el médico; éste por lo tanto requiere poseer virtudes especiales para desempeñar adecuadamente su trabajo.

Al graduarse, el Médico de formación tradicional está en capacidad de:

Aplicar y practicar el buen juicio clínico

Contar con amplios conocimientos

Tener actitudes profesionales y de comportamiento

Con habilidades para el desarrollo de las relaciones interpersonales con el paciente, la familia y los colegas

Excelentes cualidades humanísticas, morales y éticas

Contar con habilidad diagnóstica, así como para la realización y utilización racional de los procedimientos

Habilidad para reunir datos a través de una entrevista médica organizada y de la realización de un examen físico completo (Historia Clínica)

El uso apropiado (costo/beneficio) de los recursos diagnósticos y terapéuticos, con una adecuada logística durante el cuidado médico.

El buen médico es un producto de larga elaboración y en una fase inicial ha de temer cerca de él una o algunas personas con criterio claro y crítico para que el profesional naciente reconozca en ellas cómo han de ser adquiridos y como han de quedar conformados los saberes de la medicina. Los conocimientos en ella nacen con la información, después deben adquirir una base conceptual, y finalmente el médico almacena, de manera progresiva discernimientos en forma de núcleos o patrones en el contexto de problemas médicos concretos. Ese modo de almacenamiento facilita su pronta recuperación porque rescata, casi automáticamente, un guión, un patrón condensado y conformado en el tiempo por capas superpuestas de lectura y experiencias repetidas que conducen a un reconocimiento muy rápido del problema médico. Esto es lo que distingue al experto estudiante o del principiante, que tiene un proceso discursivo más ligado a la información y más lento.

La organización de conocimientos requiere el aprendizaje en un hospital y esa es la primera exigencia que debemos rastrear. El médico bueno debe tener formación en un hospital reconocido, dentro de un equipo y debe permanecer incorporado a él. El grado de reconocimiento que tenga entre sus compañeros puede constituir otro criterio para la elección del médico. Es habitual atribuir a los facultativos un fuerte sentido corporativo, pero tratándose de la calificación profesional de un compañero, aparece la más exigente crítica. Los colegas distinguen bien entre la popularidad y el prestigio y también entre la exhibición y el trabajo serio. Seguramente el paso siguiente supone ya el primer encuentro en la consulta. El paciente y la familia se sientan y sienten ante el médico. En esa situación ya son ellos quienes deben valorar lo que llamaremos inteligente atención, que se manifiesta en la expresión gestual del médico y en el sesgo de las preguntas para llegar a la verdad a través de un proceso reflexivo que el paciente puede reconocer en la entrevista. Este punto aclara, con contraste, cuáles son los profesionales de los que hay que huir, y antes que de otros, del médico del que se dice que tiene mucho “ojo clínico” y que con una pregunta resuelve el caso. Ese es el intuitivo, el que diagnostica sin razonamiento, pero que está seguro de la certeza. Suele ser peligroso porque es capaz de grandes aciertos, pero también de enormes y contumaces errores.

Se afirma por altos voceros gubernamentales en forma reiterativa que la atención médica a la población venezolana comienza en 1999, ocultando la verdad histórica de la inmensa y extraordinaria labor de su eximio sabio venezolano como fue el Dr. José María Vargas, padre de la medicina venezolana y gran reformador de los estudios médicos en Venezuela, con los cuales logró actualizar como Rector la Universidad venezolana.

Se mencionan un número de excelentes médicos que enaltecieron la profesión en nuestro país y que produjeron un enorme beneficio en la salud de los venezolanos como han sido Luis Razetti, Francisco Antonio Rísquez, Pablo Acosta Ortíz, José Gregorio Hernández, Arnoldo Gabaldón, Guillermo Michelena, José Ignacio Baldó, Pastor Oropeza, Miguel Pèrez Carreño, Ricardo Baquero González, Joel Valencia Parparcen, David Lobo Senior, Manuel Antonio Fonseca, Alfredo Machado, Domingo Luciani, Oscar Agüero, Hernán de las Casas, Eliseo Acosta, Otto Hernández Pieretti, Beltrán Perdomo Hurtado, Augusto León, Hernán Méndez Castellanos, José Manuel de Los Ríos, Pedro Blanco Gásperi, José Manuel Espino, Alberto Angulo Ortega, Salvador Córdoba, José Domingo Leonardi, Pedro B. Castro, Santos A. Dominici, Heberto Cuenca, Francisco Bustamante, Félix Pifano, Miguel Ruíz Rodríguez, Jesús Rhode, Julián Morales Rocha, Adolfo D'Empaire, José Antonio O'Daly Carbonell, Rafael Rísquez Iribarren, Julio De Armas, Leopoldo Briceño-Iragorry padre, Juan Delgado Blanco, Jorge González Celis, Francisco Montbrun, Martín Vegas, Milena Sardi de Selle, Elías Rodríguez, Enrique Tejera, Leopoldo García Maldonado, Julio García Álvarez, Martín Meyer, Rafael Hernández Rodríguez, Enrique Benaím Pinto, Andrés Herrera Vegas, Eduardo Carbonell, Lya Imber de Coronil, César Rodríguez, Fernando Guzmán Blanco, Andrés Gutiérrez Solis, Ernesto Vizcarrondo, Fernando Rubén Coronil, Pedro González Rincones, Rafael Cordero Moreno, Mario Spinetti Berti, Rafael Castillo, Miguel Layrisse, Oscar Beaujón Graterol, Darío Curiel padre, Marcel Granier Doyeaux, Alfredo Machado, Humberto Fernández Morán, Leopoldo Aguerrevere, varios de los cirujanos mencionados se encuentran en el llamado hall de la fama en Chicago.

Se menciona los médicos ilustres que han dejado estela de conocimientos, y dedicación, fueron pioneros en fundar Cátedras, crearon asociaciones y revistas médicas, vaya como ejemplo la Gaceta Médica de Caracas con 107 años ininterrumpidos de información excelente, transmitían conocimientos innovadores, y por sobre todo se caracterizan por cumplir el apostolado médico hacia sus semejantes, logrando entre muchos beneficios el aumento

del promedio de vida del venezolano en forma notoria, actuaron con desprendimiento material y verdadera vocación de servicio.

Deseo hacer énfasis en que la lista mencionada corresponde a médicos fallecidos, pidiendo excusas por las omisiones involuntarias que he podido cometer, habría que sumar la extraordinaria tarea que han continuado realizando sus numerosos discípulos y la cual sirve de ejemplo a las actuales y futuras generaciones médicas, sería conveniente y necesario que los médicos integrales comunitarios se enteraran de los excepcionales servicios que prestaron estos insignes médicos, que bien tienen merecido el nombre de Maestros con el objeto de tener un criterio sobre el afán y esfuerzo de lograr una formación integral de la medicina entendiendo la salud como un estado de bienestar físico, mental y social del hombre.

Ha surgido una situación de crear nuevas Escuelas de Medicina por el gobierno con un patrón totalmente diferente a las existentes.

El Gobierno Nacional dentro de su esquema político, ha creado una carrera universitaria médica paralela, en la cual las Universidades Autónomas ni las Experimentales han sido consultadas para establecer los Pensas de su carrera, y en consecuencia, desconociendo sus objetivos y el perfil del egresado, al cual le otorgarán el título Universitario de Médico Integral Comunitario (M.I.C.), a diferencia del egresado de las Universidades de Educación Tradicional, al cual se le confiere el título de Médico Cirujano.

Es importante mencionar que hasta la fecha de Junio de 2010, cada uno de los 24.815 estudiantes del MIC₃ gozaban de una beca de 400 Bsf. Financiada por el Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior (MPPES), a través de la Fundación Misión Sucre y Fundación Gran Mariscal de Ayacucho (incluyen más de 700 latinoamericanos, caribeños y africanos).

Hecho éste, que contrasta abiertamente entre los estudiantes del Sistema Médico Tradicional, en el cual las ayudas becarias, por demás escasas, con máximo de 200 Bs f, son otorgadas bajo las modalidades de beca trabajo, de alto rendimiento y ayudas económicas esporádicas a estudiantes de bajos ingresos, plenamente comprobados.

El aprendizaje está basado en la solución de problemas y está soportado en las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (NTIC) los estudiantes utilizan materiales didácticos interactivos en CD-ROM y reciben las actividades orientadoras con ayuda de videos didácticos.

La disciplina Morfo Fisiología Humana que contiene los fundamentos científicos de la estructura y función del organismo humano en su interrelación dialéctica con el medio que lo rodea y durante las diferentes etapas del ciclo vital, está constituida por cuatro asignaturas denominadas: Morfo Fisiología Humana I, II, III y IV₅.

Las tres primeras las reciben en el primer año de la carrera y la IV en el segundo año₃.

El estudio de los contenidos que se imparten en esta asignatura lo realizan en textos básicos, complementarios y de consulta de las asignaturas particulares que conforman la Morfo fisiología ya que no disponen de un texto integrado a estos efectos.

La realidad virtual utilizada como única herramienta docente, podría traer otra consecuencia negativa, como es la ausencia del trabajo en equipo que es fundamental en el ejercicio médico, el sujeto manipula un ordenador y sólo él trabaja los aspectos de su interés, no hay intercambio ni comunicación directa de sus experiencias con otros compañeros o con el profesor.

Finalmente, si un estudiante del MIC quisiera realizar equivalencias para cambiar su formación a Médico Cirujano no podría, ya que el Plan de Estudios no lo permite₅. No es creando carreras paralelas a las que existen lo que va a dar solución a los múltiples problemas, es fortaleciendo las ya presentes lo que va a tener éxito.

Se suma a la problemática actual, otra dificultad mayor al generarse un éxodo sin precedentes de miles de médicos, que constituyen buena parte de la generación de relevo, creando además un vacío en la enseñanza y en la atención adecuada de la población. Esta situación sumada a lo expuesto en el texto crearía una calamidad en la atención de salud en un período relativamente corto.

Se agrega al momento un hecho abrupto complicado, como ha sido el envío de 8.900 estudiantes del MIC₅, a los hospitales de las facultades tradicionales, no existiendo el cupo ni las posibilidades docentes para atender este caudal de cursantes y cuyas carencias están surgiendo claramente.

Otra circunstancia que afrontan los médicos que trabajan en los hospitales públicos, es la falla de insumos, que obliga al traslado de heridos graves a otros hospitales, a lo que se agrega la falta de seguridad personal que afecta a los médicos en los puestos de emergencia e incluso en los estacionamientos de vehículos.

Dualidad de la atención médica por el estado una situación muy particular en la asistencia de la población₅ especialmente la de bajos recursos lo constituye el hecho de existir en la práctica un paralelismo en la atención primaria; agregándose a la tradicional atención de ambulatorios.

La creación de un sistema denominado Misión Barrio Adentro atendido por médicos extranjeros₅, violando la Ley Vigente al no haber efectuado la reválida correspondiente, que durante varios años no se conoció en profundidad el tipo de atención que brindaban a la población, ni el tipo de terapéutica o medicamentos que proporcionaban. Dicha atención actualmente es deficiente, y no ha dado los resultados que se esperaban, a pesar de que actualmente existen 4.000 módulos en el Plan Barrio Adentro, por 900 ambulatorios de acuerdo a declaraciones públicas formuladas por el Vice Ministro José España.

Algunos aspectos de prevención:

Los agentes patógenos infecciosos unidos a la pobreza en un alto porcentaje en el planeta y específicamente en América Latina, evitan que diversas enfermedades puedan ser controladas con el mejor bastión de la medicina preventiva como son las vacunas, la primera erradicación conseguida hace dos siglos, tuvo el mejor éxito como fue la de la viruela, igualmente el terrible flagelo que significó la poliomielitis fue

prácticamente eliminado y significó un beneficio inconmensurable para la humanidad.

Para algunos tipos de cáncer las infecciones pueden desencadenar tumores, por lo cual existe la posibilidad de prevenir los mismos mediante vacunas. Así tenemos que en el mundo se presentan alrededor de 500.000 casos anuales de cáncer en el hígado de los cuales 85% se relacionan con el virus de la Hepatitis B, lo cual significa que si se vacuna masivamente a la población contra la Hepatitis B, se podría evitar la gran mayoría de los hepatocarcinomas, la misma situación se tiene planteada en relación con el virus del papiloma humano, en el cual de vacunarse la población femenina en la edad adecuada borraría casi en su totalidad el cáncer de cuello uterino en un período razonablemente corto.

Las principales causas que pueden modificar el cáncer ingresan por la boca, como son el hábito de fumar, los fumadores mueren de cinco a ocho veces más temprano que los no fumadores, el tabaco aumenta diez veces el riesgo de sufrir cáncer pulmonar, otros factores que pueden evitarse y prevenir diversas enfermedades son la obesidad, el sedentarismo, los rayos ultravioletas₁ y una alimentación inadecuada, siempre la prevención será la mejor barrera para contener toda la cadena de enfermedades que afectan al ser humano.

Mortalidad general: La tasa de mortalidad general en Venezuela, durante el período 1.990-2.007 ha tenido una tendencia estacionaria o lineal, con un leve ascenso. La tasa en el año 1.990 fue de 4.6 por 1000 habitantes, manteniéndose la misma tasa en el año 2.007₂, la tasa mas alta en el período fue en el año 2.003 (4.7 por 1000 habitantes) y la mas baja en los años 1.991-1.997 y 1.998 (4.3 por 1000 habitantes).

Se mencionan las principales causas de muerte en nuestro país en orden de importancia, a las cuales agregaremos las causas de morbilidad más importantes.

Mortalidad: Las principales causas de mortalidad general en Venezuela, durante el año 2007, con la única modificación en sus cifras en la actualidad de homicidios es la siguiente².

TABLA I

| | |
|--|--------|
| 1) Homicidios | ? |
| 2) Enfermedades cardiovasculares | 20.18% |
| 3) Cáncer | 15.17% |
| 4) Accidentes todo tipo | 8.25% |
| 5) ACV | 7.76% |
| 6) Diabetes | 6.17% |
| 7) Afecciones perinatales | 3.92% |
| 8) Enfermedades Vías respiratorias inferiores | 2.71% |
| 9) Influenza y neumonías | 2.42% |
| 10) Enfermedades del hígado | 2.19% |
| 11) Anomalías congénitas | 1.74% |
| 12) Sida | 1.32% |
| 13) Nefritis y nefrosis | 1.27% |
| 14) Tumores benignos (comportamiento incierto) | 1.25% |
| 15) Enfermedades infecciosas intestinales | 1.02% |

Índices de Mortalidad en Venezuela año 2008

En el año 2008 en Venezuela ocurrieron 133.651 defunciones, lo que significa una tasa de 4.8 fallecidos por cada 1000 habitantes.

Colocamos las principales doce causas de mortalidad acaecidas durante el año 2008, de acuerdo a cifras del Ministerio Popular para la Salud.

TABLA II

| | Fallecidos | % |
|---|-------------------|----------|
| Enfermedades cardiovasculares | 27.542 | 20.61 |
| Cáncer | 19.796 | 14.81 |
| Suicidios y Homicidios | 11.357 | 8.54 |
| a) Homicidios | 10.487 | 7.69 |
| b) Suicidios | 870 | 0.65 |
| Accidentes de todo tipo | 10.885 | 8.19 |
| a) Accidentes de tráfico. Vehículos de motor | 7.714 | 5.80 |
| b) Otros accidentes | 3.171 | 2.38 |
| Enfermedades cerebro vasculares | 10.007 | 7.49 |
| Diabetes | 8.837 | 6.28 |
| Ciertas afecciones originadas en el Período Perinatal | 5.027 | 3.76 |
| Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores | 3.585 | 2.68 |
| Influenza y neumonía | 3.136 | 2.35 |
| a) Neumonía | 3.128 | 2.34 |
| Enfermedades del Hígado | 2.869 | 2.15 |
| Anomalías congénitas | 2.158 | 1.61 |
| Nefritis y Nefrosis | 1.714 | 1.28 |

Del total de 133.651 defunciones, 83.108 correspondieron a hombres y 50.545 a mujeres.

Las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar con 27.542 fallecidos, lo que significa que uno de cada cinco venezolanos muere por esta causa, le sigue el cáncer con 19.796 letalidades y la mortalidad violenta con 18.522 muertes, estas tres primeras causas representan el 49.3% de todas las defunciones en Venezuela.

A través del tiempo han ocurrido cambios importantes en cuanto a predominio de patologías y su respectiva mortalidad, en la década de 1930 y principios de 1940, las enfermedades parasitarias infecciosas, la tuberculosis, el paludismo y la gastroenteritis ocupaban los primeros puestos, al realizarse la lucha anti malárica y anti epidémica, se logró reducir una tasa de mortalidad general de 16.3 muertes por 1000 habitantes en 1940 a 10.9 en 1950, que equivale a una disminución de 31.9 en ese período de 10 años.

En la década de los 60 las enfermedades del corazón y cáncer ocupan los dos primeros lugares en la mortalidad; los accidentes de todo tipo, especialmente de tránsito, presentan un notorio ascenso y ocupan el tercer lugar. Al promediar el año 2000, hay un auge enorme de los homicidios que superan a los accidentes viales, esta situación de violencia representa un cuadro de severa alteración social, en la que inciden una serie de factores.

Homicidios: Las muertes por homicidios en Venezuela₁ eran en 1.950: 8.2/100 habitantes, en el período 1.994-96 hubo 22 muertes por 100.000 habitantes ocasionadas por homicidios, ascendiendo en el 2.008 a 52/100.000 h., correspondiente a 11.357 homicidios, se estima que puede haber entre 10 a 15 millones de armas en manos de la población₄ el número de homicidios en el año 2.009 ascendió a 17.400. En Caracas en el primer semestre se registra una media de 200 asesinatos por 100.000/h.₆; En el período del 2.007 a Junio de 2.010 se registraron 43.792 fallecidos y en los últimos 11 años 118.541 personas₆ murieron por homicidio; estas cifras colocan a Caracas con la tasa de homicidios más elevada del mundo. En la tabla I el signo de interrogación se explicará por el aumento excesivo de homicidios, no teniéndose el

porcentaje correspondiente, cifras oficiales suministradas por el Ministerio del Poder Popular para las Relaciones Interiores afirma que la tasa de homicidios correspondiente al año 2010 es de 48 por 100.000 habitantes, lo que equivale a 17.600 fallecidos.

Enfermedades Cardiovasculares:

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un importante problema de salud pública por las siguientes razones: alta mortalidad, alta morbilidad, alta demanda de atención médica y soporte tecnológico para diagnóstico y tratamiento de alto costo, la incidencia de muerte por esta causa es de 20,18% cifra correspondiente al año 2.007_{2-3.}, el número de fallecidos en el año 2008 fue de 27.542 correspondiente a 20.61%

Un estilo de vida saludable puede ayudar a prevenir las enfermedades del corazón:

Eliminar el consumo de los productos derivados del tabaco.

Seguir una dieta saludable para el corazón

Seguir un programa de ejercicios adecuados

Evitar el sobrepeso

Control de la presión arterial

Control de otros factores de riesgo como síndrome metabólico, diabetes mellitus.

Cifras de colesterol y triglicéridos normales.

Accidentes cerebro vasculares:

Son un conjunto de trastornos en los que hay un área cerebral afectada de forma transitoria o permanente₆ por isquemia o hemorragia o cuando el flujo sanguíneo uno o más vasos sanguíneos cerebrales están afectados por un proceso patológico, sea un trastorno circulatorio, alteraciones hepáticas o de la estructura de los vasos (arterias o vena o

capilar). Por ello, la función cerebral está en riesgo de padecer una alteración permanente o transitoria.

Las enfermedades cardiovasculares ocupan el tercer lugar como causa de muerte en el mundo occidental³, después de las cardiopatías y el cáncer y son la primera causa de invalidez en personas adultas mayores de 65 años. Cuando menos la mitad de todos los pacientes neurológicos, en términos generales, tienen algún tipo de enfermedad de esta índole. De todas las causas de enfermedad cardiovascular, la isquemia cerebral es la entidad más incidente y prevalente entre todas las enfermedades cardiovasculares.

Entre los factores de riesgo modificables están: hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, obesidad y sedentarismo, consumo excesivo de licor, tabaquismo, drogas adictivas y anticonceptivos orales.

En relación a los accidentes cerebro vasculares la mortalidad en el año 2.006 alcanzó 7.76%²⁻³⁻⁴. Esto se encuentra en estrecha relación con factores congénitos, trastornos cardíacos y secuelas de otra índole. La cifra de fallecidos en el año 2008 alcanzó a 10.007 que corresponde a 7.49%.

Diabetes mellitus (DM)

La DM es la enfermedad endocrina por excelencia más frecuente en escala nacional y mundial y entre ella la tipo 2 en un 90%-96%. Así tenemos que para 1.998, la prevalencia mundial estimada en la población adulta era de 7,6%²⁻³, esperándose para el 2.025 un incremento a 13,9%.

Esta entidad puede y suele ser la causa de severas secuelas: vasculares periféricas, oftalmológicas y renales, con sus graves consecuencias como son amputaciones de miembros inferiores, ceguera e insuficiencia renal crónica.

Por otra parte tenemos la diabetes mellitus tipo 1 de estirpe inmunogenética, de predominio infantil tiene una menor prevalencia.

La mortalidad por diabetes en Venezuela en el año 2.007 fue de 6.17%²⁻³, y en el año 2008 alcanzó la cifra de 8.367 defunciones con un porcentaje de 6.28%

Cáncer

Pulmón: Primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial. Es una enfermedad que en esta localización es devastadora, la sobrevida a los cinco años es de 5 a 16 por ciento, no se observan esperanzas de solución debido al incremento del hábito tabáquico, la localización en bronquios y pulmones con una tasa de mortalidad de 13.5/100.000 hab. lo que equivale a 2.749 fallecidos⁷, primera causa de muerte por cáncer en Venezuela en el año 2.006.

El tabaco causa más muertes que la malaria, el HIV y la tuberculosis juntos⁸. Es el único producto cuyo consumo expone a todas las personas. Todavía su uso es frecuente tiene un precio bajo, una comercialización excesiva, y carencia del conocimiento de sus peligros. El daño causado solo se hace evidente hasta décadas después de haber comenzado su uso. Mata la mitad de quienes lo utilizan.

Políticas de la OMS para el control en el uso del tabaco

1. Subir los precios y los impuestos
2. Evitar la publicidad, el patrocinio y prohibir el uso
3. Proteger la gente por la exposición al humo
4. Advertir a todo el mundo los riesgos del uso de tabaco
5. Ayudar a quienes deseen dejar el hábito, y
6. Vigilar las políticas de prevención.

Próstata: Serio problema de salud, afortunadamente el riesgo de muerte es de 3% lo cual significa una disparidad, teniendo en cuenta su alta prevalencia; en Venezuela en el año 2.006 la incidencia de casos nuevos fue de 4.279 casos, con una mortalidad que alcanzó la cifra de 1.828

muerter₇ con una tasa de 31.5/100.000 hombres, la indicación en la determinación del antígeno prostático ha aumentado mucho el diagnóstico precoz de esta patología que afecta a 1 de cada 6 personas en Venezuela después de los 60 años.

Cuello Uterino: En los últimos años se ha demostrado que esta noxa, es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual donde ciertas cepas de virus de papiloma humano (VPH) son causa indispensable para el desarrollo de la neoplasia cervical para los cuales se han desarrollado dos vacunas preventivas, no curativas; la incidencia para la población femenina es de 27 por 100.000 hab., lo que equivale a 1.606 muertes para el año 2.006₇; es necesario una política adecuada con el objeto de proceder a la vacunación entre los 9 y 11 años.

En el año 2.006, el número de casos estimados alcanzó 3.564 y la tasa de incidencia estandarizada fue de 27.47/100.000 mujeres, lo que equivale a 1 de cada 33 mujeres ₇ en Venezuela.

En los últimos cinco años la mortalidad de esta causa muestra un aumento lento, que ha llegado a duplicar la tasa en ese lapso, la mortalidad por cáncer en mujeres año 2.006₇:

| | |
|---|------------|
| Cuello uterino y útero no especificado: | 1.606 |
| Glándula mamaria: | 1.405 |
| Tráquea, Bronquios y Pulmones: | 998 |
| Estómago: | 678 |
| Colon, recto, ano: | <u>621</u> |
| Total todos los cánceres femeninos: | 8.192 |

Cifras recién publicadas revelan que en el año 2008 murieron 1561 mujeres por esta causa.₇

Ca. Mama: El cáncer de glándula mamaria es una de las neoplasias mas frecuentes en el mundo y se ubica en la primera o segunda porción entre los diagnósticos de cáncer en mujeres en países desarrollados y entre la cuarta o quinta de los países en vías de desarrollo.

En Venezuela el cáncer de glándula mamaria ocupa la segunda posición entre las causas de muerte por cáncer en mujeres, solamente superado por cáncer de cuello uterino. La mayoría de los factores de riesgo conocidos están ligados a la influencia de los estrógenos tales como la menarquía precoz, la menopausia tardía, ausencia de embarazos, obesidad, o al uso prologando de anticonceptivos orales o de terapia hormonal sustitutiva.

Las tasas acumulativas que miden el riesgo porcentual de tener cáncer de glándula mamaria, en Venezuela si se alcanza la edad de 74 años son de 3%, lo cual nos da una proporción de una de cada 33 mujeres padece este proceso⁷; en el 2.002 fue la segunda causa más frecuente de cáncer en mujeres, 16% de todos los cánceres y una letalidad de 15% de las muertes por cáncer, el porcentaje de fallecimientos por esta patología fue de 27.7%. por esta causa murieron 1415 pacientes y 1430 en ambos géneros ⁷ en el año 2.006

Es importante el auto examen y sobre todo la mamografía anual después de los 40 años, estas dos situaciones reducen la mortalidad hasta 30%. La tasa de mortalidad total por cáncer en el año 2.006 fue de 15.17%.

Cifras actualizadas en el año 2008: Murieron 1511 mujeres por esta patología⁷

Registro para las 5 primeras localizaciones de Ca., en Venezuela⁹ – ambos géneros⁷

TABLA III

| | |
|--------------------------|--------------|
| Próstata: | 4.279 |
| Cuello uterino: | 3.671 |
| Mama: | 3.535 |
| Pulmón, Bronquios | 3.063 |
| Colon, recto, ano | <u>2.443</u> |
| Total todos los cánceres | 44.623 |

Mortalidad por las principales causas de cáncer en Venezuela Año 2006.

TABLA IV

| | |
|-----------------------------------|---------------|
| Bronquios y pulmones | 2.749 |
| Próstata | 1.828 |
| Estómago | 1.820 |
| Cuello Uterino y Útero | 1.606 |
| Glándula mamaria | 1.430 |
| Colon, recto, y ano | 1.234 |
| Leucemias | 818 |
| Hígado | 763 |
| Páncreas | 684 |
| Linfomas, no Hodgkin | 537 |
| Encéfalo, meninges y otros S.N.C. | 446 |
| Ovarios | 361 |
| Riñón | 326 |
| Laringe | 321 |
| Vesícula Biliar y Vías Biliares | 285 |
| Neoplasias malignas de piel | 275 |
| Esófago | 263 |
| Vejiga | 232 |
| Mieloma múltiple | 228 |
| Huesos y Cartílagos | 181 |
| Otras loc. y las neo. y mal Def. | 2.157 |
| Total | 18.543 |

Presentamos las cifras de incidencia y mortalidad de cáncer en las mujeres correspondiente al año 2008₇

TABLA V

Incidencia estimada de cáncer en mujeres. Año 2008

| | Nº casos | Tasa | % |
|----------------------|-----------------|---------------|--------------|
| Cuello Uterino | 3785 | 27.19 | 21.42 |
| Glándula Mamaria | 3564 | 25.60 | 20.17 |
| Bronquios y Pulmones | 1394 | 10.01 | 7.86 |
| Colon-recto-ano | 1330 | 9.55 | 7.63 |
| Estómago | 918 | 6.59 | 5.19 |
| Leucemias | 748 | 5.37 | 4.23 |
| Ovario | 637 | 4.58 | 3.60 |
| Cuerpo del útero | 532 | 4.58 | 3.60 |
| Linfomas no Hodgkin | 476 | 3.82 | 2.69 |
| Higado | 408 | 3.42 | 2.31 |
| Páncreas | 401 | 2.93 | 2.27 |
| Vejiga | 270 | 2.88 | 1.57 |
| Resto localización | 3.202 | 23.0 | 1.57 |
| Total | 17.673 | 126.96 | 18.12 |

Las estadísticas de mortalidad por cáncer de acuerdo al género y su localización; y la incidencia estimada en el año 2008₇ fueron las siguientes:

TABLA VI

Mortalidad. Localización en mujeres. 2008

| | Nº casos | % |
|-------------------------|-------------|-------------|
| Cuello Uterino | 1561 | 16.2 |
| Glándula mamaria | 1511 | 15.6 |
| Bronquios y Pulmones | 1229 | 12.7 |
| Estómago | 725 | 7.4 |
| Colon Recto | 719 | 4 |
| Ovario | 446 | 3.9 |
| Páncreas | 369 | 3.8 |
| Hígado | 384 | 2.2 |
| Leucemias | 369 | 2.1 |
| Linfomas No Hodgkin | 218 | 1.7 |
| Encéfalo, meninges | 210 | |
| Vesícula biliar | 169 | |
| Resto de localizaciones | 1707 | 17.71 |
| Total | 9637 | 100% |

TABLA VII

Incidencia estimada. Localización de Cáncer. Varones.2008

| | Total |
|----------------------|---------------|
| Próstata | 4.197 |
| Bronquios y pulmones | 1.976 |
| Estómago | 1.501 |
| Colon, Recto y Ano | 1.186 |
| Leucemias | 791 |
| Laringe | 754 |
| Vejiga | 563 |
| Linfomas No Hodgkin | 525 |
| Hígado | 456 |
| Riñón | 369 |
| Páncreas | 352 |
| Encéfalo y Otros SNC | 289 |
| Resto localizaciones | 2.899 |
| Total | 15.859 |

TABLA VIII

Mortalidad por cáncer varones 2008 – provisional

| | Fallecidos | % |
|----------------------|---------------|---------------|
| Próstata | 2.125 | 20.32 |
| Pulmones-bronquios | 1.809 | 17.81 |
| Estómago | 1.147 | 11.29 |
| Colon, recto, ano | 639 | 6.29 |
| Hígado | 473 | 4.66 |
| Leucemias | 472 | 4.40 |
| Páncreas | 333 | 3.87 |
| Laringe | 318 | 3.13 |
| Linfomas no Hodgkin | 308 | 3.03 |
| Encéfalo, meninges | 244 | 2.40 |
| Riñón | 234 | 2.39 |
| Esófago | 205 | 2.02 |
| Otras localizaciones | 1.733 | 17.00 |
| Total | 10.160 | 100.00 |

Llama la atención el cambio ocurrido entre los años 2006 y 2008 en relación a los fallecidos por cáncer de próstata que han rebasado al de pulmón

| | | |
|-----------|----------------------|-------|
| Año 2006: | Bronquios y Pulmones | 2.749 |
| | Próstata | 1.828 |
| Año 2008: | Próstata | 2.125 |
| | Bronquios y Pulmones | 1.809 |

Se hace mención que el informe del 2008 es provisional.

Deseamos hacer énfasis en una adecuada campaña anti tabáquica, mas enérgica y clara, de forma que la ciudadanía tenga conciencia de que fumar cigarrillos es dañino, ocasiona angina de pecho, diez veces más posibilidades de contraer cáncer de pulmón al igual que enfermedades cardiovasculares o accidentes cerebro vasculares, seis veces mas chance de desarrollar enfisema, disminución de la expectativa de vida de 5 a 8 años.

Distribuir un volante informando sobre el particular₈.

- En todos los Centros Comerciales del país
- En las taquillas de las estaciones del metro
- En las librerías
- En los terminales de pasajeros al momento de pagar
- En los aeropuertos
- En los hospitales y clínicas, al momento del ingreso o egreso
- En las farmacias al momento de cancelar
- En las estaciones de gasolina
- En los bancos de todo el país en el momento de realizar cualquier operación.

Ser explícito en el daño de ser un fumador pasivo, con especial referencia a los hijos.

La mortalidad total por cáncer en Venezuela ascendió en el año 2.006 a 18.543₉, y en el año 2008 fue de 19.796₉,

Accidentes Viales: De acuerdo a las Naciones Unidas, fallecen en el planeta 1.270.000 personas₁₀ al año por accidentes de tránsito, hay de 40 a 50 millones de heridos, es la primera causa de muerte entre los 15 y 19 años, cada día mueren 3.242 personas, lo que corresponde a mas de dos personas por minuto, lo que equivale a que todos los días se estrellaran 16 aviones con 200 pasajeros y todos fallecen, este ejemplo sirve para ilustrar la magnitud del problema y la población presenta una resignación ante una situación tan nefasta.

Constituye un enorme problema de salud pública, basta mencionar que en Venezuela en el año 2.007 la mortalidad por 100.000 habitantes alcanzó 27.2, y en el año 2008: 28.0 con una cifra de fallecidos de 7.714, la más elevada del continente americano y mayor que todos los países europeos ocurre actualmente una muerte cada hora; en el año 2.007 los fallecidos ascendieron a 7.446 personas₁₀ ocurriendo cada 24 horas 427 accidentes, y 108 heridos, el 40% de los que presenten lesiones craneoencefálicas se observa discapacidad temporal y el 10% permanente, usualmente por paraplejia, amputaciones ó pérdida de la visión, el 80% de los que han sufrido un traumatismo craneoencefálico presentan crisis convulsivas en los primeros cinco años luego del accidente, las cifras, se han ido incrementando de acuerdo al Ministerio del Poder Popular para la Salud 2.001-2.004= 86.000 accidentes promedio; en el 2.006 = 128.763, en el 2.007 = 156.008 accidentes, lo cual significa un 85% de aumento en relación al trienio 2.001-2.004, la mortalidad alcanzó en el año 2.005: 5.387 personas y en el 2.006 fue de 6.215.₁₀

La mortalidad en cuanto a sexo predomina los varones en una relación de 4.5 a 1 sobre las mujeres. La primera causa de esta debacle se debe a fallas humanas 87%, debido a exceso de velocidad, ingesta alcohólica y drogas lo cual constituye un coctel mortal, viene a ser la primera causa de muerte en el país entre los 15 a 44 años de edad, hay que enfatizar las secuelas psicosociales no mesurables por los trastornos de orfandad, viudez y carencias económicas para las familias y enormes gastos en atención médica por el estado y el ausentismo laboral.

Es absolutamente necesario el uso del cinturón de seguridad, sillas para bebe y cascos de buena calidad. Además poner en uso el alcoholímetro y el hacer cumplir las leyes; una campaña educativa intensa es necesario el uso de cámaras de video en las principales y avenidas, y de radares en las carreteras. Con la medida de colocar un sistema de radares en las carreteras y elevadas multas a los infractores de leyes y normas de tránsito en Francia se logró reducir el número de muertes en el año 2002 de 7.242 a 5.732 en el año 2003, lo cual significó que cada 24 horas se

salvaron cuatro personas. Otro ejemplo es el de la ciudad de Bogotá que mediante una serie de medidas educativas y multas redujo la mortalidad en un 50% en un período de ocho años.

El número de fallecidos en el año 2008 de acuerdo a cifras recién publicadas revelan que ocurrieron 7.714 decesos por esta causa, lo cual equivale a una tasa de 28 x 100.000 h., de los cuales 6.350 son masculinos y 1.463 femeninos, la mayor incidencia de muerte por grupos etarios correspondió a las edades entre 25 y 44 años: 3.128 muertes, entre 15 y 24 años: 2.059 fallecidos.

Asombra la magnitud de los accidentes de tránsito en Venezuela por lo que necesariamente se deben tomar medidas efectivas a corto y mediano plazo para disminuir esta catastrófica situación.

La mortalidad por accidentes de tránsito genera situaciones altamente traumáticas a todo el grupo familiar, el cual queda sometido a una serie de situaciones desfavorables : económicas, sociales y psicológicas.

Un hecho demostrativo de lo antes mencionado se plasma en el siguiente cuadro, de acuerdo a datos proporcionados por I.R.T.A.D. data europea de accidentes viales.

TABLA IX

Muertes en carreteras

| País | Año 2007 | Tasa |
|------------------|-----------------|-------------|
| Australia | 1.617 | 7.7 |
| Canadá | 2.279 | 9.1 |
| Francia | 4.620 | 7.7 |
| Alemania | 5.091 | 6.2 |
| Reino Unido | 3.030 | 5.4 |
| Japón | 5.744 | 5.7 |
| Polonia | 5.583 | 13.8 |
| Suecia | 471 | 4.9 |
| Estados Unidos | 41.642 | 14.2 (2006) |
| Venezuela | 7.446 | 23.6 |
| Venezuela (2008) | 7.714 | 28.0 |

Se coloca Venezuela a título comparativo.

TABLA X

Tasa de mortalidad en el continente americano

Años 2000-2006

| | | |
|----------------|------|------|
| Venezuela | | 23.7 |
| Brasil | | 19.9 |
| El Salvador | | 16.9 |
| Ecuador | | 15.6 |
| México | | 15.0 |
| Estados Unidos | | 14.6 |
| Colombia | | 11.8 |
| Perú | | 10.5 |
| Chile | | 9.9 |
| Argentina | | 9.5 |
| Canadá | | 9.0 |
| Venezuela | 2007 | 27.2 |
| | 2008 | 28.0 |

Tasa de mortalidad en los principales países europeos:, además de Japón, Australia, Canadá y Estados Unidos

Tabla XI

| País | 2008 | Tasa |
|----------------|-------------|-------------|
| Australia | 1.442 | 6.8 |
| Canadá | 2.761 | 8.4 |
| Francia | 4.275 | 6.9 |
| Alemania | 4.477 | 5.5 |
| Reino Unido | 2.645 | 4.3 |
| Japón | 6.023 | 6.8 |
| Polonia | 5.437 | 12.0 |
| Holanda | 677 | 3.9 |
| Estados Unidos | 37.261 | 12.3 |
| Venezuela | 7.714 | 28.0 |

Población de los países antes mencionados: Año 2008

| | | | |
|-------------|------------|--------------------|-------------|
| Australia: | 20.600.856 | Canadá | 32.212.696 |
| Francia | 64.057.790 | Alemania | 82.369.549 |
| Reino Unido | 60.943.912 | Japón | 127.288.419 |
| Polonia | 38.500.696 | Estados Unidos | 303.824.645 |
| Holanda | 16.645.313 | Venezuela (aprox.) | 29.000.000 |

Se destaca la población de los países europeos mencionados, con mayor densidad de habitantes, los cuales poseen un parque automotor mas numeroso y la enorme diferencia en cuanto a tasa de mortalidad en comparación con Venezuela. Se agregan Japón y Australia con el mismo objeto, oscilando la tasa en tres, cuatro y cinco veces mayor de mortalidad siendo mas elevada en Venezuela; mas grave es constatar que la cifra absoluta en nuestro país de 7.714 fallecidos es mas alta que cada uno de los países mencionados a excepción de los Estados Unidos, vale mencionar que el país en Europa con la tasa mas baja de fallecidos por accidentes de tránsito es Holanda con una tasa de 3.9 en una población de 16.645.313 en el año 2008. Se menciona que con la medida de colocar límites de seguridad en zonas pobladas de 30Km. por hora Holanda logró una disminución del 25% de mortalidad.

La tasa de mortalidad en Venezuela en el año 2006 fue de 23.7 comparada con el promedio en los países europeos en el año 2006 fue de 17.4 y en el continente americano la tasa promedio alcanzó 16.0, lo cual significa que Venezuela encabeza desafortunadamente los fallecidos por esta causa en los continentes americano y europeo.

Quemaduras: Proyecciones en Venezuela, ocurrirán 390 casos por cada 100.000 personas, lo cual equivale a 107.184 casos de todas las edades; de 0 a 19 años de edad 33.706, 17 quemados por cada 100.000 personas requerirán hospitalización lo cual corresponde a 4.672 pacientes de todas las edades y 1.469 de 0 a 19 años, 7 quemados por cada 100.000 personas serán graves con una cifra de 1.923 en todas las edades y 604 de 0 a 19 años de edad, esta proyección correspondió al año 2.007₁₁.

La mortalidad por quemaduras calculada por 1.000.000 es la siguiente:

TABLA XII

| | | |
|------------|---|--------------|
| 0-4 años | = | 6 por millón |
| 05-9 años | = | 3 por millón |
| 10-14 años | = | 1 por millón |
| 15-19 años | = | 2 por millón |
| 20 y más | = | 5 por millón |

Esta tabla engloba a ambos sexos e indica la mortalidad por exposición al humo, fuego, llamas, contacto con calor y sustancias calientes en el año 2.007₁₁

Accidentes en niños y adolescentes: La magnitud de este problema puede medirse apelando a tres indicadores cuantificables: mortalidad, morbilidad, costos y un cuarto indicador no cuantificable que es el sufrimiento de la víctima y sus familiares

En Venezuela, en el año 2.006₁₂ la mortalidad accidental ocupó el primer lugar en los niños entre 1 y 14 años de edad. Por otra parte en el año 2005 en el grupo de 0 a 14 años de edad las muertes accidentales que ocurrieron significaron en ese grupo de población 113.342 años de vida potencial perdida, años que se dejaron de vivir por la ocurrencia de la muerte a tan tempranas edades.

La morbilidad es difícil de cuantificar porque no todos los pacientes reciben asistencia médica. Se calcula que por cada muerte accidental 12 personas sufren lesiones que ameritan hospitalización y que dejarán secuelas físicas, funcionales y psíquicas.

Las víctimas graves requieren de atención médica más costosa (Unidades de Trauma, Shock, Unidades de Cuidados Intensivos, Quirófanos, Unidades de Rehabilitación)

El sufrimiento es absolutamente incuantificable, pero suele ser intenso y duradero por las muertes y por las secuelas discapacitantes definitivas. Afecta a las víctimas, a los familiares y allegados y aun a los causantes de los accidentes.

La frecuencia de muertes accidentales de los lesionados en ambos sexos, según ciertos grupos de edades.

TABLA XIII

| Grupo de edad | Frecuencia de muerte |
|---------------|----------------------|
| 1 a 4 años | 1 cada 22 horas |
| 5 a 14 años | 1 cada 14 horas |
| 15 a 19 años | 1 cada 9 horas |

En las lesiones no intencionales elevan la morbimortalidad, los costos y los sufrimientos¹³ Anuario 2.007= 2.220 muertes (Masculino 1847 y Femenino 373).

Mortalidad materna: La mortalidad materna es la muerte de una mujer mientras está embarazada o bien dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo.

Causas de mortalidad materna¹⁴:

Los trastornos hipertensivos del embarazo (Pre eclampsia, eclampsia, Síndrome de Hellp e hipertensión arterial crónica).

Las sepsis.

Las patologías asociadas a las hemorragias

En el país alcanzar el quinto ODM significa que la tasa de MM para 2.015 debe estar en 14.82/100.000 nacidos vivos registrados, es decir, 89 muertes, ello suponía 229 muertes en 2.006 y hubo 356. Venezuela suscribió esta Declaración, se adquirió el compromiso mediante el Artículo 23 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela que es vinculante para el país. En el 2.010 se han reportado durante la semana 30 que 202 mujeres han fallecido durante el parto,

5,8% más que la misma semana que en año 2.008. Al finalizar el 2010 el acumulado fue de 330 defunciones maternas¹⁴. En relación al embarazo precoz alcanza 9.8% de los cuales 15% corresponden a Caracas, cada año nacen 20.000 niños de madres menores de 19 años.

En el Congreso Mexicano para la Salud de los Adolescentes¹⁴, efectuado en el año 2.005 se presentaron cifras mundiales que expresan que 585.000 mujeres (una por minuto) mueren por causas relacionadas con el embarazo, de ellas, 10% a 24% son adolescentes.

La incidencia de embarazo en adolescentes en el mundo oscila entre 15% a 25%, el 40% de las mujeres mayores de 40 años no tuvieron control prenatal, el 10% de las mujeres que mueren por esta causa son adolescentes.

En relación al aborto no hay cifras estadísticas en nuestro país.

Mortalidad Infantil: La tasa de mortalidad infantil es un indicador relacionado íntimamente con la pobreza y calidad de vida de un país, los factores de desarrollo socioeconómicos inciden directamente sobre las posibilidades de sobrevivencia de los recién nacidos. La tasa de mortalidad neonatal es el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir los 28 días de edad de un determinado año expresado por 1.000 nacidos vivos, la mortalidad pos neonatal es el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año pero que han vivido 28 días o más. La mortalidad perinatal abarca desde la semana 28 de gestación hasta los siete días luego de nacimiento

| | | 2001 | | 2006 | |
|---------------|---------|--------------|---------------|--------------|--------------|
| Neonatal | 1er mes | 5.846 | 11,04 | 5.882 | 10 |
| Postnatal | 1er año | 3.507 | 6,66 | 2.489 | 4,2 |
| Total: | | 9.353 | 17,7 % | 8.371 | 14,2% |

Tasa de mortalidad:

Pasó de 17,7₁₅ por 1.000 nacidos vivos en el año 2.001 a 14.2 en el año 2.006.

En la semana 24 del 2.010 se incrementó la mortalidad infantil en 8.7% y hasta la semana 33 11. 6%

La mortalidad infantil en menores de 5 años en 1990 fue de 6.5% por 1000 y en el año 2007 se ubica en 3.5% por 1000.

En el primer semestre del año 2.010 se acumulan 2.310 muertes infantiles₁₆

La información correspondiente al mes de octubre del presente año revela que la mortalidad infantil aumentó 12,5% en relación al año 2009.

Al finalizar el año 2010 la mortalidad infantil ascendió a 5.839 muertes,₁₅ la distribución por grupos de edades: la neonatal (0 a 27 días) totaliza el 76% del total de los fallecimientos, siendo las causas mas frecuentes: prematuridad, sepsis neonatal y enfermedad de la membrana hialina. Las postnatales representan el 24%.

Dado a que este es un indicador de extrema importancia se hacen las siguientes recomendaciones₁₅:

El mayor peso de la Mortalidad Infantil conlleva el Período Perinatal, por tanto las inversiones y planes en salud que se hagan en función de reducir la Mortalidad Infantil, deben englobar estrategias dirigidas a fortalecer:

Captación precoz de la mujer embarazada.

Control prenatal de calidad donde puedan ser diagnosticados y resueltos a tiempo, cualquier problema que se presente durante el embarazo.

El aspecto nutricional de la mujer embarazada.

Acceso fácil y oportuno de la mujer en trabajo de parto a cualquier servicio de salud donde pueda ser atendida.

La atención institucional de calidad para el binomio madre-hijo en el momento del parto.

Los cuidados neonatales del recién nacido en los primeros 6 días de vida.

Ortopedia Infantil: La atención por el Estado en relación a la Ortopedia Infantil es casi nula, quedando un porcentaje importante de lactantes y niños en manos de Instituciones privadas en diversas patologías neuroortopédicas como son las secuelas de Parálisis Cerebral, Mielomeningocele y otras deben ser atendidas por equipos multidisciplinarios¹⁶ de elevada experiencia, otras enfermedades importantes como la displasia de cadera, Legg-Calve-Perthes, epifisiolítesis, escoliosis con otras afecciones congénitas y adquiridas de diversas índoles, no tiene cama para su atención por los hospitales públicos¹⁷, La situación se agrava pues la asistencia de estos pacientes es costosa y los entes privados se han visto en la necesidad de cobrar remuneraciones más elevadas. Es necesario que las mujeres embarazadas desde un comienzo sean cubiertas con ácido fólico para evitar patologías en el tubo neural.

Diarreas: Las enfermedades infecciosas intestinales se encuentran difundidas en los países desarrollados y en aquellos en vías de desarrollo determinando elevadas tasas de morbilidad en la población en general y mortalidad en los niños menores de cinco años.

La tasa global (defunciones / 100.000 hab.) fue de 2,0 para el año 1.978, de 1,80 para 1.981, de 1,30 para el año 1.983 y de 1,00 para 1.985 y disminuyó en 1.997³. A pesar de notarse una progresiva disminución de la tasa de mortalidad por estas enfermedades, la alta frecuencia con que afecta a la población en general constituye un problema de morbilidad importante, que se traduce en diversas condiciones desfavorables para nuestra población, relacionadas no solo con el deterioro de su estado de salud y de su calidad de vida, sino, con un alto

número de las horas/trabajo perdidas, siendo esto un efecto negativo para la productividad del país. La mayoría de diarreas por Rotavirus ocurren entre los 3 y 24 meses, los lactantes están protegidos hasta los tres meses, después de los tres años es rara por la inmunidad adquirida. Fundamental provisión de agua potable, control de las excretas y condiciones higiénicas alimenticias, los casos registrados al finalizar el año 2010: Diarreas en menores del año 218.648; diarreas de 1 a 4 años 465.577; de 5 años en adelante 1.114.567, los casos de amibiasis declarados fueron 116.124.

En relación a las diarreas infecciosas se observa un repunte en todos los grupos de edades.

Enfermedades infecciosas y parasitarias: En Venezuela entre 1.995-2.006 ellas fueron la causa de casi una quinta parte (20%) de los pacientes vistos en consulta externa, las enfermedades respiratorias son el 17% muchas de ellas de origen infeccioso, como las del aparato urinario y otras₅.

Una proporción importante se previene con las vacunaciones. En estos el programa más importante es el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), enfermedades emergentes y re emergentes prevenibles por vacuna.₃

Gripe: Es una enfermedad viral aguda del aparato respiratorio₃ cuyos síntomas principales son: fiebre, cefalea, mialgias, alergia, congestión nasal, dolor de garganta y tos y es la primera causa de consulta externa y primera causa de ausencia laboral y escolar. Los virus más frecuentes B y A (H1N1). Cuando los virus tienen nuevas proteínas pueden causar pandemias. La de 1.918 ocasionó 40 millones de muertes₃. Los más afectados son los niños y las personas ancianas y debilitadas por diversas causas: renales, metabólicas, cardíacas, inmunodepresión, etc. Hay tres tipos de virus A, B y C. El tipo A tiene 15 subtipos sólo los H1 y H3 han causado epidemias extensas. En los distintos países hay epidemias cada año, en los países tropicales son más frecuentes en la temporada de lluvias. El medio de prevención ideal es la vacunación anual antes de la época de epidemia, como lo recomienda la OMS.

Para el período del año 2010 las infecciones respiratorias agudas ascendieron: las neumonías en menores de 1 año: 20.371; neumonías de 1 a 4 años 38.033; de 5 años en adelante 75.133; la mayor incidencia se concentra hasta los 7 años y el mayor riesgo en los menores de 1 año, en los estados Zulia, Anzoátegui y Bolívar existe el mayor volumen de esta patología con 40.4% del total, en relación a las infecciones respiratorias agudas los estados que presentaron mayor número de casos fueron Miranda, Lara y Aragua que sumaron 23.6% del total. La cifra de fallecidos por influenza y neumonía alcanzó la cifra de 3.136 con una tasa de mortalidad de 2.35

Se ha presentado un brote epidémico de la influenza A (H1N1) en marzo del 2011, con tres fallecidos y un número de casos confirmados de más de 382 casos al 27-03-2011 en varias entidades federales simultáneamente, es decir existe una onda post pandémica en Venezuela de la epidemia del 2009, esto crea la posibilidad de que aumente el número de pacientes afectados en los próximos días o semanas, lo cual supone una situación compleja, pues igualmente se encuentra circulando el virus de la influenza estacional A, por lo cual se debe iniciar de inmediato una campaña masiva de información a toda la población y proceder a la vacunación de la misma, ya que de acuerdo a las autoridades sanitarias la vacuna se encuentra disponible, dar a la ciudadanía pautas donde se encuentran los equipos de vacunación, explicar todo lo concerniente a orientación, prevención, proceder al diagnóstico y planificación teniendo en cuenta a las mujeres embarazadas y grupos más susceptibles.

Enfermedades Emergentes y Re emergentes:

Pese a los grandes avances que han ocurrido en años recientes en el control, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas, éstas siguen planteando grandes retos para los países y para sus sistemas de salud.

Nuevas enfermedades infecciosas han aparecido en los últimos años como el VIH-SIDA₂ y se suman a otras enfermedades infecciosas conocidas por la humanidad, que habían desaparecido, y que reaparecen luego de períodos prolongados de inactividad.

Las enfermedades infecciosas emergentes, según lo establecido por el Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos de América, son aquellas que han aparecido y cuya incidencia ha aumentado en los seres humanos en los últimos 20 años y amenazan aumentar en el futuro próximo₂.

Las enfermedades infecciosas re emergentes₂, por otra parte, son las que han vuelto a aparecer tras una larga y sostenida disminución de su incidencia.

Entre las primeras, el VIH-SIDA, desconocida hasta principios de los años 80 del siglo XX, de las segundas, el dengue₁, también de origen vírico que reapareció con gran fuerza a partir de los años 80, luego de dos décadas de reducción de su incidencia gracias a las exitosas campañas de erradicación del vector *Aedes aegypti*.

Durante la transición un cambio a largo plazo estaría ocurriendo; las enfermedades infecciosas y parasitarias vienen siendo sustituidas por las enfermedades degenerativas y las causas externas, como las principales causas de morbilidad y mortalidad. Esto estaría ocurriendo en tres etapas sucesivas: la edad de las pestes, la edad de las pandemias recientes y finalmente la edad de las dolencias degenerativas.

Se admite además que las causas infecciosas no desaparecen totalmente como causas de muerte o de morbilidad, observaciones que no invalidan la teoría de la transición epidemiológica, sino que hacen variar el ritmo de la secuencia lineal y natural de etapas, pero no su dirección de sustitución por enfermedades degenerativas crónicas y causas externas.

Malaria: En Venezuela la malaria abarca una zona de transmisión del 23% de la superficie del país por debajo de 600 m.s.n.m.

En el año 1990 se notificaron 46.910 casos con una tasa de 237,7 por 100.000 habitantes, lográndose disminuir en el año 1.993 a 12.603 casos con una tasa de 59,7 por 100 habitantes. En los años siguientes se presentaron oscilaciones y en el año 2.004 un aumento considerable de 46.244 casos, con una tasa de 177.0 por 100.000 hab., casi alcanzando el número presentado en 1990₁.

La tendencia de la tasa de morbilidad en el período 1.990-2.009, es levemente al descenso. La ecuación de la recta indica que si se mantienen las condiciones iguales, esta podrá disminuir en - 0,159 por 100.000 habitantes por año. Es de hacer notar, que una de las metas del milenio es disminuir la tasa de morbilidad por malaria a 59,7 por 100.000 hab., en el 2.015, y ésta alcanzó en el año 2.009 una tasa de 125,9 por 100.000 hab. Se presentó un repunte importante en el primer semestre del 2.010, se registraron para el 29 de agosto 35.863 casos, lo cual significa un aumento del 68% al comparar con los 21.350 del período homólogo del 2.009, para la semana 37, del 12 al 18 de septiembre de acuerdo a la Red de Sociedad Científicas del país, la cifra acumulada ascendió a 36.987 casos₁₆. Al finalizar el año 2010 el número de casos registrados ascendió a 45.155 , lo cual significa un aumento del 2& en relación al año anterior que fue de 38.828

Dengue: En el período 1.990-2.009 han ocurrido varios brotes epidémicos importantes, en los años 1.990, 1.994, 1.995, 1.997, 1.998, 2.001, 2.002, 2.007 y 2.009, presentándose 80.646 casos en el 2.007, con una tasa de 293,4 por cada 100.000 habitantes. En 2.008 ocurrieron 48.048 casos y la tasa fue de 172 por cada 100.000 habitantes y en 2009, 65.869 casos, con una tasa de 232,1 por 100.000 habitantes. El número de casos hemorrágicos en ese año fue de 5.149; se suscita una situación epidémica en lo que va del 2.010, al 25 de septiembre se habían registrado 94.289 casos₁₇, de los cuales 7.627 son hemorrágicos. La Red de Sociedades Médicas Científicas₁₆ del país

proyecta más de 100.000 casos a fines de año. La Red criticó la falta de información epidemiológica y la divulgación de datos incompletos. Venezuela concentra 24.74% de todos los casos de dengues en el continente americano, ocupando el segundo lugar después de Colombia de acuerdo a la OPS₁₇. Al finalizar el año 2010 el número de casos registrados fue de 124.931, de los cuales 10.278 hemorrágicos; habiendo una relación dengue clásico-hemorrágico de 11 a 1, el grupo etario más afectado fue el de los niños de 10 a 11 años que representó una tasa de 793.5 por 100.000h. La tasa nacional fue de 433.3 por 100.000h.

Antes del 2.010 la tasa más alta de estos brotes epidémicos, se observó en el año 2.001 con 335,8 por 100.000 habitantes. La tendencia del período es hacia el ascenso. Es de hacer notar, que una de las metas del milenio con las cuales Venezuela está comprometida, consiste en disminuir la tasa de morbilidad a una cifra entre 25 y 50 por 100.000 habitantes por esta enfermedad en el 2.015. Con la situación antes planteada, es evidente que será muy cuesta arriba que el país pueda cumplir con este compromiso.

Es de hacer notar que para la semana epidemiológica 24 del año en curso todos los estados del país, se encontraban en epidemia.

Enfermedad de Chagas

La enfermedad de Chagas, ha disminuido como consecuencia de la aplicación de insecticida y el mejoramiento de las viviendas, de alrededor del 45% de ellas en los años cincuenta a menos del 10% en la década del noventa, sin embargo, la detección de un brote de Chagas agudo, por transmisión oral en el Distrito Metropolitano fundamentalmente urbano, plantea la necesidad de considerarla una enfermedad emergente₂, dado que en el país se desconocía hasta el momento, esta vía de transmisión.

En estudios de seroprevalencia realizados hasta 2.003 en 11 estados, en 3.993 individuos, revelaron 11.2% de positividad para T. Cruzi. Del

total de individuos seropositivos, 38 de ellos, el 8,5% fueron infecciones en menores de 10 años. Los expertos sugirieron la re emergencia de la enfermedad a juzgar por la transmisión detectada en la última década₂.

En diciembre de 2.007, se presentó un brote de Chagas agudo en alumnos y maestros de una escuela pública en el municipio Chacao. Se pudo identificar que el mecanismo de infección fue el de la vía oral, mediante el consumo de jugo de guayaba procesado artesanalmente en una vivienda de la parroquia San José de Caracas. Un brote similar parece haber ocurrido en el Estado Guárico, en un hogar de ancianos 3 años antes pero no fue bien documentado. En el brote de Chacao fueron investigadas 887 personas y 122 fueron confirmadas serológicamente. 12 fueron hospitalizadas por miocarditis aguda y un niño falleció por lo que la mortalidad fue muy baja 0,81% si se compara con el brote de Santa Caterina, Brasil, ocurrido en marzo de 2.005 que se acompañó de una mortalidad de 20%₂.

Entre el 29 de abril y el 30 de mayo de 2.010 se inicia un nuevo brote de Chagas agudo en el sector noroeste del Distrito Capital, que afectó a 19 personas₂. El brote fue explosivo afectando a miembros de 6 familias que ocupan viviendas cercanas y con poca diferencia de tiempo entre uno y otro caso, por lo que se supone una fuente común de infección. Se estima que la duración del brote fue de 6 semanas, iniciándose en la semana epidemiológica N° 12 y finalizando en la N° 17. El mayor número de casos, se presentaron en la semana epidemiológica N° 14 y el primer fallecido en la semana N° 17. Se trató de un niño de 14 meses, cuyos síntomas se iniciaron el día 8 de abril y durante 21 días sufrió de fiebre y edemas en cara y extremidades. El 29 de abril fue llevado a emergencia del Hospital Pérez Carreño en donde ingresó fallecido.

La detección de un brote de enfermedad de Chagas agudo por transmisión oral en un estado fundamentalmente urbano, plantea la necesidad de considerar la enfermedad como reemergente y ampliar las acciones de vigilancia en la lucha antichagásica a todo el territorio nacional, considerándolo como área endémica debido a las evidencias

de colonización de domicilios y peri domicilios por triatómicos con infección tripasonómica.

Tuberculosis

El *Mycobacterium tuberculosis* infecta a 1.700 millones de personas, lo que es aproximadamente un tercio de la población del mundo, y además causa cada año 3 millones de muertes. Desde 1.980, en las Américas se reportan entre 200.000 y 250.000 casos de tuberculosis cada año².

Existen cuatro factores que contribuyen a la reemergencia de esta enfermedad: la epidemia VIH/SIDA, la fármaco resistencia, el incremento de poblaciones marginales y las fallas de salud pública, específicamente las relacionadas con el control de la tuberculosis.

La Tuberculosis ha experimentado un descenso en Venezuela¹, así observamos que en 1.990 la tasa fue de 27.7/100.000 h., en el año 2.004 se presentaron 5.967 nuevos casos en los que la forma pulmonar representó 84.4% y la tasa es de 22.9/100.000h. y en el año 2.009 se encuentra en 12.7/100.000 h². En el año 2010 la presentación de nuevos casos se redujo a 3.225 pacientes y la mortalidad fue de 660 con una tasa de 0.49%

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

El impacto de la epidemia de SIDA en América Latina es particularmente importante. Mientras que su población corresponde a 8,5% de la población mundial, la región tiene 13% de los casos de SIDA notificados a la Organización Mundial de la Salud (OMS). La Organización Panamericana de la Salud calcula que más de 1,5 millones de personas en América Latina y el Caribe están infectados por el VIH. En Venezuela se describen los primeros casos en 1.982² La última cifra dada por la O.M.S¹ informa que diariamente en el 2.008 se contagiaron 7.400 personas y fallecieron dos millones de personas.

Desde 1.990 hasta la fecha, se ha venido observando un incremento de casos de SIDA. En ese año se reportaron 161 casos, con una tasa de 0,8 por 100.000 habitantes, para el 2.009 se reportó una tasa de 5.3 por 100.000 habitantes. La tendencia tanto para la tasa de morbilidad y mortalidad por SIDA, está en ascenso. En el año 2.007 vivían 104.860 personas aproximadamente con VIH y SIDA₁₈ la prevalencia en el área Metropolitana fue de 1.62/100.00 h. hasta 0.08/100.000 h. en otras regiones del país, el promedio nacional en ese año fue de 1.32/100.000 habitantes

En los últimos años, ha sido insuficiente el énfasis en la prevención del VIH-SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual. Se ha debilitado el enfoque preventivo, y se ha enfatizado en el enfoque médico- curativo. La cifra de fallecidos en el año 2008 por esta patología ascendió a 1.632 con una tasa de 1.22%

Parotiditis:

Enfermedad infecciosa, viral, de distribución mundial, la cual ha disminuido considerablemente en aquellos países que han llevado a cabo una vacunación sistémica.

En Venezuela se inició la aplicación exitosa de la vacunación triple viral (S.R.P.) en 1.998 con una cobertura inicial de 92% en el grupo de edades de 1 a 4 años₂.

Como resultado el número de casos notificados de unos 40.000 anuales en todas las edades pasó de 2.500 a 3.000 casos.

Se adoptó la decisión de aplicar vacunación bivalente Rubeola-Sarampión; en el año 2.006 el número de casos registrados fue de 2.668 con una tasa de 9.9 por 100.000 habitantes. En el año 2.007 el número de casos registrados fue de 19.142 con una tasa de 19.6 por 100.000 habitantes; en el año 2.008, se presentaron 200.707 casos₂, con una tasa de 718.5 por 100.000 habitantes, cifra nunca vista en Venezuela., lo

cual hizo necesario retomar el programa de vacunación anterior con lo que se logró reducir el número de casos en el año 2010 a 3.355¹⁹

Obesidad y Osteoporosis:

Hay condiciones que se han convertido en una amenaza para la salud de la población como son el sobrepeso y la osteoporosis; en el primer caso será un aliado en la aparición de la hipertensión arterial, primera causa de trastornos cardíacos y que unido al sedentarismo, tabaco y stress, aumentan en grado superlativo la posibilidad de daño al corazón; además la obesidad atenta contra el cartílago articular en miembros inferiores, la osteoporosis tiende a convertirse en un flagelo en relación a fracturas en el esqueleto en especial en cadera, antebrazo y colapso de vertebras en columna vertebral en la región lumbar, la fragilidad ósea por disminución del mineral del calcio en especial en las mujeres post menopáusicas, por lo cual deben evitarse el sedentarismo, tener una alimentación balanceada y realizarse el examen de Densitometría Ósea para en caso de necesidad indicar una terapéutica correcta.

Conceptos básicos sobre pobreza y desnutrición:

Definiciones:

Salud: Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. Estado normal de las funciones orgánicas e intelectuales. Es el estado de bienestar biopsicosocial¹⁹

Hambre: Ganas y necesidad de comer¹⁹. En el sentido económico se tiene hambre cuando no se dispone de los medios necesarios para procurarse los alimentos suficientes para reponer y sostener la salud y la capacidad de vivir en condiciones humanas. El Instituto Nacional de Nutrición estableció que para no padecer de hambre se deben ingerir alimentos que provean al menos 2.200 calorías por personas

Pobreza: Necesidad, escasez o carencia de lo necesario para el sustento de la vida. En el Instituto Nacional de Estadística, mide la pobreza extrema a partir de la percepción que no permite adquirir una canasta alimentaria capaz de proveer tal consumo calórico²⁰.

Se describen tres tipos: La relativa, la crítica y la estructural.

Se acepta como pobreza relativa, las familias que tienen ciertas limitaciones para cubrir las necesidades básicas de alimentación, pero no tienen capacidad de ahorro y tienen dificultades para atender otras necesidades tales como la salud, educación y recreación.

La pobreza crítica es cuando los ingresos son insuficientes para satisfacer los requerimientos mínimos de una alimentación adecuada.

La pobreza estructural se presenta en las familias que por carencias culturales permanecen en pobreza crítica, aún logrando ayudas sociales o salarios por encima del nivel mínimo.

La desnutrición es dependiente de la insuficiente ingesta de alimentos que puede ser por la falta de producción de alimentos en el país o seguridad alimentaria o la falta de dinero para adquirirlos, que es lo más frecuente.

Las familias en pobreza crítica, constituyen una enorme y creciente carga social que necesita de la ayuda del Estado, ya que sus condiciones de vida son precarias, con muy bajos ingresos y severas deficiencias en cuanto al acceso a la educación, salud y la alimentación, por lo tanto, conforman los grupos humanos con mayor vulnerabilidad social y nutricional.

El empobrecimiento de sectores importantes de nuestra población se produce en medio de una crisis económica, que tiene un efecto directo en la reducción de la disponibilidad de energía dietética como sería alimentarse con harina de maíz y la de trigo, el arroz, las pastas y las leguminosas, el aceite y el azúcar proporcionan 60 a 80% de las calorías,

por tanto sobre estos pocos alimentos descansa la seguridad alimentaria de la población¹⁹

La naturaleza de estos alimentos generalmente condiciona el tipo y la gravedad de la mal nutrición. La familia de los estratos más humildes ante la crisis que los afecta, ha incorporado en su dieta diaria alimentos que tienen mayor rendimiento calórico, encontrándose que los carbohidratos aportan 59% de las calorías totales y las grasas el 25% de las calorías, es decir, se ha incrementado el consumo de cereales y grasas y ha disminuido el consumo de las proteínas de origen animal tales como carnes, huevos y leche.

La mayor vulnerabilidad social en los grupos familiares de menores recursos, se reflejan en los altos porcentajes de hambre como consecuencia de la deficiencia de hierro y anemia, presentes en los niños lactantes y preescolares, adolescentes femeninas y las mujeres embarazadas de los estratos IV y V.

El hambre crónica es la característica más sobresaliente de la coyuntura económica y social en nuestro país, es decir del niño o adulto que vive en un régimen alimentario deficiente¹⁹

Los procesos de mal nutrición que se inician desde la etapa prenatal van progresivamente minando la salud del niño venezolano, encontrándose que a los siete años el niño desnutrido tiene una estatura similar al de un niño de cuatro años. La desnutrición en estos grupos, acentúa las secuelas de la agresión del medio ambiente y amplía la brecha social, son niños disminuidos tanto en el crecimiento físico como en el desarrollo funcional.

Estamos en un momento en donde se han exacerbado los estados de hambre crónica, como consecuencia de una alimentación defectuosa o deficiente producto de la acción conjunta de factores biológicos, sociales, económicos y ambientales que hacen posible la aparición de la enfermedad

Si persiste el alza del costo de los alimentos y el desfase entre el salario y los gastos fundamentales de los grupos familiares podría romperse la situación de equilibrio inestable en que se encuentra el niño venezolano²¹

En el país la mayoría de los niños crece en ambientes plagados de infecciones donde la falta de alimentación constituye el principal impedimento para alcanzar el peso y la talla que les corresponde de acuerdo a su edad²¹

Ocho de cada diez hogares marginales están ubicados en las áreas urbanas. Para estos grupos el hacinamiento se transforma en un hecho cotidiano, lo que crea un ambiente propicio para la generación de situaciones que afectan el desenvolvimiento físico y psicológico de los integrantes de las familias y en especial de los niños que son los más vulnerables. Para sentir el problema hay que darse una vuelta por algunas de las barriadas que acordonan la capital²⁰

El crecimiento y el desarrollo del niño son los mejores indicadores de la salud, pues en ellos se refleja la distribución de la riqueza nacional, la cultura y los servicios²⁰

PROPOSICIONES A LA NACIÓN SOBRE LA SALUD

- 1) El Sistema de Salud debe cubrir a toda población, ser de acceso universal y sin restricciones.
- 2) Ser eficiente a la luz de los progresos realizados en la medicina preventiva, diagnóstica y curativa.
- 3) Declarar la salud pública como un problema fundamental del Estado. Sin un Sistema idóneo de Salud no hay población con posibilidades de desarrollo económico y social
- 4) Política de prevención continua , esta es la mejor forma de mantener al ser humano sano, constituyendo la educación, las vacunaciones y el saneamiento ambiental sus pilares fundamentales.
- 5) Énfasis en la atención primaria y formación de médicos adecuados para ello.
- 6) Política de Estado en patrocinar a todos los niveles educativos e impulsar por medios audiovisuales públicos y privados campañas en contra del tabaco, del alcohol, de los factores que condicionan los accidentes de tránsito, del sida, el sedentarismo y fomentar en pro de la salud mental, la educación sexual y la lactancia materna.
- 7) Es fundamental la pesquisa del cáncer de forma que las mujeres luego de los 40 años se practiquen mamografía y acudan al examen ginecológico correspondiente.; y los hombres se sometan a evaluaciones clínicas y complementarias para la pesquisa del cáncer prostático.

- 8) Cumplir las metas del milenio.
- 9) Debe evitarse el paralelismo en el sistema de salud a todos los niveles educativos, asistenciales, de investigación y de seguridad social.
- 10) Poner en práctica la seguridad social que abarque todas las facetas del mismo para todos los venezolanos. La seguridad social debe incorporar a los integrantes de la economía informal que constituye un porcentaje importante de la masa laboral, debe definirse con criterio social y equilibrio de acuerdo a sus ingresos el monto de sus contribuciones.
- 11) Optimizar la infraestructura física de los ambulatorios y de la red hospitalaria y proporcionar seguridad al cuerpo asistencial.
- 12) Fortalecer las Escuelas de Medicina existentes y no crear sistemas paralelos, no acordes a la realidad del país, evitar el riesgo ideológico en los programas de formación médica.
- 13) Los funcionarios encargados de la administración sanitaria deben estar adecuadamente capacitados.
- 14) La medicina privada debe ser aliada del sistema de asistencia pública. Desde el aspecto de prevención, la medicina privada y la pública deben ser iguales y estar comprendidas dentro del plan de salud común.
- 15) Incentivar y proteger la investigación científica, orientada a darle solución a los problemas de salud de la población.
- 16) Reactivar la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental con personal idóneo y que el Boletín Epidemiológico sea publicado en forma continua y oportuna.

- 17) Cohesionar los organismos dispensadores de salud, evitar el exceso de burocracia y la politización de los mismos.
- 18) Es de extrema importancia la relación médico paciente, de allí el derecho del paciente de escoger su médico basado en la mutua confianza
- 19) Evitar las remodelaciones de grandes infraestructuras hospitalarias al mismo tiempo en una ciudad, que las mismas sean óptimas en la entrega, contar con la dotación de insumos suficientes con un permanente mantenimiento de los equipos médicos.
- 20) La población venezolana deber ser protegida, proporcionándoles educación, salario adecuados, seguridad y servicios de agua potable, alcantarillado y excretas.
- 21) La nutrición del niño, especialmente en estratos IV y V de Graffar-Méndez Castellanos, debe ser cubierta con el número de calorías suficientes para su desarrollo físico y mental por el Estado, las instituciones privadas que tienen relación en la materia deben ser incluidas.
- 22) Tener en cuenta que la pobreza acarrea: desnutrición, morbilidad y mortalidad infantil, deserción escolar, prostitución, mendicidad, delincuencia, promiscuidad, resentimiento, poca oportunidad y vida breve.

REFERENCIAS

- 1) Prevención y Medicina Interna. Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Editado por Chacín A. Luis, Castro A. Ramón. Editorial Litopar C.A. de Artes Gráficas. Caracas. Venezuela 1.998. Capítulo I Introducción al Proyecto Prevención y Medicina Interna. Pág. 11-18
- 2) Situación actual de la Salud en Venezuela. CXII Consejo Nacional de la Federación Médica Venezolana. Tucupita. Estado Delta Amacuro. Págs. 1 -51, 22-23 Julio 2010.
- 3) Plan de la Academia Nacional de Medicina. Prioridades de estudio en la Salud Colectiva e Individual 2008-2010. Drs. Clemente H. Antonio y Briceño-Iragorry L. Editores. Editorial. Ateproca. Vol. VI. 2010, Junio. Sistema Circulatorio. Pág. 101-111.
- 4) Situación de Salud en las Américas 2007. Salud Colectiva e Individual. Recomendaciones. Academia Nacional de Medicina. Colección Razetti. Vol. VI. Editores Dr. José E. López y Leopoldo Briceño. Edit. Ateproca, Nov. 2008. Págs.. 71-74.
- 5) Presente y Futuro de la formación y el Ejercicio Médico en Venezuela. Federación Médica Venezolana. CXII Consejo Nacional. Tucupita. Estado Delta Amacuro 2010. 22-23 de Julio. Pág. 1-92
- 6) Observatorio Venezolano de Violencia. Publicado en The New York Times. Artículo sobre Violencia en Venezuela. 2010. Reproducido en el Diario “El Universal” el 24-08-2010. Cuerpo 1, Pág. 4.
- 7) Mortalidad para las 20 primeras localizaciones de Cáncer. Ambos géneros. Venezuela 2006. M.P.P.S. Registro Central de Cáncer Venezuela. 2008.

- 8) Incidencia estimada para las 20 primeras localizaciones de Cáncer en Venezuela. M.P.P.S. Registro Central de Cáncer. Venezuela 2008.
- 9) Prevención y Medicina Interna. Editores Chacín Álvarez L., Castro Álvarez. Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Editorial Litopar C.A. Capítulo V: Prevención del Tabaquismo. Silva Figueroa J. Urdaneta L. Guadalupe. 1998. Pág. 75-90
- 10) Accidentes de tránsito. Epidemia creciente. Problema de Salud Pública. Aoun S. Claudio y Aoun B. Rodolfo. Trabajo Presentado en la Academia Nacional de Venezuela. 13-11-2008.
- 11) Quemaduras. Mortalidad en Venezuela. Anuario de Mortalidad. M.P.P.S. Venezuela. Instituto Nacional de Estadísticas. Venezuela. 2007
- 12) Accidentes y lesiones no intencionales en niños y niñas. Breves notas sobre prevención y control de estas lesiones. Ceballos García Luis. Caracas. Venezuela 2010.
- 13) Análisis estadística de la mortalidad accidental en Venezuela.. 2001-2006. Ceballos García, Luis. Caracas. Venezuela.
- 14) Plan de la Academia Nacional de Medicina. Prioridades de estudio en la Salud Colectiva e Individual 2008-2010. Drs. Clemente H. Antonio y Briceño-Iragorry L. Editores. Editorial. Ateproca. Vol. VI. 2010, Junio. Embarazo. Pág. 71-86.
- 15) Mortalidad Infantil en Venezuela. Anuario de Mortalidades. Año 2006. Procesamiento. Oficina de Análisis de Situación de Salud.
- 16) Estado actual de la Ortopedia Infantil. Revisión Crítica. Trabajo presentado en el Congreso Centenario de la Academia Nacional de Medicina. Caracas. Venezuela. 2004, Mayo 26.

- 17) Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas. Venezuela. 2010. Boletín 149.
- 18) VIH-SIDA Venezuela 2009. Informe O.N.U. SIDA. Venezuela. Año 2.009, Pág. 1-2
- 19) Anuario 2010. Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- 20) Colección Razetti Vol. III, Editores Dr. José E. López – Dr. Leopoldo Briceño Irigorry. Editorial Ateproca 2007, Junio, Capítulo VIII. Clemente H-. Antonio, Landaeta Jiménez Maritza. Pág. 305-336
- 21) Hernán Méndez Castellano. “Un Pediatra Social” Fundacredesa. Fundación Cavendes Centro Editor 1998. Pág. 101-132.

AGRADECIMIENTO

A los Doctores Antonio Clemente H., José Félix Oletta, Rafael Muci Mendoza, Luis Ceballos García, José Antonio Ravelo Celis y Luis Capote Negrín. por las valiosas sugerencias y cifras aportadas para la realización de este trabajo.

Este trabajo fue entregado con fecha 28 de marzo de 2011 a la Academia Nacional de Ciencias Económicas para su debida coordinación y publicación en el “Plan Propuestas a la Nación” con juntamente con las otras Academias Nacionales.