



**SALUD PÚBLICA,
HÁBITOS DE VIDA Y
CONSUMO DE DROGAS EN LA
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**

INFORME FINAL

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA
I ENCUESTA A HOGARES SOBRE CONSUMO DE DROGAS EN VENEZUELA
(PROYECTO: N° VEN/B7-6210/98/0451)

PROYECTO FINANCIADO POR EL PROGRAMA DE AYUDA DE EXTERIOR DE LA UNIÓN EUROPEA

INSTITUCIÓN DE CONTRAPARTE: CONACUID. MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES.
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CONSULTORA RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO:
WDC WORLD DEVELOPMENT CONSULTANTS S.A.–AFC CONSULTANTS INTERNATIONAL GMBH

CARACAS, ENERO DE 2006

**SALUD PÚBLICA,
HÁBITOS DE VIDA Y
CONSUMO DE DROGAS EN
LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**

INFORME FINAL

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA
I ENCUESTA A HOGARES SOBRE CONSUMO DE DROGAS EN VENEZUELA
(PROYECTO: N° VEN/B7-6210/98/0451)

PROYECTO FINANCIADO POR EL PROGRAMA DE AYUDA DE EXTERIOR DE LA UNIÓN EUROPEA

INSTITUCIÓN DE CONTRAPARTE: CONACUID. MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES.
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CONSULTORA RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO:
WDC WORLD DEVELOPMENT CONSULTANTS S.A.–AFC CONSULTANTS INTERNATIONAL GMBH

BACKSTOPPING: ING. JUAN BERMEJO

DIRECCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN: DRA. CAROLINA BESCANSA

CO-DIRECCIÓN: DR. MARIO ORTÍ

CONSULTORES Y EXPERTOS: LDO. MIGUEL ÁNGEL BENITO, LDO. JAVIER CAZALIS,
LDA. ANAMAR DOTHÉE, LDO. ERNESTO HERRERA, LDA. PILAR QUINTERO Y LDA. MARJORIE SOSA

ASISTENTES A LA COORDINACIÓN: HÉCTOR ACOSTA, NORMA FLORES Y YULEIMA FLORES

AUTORES DEL TEXTO: DRA. CAROLINA BESCANSA Y DR. MARIO ORTÍ

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO Y TESTIMONIO DE LOS APOYOS INSTITUCIONALES, PROFESIONALES Y PERSONALES RECIBIDOS	5
1. INTRODUCCIÓN	8
1.1. LA DEMANDA DE LA INVESTIGACIÓN, INSTANCIAS RESPONSABLES DE SU EJECUCIÓN	8
1.2. LOS OBJETIVOS DE ESTA ENCUESTA Y SU RELACIÓN CON LOS MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADOS	11
1.3. LOS DISCURSOS SOCIALES MÁS EXTENDIDOS SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS EN VENEZUELA	13
1.4. LA SALUD PÚBLICA COMO MARCO PARA EL ESTUDIO DE LOS HáBITOS DE VIDA Y EL CONSUMO DE DROGAS EN VENEZUELA	18
2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	21
3. LA SITUACIÓN GENERAL DE LA SALUD PÚBLICA EN VENEZUELA	33
3.1. LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD, EL MAPA DE LAS PATOLOGÍAS Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS	35
3.2. UTILIZACIÓN Y EFECTIVIDAD DEL SISTEMA SANITARIO Y ASISTENCIAL EN SUS DISTINTAS REDES	44
4. ESTRUCTURA FAMILIAR Y PROBLEMÁTICAS ASOCIADAS	50

5.	EL PROBLEMA DE LAS DROGAS Y LAS DROGODEPENDENCIAS	58
5.1.	PAUTAS DE CONSUMO DE TABACO	59
5.2.	PAUTAS DE CONSUMO DE ALCOHOL	65
5.2.1.	EL CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE LOS FINES DE SEMANA Y EN LA SEMANA	67
5.2.2.	PERCEPCIÓN DE LOS PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL	78
5.3.	EL CONSUMO DE DROGAS DE CARÁCTER ILÍCITO	80
5.3.1.	PERCEPCIÓN DE LAS CARENCIAS Y PROBLEMAS EXISTENTES EN LAS COMUNIDADES: INSEGURIDAD, TRÁFICO Y CONSUMO DE DROGAS	80
5.3.2.	PERCEPCIÓN DE LOS RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS	85
5.3.3.	EXTENSIÓN DECLARADA DEL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS	88
5.3.4.	INDICADORES INDIRECTOS Y ELEMENTOS DE COMPARACIÓN	100
5.4.	EL CONOCIMIENTO DE INSTITUCIONES ASISTENCIALES EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS	105
6.	RECOMENDACIONES BÁSICAS Y CONCLUSIONES TENTATIVAS	108
ANEXO I.	RESULTADOS DE LA ENCUESTA: TABLAS GENERALES PONDERADAS PARA EL TOTAL NACIONAL CRUZADAS POR GÉNERO, EDAD Y CLASE SOCIAL	
ANEXO II.	RESULTADOS DE LA ENCUESTA: CUESTIONARIO-INSTRUMENTO CON LOS MARGINALES CORRESPONDIENTES AL TOTAL NACIONAL PONDERADO	
ANEXO III.	RESULTADOS DE LA ENCUESTA. FORMATO CD. CONTENIDOS:	
	1. INFORME EN FORMATO ELECTRÓNICO (PDF)	
	2. TABLAS GENERALES PONDERADAS PARA EL TOTAL NACIONAL CRUZADAS POR GÉNERO, EDAD Y CLASE SOCIAL (EXCEL)	
	3. CUESTIONARIO-HERRAMIENTA CON LOS MARGINALES CORRESPONDIENTES AL TOTAL NACIONAL PONDERADO (PDF)	
	4. MATRICES DE DATOS PARA EL TOTAL NACIONAL PONDERADO (SPSS) MATRICES DE DATOS PARA CADA UNO DE LOS 24 ESTADOS DEL PAÍS (SPSS)	

AGRADECIMIENTO Y TESTIMONIO DE LOS APOYOS INSTITUCIONALES, PROFESIONALES Y PERSONALES RECIBIDOS

SIRVAN ESTAS PÁGINAS INICIALES PARA DAR CUENTA DEL APOYO RECIBIDO POR DISTINTAS INSTITUCIONES, ORGANISMOS Y PERSONAS SIN CUYA COLABORACIÓN LA EJECUCIÓN DE ESTA ENCUESTA HABRÍA SIDO IMPOSIBLE. HAN SIDO MUCHAS LAS PERSONAS QUE NOS HAN AYUDADO Y DESDE MUY DISTINTOS ÁMBITOS Y, AUNQUE ES SEGURO QUE FALTARÁ ALGUIÉN, NO QUEREMOS MENOS QUE TRATAR DE TESTIMONIAR LA AYUDA Y EL SOPORTE RECIBIDO.

EN UN PRIMER NIVEL INSTITUCIONAL, RESULTA IMPRESCINDIBLE COMENZAR AGRADECIENDO LA COLABORACIÓN Y APOYO PRESTADO POR D. LUÍS HORACIO CORREA, PRESIDENTE DE LA CONACUID, SIN CUYO RESPALDO HABRÍA SIDO IMPOSIBLE LLEVAR A CABO ESTE TRABAJO. ASÍ TAMBIÉN QUEREMOS TESTIMONIAR EL TRABAJO Y LA DEDICACIÓN DE LA DRA. LILIAM GARCÍA, PRESIDENTA DE LA MESA TÉCNICA DE LA CONACUID CONSIGNADA PARA EL SEGUIMIENTO DE ESTE PROYECTO. LA DRA. MILDRED MOREAU, DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA CONACUID Y SECRETARIA DE LA MESA TÉCNICA, HA COLABORADO DESDE UN PRIMERO MOMENTO DE MANERA FUNDAMENTAL REALIZANDO IMPORTANTES ESFUERZOS DESTINADOS A CONDUCIR ADECUADAMENTE ESTA INVESTIGACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA INSTITUCIONAL. ASÍ MISMO, VAYA NUESTRO RECONOCIMIENTO A LA LDA. DILSIA PERDOMO, PRESIDENTA DEL OBSERVATORIO VENEZOLANO DE DROGAS (OVD) Y ACTUAL RESPONSABLE DEL DEPARTAMENTO DE DOCUMENTACIÓN DE LA CONACUID, LAS DRAS. RHAIZA GONZÁLEZ Y DRA. EVELYN RINCÓN, LDA. ZAIDA MARTÍNEZ, LDA. ALEJANDRA SANTANA Y TODAS LAS PERSONAS QUE DESDE LA CONACUID HAN APOYADO Y COLABORADO EN EL DESARROLLO DE ESTE PROYECTO.

POR SU PARTE, EL PERSONAL DE LA DELEGACIÓN DE LA COMISIÓN EUROPEA EN VENEZUELA HA COLABORADO DE FORMA DECISIVA EN LA CONDUCCIÓN DE ESTE TRABAJO, MOSTRANDO SU APOYO A TODOS LOS MIEMBROS DE ESTE EQUIPO DESDE SU CONSTITUCIÓN HASTA LA FINALIZACIÓN DEL PROYECTO. NUESTRO ESPECIAL RECONOCIMIENTO AL SEGUNDO SECRETARIO DE LA DELEGACIÓN, DR. GERALD HATLER, CUYA PRESENCIA CONSTANTE HA RESULTADO CRUCIAL EN MUCHOS MOMENTOS DEL PROCESO INVESTIGADOR. OTRO TANTO CABE DECIR DE LA LIDA. GINETTE ANGULO, ASÍ COMO DEL ASESORAMIENTO Y SOPORTE RECIBIDO POR EL PRIMER SECRETARIO NICHOLAS FOSTER, EL AGRAGADO LUIS RODRÍGUEZ PRIETO Y EL RESPALDO DEMOSTRADO POR EL ENCARGADO DE NEGOCIOS, DR. JEAN CHARLES FIEHRER.

HAN SIDO MUCHOS LOS EXPERTOS CONSULTADOS EN LAS DISTINTAS FASES EN LAS QUE SE ARTICULO ESTE TRABAJO. AUNQUE ES SEGURO QUE NO SERÁ POSIBLE DAR CUENTA DE LOS NOMBRES DE CADA UNO DE ELLOS, INTENTAREMOS AL MENOS MENCIONAR LA COLABORACIÓN Y EL TIEMPO DEDICADO POR ESPECIALISTAS COMO LOS DRS. LUIS ALFONZO BELLO, ORLANDO CARRASQUEL, JOSÉ FÉLIX RUÍZ, SIRET MALINKOF Y REINALDO ANGULO, ASÍ COMO POR LOS LDOS. HERNÁN ÁVILA, MOISÉS CARBALLO Y DEANA ALBANO. ASÍ MISMO, NO QUEREMOS DEJAR DE DAR CUENTA DE NUESTRO AGRADECIMIENTO A TODOS LOS MÉDICOS RESIDENTES, PERSONAL SANITARIO Y TRABAJADORES SOCIALES QUE NOS ATENDIERON CON PACIENCIA EN LAS DIVERSAS VISITAS REALIZADAS A CENTROS HOSPITALARIOS Y ASISTENCIALES EN CARACAS. VAYA TAMBIÉN DESDE ESTAS LÍNEAS NUESTRO RECONOCIMIENTO AL PERSONAL MÉDICO Y SANITARIO DEL AMBULATORIO DE ARAIRA (ESTADO MIRANDA) QUE NOS ACOGIÓ Y AYUDÓ CON GENEROSA AMABILIDAD.

POR ÚLTIMO, EL TRABAJO DE LOS ENCUESTADORES, LOS RESPONSABLES DE LOS EQUIPOS EN LA EJECUCIÓN DE LOS TRABAJOS DE CAMPO Y LOS SUPERVISORES HA CONSTITUIDO UNA DE LAS CLAVES FUNDAMENTALES EN LA BUENA CONCLUSIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN. ES NECESARIO SUBRAYAR EL ALTO NIVEL DE COMPROMISO QUE LA MAYORÍA DE LOS SUPERVISORES/AS, COORDINADORES/AS Y ENCUESTADORES/AS ESTABLECIERON CON ESTA ENCUESTA DESDE EL MOMENTO EN QUE SE LES HIZO ENTREGA DEL CUESTIONARIO. SON MUCHAS LAS DIFICULTADES QUE TODOS ELLOS Y ELLAS HAN TENIDO QUE SUPERAR EN LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTE TRABAJO. EN SU MAYORÍA, ASUMIERON CON ADMIRABLE VALENTÍA Y PROFESIONALIDAD LA PELIGROSIDAD INTRÍNSECA A UNA INVESTIGACIÓN DE ESTAS CARACTERÍSTICAS EN VENEZUELA. PERO QUERRIAMOS TESTIMONIAR NO SÓLO LOS PELIGROS AFRONTADOS -QUE HAN SIDO

MUCHOS- SINO TAMBIÉN LA PROFESIONALIDAD Y COMPROMISO CON EL QUE HAN RESISTIDO INTENSAS JORNADAS DE TRABAJO A MÁS DE 30 GRADOS DE TEMPERATURA, LARGOS VIAJES, CONTINUOS MADRUGONES Y CONDICIONES EN MUCHAS OCASIONES ADVERSAS Y DIFÍCILES. EL TRABAJO CONJUNTO, LA CONTINUA SUPERVISIÓN Y EL SEGUIMIENTO SOBRE EL TERRENO DE LOS EQUIPOS PERMITIÓ QUE HOY PODAMOS CONSIDERAR A MUCHOS DE ELLOS NO SÓLO COLEGAS SINO TAMBIÉN AMIGOS. AUNQUE EN EL LISTADO QUE SE PRESENTA A CONTINUACIÓN FALTARÁ ALGÚN NOMBRE, VAYA POR DELANTE NUESTRO PROFUNDO Y SINCERO AGRADECIMIENTO A TODOS ELLOS, A SU TRABAJO Y A SU VALOR.

EDGARDO MOYA, MARIO RIVERA, CHRISTIAN SÁNCHEZ, DEIVIS OROPEZA, FRANCISCO URBINA, GUZMANIA CARRERA, JAZMIN ZABALA, JONHY VENALES, MARÍA LOURDES MUÑOZ, NANCY CAMACHO, NORMA FLORES, YOHANA VELÁZQUEZ Y YULEIMA FLORES, TODOS ELLOS SUPERVISORES DE LOS EQUIPOS DE ENCUESTADORES Y SUS COORDINADORES.

SOFÍA CAMPOS, BRISANGEL MATA, ALEXANDER NORIEGA, CECILIA RAMÍREZ, BEATRIZ GUEVARA, CARLOTA JIMÉNEZ, OSIRIS TACHE, NELLY GRADOS, SABINA LOSADA, AGNNY PÉREZ, YOSMARY ROMERO, YADI ROMERO, NELIDA MOSQUERA, HELEN QUINTANA, FLOR YANETH PEREZ, YDALY DE DA SILVA, DILSIA CASTILLO, NOPDELIS JIMÉNEZ, FERNANDO RODRÍGUEZ, IRENE HUDEC, MARY RODRIGUEZ, MARIA ROMERO, JOSÉ DAVID ROMERO, YELITZA MORENO, ENRIQUE CHIRINOS, JHONNY HERNANDEZ, NEYDA PEÑA, JOSÉ CARVAJAL, GERMÁN FLORES, EDULI ROMERO, ANTONIO MÁRQUEZ, KAEDELMARIS ROMERO, MARISELIS SOTO ROMERO, RAFAEL LOSADA, EMAR CARVALLO, JOEL BALZA, DIANA ZUPIANI, ZENIA OROZCO, DEYANIRA GONZÁLEZ, , LUISA RAMÍREZ, JOSÉ ANGEL VARELA, ELKIN BALLEEN, NIDDYA VALDUZ, CESAR CHACÓN, JESÚS RONDÓN, VENUS BARRIOS, AURITA GIL, MAIGUALIDA BARRIOS, OMALIS LÓPEZ, EDICTA MONTANA, SANDRA SUÁREZ, EGGLEE ORTIZ, MIRIAN SUÁREZ, JOSÉ LUIS TORRES, RENE DURAND, LIDICE REYES, EYMART CASTILLO, LUIS PITRE, DENNIS BARRADA, YIRLY ESTEVES, HONORIO ORELLANA, BIANCA FIGUEREDO, HÉCTOR TERAN, GIMY PEREIRA, ANA RANGEL, ELENA CASTELLANOS, NANCY DE CASTILLO, ADRIANA DE RAMÍREZ, ADRIANA PÉREZ, ALEJANDRA CASTILLO, NELMAR CÁCERES, MARIA TORRES, JESÚS CABRALES, ENDERVI PARRAL, CARLOS VILLA, RAYZA HERRERA, ALFREDO ROMERO, ALÍ CARDOZO, FANI SANCHEZ, ALBENIS SÁNCHEZ, FARIBIS ROJAS Y MARÍA PADILLA, ENCUESTADORES Y COORDINADORES DE LOS EQUIPOS EN TODO EL PAÍS.

INTRODUCCIÓN

1.1. LA DEMANDA DE LA INVESTIGACIÓN, INSTANCIAS RESPONSABLES DE SU EJECUCIÓN, FASES Y PLAZOS.

El informe que aquí presentamos expone y analiza los datos relativos a la *Primera Encuesta Epidemiológica a Hogares* cuyos trabajos de campo fueron ejecutados en todos los Estados de la República Bolivariana de Venezuela entre Octubre y Noviembre de 2005. La información compilada a través de esta encuesta abarca la situación general de la salud y la asistencia sanitaria en el país desde varias perspectivas, la extensión de ciertos hábitos de vida y alimentación, algunas prácticas de la vida cotidiana y el grado de extensión del consumo de drogas legales e ilegales en Venezuela.

Este estudio es el resultado de la ejecución de uno de los módulos en los que se articuló el *Proyecto de Prevención del Uso de Drogas en Venezuela* (VEN/B7-6210/98/0451), consistente en el suministro de fondos con financiación de la Unión Europea para

contribuir a la reducción del consumo de drogas legales e ilegales en el país mediante el fortalecimiento del Observatorio Venezolano de Drogas y su centro de documentación. Desde el punto de vista institucional, el Observatorio Venezolano de Drogas ha sido constituido en tiempo reciente como órgano radicado y dependiente de la Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de la Drogas (Conacuid), a su vez adscrita a la Presidencia de República Bolivariana de Venezuela. Dentro del marco de la Ayuda Exterior promovida por la Unión Europea, en la primavera del 2005 se suscribió un contrato entre el Ministerio de Relaciones Exteriores de Venezuela, a través de la Conacuid, y la consultora europea World Development Consultants (WDC) -en tanto que empresa ganadora del proceso de licitación llevado a cabo por la Unión Europea y la Conacuid- con objeto de proceder a la puesta en marcha de esta macro-encuesta. De acuerdo con los *Términos de Referencia* suscritos entre las partes, la consultora internacional WDC se encargó de conformar un equipo interdisciplinar de expertos europeos y venezolanos responsables del diseño y puesta en práctica del trabajo, así como de dotar al proyecto de los recursos materiales necesarios para su realización. Por su parte, la Conacuid constituyó un equipo técnico interdisciplinar paralelo en forma de mesa técnica, diseñada *ex profeso* a tales efectos que, desde un primer momento, ayudó y colaboró en el diseño de esta investigación y realizó el seguimiento de todas y cada una de sus fases. A su vez, la Delegación de la Unión Europea en Venezuela, a través de los representantes consignados a tal efecto, llevó a cabo su propio acompañamiento en coordinación con la mesa técnica de la Conacuid, colaborando con el equipo investigador siempre que fue necesario. A todos ellos, nuestro agradecido reconocimiento.

En este marco general y tras la necesarias rúbricas institucionales, a principios del mes de Julio de 2005 se iniciaron los trabajos destinados a la ejecución de esta encuesta. Como primera aproximación, cabe exponer de forma sucinta las principales fases del trabajo y sus períodos de ejecución:

<p>1. Aproximación cualitativa a la situación del consumo de drogas legales e ilegales en Venezuela. 14 <i>entrevistas abiertas</i> con expertos nacionales de diversas áreas implicadas en la cuestión y 5 <i>grupos de discusión</i> constituidos de acuerdo con perfiles socio-demográficos referenciales entre la población urbana y rural del país.</p>	<p>Julio/Agosto de 2005</p>
<p>2. Diseño del cuestionario y afijación final de la muestra nacional y de las sub-muestras representativas para cada uno de los Estados del país. Supervisión y aprobación del cuestionario por parte de la Conacuid y de los representantes de la Delegación de la Unión Europea en Venezuela.</p>	<p>Agosto/Septiembre de 2005</p>
<p>3. Entrenamiento de los encuestadores y formación de los equipos de supervisores. Puesta en práctica de una prueba piloto destinada al chequeo del funcionamiento del cuestionario.</p>	<p>Septiembre de 2005</p>
<p>4. Ejecución de 11.700 encuestas en todo el país. Primera supervisión (aprox.80%) y doble supervisión (aprox.60%) de los trabajos de campo.</p>	<p>Octubre/Noviembre de 2005</p>
<p>5. Informatización de los datos, depuración y tabulación.</p>	<p>Noviembre/Diciembre de 2005</p>
<p>6. Presentación del <i>Avance de Resultados</i> ante las autoridades designadas por la Conacuid y la Delegación de la Unión Europea.</p>	<p>Diciembre de 2005</p>
<p>7. Redacción, presentación, aprobación y edición del <i>Informe Final</i>.</p>	<p>Diciembre 2005/ Enero 2006</p>

1.2. LOS OBJETIVOS DE ESTA ENCUESTA Y SU RELACIÓN CON LOS MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADOS.

Partiendo del contexto investigador descrito, el objetivo central de esta encuesta fue definido institucionalmente como *el conocimiento de la extensión y características básicas del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas entre la población venezolana de 15 a 70 años de edad*. En este sentido, este trabajo vino a sumarse al conjunto de encuestas existentes sobre estas materias en la mayoría de los países europeos, Estados Unidos y algunos países las demás regiones del mundo.

La experiencia acumulada a través de este tipo de estudios y el propio conocimiento aportado por la sociología empírica como disciplina se encargaron de subrayar desde un primer momento las dificultades que un trabajo de este tipo debía afrontar, también en el caso de Venezuela. Dejando por el momento en un segundo nivel los rasgos específicos del caso, resulta imprescindible comenzar este informe apuntando algunas consideraciones metodológicas de tipo general sobre la relación que se establece entre un *objeto* de estudio de esta naturaleza y la encuesta distributiva como método para su conocimiento. A pesar del intenso desarrollo de la técnica de encuesta desde los años 40 hasta la fecha y la elaboración paralela de modelos estadísticos cada vez más complejos, la encuesta como herramienta posee límites que no cabe desconocer si aspiramos a interpretar *adecuadamente* los datos ofrecidos por este trabajo, y por todos aquellos que comparten este mismo *objeto* de estudio –u otros igualmente *delicados*- en otras sociedades.

El estudio del consumo del tabaco, del alcohol y, sobre todo, de las drogas ilegales mediante encuesta distributiva plantea problemas de partida que no pueden resolverse mediante la aplicación de las *buenas prácticas* de la investigación social en casi la

totalidad de los países del mundo en los que se hacen encuestas. Se trata de problemas anteriores, que tienen que ver con las imágenes, las identidades y los sistemas de sanciones sociales y legales que acompañan al consumo de drogas ilegales en la mayoría de las sociedades. Al igual que ocurre en relación a otro tipo de prácticas sociales -como la sexualidad o comportamientos legalmente tipificados como delictivos, por poner algunos ejemplos-, *la encuesta estadística a población general como método para el conocimiento de la extensión y tipo de consumo de drogas posee importantes limitaciones y, en muchos sentidos, no resulta la herramienta metodológica más adecuada para su estudio.* El grado en que la relación entre el *objeto* de estudio –el consumo de drogas- y el *método* -la encuesta distributiva- resulta *inadecuado* varía de una sociedad a otra, e incluso entre unos grupos sociales y otros en función de muchos factores, pero no debe perderse de vista que en la inmensa mayoría de los países las personas poseen *razones* (sociales, psicológicas, psicosociales, legales, etc.) para no declarar mediante encuesta la práctica de conductas social o legalmente tan sancionadas como el consumo de drogas.

Estas limitaciones son conocidas y, en este sentido, la mayoría de las encuestas distributivas realizadas en los países europeos o en EEUU sobre consumo de drogas han tratado de minimizar esta *falta de adecuación entre el objeto y el método* a través de diversos mecanismos. En ocasiones se introducen baterías de indicadores indirectos; otras veces los sociólogos se han apoyado en los cuestionarios auto-administrados cuya eficacia resulta hoy tan cuestionada. El propio diseño del cuestionario, la selección cuidadosa del lugar de la entrevista, la intensa formación de los entrevistadores, la intimidad de la situación o la insistencia en la confidencialidad de la información constituyen otros tantos aspectos convencionales de la práctica de la encuesta en los que se suele insistir con el fin de minimizar la *ocultación* o el *rechazo*. En este mismo sentido, cuando las circunstancias lo permiten, los estudios sobre la extensión y las formas del

consumo de drogas se llevan a cabo utilizando –también- prácticas y métodos de investigación social de tipo cualitativo que, si bien no pueden cuantificar la extensión del fenómeno, aportan información muy útil para una mejor comprensión de las principales representaciones sociales sobre las drogas en la sociedad de referencia, ayudan en la tarea de elaborar un cuestionario *lo más adecuado posible* y facilitan notablemente la posterior interpretación de los datos. *Sin embargo, por más que la adición de distintos métodos y prácticas de investigación mejore la calidad de los análisis, el problema de fondo queda sin resolver: la cuantificación y descripción del consumo de drogas mediante encuesta estadística en sociedades en las que existen sanciones sociales y/o legales importantes será siempre borrosa e imprecisa.* Es a partir de estas consideraciones desde donde nos proponemos abordar la presentación y el análisis de los datos obtenidos a través de este trabajo. Y es también, desde este mismo punto de partida, desde el que proponemos la interpretación contemporizadora de los datos compilados en otros países sobre sus consumos nacionales de drogas, tanto si en los informes correspondientes a esas encuestas se hacen explícitas estas consideraciones como si no.

1.3. LOS DISCURSOS SOCIALES MÁS EXTENDIDOS SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS EN VENEZUELA.

La aproximación cualitativa previa llevada a cabo por este estudio mediante las *entrevistas abiertas* con expertos y los *grupos de discusión* sirvió para identificar *grosso modo* los tópicos más extendidos en la sociedad venezolana en relación al consumo de drogas. Posteriormente, el desarrollo de los trabajos de campo de la encuesta distributiva y el análisis de los datos obtenidos han confirmado que, en líneas generales, los grados de permisividad y rechazo hacia las drogas en Venezuela varían notablemente. A modo

de primera aproximación, cabe señalar que, *en el caso del alcohol, a pesar de ser la droga cuyo consumo se encuentra más extendido en el país –o precisamente por eso- y a pesar también del alto número de problemas sociales, familiares e individuales asociados, es posible afirmar que existe un discurso de alta permisividad, transversal a todos los grupos sociales y con escasas diferencias en términos de edad, género o cualquier otra variable sociodemográfica al uso.*

Por lo que respecta a los cigarrillos, los límites estructurales a la extensión de la sociedad de consumo que caracterizan a las mayorías centrales de la sociedad venezolana parecen haber servido como mecanismo de contención. *En términos comparados, el consumo habitual de cigarrillos en Venezuela es bajo.* Sin embargo, en este caso, los datos obtenidos mediante encuesta sí parecen dibujar perfiles de riesgo de acuerdo con la variables sociodemográficas clásicas. Así, *mientras las tasas de consumo de alcohol se presentan transversales en lo social y los discursos sobre su consumo arrojan una alta y homogénea permisividad, no ocurre lo mismo con los cigarrillos ni con los tópicos discursivos asociados a su consumo.* Desde el punto de vista de la clase social existen diferencias reseñables: *fuman más y lo perciben de forma más normalizada más los que ocupan lugares de mayor supra-ordinación en lo social.* En este sentido, los niveles de rechazo y permisividad hacia el consumo de cigarrillos acompañan de forma consistente su práctica. Los datos describen pautas en las que *el consumo de cigarrillos está más equilibrado en términos de género entre las altas clases urbanas más favorecidas, mientras que no ocurre lo mismo en las mayorías más pobres del país* donde las mujeres fuman menos que los hombres. Sin salir de este ámbito y como hipótesis a verificar en futuras investigaciones, *el consumo de cigarrillos en Venezuela, a pesar de presentar una extensión comparativamente baja, pareciera encontrarse en una fase de expansión en lo social,* posiblemente porque es comprendido como signo de distinción, urbanidad y como

práctica vinculada al ocio entre amplios sectores de los grupos de riesgo más sensibles (jóvenes urbanos).

Por lo que respecta a las representaciones sociales más extendidas sobre el consumo de drogas ilegales, *las amplias mayorías centrales de la sociedad venezolana parecen vincular de forma estrecha las drogas ilegales y sus consumidores con las formas urbanas más habituales de marginalidad y la delincuencia*. En muchos de los países en los que las encuestas sobre consumo de drogas legales e ilegales se realizan con periodicidad se ha podido observar como la extensión continuada del fenómeno y la consolidación en el tiempo de ciertas pautas han dado lugar a redefiniciones colectivas de las principales representaciones sociales sobre las drogas, que en muchos casos se han ido desplazando desde los ámbitos de la inseguridad, la delincuencia, la marginalidad y la exclusión social hacia las áreas de la salud física y mental. La *normalización* del consumo de sustancias como los derivados del cánnabis en muchos países europeos estaría reubicando las representaciones sociales sobre las drogas en las esferas del ocio y la salud, sobre todo entre los grupos de edad más jóvenes. Sin duda, no es este el caso de los discursos sociales dominantes sobre las drogas ilegales en Venezuela.

Partiendo de los altos niveles de inseguridad existentes en el país y de la percepción del problema de la inseguridad en las calles como uno de los más graves en las comunidades –especialmente en los núcleos urbanos–, *las imágenes sociales más extendidas sobre el consumo de drogas ilegales están dominadas por el estereotipo del consumidor como una persona joven, varón, protagonista de actos violentos, causante directo de la inseguridad ciudadana e individuo abocado a la exclusión social y/o la muerte*. Sin embargo, *la información obtenida mediante esta investigación señala que, en términos comparados, el consumo de drogas ilegales en Venezuela es relativamente bajo*, también si los informes de Naciones Unidas de los últimos años han venido señalando a Venezuela como uno de los países más inseguros del mundo. Ahondando en esta cuestión, *los*

reportes policiales consultados sobre tasas de homicidios y agresiones señalan al alcohol como mediación cuantitativamente mucho más relevante que las drogas ilegales en la comisión de agresiones o asesinatos. Pero con independencia de ello, lo cierto es que los discursos sociales sobre las drogas ilegales en las mayorías centrales de la sociedad venezolana expresan niveles de rechazo e intolerancia muy superiores a los que recibe el alcohol, al margen de cuáles y cuántos sean sus efectos sobre las comunidades y las personas. Tanto los datos cualitativos como los cuantitativos parecen señalar que en Venezuela existe en estos momentos una disociación importante entre los discursos y tópicos más extendidos sobre las drogas ilegales y la dimensión cuantitativa y cualitativa de sus efectos sobre las comunidades y las personas.

En muchos sentidos, esta disociación no es específica del caso venezolano y ha caracterizado el discurso sobre las drogas ilegales de muchas sociedades del área europea en las fases previas a la gran generalización transversal del consumo de ciertas drogas ilegales de los años 80 y 90. Salvando todas las distancias y sin que esto signifique la anticipación de un modelo evolutivo linealmente idéntico, no cabe obviar que la experiencia de algunos países de la región europea desde los años 80 hasta la fecha ha puesto de manifiesto que la generalización de estereotipos e imágenes sociales de este tipo no ha contribuido en absoluto a la contención de la extensión del consumo de drogas ilegales en sus sociedades de referencia. Antes al contrario, *los estereotipos que describen a los consumidores de drogas como consumidores de drogas exclusivamente ilícitas, pertenecientes a grupos minoritarios e insertos en procesos de marginalización directamente vinculados a la delincuencia, han funcionado de manera inversa al permitir a la población general representarse a sí misma como población ajena al consumo de drogas y sus efectos.* A su vez, la generalización de estos estereotipos –de los que en muchas ocasiones también participan las autoridades públicas- inhibieron en su momento el desarrollo de programas de intervención y prevención destinados a los grupos adultos,

las mujeres, la población trabajadora, las clases medias acomodadas y todos los grupos sociales *aparentemente* situados fuera de los *perfiles de riesgo*.

Cabe añadir que, en muchos países europeos, la expansión del consumo de drogas legales e ilegales entre la población general se ha desarrollado en paralelo a la extensión e intensificación de la sociedad de consumo, sus prácticas características y sus representaciones dominantes sobre lo común. El alto ritmo de crecimiento económico registrado en Venezuela en los últimos años, las transformaciones en curso del mercado del trabajo y la fuerte urbanización del país hacen creer que, a pesar de los niveles comparativamente bajos de consumo declarado de drogas ilegales, estos se encuentran en una fase de expansión. Resulta evidente que sólo mediante el análisis diacrónico de datos en serie es posible verificar esta hipótesis. Sin embargo, de confirmarse, es previsible que el mantenimiento de estos estereotipos entre las mayorías centrales de todos los grupos sociales, lejos de contener la expansión del consumo de drogas ilegales, acabe amparándolo y colaborando -de forma indirecta- en su intensificación. En algunos países europeos, las imágenes y tópicos sociales sobre el consumo de drogas ilegales basados en la marginalidad y la delincuencia reforzaron representaciones distorsionadas de la realidad. Cuando, pasado el tiempo, la población general entró en contacto con el consumo de drogas ilegales sin que ello implicase su inserción en procesos de exclusión social, marginalidad o delincuencia, la expansión de estos consumos resultó mucho más difícil de contener y en muchos casos el uso de sustancias como los derivados del cánnabis, los estimulantes sintéticos de tipo anfetamínico o la cocaína se sigue incrementando año tras año. En la otra cara de la moneda, las características de la estructura social venezolana y el mantenimiento de muchas formas de *vida en comunidad* -con sus consiguientes mecanismos de control social- parecen estar operando como barreras en la contención de la extensión del consumo de drogas ilegales. Sin embargo, los datos cualitativos compilados por este estudio parecen estar señalando una

presencia cada vez mayor de las drogas ilegales en las formas habituales de ocio juvenil urbano, lo que estaría reproduciendo las pautas conocidas de expansión del consumo de drogas en la mayoría de los países europeos y en Estados Unidos, también si cuantitativamente su incidencia en Venezuela es, en estos momentos, mucho menor.

1.4. LA SALUD PÚBLICA COMO MARCO PARA EL ESTUDIO DE LOS HÁBITOS DE VIDA Y EL CONSUMO DE DROGAS EN VENEZUELA.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, el cumplimiento del objetivo central de esta encuesta -*conocer la extensión y características básicas del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas entre la población venezolana*- desaconsejaba por sí mismo el abordaje directo de la cuestión en la práctica de la entrevista. A su vez, la escasez de datos sobre la situación epidemiológica y social general de la población venezolana dibujaba un escenario cargado de incertidumbre. Inmediatamente se hizo palpable la necesidad de considerar seriamente los *costes de oportunidad* de esta marco-encuesta y la conveniencia de orientar la investigación no sólo hacia el estudio de la extensión y tipos de consumo de drogas sino también hacia el conocimiento del mapa epidemiológico del país, dando entrada a la cuantificación de otras realidades sociales y prácticas de la vida cotidiana cuyos rasgos básicos no habían sido estudiados hasta el momento desde una perspectiva cuantitativa y con un alcance nacional y estatal.

La contextualización de la investigación en un marco sanitario y social más amplio permitiría, por un lado, suavizar la presentación del tema ante los entrevistados, disminuyendo previsiblemente los niveles de ocultación y rechazo. Dado el alto grado de

sanciones sociales que rodean al consumo de drogas ilegales en el país, y la experiencia acumulada en otras investigaciones sobre este mismo tema, el diseño del cuestionario y la secuencialidad de los temas de la entrevista fueron elaborados con el máximo cuidado con el objetivo de minimizar la *ocultación* y la *no respuesta*. A posteriori, y en la medida en que es posible evaluar aisladamente la influencia del diseño específico de esta herramienta, cabe valorar muy positivamente los esfuerzos realizados en esa dirección.

Por otro lado, la contextualización del *objetivo* de la encuesta en coordenadas sanitarias y sociales más amplias permitió articular *interpretaciones más pertinentes de los datos relativos al consumo de drogas legales e ilegales*. Esta estrategia ha colaborado en la formulación de hipótesis interpretativas de mayor alcance y entendemos que *ha generado información de gran utilidad no sólo para el diseño de medidas destinadas a la prevención y tratamiento de las drogodependencias, sino también para afrontar con mayor conocimiento los procesos de toma de decisiones relativas a la asistencia sanitaria en el país y en cada uno sus Estados, la educación para la alimentación, la salud y la vida cotidiana, la educación sexual o la igualdad de géneros*, entre otros aspectos.

Al final de este informe se incluye a modo de Anexo el cuestionario completo de la encuesta distributiva y los marginales ponderados para el total nacional correspondientes a las 11.700 entrevistas realizadas en todo el país. Más allá de los resultados obtenidos, cuyo análisis ocupa el grueso de este informe, el diseño del cuestionario como herramienta quiso dar entrada a las siguientes cuestiones:

- Variables sociodemográficas convencionales y otras específicas: habitat, edad, sexo, nacionalidad y relación con el jefe de hogar. Número de hijos, edad del primer hijo y orfandad. Ubicación de la vivienda, tipo de vivienda, servicios de la vivienda y número de personas en la vivienda. Alfabetización, nivel y tipo de

estudios. Tipo de actividad laboral y sector de actividad. Nivel de ingresos de la unidad familiar y número de personas que participan en el ingreso familiar.

- Hábitos cotidianos, descanso y alimentación: horas de sueño diarias, esfuerzos físicos cotidianos, descanso cotidiano, prácticas de ocio y prácticas deportivas. Número de comidas diarias, tipo de comidas y consumo semanal de carnes rojas, pollo, verduras, frutas, dulces, refrescos y bebidas alcohólicas.
- Distribución de las tareas domésticas: elaboración de las comidas diarias, cuidado de los chamos y atención doméstica a enfermos.
- Patologías, enfermedades y lesiones actuales y pasadas.
- Asistencia sanitaria: cobertura de los seguros sociales públicos y privados. Tipo de asistencia sanitaria recibida en la última enfermedad personal o familiar y resultado de la atención sanitaria en función del tipo de institución sanitaria. Automedicación.
- Consumo de cigarrillos, alcohol y drogas ilegales: edades de inicio, prevalencia en los lapsos estandarizados y frecuencia en el consumo. Abandono y edad de abandono. Fumadores pasivos. Percepción de riesgo, de proximidad, niveles y medios de conocimiento y facilidad en el acceso al consumo de drogas. Vías de administración. Conocimiento y proximidad de instituciones dedicadas al tratamiento de las toxicomanías.

2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

2.1. EL DISEÑO TÉCNICO DE LA MUESTRA ESTADÍSTICA

La amplia muestra sobre la que se basa esta encuesta se encuentra compuesta por un total de 11.700 entrevistas distribuidas entre los 24 Estados que forman la República Bolivariana de Venezuela. De esa forma, el error para el total poblacional nacional se habría situado por debajo del 1% (0,92%), siendo del 3,54% si tomamos de forma separada los datos correspondientes a aquellos Estados poblacionalmente más *grandes* (Zulia, Miranda y Distrito Capital) en los que han sido aplicadas sub-muestras de 800 entrevistas. Por su parte, en aquellos Estados *intermedios*, en los que estas sub-muestras han tenido un tamaño de 500 entrevistados (caso de Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Lara y Táchira), su error específico es del 4,47%. Finalmente, el error muestral es del 5% en el caso de los 16 Estados restantes, cuyo *menor* tamaño poblacional nos ha llevado a representarlos con una muestra de solamente 400 individuos/hogares. En cuanto al nivel de confianza estadístico de los datos, se ha situado en un habitual 95,5%. Otro dato de interés es el bajísimo porcentaje de rechazo hacia la participación en la encuesta: menos del 1% de las personas que fueron invitadas a participar en la encuesta una vez que su hogar fue seleccionado rehusaron hacerlo por uno u otro motivo.

En este sentido, tanto la variedad de elementos abordados en el cuestionario como la amplia base muestral utilizada permiten seguramente el ofrecer resultados que, desde un punto de vista sociodemográfico, podrían incluso llegar a resultar en sí mismos complementarios a los de algunas de las principales fuentes estadísticas del país. Las fuentes estadísticas ofrecidas por el INE y otras instancias han constituido la base imprescindible en la preparación y diseño de las muestras empleadas, pero vaya por

delante nuestro interés en que los datos sociodemográficos generales brindados en este informe resulten objeto de explotaciones específicas.

La principal fuente estadística utilizada en la construcción de la muestra ha sido el Censo de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística durante el año 2001. De esta distribución, una vez aplicados los totales de población para cada Estado que se encuentra comprendida entre los 15 y 70 años, provienen los tamaños poblacionales que hemos adoptado tanto para los Estados como para las entidades de un nivel inferior como los municipios y parroquias.

Población total Venezuela - Censo INE 2001

Estado	Población
Amazonas	70.464
Anzoategui	1.222.225
Apure	377.756
Aragua	1.449.616
Barinas	624.508
Bolivar	1.214.846
Carabobo	1.932.168
Cojedes	253.105
Delta Amacuro	97.987
Distrito Capital	1.836.286
Falcon	763.188
Guarico	627.086
Lara	1.556.415
Merida	715.268
Miranda	2.330.872
Monagas	712.626
Nueva Esparta	373.851
Portuguesa	725.740
Sucre	786.483
Tachira	992.669
Trujillo	608.563
Vargas	298.109
Yaracuy	499.049
Zulia	2.983.679
Total nacional	23.052.559

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2005) *Censo de Población y Vivienda 2001*, I.N.E.

Las proyecciones sobre el total de la población venezolana apuntadas a partir de algunos de los porcentajes de respuesta obtenidos han sido construidas adoptando en cambio los datos más recientes de la actualización del Censo del INE que fue efectuada en 2002. Así por ejemplo, estos datos nos han permitido realizar el paso desde el 2,3% de encuestados que declaran haber probado alguna droga ilegal a lo largo de sus vidas, a los 370.000 venezolanos a los que esta proporción equivaldría sobre los aproximadamente 16.080.000 venezolanos entre 15 y 70 años que se encontraban censados en esta fecha.

Proyección población INE 2002

Estado	Población
Amazonas	102.421
Anzoategui	1.180.928
Apure	505.337
Aragua	1.532.489
Barinas	609.184
Bolivar	1.376.581
Carabobo	2.224.459
Cojedes	276.500
Delta Amacuro	148.539
Distrito Capital	1.977.544
Falcon	764.529
Guarico	659.450
Lara	1.635.806
Merida	769.188
Miranda	2.728.984
Monagas	615.418
Nueva Esparta	396.645
Portuguesa	875.765
Sucre	839.089
Tachira	1.060.539
Trujillo	594.014
Vargas	310.175
Yaracuy	539.536
Zulia	3.366.430
Total nacional	25.089.550

Hay que advertir que los datos para el total nacional que se ofrecen son el resultado de una adición ponderada de los correspondientes a cada una de las submuestras aplicadas en los 24 Estados de la R.B. de Venezuela. La utilización de diferentes tamaños muestrales en cada uno de ellos suponía ya un primer elemento de ponderación. Sin embargo resulta preciso terminar de corregir estos datos mediante la aplicación de unos coeficientes de ponderación que igualen el peso que la población de cada uno de los Estados tiene sobre el total nacional, con el peso relativo que le ha sido atribuido en nuestra muestra de 11.700 entrevistas divididas en 24 submuestras de, respectivamente, 800, 500 y 400 entrevistas. Los coeficientes que han sido utilizados para ello mediante su introducción en la matriz global de datos realizada en el programa informático SPSS son los siguientes:

Coeficientes de ponderación de la muestra nacional

Estado	Coeficiente de Ponderación
Amazonas	0,137
Anzoátegui	1,240
Apure	0,486
Aragua	1,460
Barinas	0,786
Bolívar	1,267
Carabobo	1,216
Cojedes	0,319
Delta Amacuro	0,156
Distrito Capital	1,156
Falcon	0,961
Guarico	0,790
Lara	1,568
Merida	0,901
Miranda	1,467
Monagas	0,902
Nueva Esparta	0,471
Portuguesa	0,914
Sucre	0,992
Tachira	1,000
Trujillo	0,766
Vargas	0,375
Yaracuy	0,628
Zulia	1,909

2.1. RASGOS GENERALES DE LA MUESTRA

Como hemos apuntado ya, la muestra obtenida representa —siempre dentro de sus respectivos márgenes de error y significación— la actual población venezolana comprendida entre los 15 y 70 años, si bien en principio excluyendo a la población indígena. Esta muestra puede ser caracterizada brevemente a partir de unos pocos rasgos básicos, los cuales ayudarán seguramente a realizar una primera contextualización de conjunto de la información proporcionada por la encuesta.

2.1.1. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

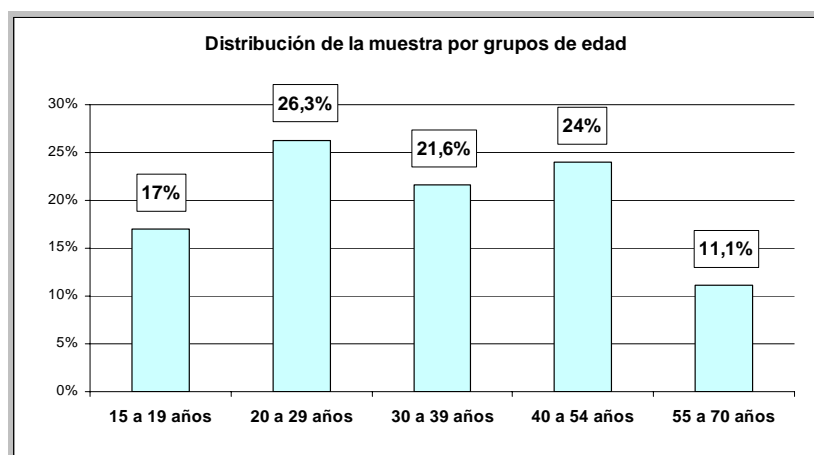
La muestra presenta una proporción casi idéntica de hombres y de mujeres. Predominan, muy ligeramente, las mujeres (50,5%) frente a los hombres (49,5%). En la población total de Venezuela esta proporción es de un 50,2% de hombres por un 49,8% de mujeres ¹. En este sentido, la muestra se aproxima mucho al conjunto de la población, existiendo sólo en una muy leve sobrerrepresentación de la población femenina en la misma.



¹ Datos de la Organización para la Alimentación y la Agricultura – FAO (2005).

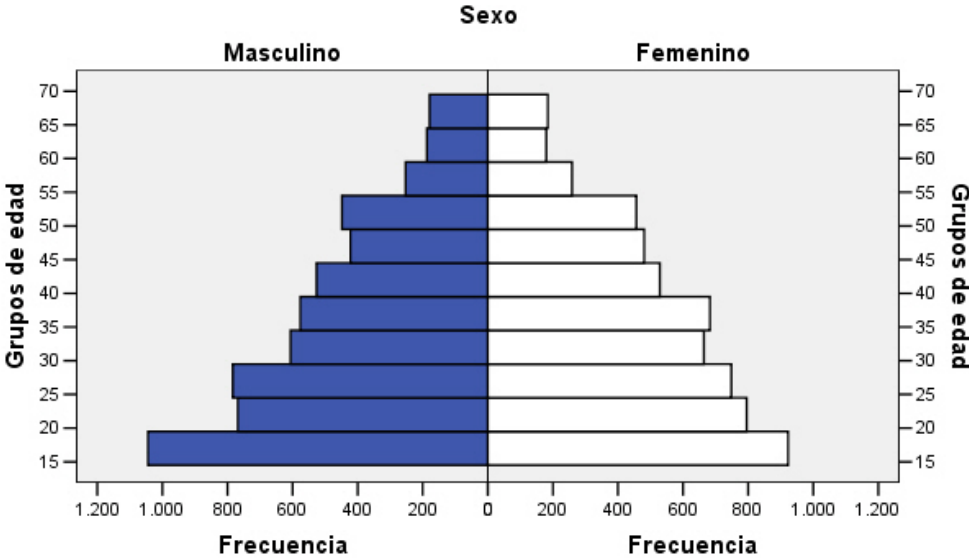
2.1.2. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

La población muestreada tiene una media de edad de algo más de 34 años. Sin embargo, en este caso no resulta pertinente en la misma medida la comparación con la edad de la población total de Venezuela dada la limitación de la población muestreable a las personas con una edad comprendida entre los 15 y los 70 años. Estas restricciones, derivadas de los propios objetivos del estudio, no impiden observar en la muestra uno de los rasgos más destacables de la estructura demográfica venezolana: la elevada proporción de jóvenes sobre el total de la población. Así, en el conjunto de habitantes de la República Bolivariana de Venezuela encontramos una distribución con un 33% de personas menores de 14 años, un 63% entre 15 y 64 años, y un reducido 4% de personas mayores de 65 años². Se trata, por tanto, de una población marcadamente joven cuyo modelo demográfico se encuentra alejado del de algunos países europeos o de Japón, los cuales se acercan ya a una distribución en "tres tercios" entre estos grupos de edad. Del mismo modo, comprobamos que la muestra de esta investigación también se caracteriza por la elevada proporción de personas jóvenes: un 43,3% de los muestreados tiene una edad menor de 30 años.



² Datos de la Organización para la Alimentación y la Agricultura – FAO (2000).

Este predominio en la muestra de los segmentos más jóvenes de la población, se plasma de una forma todavía más evidente si observamos cómo se distribuyen los encuestados dentro de una pirámide de población notablemente 'aguda', cuya base se ensancharía todavía más sin introdujésemos en ella la población menor de 15 años.



Pirámide de población de los elementos de la muestra

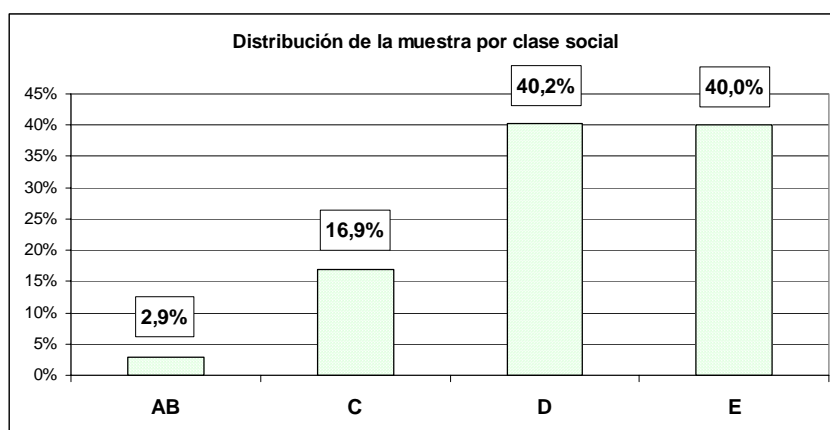
2.1.3. DISTRIBUCIÓN POR CLASES SOCIALES

Otro de los principales elementos de estratificación de los datos que se presentan es la clase social. Como ya se ha dicho, este parámetro ha sido operativizado a partir de una clasificación de uso frecuente en Venezuela: aquella que divide jerárquicamente a las capas sociales en cinco grupos diferenciados que son clasificados desde la A la E. Sin embargo, la reducida extensión cuantitativa que presenta especialmente la clase más

privilegiada (o "A"), nos ha llevado a asumir la convención de agruparla junto a la "B", reduciendo así en este caso la clasificación a cuatro grupos. Utilizando criterios semejantes a los manejados por el Instituto Nacional de Estadística y de acuerdo con las prácticas demoscópicas habituales del país, encuestadores y supervisores de los trabajos de campo han atribuido una clase social a cada uno de los individuos encuestados. De acuerdo con esta práctica, la atribución e identificación de la *clase social* ha utilizado como uno de sus criterios principales la observación del tipo de barrio o urbanización en que se encontraban los hogares, así como las características estructurales de las viviendas. Sin embargo, dado que muchas de las entrevistas han podido ser realizadas en el interior de las viviendas -y no solamente en su umbral- se ha podido acceder a conocer por observación otros elementos tales como su equipamiento. Esta información resulta también útil para la atribución de un determinado estrato social en la medida en que puede ser complementaria de aquellas sobre ocupación, renta, posesión de carros, etc. que han sido facilitadas por los encuestados como parte de las preguntas de tipo sociodemográfico recogidas en el cuestionario. Obviamente, y como toda reducción de la complejidad de las situaciones de privilegio o exclusión social que puede atravesar una persona o un núcleo familiar a una simple escala de cuatro o cinco posiciones, esta clasificación es susceptible de mejora, habida cuenta de las importantes aportaciones y debates existentes en relación a la configuración del elemento *clase*. A su vez, el trabajo de redefinición y ajuste de la variable clase se hace más urgente en la medida en que las reformas en marcha dentro de la sociedad venezolana produzcan cambios sociales capaces de redefinir las fronteras entre las *clases sociales*, al introducir elementos de moderación de la desigualdad social entre *propietarios* y *no propietarios* mediante la universalización del acceso a determinados bienes individuales y colectivos (alimentos de la canasta básica familiar, educación o asistencia sanitaria). En todo caso, como consideración general, esta clasificación en cuatro estratos sociales, a pesar de su

estatismo, parece —a rasgos generales— funcionar de una forma más o menos coherente, también si parece muy recomendable tratar de redefinirla y ampliarla.

De acuerdo con las grandes divisiones que caracterizan la estructura social venezolana y la magnitud de los grupos sociales situados en el ámbito de la pobreza, la muestra se encuentra compuesta en su gran mayoría por personas consideradas de clase baja. Siguiendo la estratificación propuesta por los distintos estudios previos, sólo un 2,9% de los encuestados pertenece a las clases sociales “A-B”, mientras que en el extremo opuesto otro 80,2% se agrupa en las clases “D” y “E”, las más pobres.



Asimismo, del análisis de las zonas a los que pertenecen los hogares encuestados, se desprende que la mayoría (hasta un 72% del total) reside en barrios o urbanizaciones con un marcado carácter popular. Esto es, bien la situación en extremo precaria de *barrios con escaleras, situados en quebradas o no consolidados* (limitada al 2,3% del total), bien en *barrios en plano y consolidados* (35%) o en *urbanizaciones populares con bloques o casas de interés social* (otro 35%). En principio, estos tipos de barrios y urbanizaciones son las habitualmente identificados con las clases sociales “D” y “E”,

mientras que las urbanizaciones correspondientes a las clases sociales media y media-baja reúnen a un 24,6% de los hogares encuestados. En el "vértice de la pirámide", sólo un 3,1% de los individuos de la muestra residen en urbanizaciones de clase alta, compuestas por quintas y apartamentos de lujo.

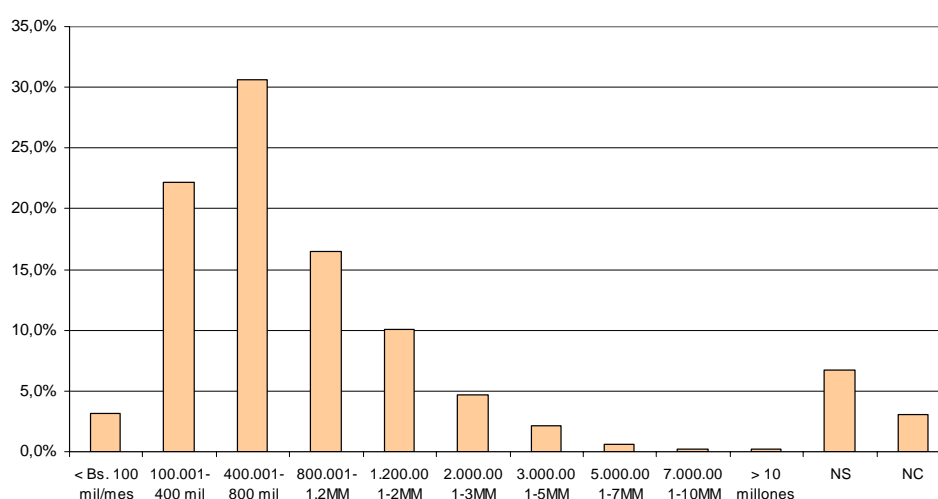
Los porcentajes recogidos en las siguientes tablas relativas al tipo de barrio/urbanización y de vivienda de los entrevistados pretenden dar alguna pista en la tarea de determinar hasta qué punto el criterio de clasificación en clases sociales coincide con la situación general de residencia en un determinado tipo de entorno o, por el contrario, se pueden estar produciendo situaciones de reenclasmamiento -o desclasamiento- en las que el hábitat de residencia no necesariamente coincidir con el grupo al que podemos considerar que el individuo pertenece.

TIPO DE BARRIO / URBANIZACIÓN	TOTAL	CLASE SOCIAL			
		AB	C	D	E
Barrios con escaleras, en quebradas, no consolidados	2,3%	0,0%	0,1%	0,7%	5,0%
Barrio en plano, consolidados	34,6%	0,0%	3,8%	16,0%	68,8%
Urbanización popular con bloques o casas de interés social	35,2%	2,7%	9,9%	61,3%	21,9%
Urbanización media baja con edificios o casas	14,2%	3,7%	29,8%	19,1%	3,5%
Urbanización media con edificios o casa	10,4%	12,9%	52,7%	2,4%	0,6%
Urbanización alta de quintas y apartamentos de lujos	3,1%	80,0%	3,6%	0,4%	0,1%
Otra clase	0,2%	0,8%	0,0%	0,1%	0,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

TIPO DE VIVIENDA	TOTAL	CLASE SOCIAL			
		AB	C	D	E
Rancho de láminas metálicas	2,0%	0,0%	0,1%	0,3%	4,6%
Rancho con bloques, ladrillos	21,0%	0,0%	0,7%	3,7%	48,5%
Refugios	1,2%	0,0%	0,1%	0,7%	2,2%
Casa tipo Inavi o Bloques populares	50,4%	1,5%	15,1%	77,6%	41,4%
Casa o apartamentos modestos	12,9%	6,0%	34,4%	14,7%	2,5%
Casa o apartamentos con comodidades	9,7%	17,3%	47,4%	2,5%	0,5%
Quintas y apartamentos de lujo	2,7%	75,2%	2,1%	0,3%	0,1%
Otra clase	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Los ingresos mensuales del hogar del entrevistado suponen otro de los criterios de estratificación social de la muestra, si bien sujeto siempre a las declaraciones de los encuestados y, por tanto, previsiblemente, a un cierto sesgo el ocultamiento de los mayores niveles de renta. El 71% afirmó haber recibido personalmente ingresos durante el mes anterior a la realización de la entrevista, siendo prácticamente insignificante la incidencia de la no-respuesta al realizar esta pregunta (0,2%). Como suele ser habitual, la no-respuesta se incrementó en cambio a la hora de indicar en qué intervalo se mueven los ingresos percibidos habitualmente por el hogar del encuestado. Casi un 10% del total prefirió no hacerlo, una proporción que tampoco resulta excesivamente alta. La distribución de ingresos obtenida sitúa a una mayoría de la población venezolana en edad laboral en unos niveles de renta mensual por hogar inferiores a dos veces el salario mínimo vigente en 2005 (400.000 bolívares). Según estos datos, el 62% de los encuestados que han comunicado sus ingresos familiares se encuentra en los tramos que irían desde los 100.000 bolívares hasta los que perciben entre 400.000 y 800.000 Bs. Casi otro 30% de la muestra se encuentra situado entre los 800.000 y los 2 millones de Bs., mientras que el restante 9% percibe más de 2 millones.

Ingresos declarados (Bs./ mes)



A su vez, y teniendo en cuenta la media declarada de 2,21 personas que contribuyen con sus ingresos al sostén de cada hogar, los ingresos promedio por persona quedarían situados en aproximadamente 422.281 bolívares. Al mismo tiempo, la renta disponible por persona puede ser aproximada a través del promedio de 5,3 personas que residen en cada vivienda, quedando en 176.083 Bs.

3. LA SITUACIÓN GENERAL DE LA SALUD PÚBLICA EN VENEZUELA

Las formas habituales de abordar el estudio de la situación de la salud pública en una sociedad se basan convencionalmente en la compilación y análisis de los reportes de las instituciones sanitarias y otro tipo de instituciones registrales existentes en el país. Normalmente estos informes se centran sobre todo en la cuantificación de la atención dispensada y el tipo de patologías registradas en los centros sanitarios, la natalidad, la mortalidad clasificada de acuerdo con los parámetros al uso, las estimaciones de la esperanza de vida, las tasas de crecimiento natural de la población, fecundidad, el número de centros, médicos y enfermeras por densidad poblacional y el análisis de variables sociodemográficas convencionales que suelen incluir indicadores sobre las condiciones socio-sanitarias de las viviendas e informaciones complementarias como los niveles de analfabetismo, formación, ingresos, etc. o la proporción de gasto público destinado a la salud. Afortunadamente, el esfuerzo conjunto realizado entre el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Bolivariana de Venezuela, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud a través de la Dirección de Información de Estadísticas Sociales (DISE), adscrita a la Dirección General de Epidemiología y Análisis Estratégico y otras instituciones colaboradoras, ha venido aportando en los últimos años información periódica sobre los indicadores básicos de salud en Venezuela de acuerdo con estos parámetros internacionalmente estandarizados³. A través de estos informes conocemos las principales causas de mortalidad registrada entre la población venezolana y contamos con indicadores más o

³ *Indicadores Básicos de Salud de la República Bolivariana de Venezuela*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dirección General de Epidemiología y Análisis Estratégico. Dirección de Información Social y Estadísticas. Centro Simón Bolívar. Portal: www.msds.gov.ve

menos ajustados de mortalidad infantil, número medio de hijos por mujer, esperanza de vida, condiciones de las viviendas y cobertura y acceso a los servicios sanitarios.

Otro tanto cabe decir del trabajo realizado por el Instituto Nacional de Estadística en colaboración con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Gracias a la colaboración y el esfuerzo de todos ellos, es posible acceder con facilidad al Atlas de Desarrollo Humano publicado en 2004 que ofrece una muy valiosa información para el conocimiento y comprensión de las condiciones de vida de la población venezolana, incluyendo inestimables indicadores sobre las condiciones de vida de las comunidades indígenas en el país. En gran medida, este Atlas supone un gran compendio de la información estadística existente en Venezuela, ordenada, analizada y presentada en serie histórica, y construida fundamentalmente a partir de los datos disponibles en los sucesivos Censos de Población y Vivienda y los Registros Administrativos de los años 1971, 1981, 1990 y 2001.

Los datos recogidos por esta investigación poseen características diferentes y en cierto modo *hablan* de cosas distintas. Como primera diferencia, se trata de datos relativos a la población general y no vinculados al sistema sanitario de forma directa. En este sentido, se recoge información sobre la salud de las personas con independencia del tipo de asistencia sanitaria recibida o no recibida y, en ese sentido, se diferencian sensiblemente de aquellos ofrecidos por los reportes institucionales. A su vez, se ha tratado de evaluar el grado de implantación de los seguros sanitarios públicos y privados, así como la calidad y deficiencias de los servicios sanitarios en función de esta misma dimensión. En gran medida, la aproximación cualitativa previa permitió identificar los principales problemas que padece el sistema sanitario venezolano y, en ese sentido, las preguntas formuladas en el cuestionario se orientaron a chequearlo en sus distintos niveles. Habida cuenta de las importantes transformaciones que se han producido en la red pública asistencial a través de la puesta en marcha de la Misión Barrio Adentro en sus distintas

fases y la diversidad resultante de instituciones sanitarias públicas, el cuestionario introdujo cada uno de los niveles específicos de atención con el fin de poder comparar los *resultados* efectivos de cada uno de ellos desde el punto de vista de los usuarios. Además de las diferencias existentes entre estos datos de encuesta y los registros sanitarios disponibles relativas a los métodos de compilación de la información, la información compilada por esta encuesta chequea las patologías más extendidas entre la población y el funcionamiento del sistema sanitario en sus distintos niveles con independencia de la gravedad de las enfermedades, también si es posible reconstruir ese tipo de datos a partir de ella.

3.1. LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD, EL MAPA DE LAS PATOLOGÍAS Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS.

Más allá de las dificultades que se derivan de la *comprensión* de las ideas de salud/enfermedad y la diversidad de conceptos encerrados en ellas, ante la pregunta formulada como *¿padece o ha padecido alguna enfermedad, accidente o lesión?* el 30% de los entrevistados respondió afirmativamente, mientras que el 70% restantes declaró no padecer ni haber padecido ningún tipo de enfermedad o lesión. Como resulta previsible, existen diferencias importantes en términos de edad y, en este sentido, la proporción de venezolanos que han padecido o padecen alguna patología se incrementa en paralelo a los años cumplidos. Así, mientras el 22% de los entrevistados de entre 15 y 19 declara estar o haber estado en alguna situación de este tipo, la proporción se eleva hasta el 37% entre los que tienen entre 40 y 54 años y crece hasta el 55% entre los que tienen 55 años o más.

Desde el punto de vista de la clase social, no aparecen diferencias importantes entre unas posiciones y otras. Es cierto que los pertenecientes a las clases AB parecen arrojar un porcentaje de patologías presentes o pasadas ligeramente inferior al resto, pero la proporción se estabiliza en el resto de los grupos, siendo las clases C y E las que ofrecen una mayor cantidad de enfermos pasados o presentes. Algo diferente ocurre con el género. Mientras el 28% de los hombres declara padecer o haber padecido alguna enfermedad o lesión, la proporción entre las mujeres crece hasta el 32%. En este sentido, el género también constituye una variable discriminante a la hora de analizar el tipo de enfermedades y la coincidencia de una o más en la misma persona. Es mayor la proporción de mujeres que sufren o han sufrido problemas de circulación, artrosis o problemas óseos y migrañas o cefaleas, mientras que ofrecen una menor frecuencia de lesiones resultado de todo tipo de accidentes o agresiones, hepatitis o enfermedades de la vista.

Al igual que ocurre con otros muchos indicadores, el grado de extensión de las patologías y lesiones en el país varía notablemente en función de los territorios de referencia. Habida cuenta de las importantes diferencias culturales y sociales existentes dentro de Venezuela, no cabe descartar que la *desigual* comprensión conceptual de cada una de las preguntas formuladas constituya una mediación relevante en la articulación de las respuestas por parte de los entrevistados. Pero más allá de ello, lo cierto es que la proporción de personas que declaran *padecer* o *haber padecido* alguna enfermedad, accidente o lesión llega casi a duplicarse entre los Estados que arrojan una mayor y una menor proporción de enfermos. Así, mientras en el Estado Amazonas dicen *haber padecido* o *padecer* alguna enfermedad, accidente o lesión el 19% de los entrevistados, la proporción crece hasta el 35-38% en Estados como Monagas, Sucre o Nueva Esparta. Cabe no desatender las diferencias demográficas entre los territorios en términos de edad como clave para la interpretación de estos datos, pero más allá de ello, es

previsible que las condiciones socio-demográficas de unos y otros espacios colaboren en la composición de este escenario.

SEC.III. P.12. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad, accidente o lesión?
- Cruzada por género, edad y clase social-

	<i>Total</i>	<i>Género</i>		<i>Edad</i>					<i>Nivel socioeconómico</i>			
	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>15-19</i>	<i>20-29</i>	<i>30-39</i>	<i>40-54</i>	<i>55 ó más</i>	<i>AB</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
Sí	29,7%	27,6%	31,7%	22,3%	21,6%	24,5%	36,7%	55,3%	27,9%	30,2%	29,0%	30,3%
No	70,2%	72,3%	68,2%	77,7%	78,3%	75,4%	63,3%	44,7%	71,7%	69,7%	70,9%	69,6%
NC	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	-	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%
TOTAL	100%	5796	5904	1988	3078	2527	2813	1294	335	1975	4706	4684

SEC.III. P.12. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad, accidente o lesión?

	Sí
<i>Amazonas, Carabobo, Cojedes, Delta Amacuro, Falcón, Mérida, Portuguesa y Yaracuy</i>	19%-25%
<i>Apure, Aragua, Barinas, Bolívar, Guárico, Lara, Miranda y Trujillo</i>	26%-30%
<i>Distrito Capital, Táchira, Vargas y el Zulia</i>	31%-35%
<i>Anzoátegui, Monagas, Nueva Esparta y Sucre</i>	36%-40%

Desde el punto de vista de la distribución de las patologías más frecuentes, los datos compilados por esta encuesta difieren en gran medida de los ofrecidos públicamente en los reportes relativos a los Indicadores Básicos de Salud provenientes del Ministerio de Salud y Desarrollo Social anteriormente citados. Entendemos que estas diferencias tienen que ver directamente con el *qué se está midiendo y de qué manera*. Mientras que los informes existentes dan cuenta básicamente de las causas de mortalidad registradas, el

indicador que ahora se presenta trata de reflejar el tipo de patologías más extendidas entre la población, desentendiéndose de la mortalidad.

En términos generales, cabe destacar la gran incidencia en todos los grupos de edad, género y clase social de las enfermedades relacionadas con el aparato circulatorio, que son las más frecuentes con notable diferencia. Su presencia se incrementa con la edad y, de forma significativa, las padecen en mayor medida las mujeres que los hombres. Resulta igualmente destacable la importancia de las enfermedades propias del aparato respiratorio (asma, bronquitis, tuberculosis, etc.), que parecen estar afectando en mayor medida a los grupos de edad más jóvenes y cuya importancia parece disminuir –al menos comparativamente- con la edad. Aunque su importancia en términos absolutos es menor, las enfermedades relacionadas con el aparato digestivo también parecen tener mayor incidencia entre los grupos más jóvenes que entre los adultos, si bien la variación no es continua y las diferencias entre unos y otros grupos de edad son menores y no se mantienen de forma progresiva. En el caso de las lesiones resultado de accidentes (de todo tipo), la variable que diferencia con mayor claridad unos grupos de otros es el género. Mientras las lesiones afectan al 14% de los hombres que ha declarado padecer algún tipo de enfermedad, esta proporción apenas supera el 3% en el grupo de las mujeres. El caso de las enfermedades óseas arroja resultados inversos. Los efectos de la maternidad sobre los procesos de descalcificación femenina a partir de cierta edad tal vez puedan ayudar a explicar que la proporción de mujeres que padecen este tipo de patologías sea el doble que el de los hombres. En todo caso, futuros análisis de los datos permitirán *explicar* e interpretar con mayor profundidad los datos aquí presentados.

Sin embargo, existen algunas cuestiones que no querríamos dejar de comentar habida cuenta de sus implicaciones para la salud de las personas y sus previsibles vinculaciones con prácticas sociales e individuales susceptibles de ser abordadas desde el ámbito de la educación para la salud y la alimentación.

SEC.III. P12.A. ¿Y qué tipo de enfermedad, accidente o lesión padece o ha padecido Usted?

-Pregunta filtrada sólo a los que declararon padecer o haber padecido algún tipo de enfermedad, accidente o lesión-
- Cruzada por género, edad y clase social-

	<i>Total</i>	<i>Género</i>		<i>Edad</i>					<i>Nivel socioeconómico</i>			
	%	M	F	15-19	20-29	30-39	40-54	55 o más	AB	C	D	E
Enfermedades del corazón	7,5%	7,0%	8,0%	4,4%	6,2%	5,5%	7,7%	11,9%	9,6%	8,1%	6,5%	8,2%
Circulación	24,6%	19,9%	28,4%	6,9%	12,8%	21,6%	29,3%	39,8%	22,1%	22,1%	25,0%	25,4%
Cáncer	1,3%	1,0%	1,6%	1,3%	0,9%	2,5%	1,3%	0,7%	4,2%	0,6%	1,7%	1,1%
Diabetes	6,4%	6,7%	6,1%	1,9%	2,0%	6,0%	8,7%	9,6%	7,6%	5,8%	6,7%	6,3%
Neumonía/Influenza	0,9%	0,9%	1,0%	1,6%	2,0%	0,8%	0,4%	0,7%	4,6%	2,0%	1,0%	0,3%
Otras aparato respiratorio: asma, bronquitis, tuberculosis, etc.	13,4%	12,8%	13,8%	29,6%	22,6%	13,5%	7,5%	4,9%	3,9%	12,6%	13,8%	13,8%
Hepatitis/Enfermedades del hígado	2,5%	3,7%	1,4%	4,4%	5,2%	2,1%	1,3%	1,0%	-	0,7%	2,9%	2,9%
Aparato digestivo	7,2%	6,9%	7,4%	9,1%	6,8%	8,4%	7,0%	5,7%	8,7%	7,9%	7,2%	6,8%
Artrosis / Enfermedades óseas	7,5%	5,0%	9,4%	3,6%	3,3%	5,4%	10,5%	10,4%	3,9%	8,6%	7,0%	7,7%
Enfermedades de la vista	2,8%	3,9%	1,9%	1,8%	2,5%	2,4%	2,7%	4,1%	-	2,9%	2,5%	3,2%
Dolores de cabeza	3,2%	2,0%	4,2%	3,5%	4,6%	3,6%	3,6%	1,0%	4,5%	2,1%	3,3%	3,5%
Lesiones por accidentes tránsito	4,0%	7,2%	1,5%	5,1%	6,5%	4,1%	3,4%	2,3%	9,6%	2,7%	3,9%	4,4%
Lesiones por accidentes de trabajo	1,2%	2,3%	0,3%	1,4%	0,6%	2,2%	1,6%	0,3%	1,0%	0,3%	2,1%	0,9%
Lesiones resultado de agresión	0,8%	1,5%	0,2%	1,0%	0,9%	1,4%	0,8%	-	-	0,6%	0,4%	1,2%
Lesiones otro tipo de accidentes	2,2%	3,2%	1,4%	5,0%	3,7%	2,0%	0,9%	1,5%	2,6%	2,4%	2,2%	2,1%
Psicológicas / Psiquiátricas	0,7%	0,4%	1,0%	0,2%	0,4%	1,2%	1,0%	0,4%	3,3%	0,9%	0,3%	0,9%
Dengue, paludismo, etc.	0,4%	0,7%	0,1%	1,3%	0,4%	-	0,2%	0,3%	-	0,3%	0,7%	0,1%
SIDA/VIH	0,0%	-	0,1%	-	0,2%	-	-	-	-	0,2%	-	-
Paperas, sarampión, varicela, enfermedades de la infancia	2,9%	2,5%	3,2%	3,7%	3,5%	2,4%	2,9%	2,1%	5,1%	5,7%	2,4%	2,0%
Otras	14,6%	14,5%	14,6%	15,9%	16,1%	16,9%	14,7%	10,5%	10,3%	17,6%	13,8%	14,3%
NS	0,6%	1,0%	0,3%	0,8%	0,8%	0,4%	0,2%	1,1%	-	0,6%	0,9%	0,4%
NC	0,4%	0,6%	0,2%	0,8%	0,4%	0,1%	0,5%	0,3%	2,5%	-	0,3%	0,5%
TOTAL	105%	1367	1687	368	543	541	936	666	75	520	1198	1262

Tomando como referencia la proporción de enfermos declarados de diabetes (6.4%) y los datos relativos a las prácticas alimentarias, cabe preguntarse hasta qué punto la diabetes, pero también una buena parte de las patologías relacionadas con el aparato circulatorio y el corazón, no se encuentran mediadas por el proceso de desestructuración de las formas de alimentación tradicionales. La proporción de diabéticos declarados en Venezuela se encuentra por encima de la media europea, en un nivel equivalente al de aquellos países de la región en los que esta enfermedad tiene una mayor incidencia. El porcentaje crece con la edad y es superior a la media (7.6%) entre la clase social más acomodada. Esta última cuestión es muy posible que esté relacionada con las condiciones económicas y culturales de acceso a la medicina diagnóstica. De ser así, es previsible que la proporción efectiva de diabéticos sea mayor que la que se ofrece en estos datos, no porque entendamos que se haya producido una dinámica de ocultación en la situación de la entrevista sino porque es muy posible que exista un alto número de diabéticos sin diagnosticar entre las clases sociales más subordinadas en la estructura social.

El registro obtenido de la proporción de diabéticos y la extensión de las enfermedades del aparato circulatorio como rasgos característicos del mapa epidemiológico de la sociedad venezolana -y de muchas de las sociedades urbanas contemporáneas de los países centrales del sistema mundial-, conducen forzosamente al análisis de los hábitos y prácticas alimentarias. La primera aproximación que esta encuesta llevó a cabo en relación a la alimentación consistió en preguntar la frecuencia diaria con la que las personas acostumbran a comer. En uno de los extremos de la orquilla propuesta, un 2.1% de los entrevistados declaró que acostumbraban a comer *una vez al día* y que, *en ocasiones, no comían nada a lo largo de toda la jornada*. En el otro, el 10% manifestaron comer habitualmente *más de tres veces al día*. Como valor más frecuente, casi el 60% dijeron comer *tres veces al día* como práctica habitual.

Aproximadamente el 20% de los venezolanos come normalmente dos veces al día. Indiscutiblemente, las condiciones de pobreza que sujetan a la mayoría de la población en el país constituyen el principal vector en la interpretación de estos datos.

SEC. III. P5. En general ¿cuántas veces acostumbra a comer al día?

	f	%	% acumulado
<i>A veces no come en todo el día</i>	49	0,4%	0,4%
<i>Una</i>	188	1,7%	2,0%
<i>Una o dos</i>	364	3,5%	5,1%
<i>Dos</i>	1.687	14,3%	19,6%
<i>Dos o tres</i>	1.397	11,8%	31,5%
<i>Tres</i>	7.052	58,8%	91,8%
<i>Más de tres veces al día</i>	960	9,5%	100,0%
<i>NS/NC</i>	3	0,0%	0,0%
<i>TOTAL</i>	11.700	100%	100%

Sin embargo, la mediación de la pobreza en estos hábitos alimentarios no debe entenderse únicamente en las limitaciones materiales en la frecuencia diaria de comidas. El análisis desagregado de los datos, tomando como variable discriminante la clase social, ofrece, en algunos casos, resultados sorprendentemente parecidos en términos de *frecuencia* entre los grupos más acomodados del país y los más pobres. Si bien el 22% de los pertenecientes a la clase E comen *dos veces al día o menos*, este porcentaje es del 17% para la clases AB y C. En gran medida, la pobreza está condicionando las prácticas alimentarias en términos de limitaciones al acceso a la comida, pero también desde el punto de vista de la educación para la alimentación y la salud. Esta interpretación resulta consistente con la descripción de los grupos de alimentos consumidos por la población y sus frecuencias. Aunque aparecen diferencias significativas entre las distintas clases sociales a la hora de describir la frecuencia con la que comen *frutas, carnes rojas (res o*

cochino) o *pollo*, las proporciones de consumo de *chocolates*, *galletas*, *refrescos* o *cervezas* se encuentran casi estabilizadas en todas las clases sociales, sin que sea posible achacar estas pautas a los precios y valor calórico y protéico de los distintos grupos de alimentos.

SEC. III. P5. En general ¿cuántas veces acostumbra a comer al día?

-Cruzado por clase social-

	% total	Clase AB %	% acumulado	Clase C %	% acumulado	Clase D %	% acumulado	Clase E %	% acumulado
<i>A veces no come en todo el día</i>	0,4%	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%	0,2%	0,2%	0,6%	0,6%
<i>Una</i>	1,7%	2,1%	2,1%	1,3%	1,7%	1,5%	1,7%	1,8%	2,4%
<i>Una o dos</i>	3,5%	2,4%	4,5%	2,7%	4,4%	3,1%	4,8%	3,3%	5,7%
<i>Dos</i>	14,3%	12,1%	16,6%	12,4%	16,8%	14,0%	18,8%	15,9%	21,6%
<i>Dos o tres</i>	11,8%	8,0%	24,6%	10,4%	27,2%	12,4%	31,2%	12,4%	34,0%
<i>Tres</i>	58,8%	66,6%	91,2%	63,3%	90,5%	59,9%	91,1%	58,8%	92,8%
<i>Más de tres veces al día</i>	9,5%	8,9%	100,0%	9,4%	100,0%	8,9%	100,0%	7,0%	100,0%
<i>NS/NC</i>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

SEC. III. P8. Me gustaría que me dijera, más o menos, si la semana pasada comió/bebió todos o casi todos los días...

-Cruzado por clase social-

	% total	Clase AB %	Clase C %	Clase D %	Clase E %
<i>Verduras</i>	66.2%	78,5%	72,7%	66,6%	62,2%
<i>Frutas</i>	43.5%	62,8%	51,0%	44,8%	37,7%
<i>Pollo</i>	38.4%	46,0%	42,6%	38,5%	36,0%
<i>Carne de res o cochino</i>	19.8%	27,8%	22,9%	20,6%	17,1%
<i>Chocolates, galletas</i>	25.8%	26,6%	29,6%	26,1%	23,8%
<i>Refrescos</i>	30.4%	31,4%	31,0%	30,6%	29,8%
<i>Cerveza</i>	4.0%	4,6%	4,5%	4,0%	3,8%
<i>Licores</i>	1.1%	1,6%	1,8%	1,0%	0,9%

A pesar de carecer de datos en serie sobre esta cuestión, es previsible que la extensión de las misiones gubernamentales Mercal y Proal -consistentes en la creación de redes de supermercados públicos con precios intervenidos y la generalización de casas de alimentación destinadas a dar almuerzo y merienda a aquellas personas en situación de máxima pobreza dentro de las comunidades- haya tenido efectos importantes en la *relativa normalización* interclasista del consumo de ciertos alimentos como puedan ser el *pollo* o las *carnes rojas*. La intervención pública de los precios de alimentos básicos como el café, la leche, el grano, el aceite, los huevos, el pan, la harina, el azúcar, el arroz o los cereales que se lleva a cabo en Venezuela, debe tener –forzosamente- efectos sobre los contenidos de la canasta alimentaria del país y, consiguientemente, sobre las prácticas alimentarias. Sin embargo, la ausencia de datos en serie hace difícil determinar el alcance y la intensidad de esta mediación.

En cualquier caso, lo que los datos de esta encuesta ponen de manifiesto es que, más allá de la pobreza entendida como limitación material al acceso a la comida, existen pautas de consumo de alimentos transversales a todas las posiciones de clase que favorecen el desarrollo de muchas de las patologías características de la población venezolana (problemas circulatorios y de corazón, diabetes, enfermedades del aparato digestivo) y cuya extensión podría estar vinculada a la ampliación de los grupos sociales con acceso a las formas de consumo alimentarias características de los países centrales de la economía-mundo (sirvan con ejemplo los indicadores relativos a consumo de galletas, chocolates, refrescos, cervezas o licores).

3.2. UTILIZACIÓN Y EFECTIVIDAD DEL SISTEMA SANITARIO Y ASISTENCIAL EN SUS DISTINTAS REDES

La red sanitaria y asistencial venezolana se encuentra inserta en un proceso de cambio cuyos resultados arrojan un saldo desigual en función del nivel y tipo de servicios dispensados. La inmensa mayoría de la población venezolana de entre 15 y 70 años carece de cualquier tipo de seguro médico público o privado (68%). En fechas recientes, la universalización de la gratuidad de las prestaciones sanitarias ha dejado parcialmente sin efecto esta mediación como condición previa al acceso a la sanidad pública y gratuita. Sin embargo, la aproximación cualitativa previa a la realización de la encuesta distributiva puso de manifiesto que en muchos centros sanitarios públicos el *tener* o *no tener seguro médico* (IVSS) sigue constituyendo, en la práctica asistencial, un criterio no escrito para la dispensa de atención, medicamentos o cualquier otra forma de servicio por parte de ciertos segmentos del personal sanitario. Como rasgo compartido, la medicina hospitalaria venezolana carece en muchas ocasiones de los insumos necesarios para dispensar la atención requerida. A menudo, los pacientes logran ser atendidos y diagnosticados, pero después no cuentan con los recursos económicos necesarios para afrontar el pago de los tratamientos. Otro tanto cabe decir de las dotaciones instrumentales de los grandes hospitales públicos, con frecuencia ausentes o no accesibles a los pacientes. Tomando como base los tópicos discursivos más extendidos -recogidos mediante la investigación basada en *grupos de discusión*-, las mayorías centrales de los grupos adultos urbanos explican esta situación como el resultado de los procesos de corrupción en los que estaría inmersa una gran cantidad del personal sanitario ocupado en estos grandes centros públicos. De acuerdo con este tópico, gran parte de este personal -cada cual en función de su nivel de acceso a los distintos

SEC.III.P10. ¿Tiene algún seguro médico público o privado?

-Cruzado por género, edad y clase social-

	Total		Género		Edad					Nivel socioeconómico			
	f	%	M	F	15-19	20-29	30-39	40-54	55 ó +	AB	C	D	E
No	7938	67,8%	66,6%	69,1%	66,9%	70,4%	71,0%	68,4%	56,0%	37,6%	52,0%	66,7%	77,8%
Si, me beneficio del IVSS de un familiar	1038	8,9%	8,6%	9,1%	10,8%	8,2%	7,3%	8,5%	11,5%	10,7%	10,0%	9,4%	7,7%
Si, tengo el IVSS	1012	8,6%	9,5%	7,8%	4,5%	7,5%	8,4%	10,2%	14,8%	6,9%	9,7%	9,9%	7,1%
Sí, tengo seguro médico privado	1371	11,7%	12,3%	11,2%	14,7%	11,3%	10,4%	10,3%	13,7%	38,2%	23,3%	10,9%	5,7%
Si, tengo IVSS y seguro médico privado	283	2,4%	2,5%	2,4%	1,8%	2,2%	2,6%	2,3%	3,8%	5,2%	4,4%	2,7%	1,1%
NS	53	0,5%	0,4%	0,5%	1,4%	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%	1,3%	0,6%	0,3%	0,5%
NC	4	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	-	-	-	0,1%	0,0%
TOTAL	11700	100%	5796	5904	1988	3078	2527	2813	1294	335	1975	4706	4684

insumos- estaría desviando los recursos y dotaciones ya hacia las clínicas privadas (instrumental quirúrgico y tecnología médica), ya hacia el mercado negro (medicamentos y materiales sanitarios), ya hacia el propio consumo personal o familiar (alimentos, ropa de cama, toallas, etc.).

Ya sea como resultado de este tipo de constricciones o como consecuencia de la ausencia de dotaciones, lo cierto es que casi el 45% de las demandas que recibe la medicina hospitalaria en Venezuela no encuentran respuesta. Otro tanto cabe decir de la medicina ambulatoria, si bien esta cuestión merece ser tratada de forma específica, dada la complejidad de redes superpuestas y los muy desiguales resultados en términos de resolución de demandas.

El proceso de transformación de la red sanitaria y asistencial en Venezuela se caracteriza, entre otras cosas, por la creación y extensión de nuevos centros médicos de atención primaria y familiar, que paulatinamente se están complementando con el desarrollo de una segunda red de centros de medicina diagnóstica y, de forma mucho más incipiente, por una tercera red clínica-hospitalaria. Se trata de centros sanitarios de nueva planta, insertos en las comunidades de acuerdo con un principio de máxima proximidad. La construcción de esta red -denominada en cada una de sus fases misión Barrio Adentro I (dispensario de medicina familiar), Barrio Adentro II (medicina diagnóstica) y Barrio Adentro III (medicina clínica-hospitalaria)- se está llevando a cabo en paralelo al mantenimiento de la red sanitaria pública pre-existente (ambulatorios y hospitales públicos). Esta situación dificulta la elaboración de un balance global sobre el sistema, puesto que los resultados en términos de *prestaciones exitosas* varían grandemente en función de las instancias sanitarias de las que se trate. Así, los buenos resultados obtenidos mediante la extensión y generalización de los servicios de medicina familiar (Barrio Adentro I) y diagnóstica (Barrio Adentro II), con proporciones de *asistencia y*

SEC.III. P9. Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre la salud. La última vez que estuvo Ud. enfermo/a, ¿qué hizo?

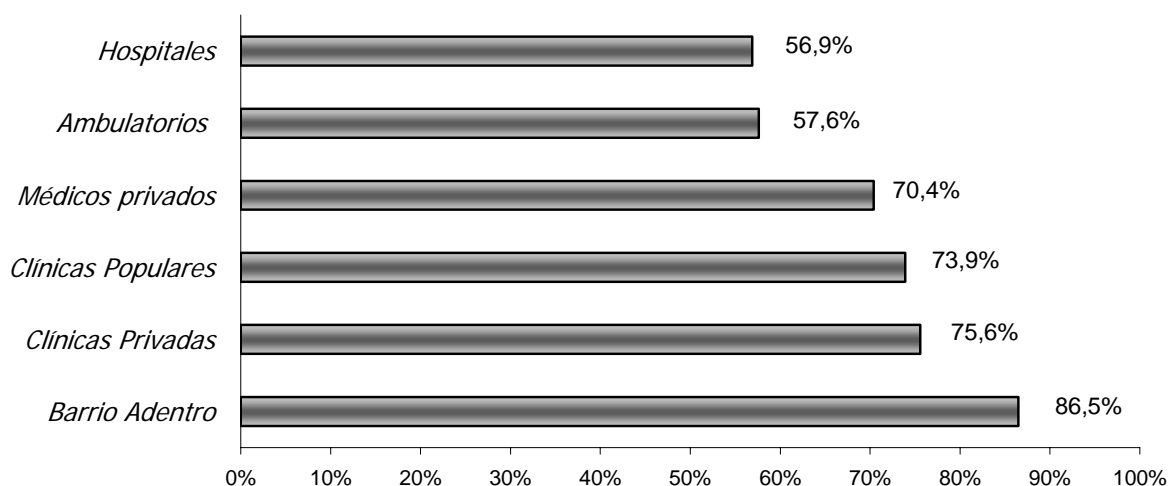
- Cruzada por edad y clase social-

-Respuesta múltiple-

	Total		Edad					Nivel socioeconómico			
	f	%	15-19	20-29	30-39	40-54	55 ó +	AB	C	D	E
Tomé los medicamentos que tenía a la mano	3235	27,7%	31,1%	30,5%	28,3%	24,6%	20,7%	33,4%	30,8%	28,1%	25,5%
Guardé reposo sin medicación ni consulta	777	6,6%	9,9%	7,4%	6,3%	5,3%	3,4%	7,3%	7,7%	6,9%	5,9%
Usé remedios caseros: guarapo, limonada caliente, té, cataplasma, etc.	632	5,4%	5,3%	4,9%	5,1%	6,1%	5,8%	3,4%	4,0%	5,9%	5,6%
Fui al Ambulatorio y conseguí los medicamentos	831	7,1%	7,4%	7,4%	6,5%	7,1%	7,1%	4,6%	6,4%	6,7%	8,0%
Fui al Ambulatorio y no conseguí los medicamentos	611	5,2%	4,7%	5,0%	6,0%	5,7%	4,0%	3,2%	3,6%	5,4%	5,8%
Fui a Barrio Adentro y conseguí los medicamentos	911	7,8%	5,7%	6,6%	8,4%	9,1%	9,6%	0,5%	3,5%	7,7%	10,2%
Fui a Barrio Adentro y no conseguí los medicamentos	142	1,2%	0,9%	1,0%	1,1%	1,5%	1,9%	0,2%	0,8%	1,1%	1,6%
Acudí a un Hospital y conseguí los medicamentos.	1253	10,7%	9,4%	11,9%	9,9%	10,5%	11,9%	7,0%	8,6%	10,8%	11,8%
Acudí a un Hospital y no conseguí los medicamentos	948	8,1%	7,3%	6,9%	9,5%	8,2%	9,1%	2,8%	6,2%	8,2%	9,2%
Consulté un farmacéutico/ enfermera	48	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%	0,6%	0,4%	0,5%	0,3%
Consulté a un médico privado y conseguí los medicamentos	617	5,3%	3,5%	4,5%	5,4%	6,5%	7,3%	13,1%	10,2%	5,0%	2,9%
Consulté a un médico privado y no conseguí los medicamentos	260	2,2%	1,4%	1,8%	2,6%	2,4%	3,4%	3,4%	3,3%	2,3%	1,6%
Fui a una Clínica Privada y conseguí los medicamento	579	5,0%	3,9%	5,1%	4,4%	4,6%	8,2%	14,0%	8,8%	5,0%	2,7%
Fui a una Clínica Privada y no conseguí los medicamentos	187	1,6%	1,1%	1,1%	2,0%	1,9%	2,1%	2,2%	2,3%	1,9%	1,0%
Acudí a una Clínica Popular y conseguí los medicamentos	51	0,4%	0,3%	0,5%	0,3%	0,4%	0,9%	1,3%	0,4%	0,4%	0,4%
Acudí a una Clínica Popular y no conseguí los medicamentos	18	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	-	0,2%	0,2%	0,1%
Acudí a un hierbatero	5	0,0%	-	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	-	-	0,1%	0,0%
No recuerdo haber estado enfermo/a	1073	9,2%	10,8%	8,9%	9,6%	9,2%	6,6%	9,9%	7,8%	8,6%	10,3%
Otras situaciones	68	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%	0,6%	0,7%	-	0,5%	0,7%	0,6%
NS/NC	280	2,4%	3,5%	2,3%	1,9%	2,3%	2,0%	0,9%	1,7%	2,4%	2,8%
TOTAL	11699	107%	1988	3078	2525	2813	1294	335	1975	4705	4684

tratamiento dispensados que superan el 85% se ven constreñidos por las limitaciones intrínsecas a su naturaleza primaria, forzosamente abocada a dirigir pacientes hacia una red hospitalaria pública cuyos resultados en términos de *asistencia con obtención de tratamiento* se sitúan por debajo del 60%.

Proporción de asistencia sanitaria con *obtención de tratamiento* en relación al total de las demandas declaradas a cada una de las instancias sanitarias más comunes
- Base del cálculo: SEC.III. P9-



Así las cosas, aunque la inmensa mayoría de las demandas de asistencia sanitaria se dirigen hacia sistema público, éste consigue abordarlas sólo de forma parcial. Estos fracasos pueden ayudar a explicar que aproximadamente un 25% de las demandas sanitarias se orienten hacia la red privada, también si una cuarta parte de esas demandas tampoco logra los tratamientos necesarios. Parece claro que la sanidad privada en Venezuela cuenta con capacidad para ofrecer servicios *no accesibles* en la medicina

pública, ya sea por una cuestión de plazos de diagnóstico o intervención, tratamientos o insumos. Pero una vez más esta capacidad se ve limitada por las propias constricciones económicas que sujetan a la inmensa mayoría de la población. Así, en muchas ocasiones, las personas realizan el esfuerzo económico de acudir a una consulta o clínica privada en busca de diagnóstico, pero después, cuando es necesario proceder a la compra/pago de los tratamientos, no disponen de los fondos necesarios para ello. Esto explica que el 30% de las demandas dirigidas hacia las consultas privadas de los especialistas no se vean seguidas del tratamiento necesario, siendo esta proporción del 25% para aquellos que acuden a una clínica privada. En casi la mitad de los casos en que se opta por canalizar hacia la medicina privada una *enfermedad grave* esto acarrea grandes sacrificios para la toda la unidad familiar, sin que parezca existir una alternativa con garantías dentro del sistema público.

SEC.III. P11.-¿Cómo hizo la última vez que Ud. o alguien de su familia tuvo una enfermedad grave, con riesgo de incapacitación y/o de muerte?

-Resultados sobre el total de los que recuerdan una enfermedad de estas características-

	Total	
	f	%
<i>Consiguió un tratamiento adecuado en los servicios sanitarios públicos</i>	2842	48,9%
<i>No consiguió un tratamiento adecuado por falta de insumos en los servicios públicos</i>	579	9,9%
<i>No existía tratamiento adecuado para esa enfermedad</i>	204	3,5%
<i>Consiguió un tratamiento adecuado en los servicios sanitarios privados con gran sacrificio económico</i>	600	10,3%
<i>Consiguió un tratamiento adecuado en los servicios sanitarios privados</i>	747	12,8%
<i>Otras situaciones</i>	160	2,7%
<i>No sabe</i>	236	4,0%
<i>No contesta</i>	434	7,4%
TOTAL	5802	100%

4. ESTRUCTURA FAMILIAR Y PROBLEMÁTICAS ASOCIADAS

La existencia de una mayoría de familias con niveles relevantes -mayores o menores- de desestructuración constituye una de las características básicas de la estructura social venezolana. Aunque la evaluación del alcance e implicaciones de estas situaciones familiares mayoritarias va más allá de las posibilidades de esta encuesta, -y mucho más allá de las de este informe-, parece importante señalar, al menos, algunos de los *síntomas* detectados a través de este estudio. La fragilidad de las unidades nucleares en el seno de las familias venezolanas es, sin lugar a dudas, un de los rasgos que comparten las amplias mayorías. Si bien no se recabaron datos en esta dirección, las parejas venezolanas son altamente *volátiles* y, ya sean matrimonios o uniones *de facto*, las uniones maritales poseen –mayoritariamente- una durabilidad limitada en el tiempo que pocas veces vincula a los cónyuges durante toda su vida adulta. Esto parece ser así con independencia de que esas parejas tengan o no hijos, cuestión que, unida a otros factores, colabora en la creación del clima de *inseguridad* que rodea a toda la estructura social del país.

Teniendo en cuenta de la *juventud* que caracteriza la pirámide poblacional del país, la proporción de personas de entre 15 y 19 años huérfanas de padre y madre es realmente muy pequeña. Menos de un 1% de los encuestados declaró ser huérfano de ambos progenitores. De hecho, acumulando los porcentajes de personas de esa misma horquilla de edad que declararon *no saber* si vivía alguno de sus ascendientes resultó algo mayor que las de los que se declararon huérfanos de padre y madre (0.8% frente al 0.7% de esas edades). A su vez, y siempre dentro de este mismo grupo de edad, la inmensa mayoría (86%) declaró que sus padres vivían.

SEC.I. P.5. ¿Viven sus padres?
-Cruzada por género y clase social-

	Total		Edad				
	f	%	15-19	20-29	30-39	40-54	55 ó +
<i>Si, viven padre y madre</i>	6578	56,2%	86,1%	80,0%	58,0%	29,8%	7,7%
<i>Sólo vive mi madre</i>	2546	21,8%	10,5%	13,4%	25,7%	35,7%	20,9%
<i>Sólo vive mi padre</i>	650	5,6%	1,9%	3,8%	7,1%	8,7%	5,5%
<i>No, ambos fallecieron</i>	1810	15,5%	0,7%	2,1%	8,1%	24,6%	64,5%
<i>Vive mi madre, mi padre no sé</i>	66	0,6%	0,6%	0,4%	0,5%	0,7%	0,6%
<i>Vive mi padre, mi madre no sé</i>	19	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%	0,1%	0,4%
<i>NS</i>	12	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	-
<i>NC</i>	20	0,2%	0,1%	0,1%	0,3%	0,1%	0,4%
TOTAL	11700	100%	1988	3078	2527	2813	1294

En cierto modo, estas proporciones de orfandad permiten descartar algunas hipótesis sobre la fragilidad manifiesta de los núcleos familiares en Venezuela. Así las cosas, es necesario buscar las explicaciones en otros ámbitos distintos al de una elevada mortandad parental. Tal vez una de las preguntas realizadas por esta encuesta que ha arrojado resultados más *sorprendentes* ha sido la relativa a si los entrevistados tenían o no hijos. Más allá de que la mayoría de los venezolanos tenga hijos y de que apenas el 6% de los encuestados mayores de 55 años haya declarado no tenerlos, la variable de corte que ha arrojado una diferenciación más acusada y no imputable a los ciclos vitales ha sido el género. Así, mientras el 58% de los hombres declaró tener hijos, esta

SEC.I. P.4. ¿Tiene Usted hijos?
-Cruzada por género y clase social-

	Total		Género		Nivel socioeconómico			
	f	%	M	F	AB	C	D	E
<i>Si</i>	7657	65,4%	58,0%	72,8%	52,5%	60,8%	64,7%	69,1%
<i>No</i>	4042	34,5%	42,0%	27,2%	47,5%	39,2%	35,3%	30,9%
<i>NS/NC</i>	1	0,0%	-	0,0%	-	-	0,0%	-
TOTAL	11700	100%	5796	5904	335	1975	4706	4684

proporción crece hasta el 73% de las mujeres, esto es, 15 puntos porcentuales de diferencia. Como es bien sabido, la diferencia poblacional entre hombres y mujeres apenas llega al 1%, por lo que no es posible achacar esta pauta a la existencia de más mujeres que hombres. Esta realidad obliga a formularse algunas preguntas sobre el *cómo* de la estructura familiar venezolana y las eventuales causas de tan marcada diferencia. Si bien esta encuesta no registró el número de cónyuges con los que los entrevistados habían tenido uno o más hijos, lo cierto es que esta cuestión merecería ser incluida en cualquier estudio presente o futuro destinado al conocimiento de la estructura social del país. Sin embargo, es posible apuntar algunas hipótesis. En Venezuela parece frecuente que una proporción no pequeña de hombres tengan –voluntaria o involuntariamente– hijos con distintas mujeres a lo largo de la vida. En este sentido parecen existir, además, ciertos tópicos discursivos que *legitiman* esta situación, ayudando así a consolidar y reproducir pautas de desestructuración familiar y favoreciendo el desarrollo de la *paternidad irresponsable*.

Los datos obtenidos mediante esta encuesta en relación a la edad en la que se ha tenido el primer hijo resultan, cuando menos, preocupantes, y plantean de nuevo importantes diferencias de género que, sin duda, colaboran en la definición de un escenario de mayor

SEC.I. P.4b. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primer hijo?
-Cruzada por género y clase social-

	Total		Género		Nivel socioeconómico			
	f	%	M	F	AB	C	D	E
14 o menos	137	1,8%	1,4%	2,1%	0,4%	1,1%	1,4%	2,5%
15 a 17 años	1086	14,2%	8,9%	18,3%	6,8%	7,6%	13,3%	17,9%
18 a 19 años	1616	21,1%	17,4%	24,0%	12,4%	16,1%	20,1%	24,4%
20 a 24 años	2711	35,4%	35,5%	35,3%	37,9%	39,6%	36,0%	33,2%
25 a 29 años	1371	17,9%	23,2%	13,8%	28,1%	22,9%	18,8%	14,7%
30 o más años	676	8,8%	12,8%	5,7%	13,0%	11,5%	9,6%	6,9%
NS/NC	60	0,8%	1,0%	0,6%	1,4%	1,2%	0,8%	0,6%
TOTAL	7657	100%	3361	4297	176	1200	3043	3238

marginalidad y exclusión para las mujeres. El 44% de las mujeres que tienen hijos en Venezuela declaró haber tenido su primer muchacho/a antes de los 20 años. En el caso de los hombres, esta proporción se sitúa en el 28%, lo que significa una diferencia de más de 15 puntos porcentuales entre hombres y mujeres. En términos de paternidad/maternidad precoz, la clase social también constituye una variable estructurante importante que opera en detrimento de los más pobres, pero género sigue siendo, en todos los casos, el elemento que condiciona en mayor medida la edad a la que se tiene el primer hijo.

Los efectos de unas pautas de maternidad y paternidad de este tipo son muchos y vinculan no sólo a los jóvenes implicados en estos procesos sino a toda la estructura familiar y, muy especialmente a las mujeres. La acumulación del trabajo doméstico se produce de forma transversal y el cuidado de esos chamos/as termina recayendo no sólo en las madres/padres sino también en las abuelas/os, tías/as, etc.

*SEC. IV. P.1.E. Voy a leerle una serie de cosas que algunas veces la gente acostumbra a hacer. Me gustaría que me dijera si las realiza a diario o casi a diario, algunos días por semana, de vez en cuando, si las ha hecho en el pasado pero ya no las hace o si nunca las hace ni las ha hecho el pasado: **Cuidar chamos/niños***

-Cruzada por género-

	Total		Género	
	f	%	M	F
<i>A diario / Casi a diario</i>	4970	42,5%	27,6%	57,0%
<i>Fines de semana / Algunos días por semana</i>	883	7,5%	8,8%	6,3%
<i>De vez en cuando / Ocasionalmente</i>	1417	12,1%	15,4%	8,9%
<i>Lo hice en el pasado pero ya no lo hago</i>	1334	11,4%	11,9%	10,9%
<i>Nunca lo hago ni lo hice</i>	2982	25,5%	35,0%	16,1%
<i>NS / NC</i>	113	1,0%	1,2%	0,7%
TOTAL	11700	100%	5796	5904

De acuerdo con los datos obtenidos mediante esta encuesta, el cuidado de los niños en Venezuela es una tarea netamente femenina que, lejos de repartirse de forma equitativa entre padres y madres, recae de forma significativa sobre las mujeres. Algo más del 55% del total de las mujeres entrevistadas –con independencia de que sean o no madres– declara que cuida niños/as a diario, mientras que este porcentaje no llega al 30% de los hombres. En la formulación retrospectiva de la pregunta, sólo un 16% de las mujeres declara no haberse encargado del cuidado de los niños en ningún momento de su vida, mientras que esta proporción es del 26% para los hombres.

Todos estos indicadores tomados en su conjunto dibujan un escenario en términos de maternidad/paternidad, género y distribución del trabajo doméstico verdaderamente alarmante y, aunque no es posible verificar esta hipótesis en estos momentos, no queremos dejar de señalar la importancia que una mediación como esta pueda tener en la generación del clima de *inseguridad social* que describe la estructura social en Venezuela. La generalización de los embarazos precoces, la maternidad/paternidad irresponsable y la situación de exclusión social femenina que se deriva de estas pautas – en combinación con otras, claro está– hacen urgente la puesta en marcha de medidas destinadas a prevenir la maternidad/paternidad precoz y a extender de forma intensiva la formación y acceso a los recursos necesarios en su prevención.

En conexión directa con esta cuestión, todos los indicadores sociales, epidemiológicos y económicos ponen de manifiesto el grado de exclusión sensiblemente mayor de las mujeres en la distribución de los recursos –económicos, laborales, sociales– en Venezuela. Las mujeres venezolanas participan en mucha menor medida que los hombres en el mercado de trabajo, también si los datos de esta encuesta revelan que poseen prácticamente idénticos –o incluso mayores– niveles de formación.

SEC.VI. P.3. Con respecto a su actividad cotidiana,
¿podría decirme a qué se dedicó durante las dos últimas semanas?
-Cruzada por género-

	Total		Género	
	f	%	M	F
Trabajo remunerado por cuenta propia o contratado por otros	5249	44,9%	59,7%	30,3%
Buscar trabajo/Diligencias para establecer su propio trabajo	1051	9,0%	12,1%	6,0%
Cesante aunque no buscó trabajo remunerado	142	1,2%	1,5%	1,0%
Asistir Centro de Enseñanza/Vacaciones escolares	1400	12,0%	11,5%	12,4%
Oficios del Hogar	2468	21,1%	1,3%	40,5%
Jubilado o pensionado	449	3,8%	4,4%	3,2%
Rentista	25	0,2%	0,3%	0,1%
Incapacitado para trabajar	120	1,0%	1,4%	0,6%
Otra situación diferente	676	5,8%	6,9%	4,6%
NS/NC	120	1,0%	0,8%	1,2%
TOTAL	11700	100%	5796	5904

SEC.VI. P.6. Durante todo el mes pasado ¿percibió Usted ingresos de algún tipo?
-Cruzada por género-

	Total		Género	
	f	%	M	F
Si	8315	71,1%	77,7%	64,6%
No	3369	28,8%	22,2%	35,3%
NS	9	0,1%	0,1%	0,1%
NC	7	0,1%	0,1%	0,1%
TOTAL	11700	100%	5796	5904

SEC.VI. P.4. ¿Realiza Usted en la actualidad algún tipo de estudios?
-Cruzada por género-

	Total		Género	
	f	%	M	F
<i>Si</i>	3394	29,0%	27,0%	31,0%
<i>No</i>	8304	71,0%	73,0%	69,0%
<i>NS/NC</i>	2	0,0%	0,0%	0,0%
TOTAL	11700	100%	5796	5904

SEC.VI. P.2. ¿Podría decirme el nivel de estudios terminado que posee?
-Cruzada por género-

	Total		Género	
	f	%	M	F
<i>Sin estudios</i>	216	1,8%	1,8%	1,9%
<i>Preescolar</i>	70	0,6%	0,5%	0,7%
<i>Alfabetización en Misión Robinsón</i>	96	0,8%	0,8%	0,9%
<i>Primaria</i>	3261	27,9%	27,6%	28,1%
<i>Misión Ribas</i>	619	5,3%	5,0%	5,5%
<i>Media</i>	5238	44,8%	45,8%	43,8%
<i>Técnico superior</i>	850	7,3%	7,6%	6,9%
<i>Universitario/ Profesional</i>	1327	11,3%	10,7%	12,0%
<i>NS/NC</i>	23	0,2%	0,2%	0,2%
TOTAL	11700	100%	5796	5904

En este sentido, y aunque los datos presentados son apenas una pequeña muestra del total de la información disponible, es necesario insistir en la situación de marcada exclusión diferencial en detrimento de las mujeres dentro de la sociedad venezolana. No cabe duda de que esta pauta no es exclusiva de Venezuela y se repite de forma significativa en prácticamente todas las sociedades tanto del centro como de la periferia de la economía-mundo. Sin embargo, la gravedad de la situación y la posibilidad de

implementar medidas que palien, al menos en parte, esta realidad nos llevan a sugerir la urgencia de la puesta en práctica de intervenciones destinadas –cuando menos- a reducir las proporciones de maternidad/paternidad precoz como primer mecanismo para la contención de las diferencias de género y, en igual medida, para paliar los elevados grados de desestructuración de la familia del país, con sus consiguientes efectos sobre la *seguridad colectiva*, la exclusión social, la educación y, también, el consumo de drogas.

5. EL PROBLEMA DE LAS DROGAS Y LAS DROGODEPENDENCIAS

Según hemos apuntado ya, la cuestión del consumo o la adicción a drogas ilegales debe necesariamente ser situada en el marco de los hábitos colectivos de vida y las prácticas vinculadas a la salud. Solamente la comprensión de los rasgos fundamentales de estas prácticas y hábitos para el caso venezolano puede permitir una contextualización adecuada de los datos relativos al consumo de drogas de carácter ilegal. Especialmente, dadas todas las dificultades mencionadas para abordar su estudio a través de una encuesta extensiva de tipo estadístico. Numerosos estudios parecen haber coincidido en este punto: las drogodependencias suponen un fenómeno cuya comprensión reviste un grado de complejidad que se resiste a una simple descripción cuantitativa externa de tipo exclusivamente "epidemiológico" y que, en cambio, requeriría de una interpretación concreta realizada sobre cada uno de los contextos sociales e históricos en los que se manifiesta.

En este sentido, nuestro propósito ha sido al menos el de abrir la puerta a esta interpretación, presentando algunos de los principales rasgos de la situación global en la que las drogas son percibidas, consumidas y a menudo también padecidas. Tengamos por tanto presente que el fenómeno en su conjunto resulta mucho más amplio que el consumo declarado de sustancias ilegales, los indicadores indirectos de exposición o conocimiento de las mismas o, también, la posible relación que los datos apuntarían hacia las problemáticas entrañadas por otras drogas de naturaleza legal como el tabaco o el alcohol. Se trata de situar todos estos datos en el marco de la situación social y de salud concreta de las personas en Venezuela.

5.1. PAUTAS DE CONSUMO DE TABACO

Al igual que en el caso de las drogas ilegales, la data obtenida indica que el consumo de cigarrillos por parte de los venezolanos es bajo si lo comparamos con el de otros países, tales como España y USA. No llega al 17% la proporción de personas que declaran fumar cigarrillos habitualmente *a diario o casi a diario*, siendo esta proporción claramente más alta para el caso de los hombres (20,9%) que para el de las mujeres (13%).

Frecuencia en el consumo de cigarrillos, por sexo

	Total		SEXO	
	f	%	M	F
A diario/casi a diario	1980	16,9%	20,9%	13,0%
Fines de semana/ algunos días x semana	133	1,1%	1,7%	0,6%
De vez en cuando/ ocasionalmente	390	3,3%	3,8%	2,8%
Los hice en el pasado pero ya no	787	6,7%	7,8%	5,7%
Nunca los hago ni los hice	8234	70,4%	64,4%	76,3%
NS/NC	176	1,5%	1,4%	1,6%
TOTAL	11700	100%	5796	5904

El consumo habitual es más acusado en las franjas de edad centrales (entre los 30 y los 54 años), y no muestra diferencias muy acusadas según la clase social, a pesar de que la clase AB declara un consumo habitual algo más elevado que el resto de clases, fundamentalmente en relación a la clase E.

Frecuencia en el consumo de cigarrillos, por grupos de edad

	Total		EDAD				
	f	%	15-19	20-29	30-39	40-54	55 ó +
A diario/casi a diario	1980	16,9%	8,4%	17,1%	18,4%	22,2%	15,2%
Fines de semana/ algunos días x semana	133	1,1%	0,5%	1,3%	1,1%	1,3%	1,4%
De vez en cuando/ ocasionalmente	390	3,3%	1,5%	3,5%	3,8%	4,2%	3,0%
Los hice en el pasado pero ya no	787	6,7%	1,8%	3,9%	5,1%	10,7%	15,4%
Nunca los hago ni los hice	8234	70,4%	86,7%	72,5%	70,3%	60,0%	63,1%
NS/NC	176	1,5%	1,1%	1,7%	1,4%	1,5%	1,9%
TOTAL	11700	100%	1988	3078	2527	2813	1294

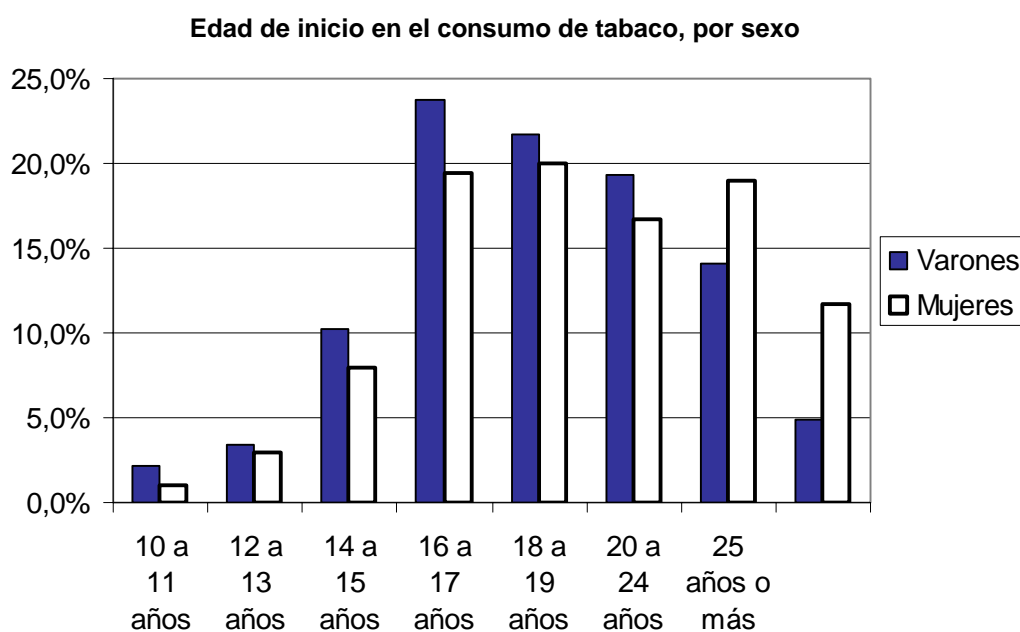
Frecuencia en el consumo de cigarrillos, por clase social

	Total		NIVEL SOCIOECONÓMICO			
	f	%	AB	C	D	E
A diario/casi a diario	1980	16,9%	19,2%	16,9%	15,8%	17,9%
Fines de semana/ algunos días x semana	133	1,1%	0,5%	0,7%	1,4%	1,1%
De vez en cuando/ ocasionalmente	390	3,3%	2,3%	3,2%	2,9%	3,9%
Los hice en el pasado pero ya no	787	6,7%	7,5%	6,2%	7,1%	6,5%
Nunca los hago ni los hice	8234	70,4%	68,5%	70,5%	71,2%	69,6%
NS/NC	176	1,5%	1,9%	2,5%	1,5%	1,1%
TOTAL	11700	100%	335	1975	4706	4684

Sí que es posible apreciar diferencias regionales, pues mientras hay entidades federales como Apure o Yaracuy donde aproximadamente sólo uno de cada diez habitantes declara ser fumador habitual (10% y 10,3% respectivamente), mientras que encontramos

regiones del centro-norte del país, con una mayor densidad de población y un mayor nivel de industrialización y urbanización, donde esas proporciones se duplican. Tal es el caso de Distrito Capital, Miranda, Vargas, Carabobo: en todos estos casos los fumadores habituales superan el 20% de la población.

La edad en la que los venezolanos que han tenido algún contacto con el tabaco -bien sean fumadores habituales, ocasionales o que ya han abandonado el consumo- es relativamente alta, situándose muy cerca de los 18 años; sólo el 3,6% no volvió a fumar en lo sucesivo. Sin embargo, la data revela que detrás de esa edad media algo elevada, la tendencia apunta hacia un paulatino adelantamiento en la edad a la que se comienza a consumir cigarrillos, pues un 45,5% de los hombres y un 39,4% de las mujeres señalan haber empezado a fumar entre los 14 y los 17 años. Lo que sí es cierto es que la pauta femenina en el comienzo de consumo de cigarrillos es algo más tardía que en el caso de los hombres, debido a que todavía un 19% de ellas empieza a fumar entre los 20 y los 24 años.



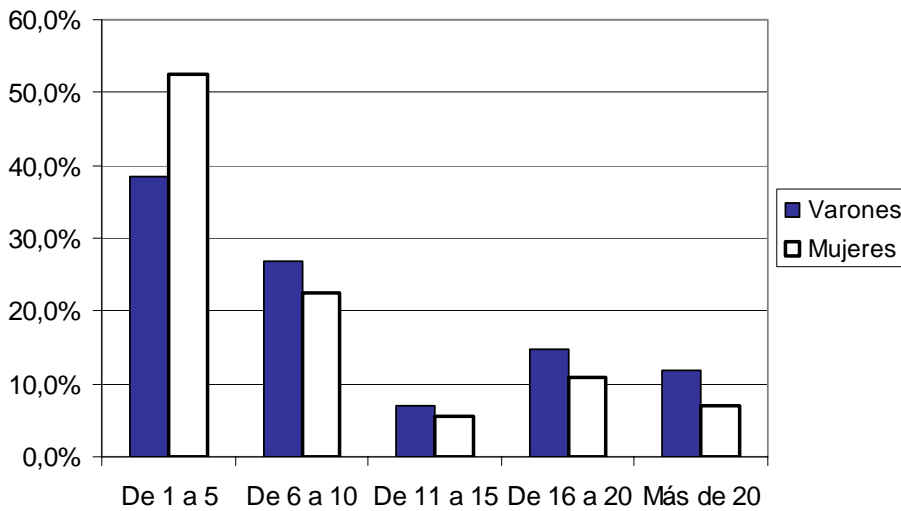
Desde el punto de vista de clase, la edad de comienzo en el consumo de tabaco se va retrasando fundamentalmente para la clase supra-ordinada, pues cerca de la mitad de los que son o han sido fumadores de AB (47,4%) consumieron su primer cigarrillo entre los 16 y los 19 años, siendo esta proporción aproximadamente diez puntos porcentuales menor para el resto de las clases.

El dato que corrobora el bajo consumo de cigarrillos entre los venezolanos es que sólo aproximadamente la quinta parte de la población mayor de 15 años y menor de 70 (21,3%) puede considerarse *fumador actual* (que ha consumido tabaco durante el último mes). Sin embargo, considerando conjuntamente el colectivo de personas que ha fumado alguna vez en su vida, no puede decirse que exista en el país una tendencia al abandono en el consumo: más de las tres cuartas partes de los fumadores venezolanos son *consumidores actuales*, una proporción ciertamente elevada, y todavía mayor en los hombres (77,4%) que en las mujeres (73,5%), lo cual contrasta fuertemente con la tendencia en sentido contrario que parece existir en España (62,3%) en 2003 y en USA (40,9%) en 2004. Es más, mientras en estos países la diferencia entre los que *han fumado en el último año* y los que *han fumado en el último mes* es de 5 puntos porcentuales en detrimento de los *actuales consumidores*, en el caso de Venezuela la proporción se mantiene prácticamente intacta.

Se puede decir que nivel de adicción al tabaco de los venezolanos que fuman o han fumado con alguna regularidad es moderado. Sin embargo, encontramos diferencias significativas en las pautas que al respecto se observan entre hombres y mujeres, ya que los primeros se muestran claramente más adictos al consumo de cigarrillos. Más de la mitad de las mujeres (52%) fuma menos de 5 cigarrillos al día y únicamente un 18% consume más de 15, lo cual contrasta con el 26,6% de varones que fuma más de 15 cigarrillos al día. Además, son las personas de más edad, fundamentalmente a partir de

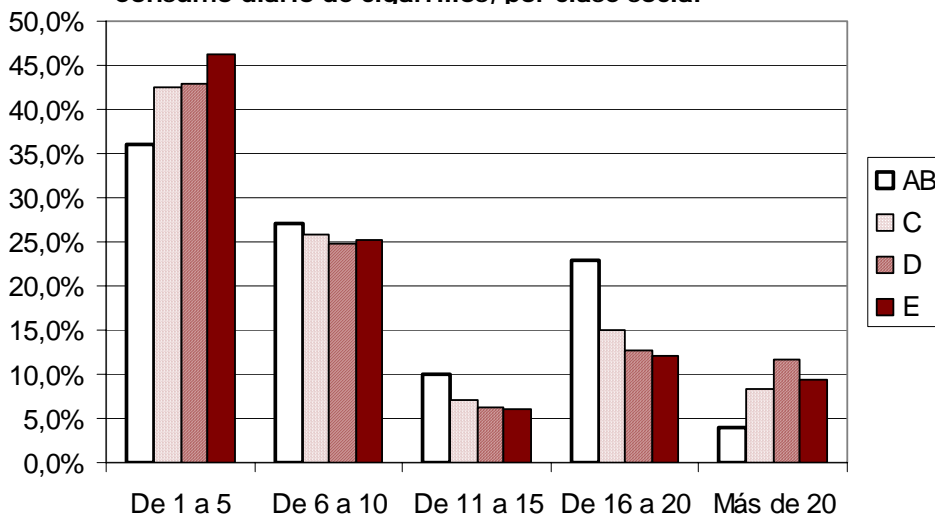
los 40 años, las que declaran fumar una mayor cantidad de cigarrillos diarios, llegando la anterior proporción al 32% para los venezolanos de más de 55 años.

Consumo diario de cigarrillos, por sexo



Otro dato relevante es que encontramos venezolanos más adictos al tabaco conforme vamos ascendiendo en la escala social ya que, la diferencia entre aquellos miembros de la clase AB que consumen más de 15 cigarrillos diarios, con respecto al mismo grupo de la clase E es de cinco puntos porcentuales.

Consumo diario de cigarrillos, por clase social



Edad a la que se dejó de fumar, por sexo y grupos de edad

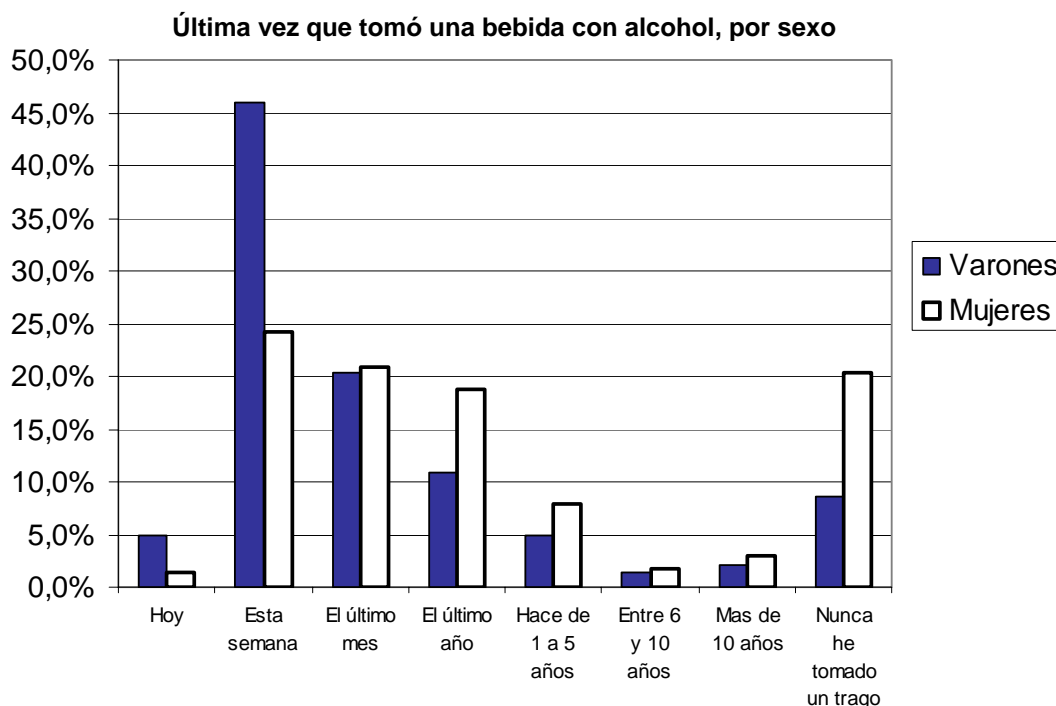
	Total		SEXO		EDAD				
	f	%	M	F	15-19	20-29	30-39	40-54	55 ó +
15 a 19 años	124	3,8%	3,8%	3,8%	15,7%	4,7%	2,6%	2,0%	1,7%
20 a 24 años	125	3,8%	3,9%	3,7%	1,4%	7,7%	3,3%	2,3%	2,7%
25 a 29 años	137	4,2%	3,9%	4,5%	0,9%	4,5%	5,1%	4,2%	3,9%
30 a 39 años	180	5,5%	5,2%	5,8%	-	0,2%	7,3%	8,1%	8,3%
40 a 49 años	159	4,8%	4,1%	6,0%	-	0,3%	0,9%	9,8%	9,6%
50 a 59 años	80	2,4%	2,4%	2,5%	-	0,2%	-	1,8%	13,1%
60 y más años	98	3,0%	2,9%	3,0%	2,1%	3,1%	1,9%	2,7%	5,7%
No lo ha dejado	2297	69,8%	71,3%	67,5%	77,8%	76,3%	77,1%	66,3%	50,9%
NS/NC	91	2,8%	2,5%	3,2%	2,0%	3,0%	1,8%	2,8%	4,0%
TOTAL	3291	100%	1984	1307	244	793	717	1085	453

Aparte del nivel de adicción, ello también podría explicarse por la mayor facilidad de las clases acomodadas respecto a las subordinadas para acceder al consumo de tabaco diario. Así podemos definir un perfil del gran consumidor de tabaco en Venezuela: hombre de clase social acomodada, de edad madura que, además habita en zonas más bien urbanas e industrializadas del centro-norte del país.

No obstante, la edad media a la cual los venezolanos dejan definitivamente de fumar es relativamente temprana (32,7 años), aunque parece que, mientras las mujeres que abandonan el consumo de cigarrillos se reparten casi equitativamente en las distintas franjas de edad –fundamentalmente entre los 25 y los 50 años–, una proporción considerable de hombres dejan de fumar entre los 30 y los 39 años en comparación con los restantes segmentos de edad.

5.2. PAUTAS DE CONSUMO DE ALCOHOL

Una vez analizados los hábitos de consumo de cigarrillos entre los venezolanos, veamos ahora las pautas que se manifiestan en el consumo de bebidas que contienen alcohol. Lo destacable en primer lugar es que la frecuencia con la que los venezolanos encuentran ocasiones para tomar bebidas alcohólicas es alta. Un 35% indica que la última vez que tomó una bebida que contenía alcohol fue a lo largo de la semana en la cual se le realizó la entrevista. Este porcentaje esconde realidades diferentes según el sexo de los encuestados, ya que mientras el 24,3% de las mujeres realizan tal declaración, los hombres casi duplican esa proporción (45,6%).

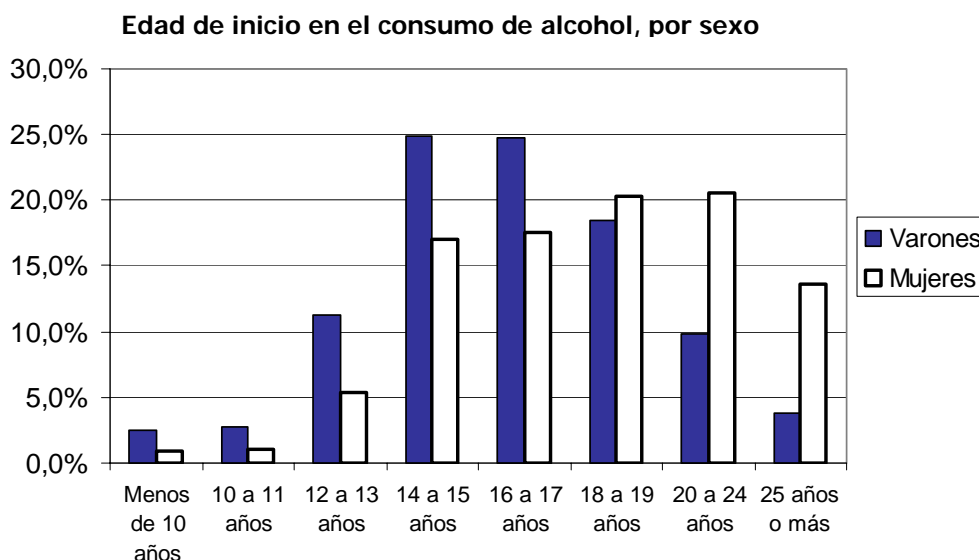


Las franjas de edad que en mayor medida manifiestan haber consumido alcohol a lo largo de esa semana se encuentran entre los 20 y los 39 años. Sin embargo, las pautas son similares (aproximadamente una quinta parte) independientemente del sexo y de la edad para aquellos que respondieron *a lo largo del último mes* (excepto para los mayores de 55 años, donde el consumo es cada vez menos frecuente). Para el caso de los abstemios totales, es decir, aquellos que nunca han tomado un trago en su vida, las diferencias por sexo son claras: un 20,4% de mujeres frente a un 8,6% de hombres. A pesar del elevado consumo de alcohol antes mencionado entre los jóvenes entre 15 y 19 años, son también, en buena lógica, el grupo más abstemio considerando las distintas franjas de edad (28% frente al 10% de aquellos que están en la veintena). Y conforme vamos desplazándonos desde la clase supra a la subordinada, el nivel de abstinencia aumenta: 10% de la clase AB frente a un 16% de la clase E.

Consumo reciente de alcohol, por sexo, edad y clase social

	Total		SEXO		EDAD					NIVEL SOCIOECONÓMICO			
	f	%	M	F	15-19	20-29	30-39	40-54	55 ó +	AB	C	D	E
Hoy	374	3,2%	5,0%	1,5%	1,6%	3,2%	3,6%	3,8%	3,8%	2,7%	2,8%	3,5%	3,1%
Esta semana	4094	35,0%	45,9%	24,3%	29,2%	42,0%	38,5%	33,7%	23,2%	42,5%	37,1%	34,7%	33,8%
Nunca he tomado un trago	1705	14,6%	8,6%	20,4%	28,2%	10,6%	11,0%	11,1%	17,6%	10,2%	12,0%	14,4%	16,2%

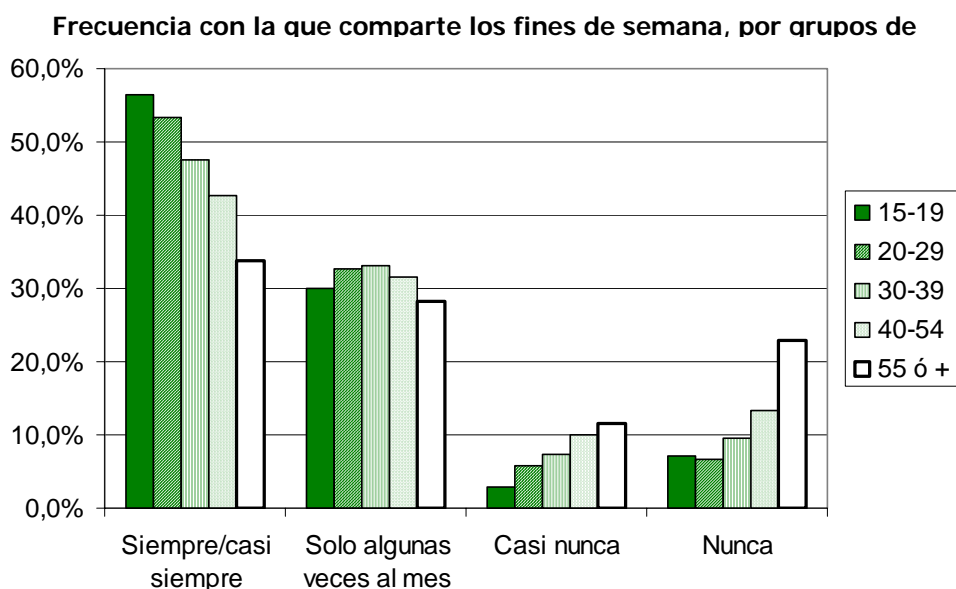
Los hombres comienzan a tener contacto con las bebidas alcohólicas alrededor de los 16 años de media, aproximadamente dos años antes que las mujeres. Y parece que ese primer contacto se está produciendo cada vez a una edad más temprana: un nada desdeñable 42% de los jóvenes entre 15 y 19 años señala haber consumido por primera vez una bebida alcohólica entre los 14 y los 15 años. También parece que el consumo se adelanta ligeramente para los encuestados que pertenecen a la clase AB comparativamente con el resto de clases sociales, fundamentalmente la E.



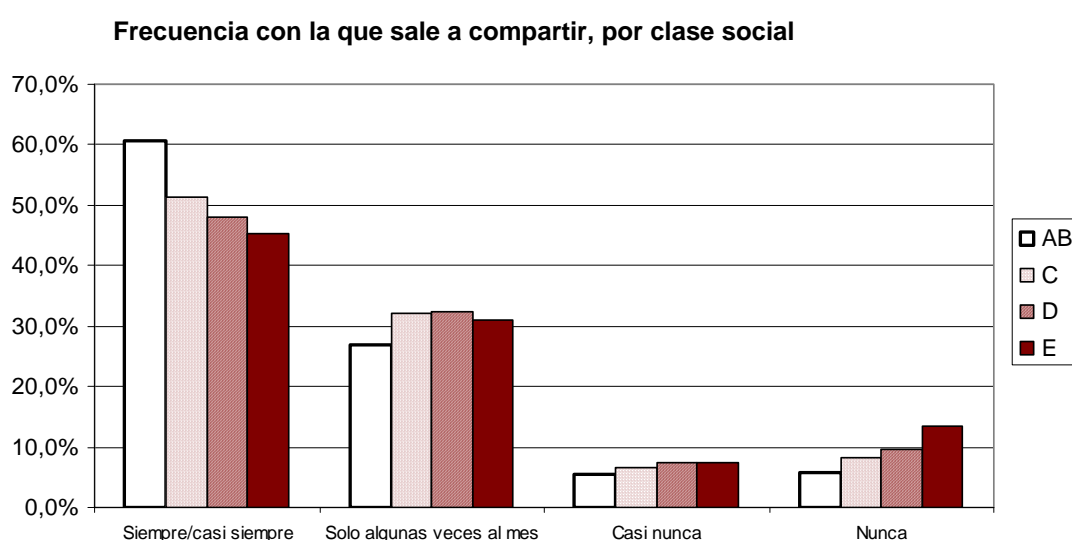
5.2.1. EL CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE LOS FINES DE SEMANA Y EN LA SEMANA

A diferencia de otros países, existe en Venezuela una amplia difusión de hábitos de ocio colectivo que tienen en buena medida relación con el consumo de bebidas alcohólicas. Efectivamente, el hábito de los venezolanos a salir a compartir con los amigos, familia o vecinos durante las noches de los fines de semana está bastante arraigado, pues casi la mitad (48%) lo hace *siempre o casi siempre*, proporción que se convierte en casi un 80% si añadimos aquellos que salen *algunas veces al mes*. Además, de entre aquellos que *nunca o casi nunca* salen los fines de semana, tan sólo un 32,8% reconoce *no haber tenido nunca esa costumbre*, mientras que el resto declara haber salido con alguna frecuencia en algún momento de su vida.

Si consideramos los sexos por separado, vemos que las mujeres suelen salir con menor frecuencia que los hombres (42,4% frente al 53,5% de hombres que salen *siempre o casi siempre*). Lógicamente, también se trata de un hábito relacionado con la edad: *la proporción de los que habitualmente salen las noches de los fines de semana es mayor cuanto más joven es la franja de edad considerada (56,5% para los jóvenes entre 15 y 19 años), y va descendiendo paulatinamente hasta llegar a la, no obstante, nada desdeñable proporción de personas de más de 55 años que salen siempre o casi siempre los fines de semana (33,8%).*



Igualmente, encontramos ciertas diferencias en este hábito según la clase social: no es sorprendente que la frecuencia de salidas durante las noches de los fines de semana se relacione directamente con el nivel socioeconómico, de manera que son los miembros de la clase AB los que declaran una mayor propensión a salir (10 puntos porcentuales por encima de la clase C, y 15 por encima de la clase E).



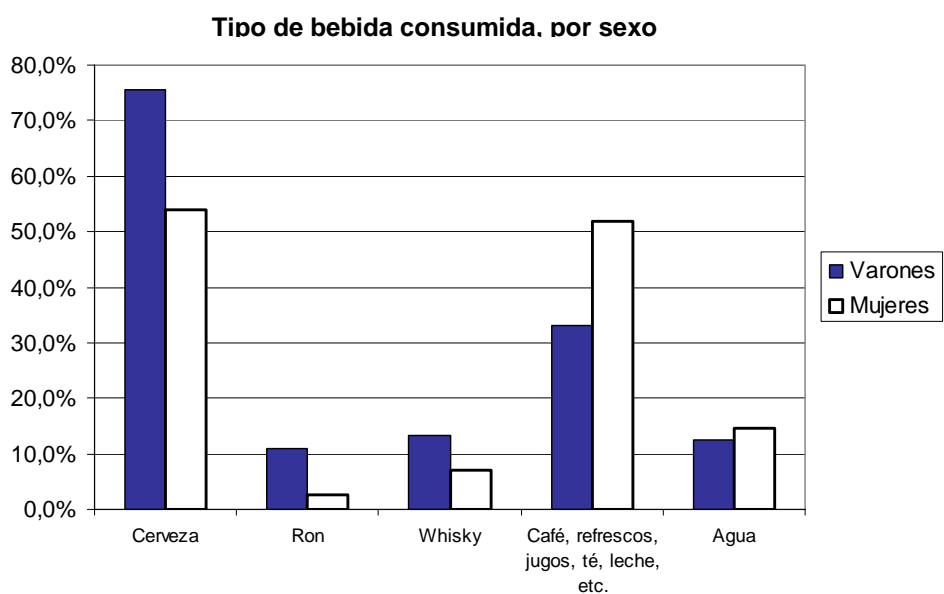
Hay que tener en cuenta que estas diferencias pueden deberse, no solamente a un problema de disponibilidad económica, sino en parte a la forma de interpretar la pregunta realizada, dado que quizá los miembros de las clases populares tiendan en mayor medida a “compartir” en sus propias casas, no identificando tanto esta actividad con la idea de “salir”. Curiosamente puede que ocurra a la inversa si consideramos las diferencias regionales, pues se observa que en los entornos más urbanos, con una mayor densidad de población, tales como Distrito Capital, Carabobo o Miranda, apenas el 40% de los encuestados declaran salir todos los fines de semana, mientras otras zonas como Amazonas, Bolívar y las regiones del noreste (Sucre, Monagas y Delta Amacuro)

muestran dicha disposición con frecuencia significativamente mayor. Puede que en este caso el encuestado esté considerando principalmente la idea de “compartir” independientemente de que sea fuera o dentro de su propio hogar.

Veamos ahora el espacio que las salidas durante el fin de semana dejan para el consumo de bebidas alcohólicas. En primer lugar, independientemente del tipo de bebida (alcohólica o no) la gran mayoría de los venezolanos (80,7%) asocia el acto de salir a compartir durante los fines de semana con el hecho de consumir algo de beber, pauta que se identifica en mayor medida en los hombres (84,9%) con respecto a las mujeres (76,3%), y fundamentalmente en las edades que van desde los 20 a los 39 años. A su vez, las clases acomodadas se encuentran casi 7 puntos porcentuales por encima con respecto a la clase E a la hora de declarar tal asociación.

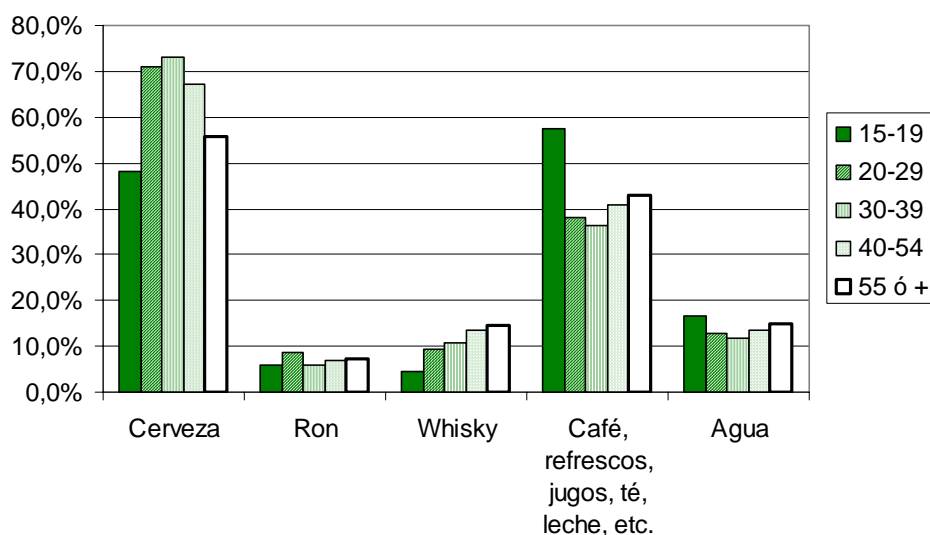
Centrándonos en el tipo de bebidas que se suelen tomar, la data corrobora el alto consumo de bebidas que contienen alcohol entre los venezolanos: casi un 70% de los mismos señalan como primera mención una bebida alcohólica a la pregunta *qué suelen tomar cuando salen a compartir*. Sin embargo, existen notables diferencias por sexos: mientras un 77,8% de los hombres declara tomar bebidas que contienen alcohol, sólo lo hace un 55,8% de las mujeres. La diferencia radica principalmente en que un 39,4% de las mujeres frente a un 19,5% de hombres elige todo un conjunto de bebidas no alcohólicas (*café, refrescos, jugos, malta, té, leche, etc*) como primera opción, aunque como segunda y posteriores opciones, los porcentajes quedan bastante igualados entre hombres y mujeres. Lógicamente son jóvenes entre 15 y 19 años los que, comparativamente con otros grupos de edad, eligen en mayor medida bebidas no alcohólicas como primera mención (45,9%) y, consideradas como segunda o posteriores opciones, constituyen el conjunto de bebidas más consumido independientemente de la variable (sexo, edad, clase social) que consideremos.

La bebida alcohólica elegida por excelencia es la cerveza, y esto es así independientemente del sexo, la edad, la clase social, y la región, aunque su nivel de consumo respecto a otras bebidas alcohólicas es mayor en las edades centrales de la vida (sobre todo entre los 20 y los 39 años) y entre las clases sociales C y E.



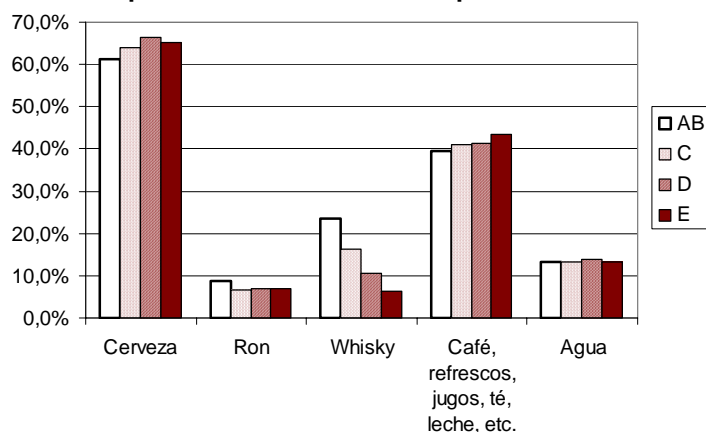
Las pautas diferenciales se observan principalmente con las bebidas de mayor graduación alcohólica, fundamentalmente el ron y el whisky que, se elijan en el lugar que se elijan, forman parte de una pauta de consumo fundamentalmente masculino, que además se acrecienta con la edad de los encuestados.

Tipo de bebida consumida, por grupos de edad



Adicionalmente, el consumo de whisky, en particular, indica un modelo diferencial según el nivel socioeconómico: mientras únicamente un 1,8% de encuestados de la clase E y un 2,9% de la clase C mencionan el whisky como primera opción, un 9,9% de la clase AB así lo hace.

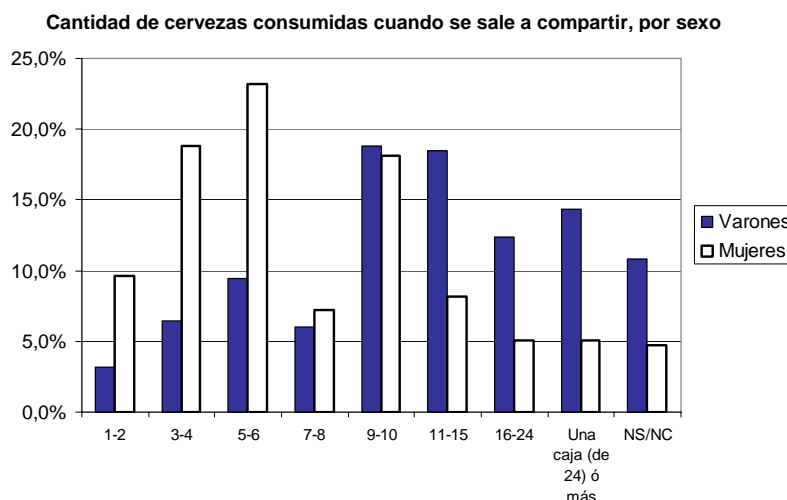
Tipo de bebida consumida, por clase



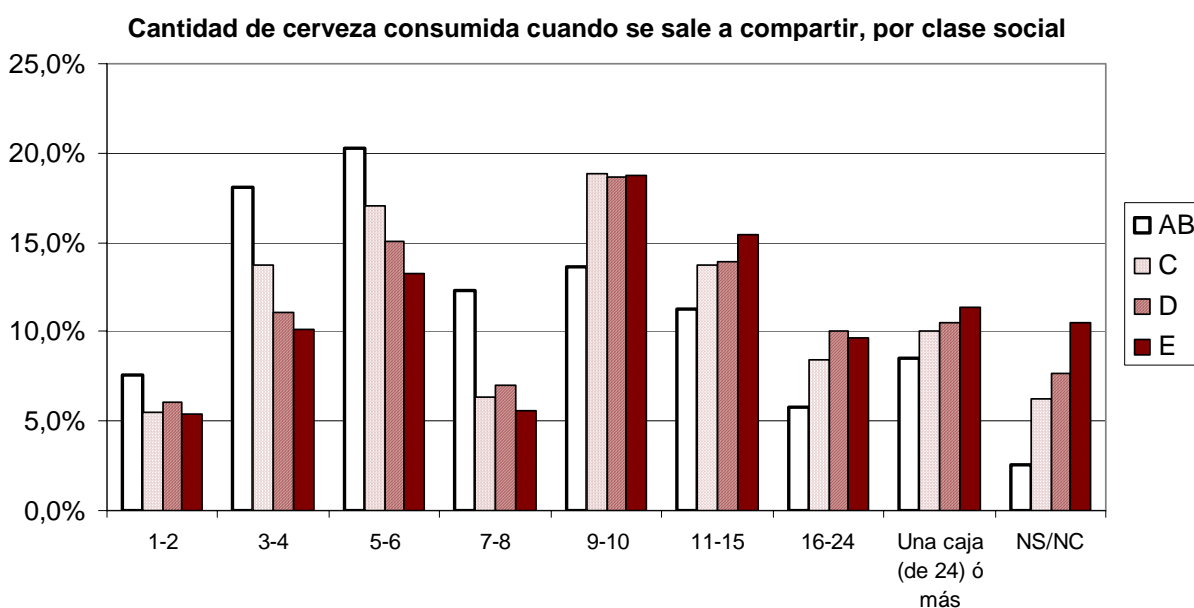
Y estas diferencias inter-clase se mantienen aunque tal bebida sea mencionada en segundo lugar o posterior. Nuevamente, son las regiones situadas en el centro-norte del país las que manifiestan un consumo más elevado de esta bebida.

Otro dato de interés es la diferencia de más de 7 puntos porcentuales a favor de las mujeres con respecto a los hombres en el consumo de *vino* o de bebidas que contienen vino (tales como la sangría) como segunda o posteriores opciones. Esto nos lleva a interpretar que, no sólo una mayor proporción de mujeres que de hombres consume bebidas no alcohólicas cuando salen a compartir, sino que, al tomar bebidas que contienen alcohol, ellas prefieren aquéllas de graduación menor tales como la cerveza, la sangría o el vino.

Es un hecho llamativo la elevada cantidad de tragos de bebidas que contienen alcohol que los venezolanos toman cuando salen a compartir durante los fines de semana: alrededor de un 19% de hombres y un 18% de mujeres declara tomar entre 9 y 10 cervezas en tales ocasiones. Sin embargo, mientras la proporción de mujeres que suele tomar más de diez cervezas es descendente, la proporción de hombres que toma entre 11 y 15 es similar a la anterior, sin desdeñar el 14,4% de los mismos capaz de tomar más de una caja de 24 cervezas en una sola ocasión.



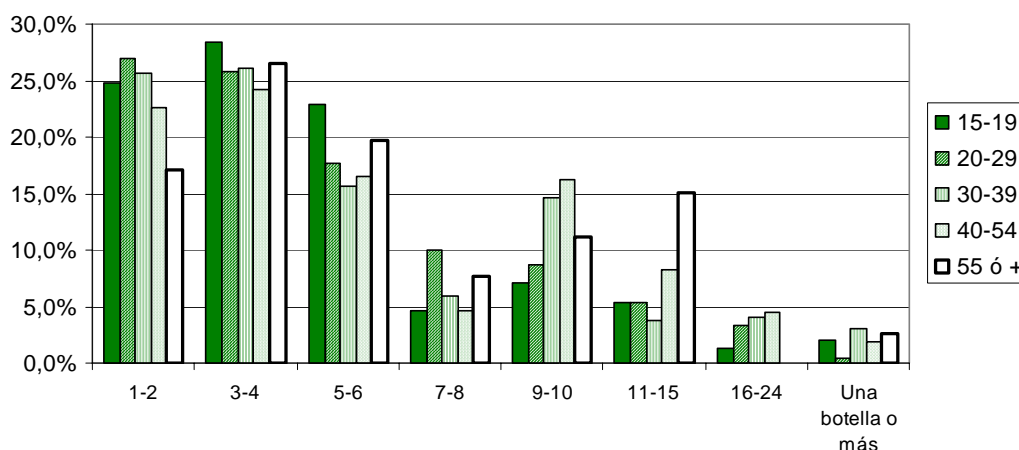
Parece además que el elevado número de tragos de cerveza (fundamentalmente entre 9 y 15) constituye una pauta de consumo que se va manteniendo a lo largo de la vida, sobre todo a partir de los 20 años, a pesar de que dicho número descienda ligeramente a partir de los 55 años. Considerando la clase social, la cantidad de tragos aumenta conforme nos vamos desplazando de la clase AB hasta la E.



La tendencia que se manifiesta en el consumo de bebidas no alcohólicas anteriormente mencionadas, incluyendo las bebidas energéticas y el agua, es precisamente la contraria: la inmensa mayoría de los venezolanos que las consumen cuando salen a compartir no sobrepasan los 4 tragos. Esto es así para un 90% de los encuestados que consumen bebidas del grupo formado por café, refrescos, jugos, malta, té y leche, y para un 72,6% de los que consumen agua. En estos casos no hay diferencias especialmente relevantes según el sexo o la edad, aunque comparando el consumo de las diferentes clases, parece que los pertenecientes a la clase E ni siquiera sobrepasen fácilmente el segundo trago de las bebidas no alcohólicas antes mencionadas (a excepción del agua).

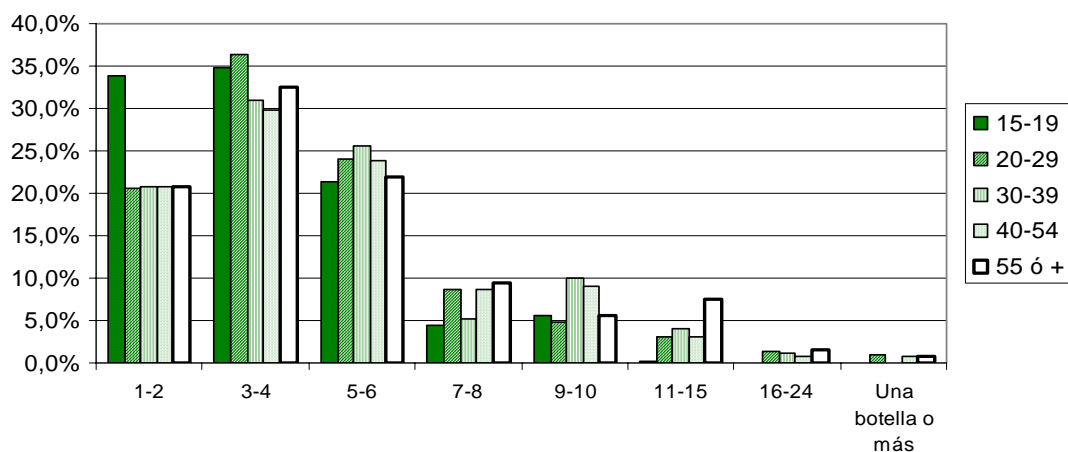
La data obtenida para las bebidas de mayor graduación alcohólica sí evidencia una pauta diferente entre hombres y mujeres a favor de éstas (prácticamente el doble) cuando la cantidad no sobrepasa los dos tragos. Sin embargo a partir del tercero, la proporciones se van igualando: tal es el caso del consumo de ron, donde alrededor de la cuarta parte de los encuestados que admiten tomarlo, bien sean hombres o mujeres, toma entre 3 y 4 tragos, y también del whisky, donde una cuarta parte de los hombres y una quinta parte de las mujeres que lo consumen toma entre 5 y 6 tragos. Lo llamativo –y preocupante– es la tendencia manifestada por los jóvenes, sobre todo aquellos que tienen entre 15 y 19 años, pues entre los que declaran consumir estas bebidas, más de la quinta parte admite tomar entre 5 y 6 copas, bien sea de ron o de whisky, cuando salen a compartir.

Cantidad de tragos de ron consumidos cuando se sale a compartir, por grupos de edad



En cualquier caso, la data considerada de forma agregada nos muestra un consumo de bebidas alcohólicas, tanto de baja como de alta graduación, que resulta marcadamente elevado durante los fines de semana.

Cantidad de tragos de whisky consumidos cuando se sale a compartir, según grupos de edad



Fuera del consumo de alcohol en los fines de semana, durante la semana los porcentajes se reparten prácticamente a partes iguales entre quienes salen de vez en cuando a compartir durante la semana y quienes no lo hacen nunca (aproximadamente un 45%). Como es lógico pensar, este hábito va decreciendo –aunque levemente- a medida que aumenta la edad y conforme vamos descendiendo en el nivel socioeconómico de los encuestados.

Frecuencia con la que se sale a compartir entre semana. por edad v clase social

	Total		EDAD					NIVEL SOCIOECONÓMICO			
	f	%	15-19	20-29	30-39	40-54	55 ó +	AB	C	D	E
Sí, de vez en cuando	5294	45,2%	48,6%	45,7%	44,3%	45,3%	40,5%	48,0%	44,8%	45,8%	44,7%
Sólo algunas veces	921	7,9%	7,6%	8,7%	7,1%	7,9%	7,5%	9,2%	9,6%	7,5%	7,4%
Casi nunca	242	2,1%	1,7%	2,1%	2,2%	2,1%	2,3%	3,2%	2,6%	2,4%	1,5%
Nunca	5215	44,6%	41,8%	43,4%	46,1%	44,4%	48,9%	39,1%	43,0%	44,2%	46,0%
NS	18	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,4%	0,4%	0,1%	0,1%	0,2%
NC	10	0,1%	0,1%	-	0,1%	0,0%	0,4%	-	-	0,1%	0,1%
TOTAL	11700	100%	1988	3078	2527	2813	1294	335	1975	4706	4684

En este caso, parece que las ocasiones de compartir durante días entre semana están reservadas principalmente para bebidas no alcohólicas: más de la mitad de los venezolanos, fundamentalmente mujeres (65%), jóvenes entre 15 y 19 años (68%) y personas pertenecientes a las clases populares (56,4%) optan en primer lugar por bebidas como café, refrescos, jugos, malta, té o leche. Y estas proporciones aumentan en segundas y posteriores menciones. Tan sólo la cerveza como bebida alcohólica tendría alguna importancia dentro de este ámbito de salidas para los venezolanos, y siempre de una forma más marcada para los varones (38,8% como primera opción) y las personas de mediana edad.

Tipo de bebida consumida entre semana, por sexo, grupos de edad y clase

	Total		SEXO		EDAD					NIVEL SOCIOECONÓMICO			
	f	%	M	F	15-19	20-29	30-39	40-54	55 ó +	AB	C	D	E
Cerveza	2215	34,3%	43,4%	24,6%	22,6%	38,7%	39,9%	36,3%	27,0%	35,1%	35,1%	34,2%	34,0%
Café, refrescos, jugos, malta, te, leche, etc.	4604	71,3%	63,9%	79,2%	79,4%	71,4%	67,2%	68,6%	71,4%	63,2%	69,5%	72,2%	71,8%
Agua	2186	33,9%	32,5%	35,3%	33,3%	35,2%	31,3%	34,8%	34,2%	35,4%	35,1%	33,1%	33,9%
TOTAL	6457	139%	3327	3130	1155	1740	1355	1554	653	202	1122	2620	2513

Todo ello configura un espacio en el cual las bebidas alcohólicas quedan principalmente ubicadas en las salidas nocturnas durante los fines de semana como principal momento de ocio, mientras que durante la semana, la mayor diversificación en las ocasiones que pueden conducir al consumo de bebidas (en casa con la familia, en reuniones de trabajo, etc) hace que sean las no alcohólicas las que tengan una mayor relevancia. Sin embargo, este hecho no implica que su consumo se repita en mayor medida en cada una de las ocasiones: tal como ocurría durante los fines de semana, la gran mayoría de los venezolanos que admite tomar bebidas no alcohólicas durante la semana (76%) no sobrepasa el número de cuatro unidades, no habiendo a este respecto diferencias significativas entre sexos, edades o niveles socioeconómicos. Lo llamativo es que, si

consideramos aquellos venezolanos que admiten consumir cerveza durante la semana, todavía hay un 20% que toma entre 9 y 10 unidades en cada ocasión –con proporciones muy similares independientemente de la variable socioeconómica considerada. Vemos así que, cuando se toma cerveza incluso durante la semana, el ritmo de su consumo es *marcadamente elevado*.

5.2.2. PERCEPCIÓN DE LOS PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL

Los indicadores disponibles en relación al grado de peligrosidad percibido asociado al consumo de tabaco, muestran que sólo un 58% admite conocer a personas que hayan tenido problemas de salud por fumar cigarrillos, siendo en este caso dicha proporción algo mayor para los hombres que para las mujeres, a la vez que también aumenta con la edad de los encuestados. Y a pesar de que, como se ha dicho, los venezolanos de clases acomodadas muestran un perfil más fumador que el resto de clases, parecen ser también las más conscientes de los problemas de salud que el consumo de cigarrillos puede acarrear. Lo cierto es que, fumen o no, los venezolanos se encuentran, de ordinario, en entornos en los que hay personas que consumen cigarrillos. Un 68% de los hombres y una proporción algo menor (62,5%) en el caso de las mujeres, así lo manifiestan, sobre todo en las clases D y E. Aparte de Distrito Capital, que siempre muestra indicadores comparativamente altos en relación a los hábitos del tabaco, son las regiones de Zulia, Trujillo y Falcón situadas en el noroeste donde se declara estar en ámbitos cotidianos con

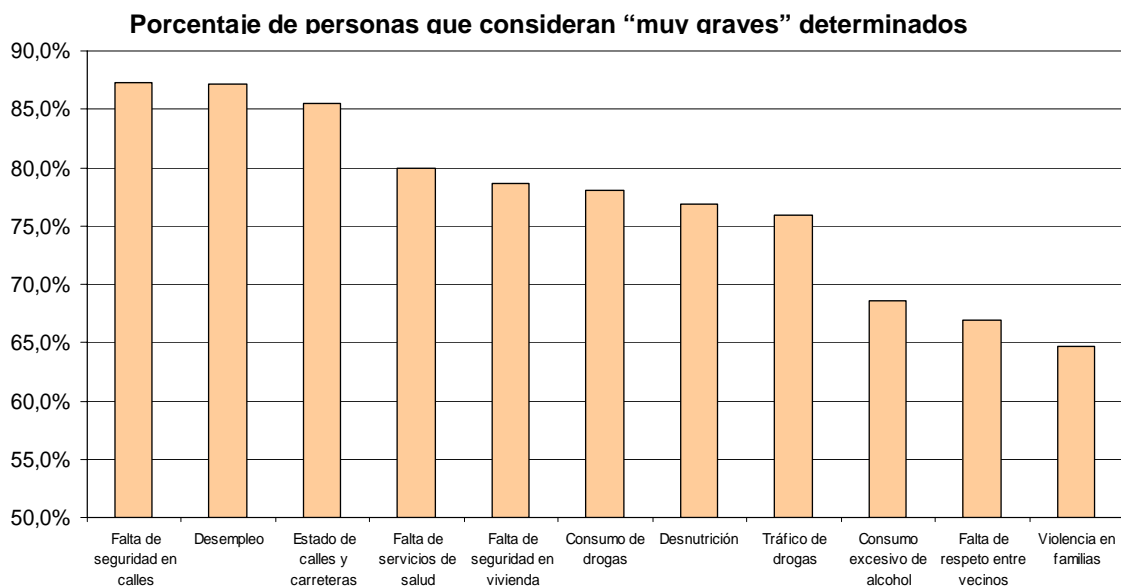
presencia de fumadores. Es destacable, a su vez, comprobar que son los jóvenes los que en mayor medida se mueven en ámbitos donde el tabaco está presente: el 70% de los jóvenes entre 15 y 29 años coinciden, bien sean en casa, en el trabajo o en otros sitios cotidianos, con personas que fuman cigarrillos.

El análisis anteriormente efectuado sobre las pautas de consumo de bebidas alcohólicas resulta bastante elocuente a la hora de vislumbrar la percepción de los encuestados acerca de los problemas que puede acarrear el alcohol. No sólo es frecuente encontrar ocasiones para salir a "compartir", sino que tales salidas, fundamentalmente aquéllas que se identifican con momentos de ocio –los fines de semana– llevan casi indisociablemente unido el consumo de alcohol, y en cantidades –sobre todo en relación a la cerveza– verdaderamente elevadas. Por ello, no resulta sorprendente que el "consumo excesivo de bebidas alcohólicas" haya sido señalado como el tercer problema menos importante de entre todos los que se mostraron a los encuestados. Ello parece indicar que el consumo de alcohol ha pasado a ser un hábito plenamente aceptado en la sociedad venezolana, siendo otros los problemas que realmente preocupan a los ciudadanos, tales como la falta de seguridad o de empleo.

5.3. EL CONSUMO DE DROGAS DE CARÁCTER ILÍCITO

5.3.1. PERCEPCIÓN DE LAS CARENCIAS Y PROBLEMAS EXISTENTES EN LAS COMUNIDADES: INSEGURIDAD Y TRÁFICO Y CONSUMO DE DROGAS

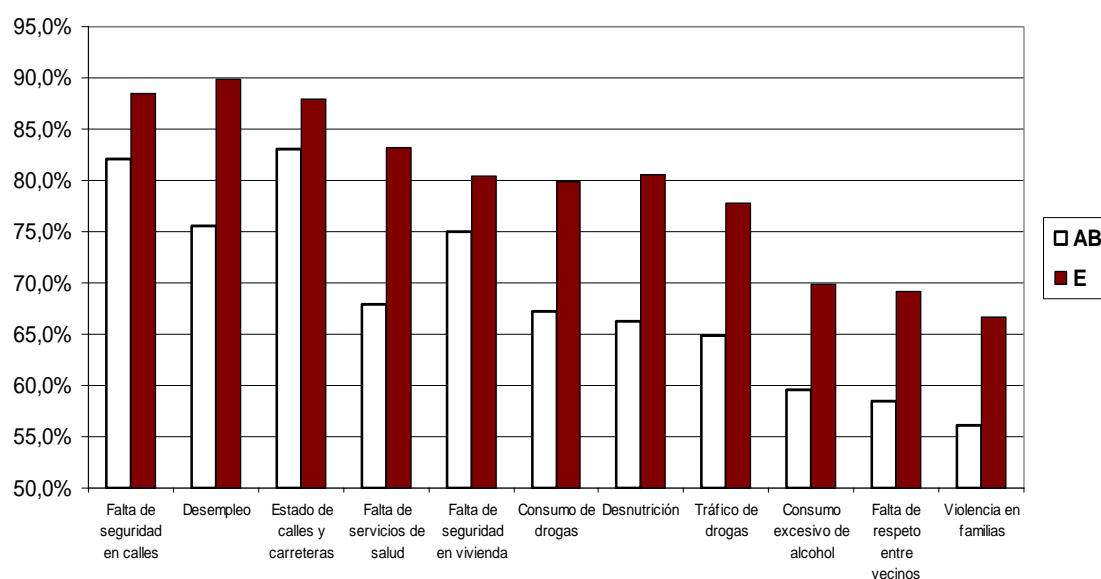
Los problemas que en mayor medida preocupan a los venezolanos tienen que ver con una sensación de inseguridad colectiva que se distribuye prácticamente por igual entre todos los grupos sociales, y que no responde exclusivamente a la percepción de posibles riesgos personales (violencia, robo, agresión, etc), sino a un sentido más amplio que engloba el conjunto de carencias que afecta sobre todo a la población con niveles socioeconómicos más bajos. De ahí que la falta de seguridad en las calles y la falta de empleo sean los dos problemas que más del 87% de los encuestados han señalado como *muy importantes* o *bastante importantes*. El tercero en importancia sería el estado en las infraestructuras (calles, carreteras, casas) que es considerado como *muy o bastante importante* por más del 85% de la población. Las siguientes cuestiones por orden de preocupación serían la situación de la asistencia sanitaria (la falta de servicios de salud) (80%), la inseguridad dentro de las viviendas (78,6%), el consumo de drogas (78,1%), la mala alimentación o desnutrición (76,9%) y el tráfico de drogas (76%).



Desagregando la data por sexo o franja de edad no encontramos diferencias verdaderamente significativas entre los distintos segmentos. Donde sí se constata una pauta diferencial es en el grado de preocupación por las distintas cuestiones planteadas según el nivel socioeconómico de los encuestados. Los venezolanos de las clases populares perciben todos esos problemas de una forma comparativamente más acuciante que los pertenecientes a las clases altas. Ello es así hasta tal punto que la preocupación por determinados problemas apunta hacia una clara dimensión de clase que revela carencias y dificultades específicas para los estratos socioeconómicos más bajos. Así encontramos que para la situación de la asistencia sanitaria, la mala alimentación o desnutrición y la falta de empleo, la diferencia se hace máxima (aproximadamente 15 puntos porcentuales) entre aquellos venezolanos de la clase E que manifiesta un grado de preocupación *muy o bastante importante* y los que así lo admiten de la clase AB. Las menores diferencias se encuentran en aquellos problemas que, siendo también concebidos entre los más graves, sí son vividos como propios por todos los grupos sociales (estado de las carreteras y calles, sensación de inseguridad en calles y viviendas,

etc.). Es llamativo que, considerando todos los colectivos conjuntamente, son las zonas urbanas próximas a la costa, tales como Distrito Capital, Miranda o Vargas las que se muestran, comparativamente con el resto de regiones, menos preocupadas por cada una de las cuestiones planteadas, siendo así incluso para los indicadores referentes a la preocupación por la seguridad colectiva.

Porcentaje de personas que consideran “muy graves” determinados problemas, por



La preocupación que los venezolanos manifiestan por el consumo y el tráfico de drogas en su comunidad es de alguna forma consistente con la elevada proporción de ellos (65,7%) que declaran conocer a personas dentro de su comunidad que consuman algún tipo de droga. Nuevamente, no sólo la preocupación sino también el contacto de las clases populares con personas consumidoras de droga es significativamente mayor que en las clases acomodadas. Así lo revela el dato de que mientras un 44% de personas de la clase AB conoce *algunas* o *bastantes* personas que consumen algún tipo de droga dentro de su comunidad, el porcentaje se eleva 25 puntos (69%) para las clases D y E.

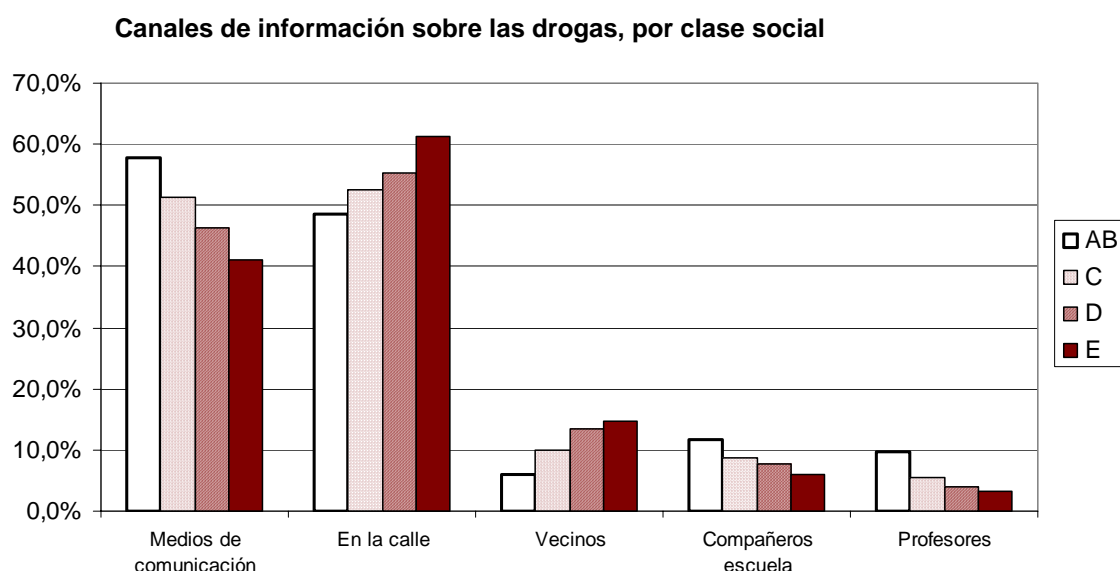
Es decir, aunque la exposición al contacto con las drogas es elevado en todos los grupos sociales, la vulnerabilidad en este sentido de las personas con niveles socioeconómicos inferiores es también mayor. En este caso, es precisamente en las zonas urbanas del centro-norte donde los encuestados declaran en mayor medida -con proporciones superiores al 70%- conocer a personas consumidoras de droga dentro de sus respectivas comunidades.

A pesar de la variedad de sustancias psicotrópicas de las que los venezolanos han oído hablar, las drogas verdaderamente populares quedan delimitadas fundamentalmente por tres tipos: la marihuana (77% de menciones), la cocaína (67%) y la piedra (48%). Éstas son seguidas, pero ya a una mayor distancia por el bazuko (7,8%), el éxtasis (6,8%) y la heroína (5,5%). Considerando la data según las distintas variables socioeconómicas, la pauta de conocimiento de la existencia de los distintos tipos de drogas es parecida para hombres y mujeres, a pesar de que son ellos los que realizan un mayor número de menciones en cada uno de los tipos. Por edades ocurre básicamente lo mismo, aunque siempre son los más jóvenes (entre 15 y 29 años) los que admiten conocer con mayor frecuencia la existencia de los distintos tipos de droga. Sin embargo, según la clase social, encontramos un patrón diferencial al respecto: la marihuana, la cocaína y el éxtasis resultan más familiares para las clases acomodadas que para las populares y, a la inversa, éstas mencionan comparativamente en mayor medida la piedra o crack y el bazuko.

Algunas de las drogas de las que se ha oído hablar, por clase social

	Total		NIVEL SOCIOECONÓMICO			
	f	%	AB	C	D	E
Marihuana	9043	77,3%	84,0%	80,4%	78,9%	73,8%
Cocaína	7887	67,4%	70,1%	74,4%	68,6%	63,1%
Éxtasis	796	6,8%	12,8%	10,6%	6,5%	5,0%
Piedra	5637	48,2%	39,8%	48,7%	48,5%	48,2%
Bazuko	916	7,8%	6,7%	7,1%	8,5%	7,5%

Los medios de comunicación de masas -televisión, radio, prensa- (mencionados por el 45% de los encuestados que anteriormente han señalado algún tipo de droga) y, sobre todo el espacio colectivo de *la calle* (57%) se constituyen como los canales privilegiados que permiten a los venezolanos *oír hablar* sobre los distintos tipos de drogas. *Vecinos* (13,1%), *amigos* (11,7%), y *compañeros de la Escuela* (7,3%) seguirían en importancia a los canales antes mencionados, mientras que las instituciones que supuestamente tendrían una labor educativa y preventiva respecto al tema de la drogadicción, tales como *la familia* (6%), *los profesores en la Escuela* (4,1%) y *las campañas contra el uso de drogas ilícitas* (1,7%) ocupan un lugar claramente secundario. Lo único destacable es que respecto a los dos principales canales, las clases sociales siguen pautas inversas, es decir, parece que la principal vía para tener conocimiento sobre la existencia de drogas para las clases acomodadas son los *medios de comunicación* (58% de la clase AB frente al 41% de la E), mientras que *la calle, la gente en general* se configura como el principal medio para las clases populares (61% de la clase E frente al 48% de la AB).



5.3.2. PERCEPCIÓN DE LOS RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS

Algo más de la mitad de los encuestados admite conocer personas de su entorno más o menos inmediato a quienes el alcohol o las drogas le hayan acarreado problemas, una proporción que no resulta demasiado alta teniendo en cuenta la elevada preocupación que, como se ha visto, parece suscitar entre los venezolanos el problema del consumo y del tráfico de drogas. Esta proporción todavía es menor si consideramos la respuesta de los pertenecientes a la clase AB (43,3% entre los que conocían sólo a *algunas* o a *bastantes personas* con problemas debido al consumo de drogas), y va ascendiendo progresivamente conforme descendemos en el nivel socioeconómico hasta el valor cercano a la media general del 55% por parte de la clase E. Sin embargo, a pesar de que en todos los casos es muy baja la proporción de encuestados que admiten haber sido ellos mismos los que han sufrido problemas debido al consumo de drogas, el *grado de sinceridad* al reconocerlo parece ser algo mayor en la clase AB que en el resto de las clases (1,7% frente a porcentajes que no sobrepasan el 0,5% en ningún otro grupo social).

Son fundamentalmente tres las razones que sirvieron a los encuestados para saber que esas personas de su comunidad estaban sufriendo problemas derivados del consumo de alcohol o las drogas: indirectamente, a través del testimonio de una persona perteneciente al entorno inmediato del encuestado (familiar, amigo, vecino) (39,7%), o a través de la interacción directa con esa persona, bien sea habiendo visto como tomaba o consumía (39,1%), bien sea percibiendo cambios en el comportamiento o en la salud de esa persona (33,6%). A través de las respuestas parece deducirse que es algo más difícil para las mujeres tener una interacción directa con las personas de las que se sabe que

sufren problemas debido al consumo del alcohol y las drogas, pues son más las que reciben esta información a través de la mediación de otras personas (familiares, amigos o vecinos) –43,5% frente al 36,1% de los hombres–. Sin embargo, los hombres manifiestan en mayor medida que las mujeres que dicha información procede de observar directamente la conducta de esa persona consumiendo –41,5% frente al 36,6% de mujeres. Merece la pena destacar ciertas diferencias desagregando los datos: la persona que sufre problemas parece contar en mayor medida su problema a los hombres que a las mujeres, lo cual corrobora una cierta pauta de proximidad directa con las personas que padecen estos problemas por parte de los hombres.

Cómo supo que la persona tenía problemas con las drogas, por sexo

	Total		SEXO	
	f	%	M	F
Familiar/amigo/vecino	2573	39,7%	36,1%	43,5%
Cambios del comportamiento	2180	33,6%	33,7%	33,6%
Ver a la persona consumiendo/to mando	2535	39,1%	41,5%	36,6%
Esa persona me lo contó	425	6,6%	7,5%	5,5%

A su vez, el problema se cuenta directamente más entre las franjas de edad más jóvenes (con una diferencia de más de 7 puntos respecto al grupo de más edad), presumiblemente por conformar un entorno de mayor confianza y relajación de las normas y, finalmente, vuelve a ser la clase alta AB la que, en mayor medida que el resto, conoce el problema a través de las propias palabras de la persona afectada (13,7% frente al 5,7% de la clase E).

Cómo supo que la persona tenía problemas con las drogas, por grupos de edad y clase social

	Total		EDAD					NIVEL SOCIOECONÓMICO			
	f	%	15-19	20-29	30-39	40-54	55 ó +	AB	C	D	E
Familiar/amigo/vecino	2573	39,7%	39,2%	37,7%	40,6%	41,3%	40,4%	35,7%	39,1%	39,3%	40,6%
Cambios del comportamiento	2180	33,6%	29,1%	33,9%	35,4%	34,1%	35,5%	36,1%	34,5%	33,6%	33,2%
Ver a la persona consumiendo/to mando	2535	39,1%	40,1%	39,4%	39,3%	37,9%	38,9%	33,6%	37,1%	38,8%	40,6%
Esa persona me lo contó	425	6,6%	9,8%	8,0%	5,7%	4,8%	2,5%	13,7%	7,7%	6,6%	5,7%

Una notable proporción de los encuestados (20%) que saben de los problemas que padece alguna o varias personas de su comunidad a raíz del consumo de alcohol o las drogas, declara no tener conocimiento sobre el tipo de sustancia concreta que tomaba dicha persona, siendo esta proporción algo mayor para las mujeres (22,7%) que para los hombres (17,7%). Respecto a los que sí tienen o quieren señalar esa información, vuelve a ser la *marihuana* (37,6%), la *cocaína* (25,2%) y la *pedra* (24,5%) las sustancias más mencionadas. En este caso, el *alcohol* es señalado únicamente por un 17% de los encuestados como causante de los problemas que experimentaban esas personas. Desagregando los datos, no se observan aquí diferencias demasiado significativas salvo el hecho de que el número de menciones de las sustancias anteriores es siempre algo superior para los hombres que para las mujeres, lo cual es consistente con la mayor pauta de no-respuesta que manifiestan las mujeres y, sobre todo, el hecho de que la *pedra* o *crack* vuelva a aparecer como una droga con mayor presencia en los entornos de las clases populares: mientras sólo el 17,2% de las personas de clase AB que conocen a otras con problemas a causa de las drogas apunta a la *pedra* como causante directo de los mismos, este porcentaje se eleva al 24,6% para la clase D y al 26% para la clase E. Cabe señalar, por último, que puede apreciarse una distribución regional por tipos de droga: la marihuana se menciona en más del 50% de los casos en la isla de Nueva

Esparta y en la región de Guárico, mientras que la cocaína se señala en mayor medida en las regiones de Sucre (40,6%) y Carabobo (37,9%). El caso de la piedra parece especialmente singular pues se concentra en el extremo noreste del país, conformando una macrorregión formada por Delta Amacuro (53,8%), Monagas (61,2%) y, nuevamente, Sucre (63,8%).

5.3.3. EXTENSIÓN DECLARADA DEL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS

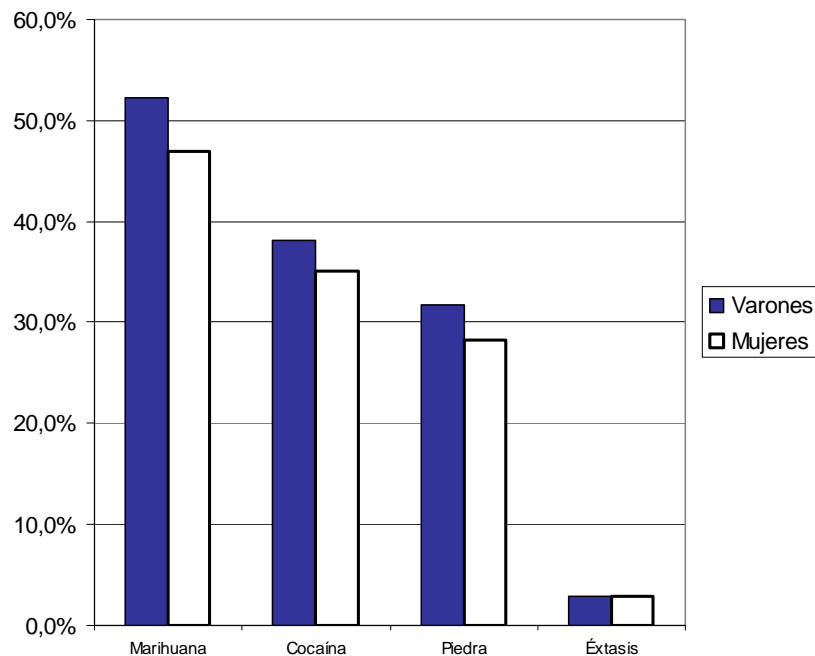
A la luz de la data obtenida, se puede considerar que el nivel de exposición de los venezolanos a un posible consumo de drogas es moderado. Alrededor de un 43% de los encuestados admiten que les sería *bastante fácil conseguir algún tipo de droga si lo intentaran*, pero no es que el resto piense que no podrían conseguirla: en realidad este porcentaje es tan sólo un 11,7%, llegando únicamente al 17,7% para los miembros de la clase AB. Lo que ocurre es que una considerable proporción de los encuestados (alrededor de un 43%) o bien *no sabe*, o *no contesta*, o *no está seguro de si podría o no conseguir droga en el caso de que lo intentara*. Este nivel de incertidumbre se acrecienta con la edad de los encuestados, fundamentalmente a partir de los 40 años y para las clases más acomodadas. Consecuentemente, los perfiles de mayor exposición y acceso a un posible consumo de drogas estarían formados por las franjas de edad que van desde los 20 hasta los 39 años (46%) y por los miembros de las clases populares, pues mientras el 44,6% de los encuestados de la clase D y el 43,3% de la clase E señalarían un fácil acceso a algún tipo de droga, un escaso 29,8% así lo admitiría entre los miembros de la clase AB.

Grado de dificultad percibida para obtener drogas, por grupos de edad y clase

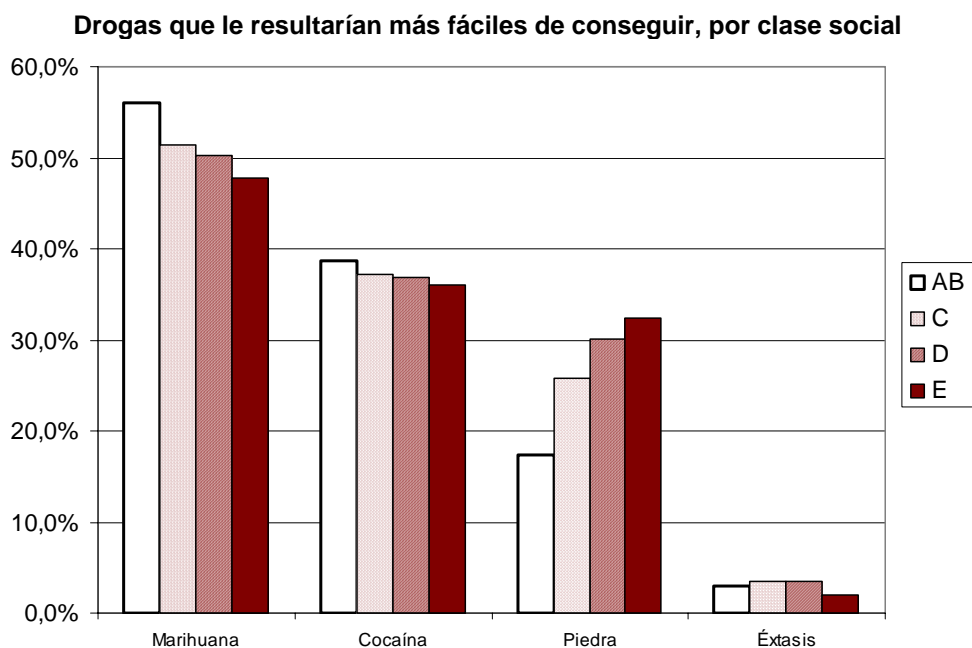
	Total		EDAD					NIVEL SOCIOECONÓMICO			
	f	%	15-19	20-29	30-39	40-54	55 ó +	AB	C	D	E
Sí, bastante fácil	5006	42,8%	43,5%	46,8%	46,7%	39,0%	32,6%	29,8%	39,6%	44,6%	43,3%
Tal vez sí, no estoy seguro	623	5,3%	5,5%	5,3%	5,6%	5,6%	3,9%	3,8%	5,7%	6,0%	4,6%
No creo que pueda	1371	11,7%	12,1%	10,4%	10,8%	13,4%	12,4%	17,7%	10,4%	11,9%	11,6%
NS	4443	38,0%	36,8%	35,2%	34,7%	39,9%	48,5%	44,7%	41,7%	35,4%	38,6%
NC	256	2,2%	2,1%	2,3%	2,1%	2,0%	2,7%	4,0%	2,6%	2,1%	1,9%
TOTAL	11700	100%	1988	3078	2527	2813	1294	335	1975	4706	4684

Para aquellos que han ofrecido alguna respuesta en la pregunta anterior, las drogas más fáciles de conseguir vuelven a ser la marihuana (alrededor de un 50% de estos encuestados admite que sería de fácil acceso), la cocaína (36,6%) y la piedra (30%). Otras drogas como el éxtasis (2,9%) quedan muy alejadas de estos tres primeros tipos. Y nuevamente encontramos pautas que se reproducen sistemáticamente al hablar de tipología de sustancias psicotrópicas: tal como ocurría en los casos anteriores (*drogas de las que se ha oído hablar, drogas que tomaban personas que han tenido problemas con las mismas*), son los hombres en detrimento de las mujeres los que perciben una mayor facilidad en el acceso a los diferentes tipos de drogas, diferencia que llega a los 6 puntos porcentuales para el caso de la marihuana.

Drogas que le resultarían más fáciles de conseguir, por sexo



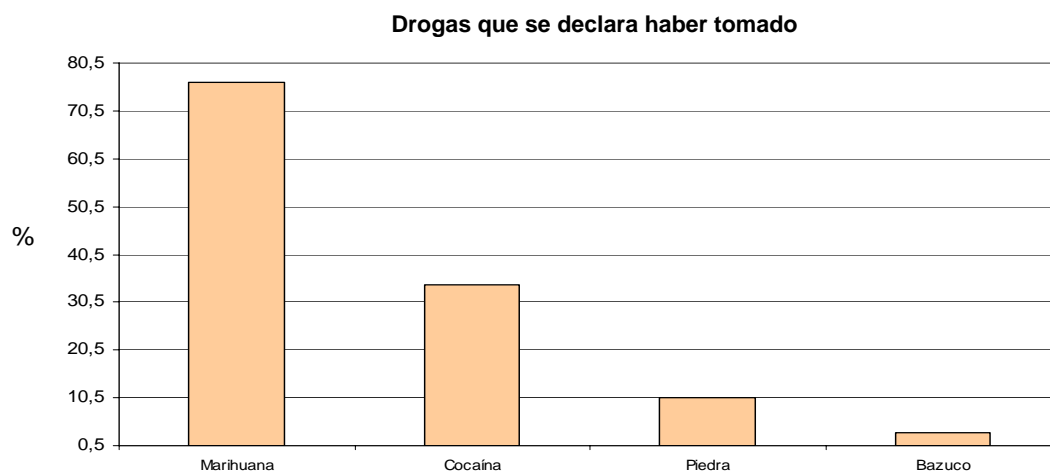
Y, por otra parte, volvemos a encontrar pautas diferenciales según la clase social: mientras la marihuana resulta más accesible para las clases acomodadas (56% de los encuestados de la clase AB frente al 47,8% de la clase E), la piedra se configura como la droga típica de las clases populares: sólo un 17,4% de los miembros de la clase AB admite que sería fácil conseguirla, en contraste con el 32,4% que así lo señala de la clase E.



Sin embargo, las mayores diferencias en el grado de facilidad al acceso a los distintos tipos de droga se revelan teniendo en cuenta la dimensión territorial, de forma que hay regiones como Apure o Táchira donde todos los valores, independientemente del tipo de droga considerado, están por debajo de la media nacional, mientras en otras ocurre precisamente lo contrario. En éste último caso, las pautas son similares a las anteriormente mencionadas respecto a la droga que provoca problemas a personas del entorno del encuestado: la marihuana vuelve a ser habitual en Nueva Esparta, y también en Carabobo y Lara con porcentajes de encuestados que declaran facilidad para conseguirla en dichas regiones superiores al 60%; Carabobo de nuevo, Guárico y Bolívar se muestran como entornos donde la cocaína resulta fácilmente accesible para más de un 50% de los encuestados y, finalmente, el triángulo formado por Delta Amacuro, Sucre y Monagas aparece de nuevo como la región por excelencia con facilidad para el consumo de piedra o crack.

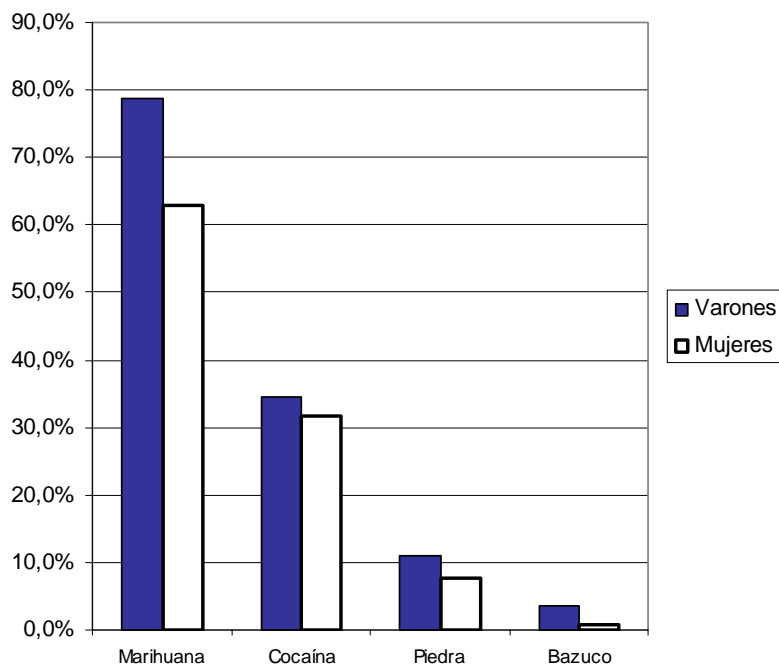
A pesar de esta moderada exposición al posible consumo de drogas, a la hora de saber si el entrevistado ha probado, *aunque sólo sea una vez*, alguna sustancia de las que había nombrado en la pregunta anterior, una aplastante mayoría (96%) responde negativamente. El hecho de que esta sea una pregunta sin duda delicada puede hacer que el porcentaje de aquellos que declaran haber probado alguna vez dichas sustancias sea superior al 2,2% que se desprende de la data de la encuesta. De todas formas, considerando fundamentalmente el sexo y la edad, podemos encontrar distintos patrones entre quienes responden afirmativamente. Como cabría esperar a la luz de los datos aportados por respuestas anteriores, la proporción de hombres que afirman haber probado alguna de esas drogas (aproximadamente un 4%) es superior a la de mujeres (tan sólo un 0,7%). Además, es la franja de edad comprendida entre los 20 y los 39 años la que, en mayor medida declara haber consumido alguna vez algún tipo de droga (alrededor de un 3%). Por regiones, lo más destacado es que las proporciones de encuestados que declaran haber probado alguna droga siguen una pauta claramente urbana: son las regiones costeras del centro-norte (Vargas -4,5%- Departamento Capital -4,2%- y Miranda -4,1%-) donde, en mayor medida, se afirma haber consumido droga en alguna ocasión.

Respecto a las drogas que, específicamente, han sido probadas por los encuestados el protagonismo vuelve a recaer, como no podría ser de otra forma, en la marihuana (76,3% de los encuestados), la cocaína (34,1%) y la piedra o crack (10,6%).



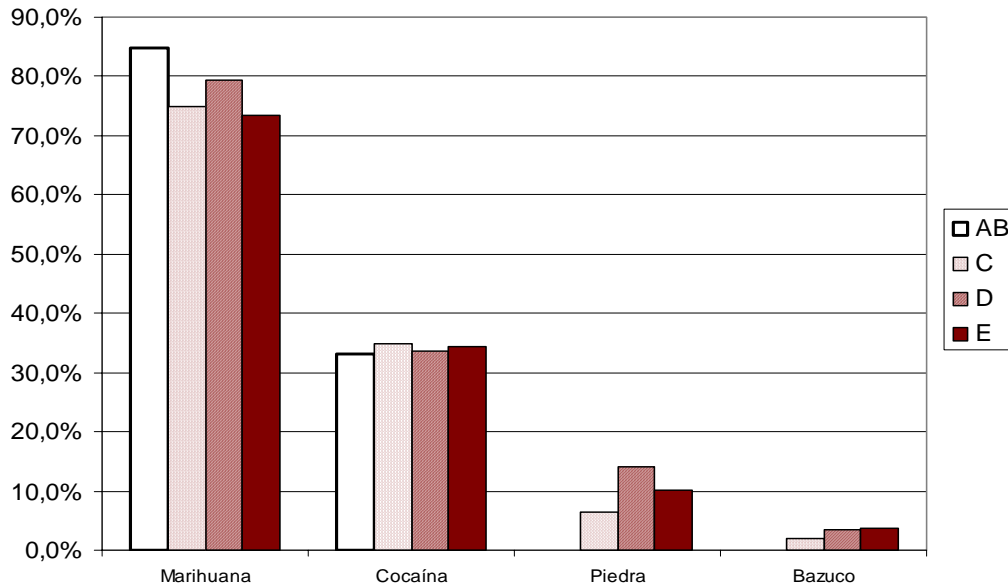
Analicemos ahora más detenidamente las pautas de consumo de cada una de estas sustancias. A pesar de la pequeña proporción de personas que admiten haber probado estas drogas, es posible observar ciertas pautas generales. La droga cuantitativamente más importante, la marihuana, es consumida en mayor medida por hombres (78,8%) que por mujeres (62,8%). Cabe señalar que, presumiblemente, parte del peso que pierde la marihuana entre las mujeres, es recuperado por otras drogas como el éxtasis: un 5,4% de mujeres frente a un 1,1% de hombres declara haberlo probado.

Drogas que se declara haber tomado, por sexo



Por otra parte, el consumo de marihuana parece mantenerse elevado entre sus consumidores durante todas las etapas de la vida y, como ya vimos anteriormente, manifiesta nuevamente un patrón según el nivel socioeconómico: la diferencia entre su consumo entre la clase AB y la clase E es de más 11 puntos porcentuales a favor de la primera.

Drogas que declara haber tomado, por clase social



La edad media de iniciación al consumo es relativamente temprana, 16,6 años, presentándose, así, como la droga “más joven” de las tres principales en Venezuela. La frecuencia de consumo parece alta a la luz de los datos, ya que un 36,8% de los encuestados señala haber probado la droga una o varias veces durante semana, siendo más un 19% los que, de entre ellos admiten consumirla a diario. Prácticamente para el resto, la droga ha sido probada sólo en alguna ocasión o bien ya no se prueba más. Todo ello parece revelar que, para aquellos encuestados que la prueban de ordinario, la marihuana se configura como una droga de consumo muy frecuente, tendencia que se acrecienta conforme pasamos a franjas de edad más jóvenes y a clases sociales más bajas. No obstante, más del 70% de los encuestados señalan haber consumido marihuana por última vez hace más de un año. Sólo los jóvenes (entre 15 y 29 años) y los miembros de la clase E admiten haber probado la marihuana durante el transcurso de la semana en que se desarrolla la encuesta con porcentajes relevantes cercanos al 30%.

Frecuencia con la que se declara consumir marihuana, por grupos de edad y clase social

	Total		EDAD					NIVEL SOCIOECONÓMICO			
	f	%	15-19	20-29	30-39	40-54	55 ó +	AB	C	D	E
A diario o casi a diario	40	19,3%	27,1%	25,2%	18,0%	14,7%	-	-	16,7%	13,9%	27,6%
Alguna vez a la semana	36	17,5%	19,1%	18,0%	18,6%	15,7%	14,4%	-	18,4%	13,2%	22,7%
Alguna vez al mes	9	4,5%	-	2,6%	4,5%	8,8%	-	23,0%	4,6%	3,4%	4,0%
En varias ocasiones	22	10,7%	21,5%	8,7%	15,0%	5,8%	-	34,9%	8,1%	13,4%	7,3%
1 ó 2 veces en la vida	68	33,3%	23,5%	36,7%	28,1%	34,1%	67,1%	21,0%	47,5%	33,5%	27,1%
Consumió con frecuencia en el pasado pero ya no	28	13,7%	8,8%	8,9%	15,8%	17,5%	18,5%	21,1%	4,7%	21,1%	10,4%
NS/NC	2	1,0%	-	-	-	3,5%	-	-	-	1,5%	1,0%
TOTAL	205	100%	22	57	60	58	8	7	40	79	80

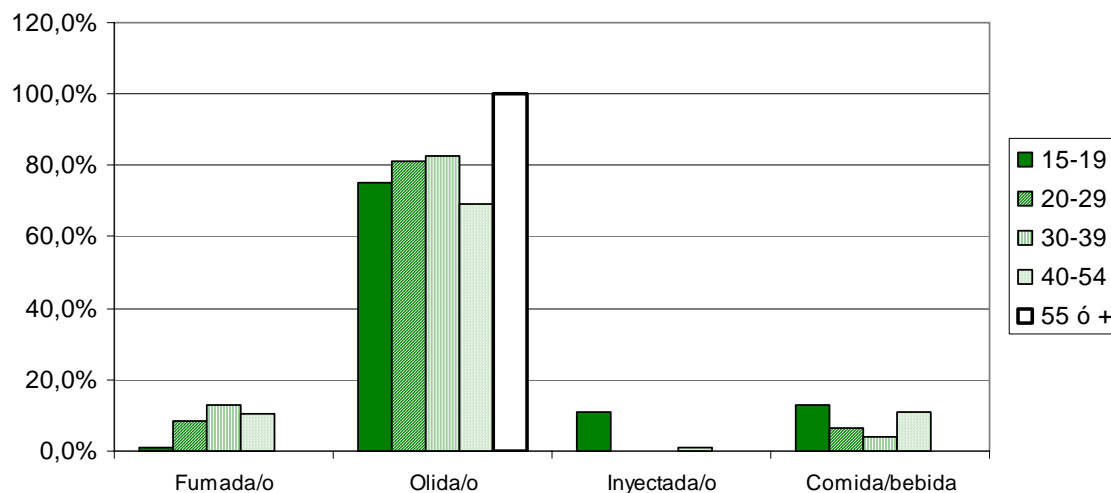
En cuanto a la segunda droga en importancia, la cocaína, no parece que haya pautas cuantitativas diferenciadas según las variables socioeconómicas, salvo el hecho de que su consumo desciende progresivamente a partir de los 40 años de edad. La edad media en el comienzo del consumo (18,5 años) es algo más elevada que en el caso de la marihuana y, sobre todo, parece que la frecuencia en su consumo ordinario es relativamente menor. Así, sólo un 8,6% de los que la han probado (la mitad que en el caso de la marihuana) señalan consumirla a diario; ello sin desdeñar que más de la cuarta parte admite probar la droga alguna vez durante la semana y que, igualmente otra cuarta parte de los encuestados sólo la ha probado una o dos veces en la vida. El escaso número de encuestados que admiten haber probado la cocaína dificulta el hecho de poder establecer diferencias concluyentes según las distintas variables socioeconómicas, aunque los datos apuntan a que dicha droga es consumida con una mayor frecuencia por las clases medias. Una proporción similar a la que encontramos para aquellos que hace más de un año que probaron la marihuana, observamos en el caso de la cocaína (66%). Sin embargo aquí, para los que ordinariamente la consumen, parece que el nivel de adicción es un poco más repartido temporalmente: muy pocos son

los que la han consumido en el día en el que se les ha realizado la encuesta (2,7%), mientras que un 12,4% y un 7,8% declaran haberla consumido “la semana pasada” y “el mes pasado” respectivamente.

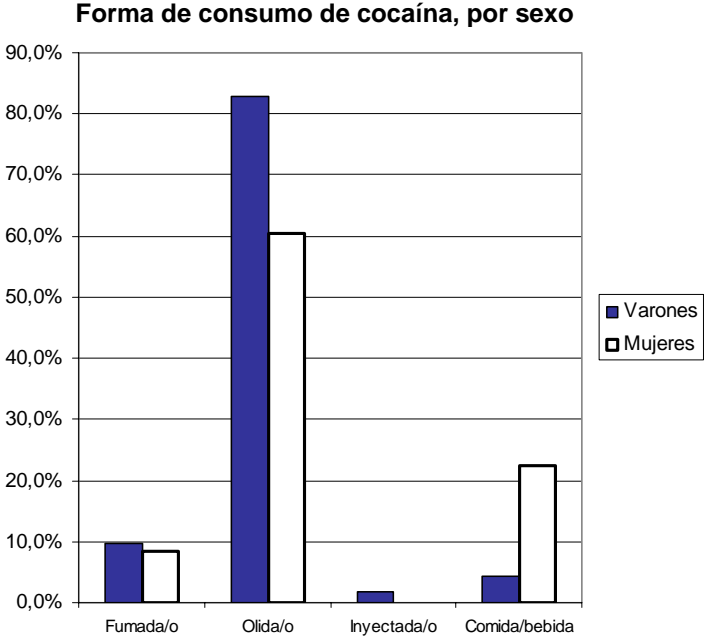
Frecuencia con la que se declara consumir cocaína, por grupos de edad y clase social

	Total		EDAD					NIVEL SOCIOECONÓMICO			
	f	%	15-19	20-29	30-39	40-54	55 ó +	AB	C	D	E
Adiario o casi a diario	8	8,6%	13,0%	4,5%	5,9%	21,3%	-	-	11,2%	11,9%	4,9%
Alguna vez a la semana	24	26,6%	23,3%	27,5%	31,1%	19,9%	-	-	36,9%	17,1%	32,0%
Alguna vez al mes	10	10,7%	22,7%	14,6%	-	20,5%	-	-	0,7%	8,7%	18,1%
En varias ocasiones	15	16,3%	-	15,2%	22,5%	19,0%	-	-	13,8%	30,0%	6,6%
1 ó 2 veces en la vida	25	26,9%	29,8%	28,8%	27,9%	8,2%	100,0%	45,8%	30,6%	18,2%	31,5%
Con frecuencia en el pasado pero ya no	10	10,9%	11,2%	9,4%	12,6%	11,1%	-	54,2%	6,8%	14,2%	6,9%
TOTAL	92	100%	11	30	35	14	2	3	18	33	37

Forma de consumo de cocaína, por grupos de edad



Es interesante señalar la forma en la cual los encuestados que prueban o han probado la cocaína suelen consumirla: la gran mayoría (casi el 80%) la consume olida, fundamentalmente los hombres, los más jóvenes y las clases populares. Cuando se consume fumada (alrededor del 10% de los que declaran haberla probado), parece que ello solamente corresponde con cierta relevancia a las personas de edad mediana e, igualmente, a las clases medias. Cuando se ingiere *comida* o *bebida* (7%), lo único llamativo es que aparece como una tendencia fundamentalmente femenina. Finalmente, apenas hay algún encuestado que señale tomarla inyectada.



La data disponible apunta a que la piedra o crack, tercera droga en cuanto a la importancia en el consumo de los venezolanos, es consumida principalmente a partir de los 20 años, aumentando progresivamente con la edad hasta aproximadamente los 40, edad a partir de la cual su consumo comienza a descender. Después del análisis realizado hasta ahora, no resultará sorprendente señalar que su consumo es mayor entre las clases populares; de hecho, de los 28 encuestados que señalan haber probado alguna vez la piedra, no hay ninguno que pertenezca a la clase AB. Aunque el escaso número de respuestas no permite señalar cifras que sean verdaderamente significativas, sí que puede apuntarse que la edad media en la que la piedra se prueba por primera vez se sitúa alrededor de los 21 años y resulta, por tanto, la más retrasada de las tres drogas principales. Sin embargo, se revela como una droga muy adictiva, debido a que una elevada proporción de personas que declaran haber consumido piedra alguna vez en su vida, lo habían hecho *a diario* -33%- (proporción que se eleva a más de la mitad para el caso de la clase E), siendo un 18% los que lo hacen *alguna vez durante la semana*.

Frecuencia con la que se declara consumir piedra/crack por grupos de edad y clase social

	Total		EDAD					NIVEL SOCIOECONÓMICO			
	f	%	15-19	20-29	30-39	40-54	55 ó +	AB	C	D	E
Adiario o casi a diario	9	32,9%	-	33,2%	34,1%	29,9%	-	-	-	21,3%	57,8%
Alguna vez a la semana	5	18,3%	-	28,5%	10,6%	20,0%	-	-	43,2%	19,6%	9,0%
Alguna vez al mes	1	5,0%	100,0%	3,8%	6,6%	-	-	-	4,1%	-	11,6%
En varias ocasiones	4	13,3%	-	-	26,5%	3,0%	-	-	23,4%	20,3%	1,2%
1 ó 2 veces en la vida	3	11,9%	-	22,4%	8,4%	-	-	-	29,4%	8,2%	11,3%
Consumió con frecuencia en el pasado pero ya no	4	14,5%	-	12,2%	13,9%	21,9%	-	-	-	22,2%	9,1%
NS/NC	1	4,1%	-	-	-	25,3%	-	-	-	8,2%	-
TOTAL	28	100%	0	10	14	5	0	0	3	14	11

El resto de drogas señaladas por los encuestados (bazuko, éxtasis, barbitúricos, alucinógenos, anfetaminas) reciben una cantidad de menciones tan baja que son comparativamente mucho menos importantes que las tres analizadas anteriormente. Además, el número de respuestas obtenido para cada una de ellas, no permite siquiera realizar análisis del tipo que acabamos de hacer con las tres anteriores.

5.3.4. INDICADORES INDIRECTOS Y ELEMENTOS DE COMPARACIÓN

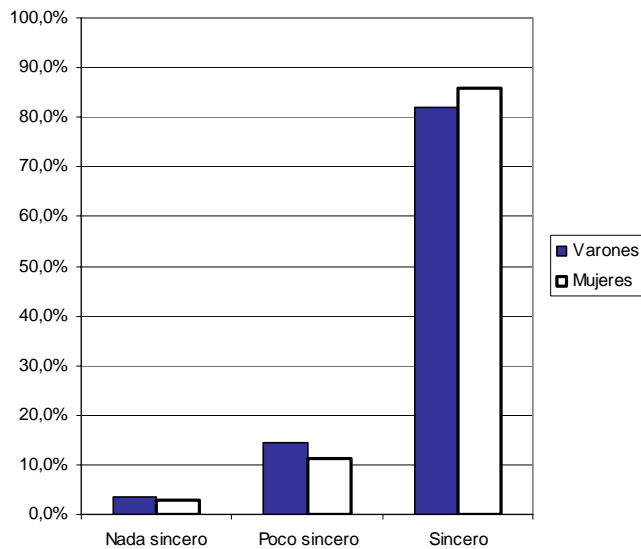
En un estudio como el realizado, no resulta sorprendente que el hecho de ofrecer respuesta a algunas de las preguntas del cuestionario pueda plantear situaciones más o menos incómodas par el encuestado, sobre todo si tienen que ver con las propias pautas de consumo relativas a sustancias como las drogas y/o el alcohol. Por ello, ha parecido pertinente incluir un indicador relativo a la *percepción de sinceridad* por parte del encuestado acerca de las respuestas que durante el momento de la entrevista estaba ofreciendo la persona entrevistada. En este sentido, se ha considerado que la posibilidad de aplicar el cuestionario a solas con el entrevistado, sin que otras personas puedan escuchar ni las preguntas ni las respuestas, iba a incidir positivamente en la sinceridad de la persona entrevistada. Así, hay que señalar que no todos los encuestadores lograron dicho objetivo: mientras un 75% de las entrevistas se hizo *a solas* con el entrevistado a tiempo completo, el restante 25% se hizo con *otra/s personas delante*, o bien durante todo el tiempo, o bien durante una parte del mismo, resultando más fácil quedarse a solas con los miembros de las clases acomodadas (87% de las ocasiones) que con los de las clases populares (70%).

Capacidad del encuestador para quedarse a solas con el encuestado, por clase social

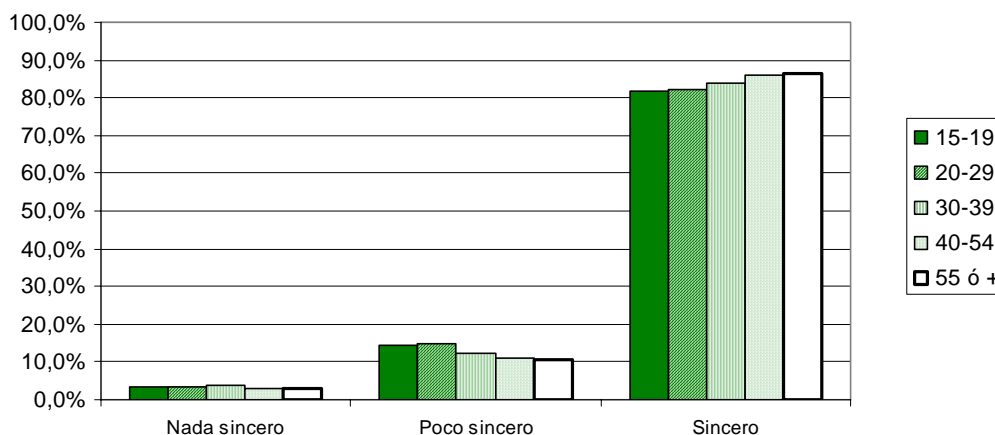
	Total		NIVEL SOCIOECONÓMICO			
	f	%	AB	C	D	E
Si , lo logré	8777	75,0%	87,1%	83,6%	75,0%	70,5%
Solamente parte del tiempo	1333	11,4%	3,6%	7,7%	12,2%	12,7%
No pude conseguirlo	1591	13,6%	9,3%	8,6%	12,8%	16,8%
TOTAL	11700	100%	335	1975	4706	4684

La sinceridad directamente percibida por los encuestadores es relativamente alta: consideraron *sincero/a* al entrevistado/a en un 84% de los casos. Parece, a su vez, que las mujeres se perciben como algo más sinceras que los hombres, y que, para ambos sexos, la tendencia a la sinceridad aumenta con la edad de los entrevistados.

Valoración de la sinceridad del entrevistado, por sexo

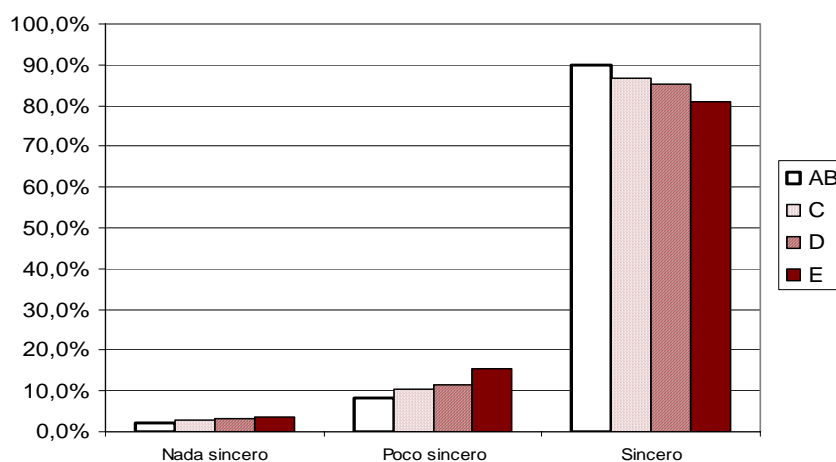


Valoración de la sinceridad del entrevistado, por grupos de edad



Lo que sí parece significativo es la pauta diferencial que al respecto parece apreciarse según la clase social de los entrevistados: los encuestadores perciben sistemáticamente a los miembros de las clases acomodadas como más sinceros que los de las clases populares (89,8% de los casos de la clase AB, frente al 80,9% de la clase E). Podemos señalar diferentes razones que explicarían estas diferencias. Prescindiendo de consideraciones relativas a la subjetividad del encuestador, parece que esta mayor *falta de sinceridad* de las clases populares pueda deberse, como se señaló anteriormente, a la mayor dificultad que la situación planteó para realizar la entrevista sin la presencia de ninguna otra persona. De esta forma, más que una menor sinceridad de los encuestados de clases populares, cabría hablar de una menor oportunidad objetiva para serlo y/o para ser considerados como tales.

Valoración de la sinceridad del entrevistado, por clase social



Para concluir, podemos referirnos al problema del consumo de drogas en Venezuela desde una perspectiva comparada con otros países. Hay que señalar que, desde este punto de vista, los niveles de consumo de drogas ilegales pueden considerarse en este país relativamente bajos. Tomando como referencia la actualización censal elaborada en el año 2002 por el Instituto Nacional de Estadística, la proyección del número de venezolanos de entre 15 y 70 años que declararían haber consumido drogas *al menos una vez en la vida* estaría en torno a las 370.000 personas sobre un total de población adulta de 16.082.971 (total de venezolanos de entre 15 y 70 años censados en el año 2002). Así, los datos ponen de manifiesto que la extensión del problema del consumo está —en términos cuantitativos— mucho menos desarrollado que en los países occidentales, identificados tradicionalmente como grandes focos de concentración de la demanda. De igual forma, si tomamos como primer dato de análisis el porcentaje de venezolanos que declara haber consumido drogas ilegales *al menos una o dos veces en*

la vida, la investigación llevada a cabo señala que esta proporción es 20 veces menor en Venezuela que en países como España o Estados Unidos ⁴.

La data agregada arroja un porcentaje de *actuales consumidores* en Venezuela (es decir, aquellos que declaran *haber tomado alguna droga ilegal en el mes anterior* a la realización de la encuesta) de 0.47% de la población de entre 15 y 70 años, lo que representa, en proyección sobre la actualización del censo llevada a cabo por el INE en 2002, un número de algo más de 75.000 personas. Con ello, puede concluirse que, en términos comparados, se trata de un porcentaje relativamente bajo, habida cuenta de que este grupo representaba en el año 2004 el 7.9 % de la población USA mayor de 12 años, o el 9.5 % de la población española en 2003.

Sin embargo, aunque el consumo de drogas ilícitas en Venezuela resulte comparativamente bajo, ofrece perfiles de consumidores más jóvenes, una proporción de actuales consumidores ligeramente superior y un mayor nivel de riesgo asociado que en los países que se han tomado como referencia. Mientras las edades medias de inicio al consumo de drogas ilegales en USA o en España se sitúan entorno a los 18 años en el caso de la marihuana y entorno a los 20-21 años para la cocaína, en Venezuela la edad media de inicio en el consumo de drogas ilegales se sitúa aproximadamente dos años por debajo: 16.7 años en el caso de la marihuana y 18.6 años para la cocaína, mientras que sólo en el caso del crack la edad media supera los veinte años.

⁴ USA: Results from the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies. Revisions as of 9/8/2005. Datos para población mayor de 12 años.
España: Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España, 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. Datos para población de entre 15 y 64 años.

5.4. EL CONOCIMIENTO DE INSTITUCIONES ASISTENCIALES EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS

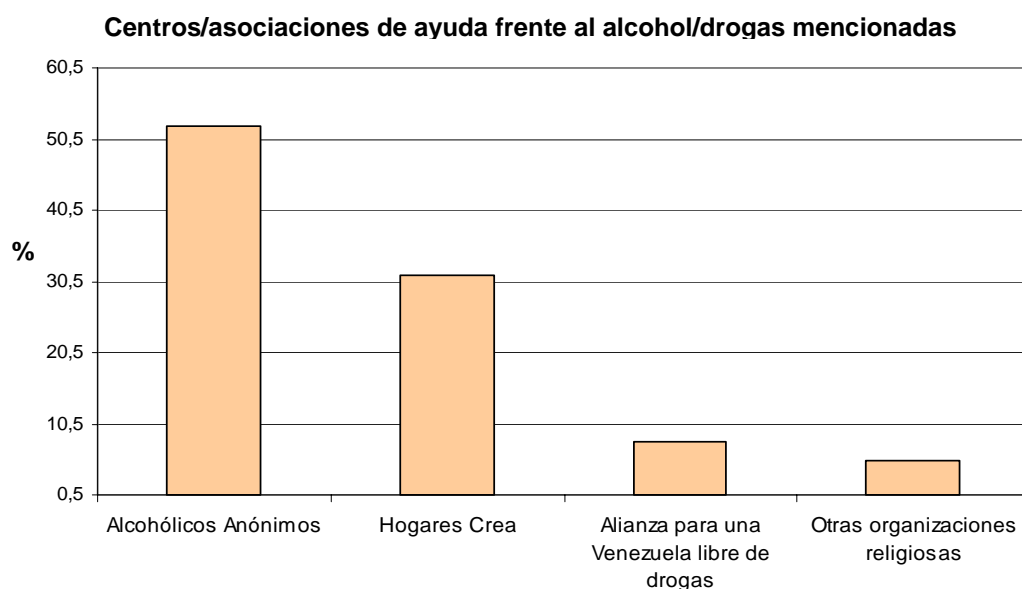
Alrededor de un 68% de los encuestados manifiesta tener conocimiento de la existencia de centros o asociaciones dedicadas a ayudar a las personas que tienen problemas con el alcohol o las drogas. Si bien esta proporción no varía entre los sexos, sí que la tendencia apunta a que son las personas de mediana edad, fundamentalmente aquéllas entre 30 y 55 años (alrededor de un 72%) las que se encuentran mejor informados al respecto. Es significativo que el grado de información varíe igualmente según el nivel socioeconómico del entrevistado ya que, mientras un 76% de personas de la clase AB sabe de la existencia de este tipo de centros, sólo un 63% de la clase E ha oído hablar alguna vez de ellos.

Conocimiento de centros/asociaciones de ayuda frente al alcohol/drogas, por clase

	Total		EDAD					NIVEL SOCIOECONÓMICO			
	f	%	15-19	20-29	30-39	40-54	55 ó +	AB	C	D	E
Si	7910	67,6%	58,6%	66,6%	71,4%	72,2%	66,5%	76,0%	72,2%	69,0%	63,6%
No	3775	32,3%	41,2%	33,4%	28,5%	27,7%	33,1%	24,0%	27,8%	30,8%	36,2%
NS/NC	15	0,1%	0,2%	-	0,1%	0,1%	0,4%	-	-	0,1%	0,2%
TOTAL	11700	100%	1988	3078	2527	2813	1294	335	1975	4706	4684

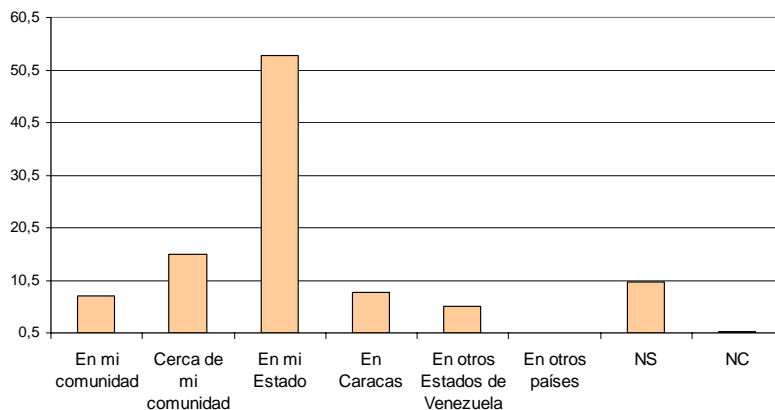
A pesar de la larga lista de centros y asociaciones que se ha recopilado a través de las respuestas de los encuestados, sólo algunas de ellas pueden considerarse como verdaderamente difundidas entre los venezolanos. Este es el caso de la asociación más mencionada, "Alcohólicos Anónimos", conocida por más de la mitad de los encuestados, seguida por los "Hogares Crea", con un 31,4% de las menciones. Un tercer lugar, aunque ya a mucha distancia de las dos primeras asociaciones, lo ocuparía la "Alianza por una

Venezuela sin drogas”, con un 8,0% de menciones. Y finalmente, pueden citarse también los “centros de tipo religioso ”, con un 5,2% de menciones.



Lo cierto es que el grado de proximidad que los venezolanos perciben entre esos centros y sus entornos más cercanos no es muy alto. Aunque más de la mitad ubica el centro o asociación mencionada en su propio Estado, sólo algo más de la quinta parte es capaz de situarlo en su comunidad o cerca de su comunidad. Es decir, no parece que los venezolanos perciban un fácil acceso, desde el punto de vista de la proximidad geográfica, a los centros dedicados a la ayuda a personas con problemas de drogas o alcohol.

Ubicación de los centros/asociaciones de ayuda frente al alcohol/drogas



A este respecto, merece la pena destacar que regiones como Delta Amacuro, Sucre y Monagas que, como hemos visto a lo largo del estudio se han revelado como zonas de una gran facilidad para el acceso a determinadas drogas -fundamentalmente la *pedra* que, además, se asocia a pautas de consumo bastante adictivas- son precisamente aquéllas regiones donde menor proximidad perciben los venezolanos a los centros y asociaciones de ayuda. Tan sólo un 4,1% de los encuestados en Sucre, un 2,4% en Delta Amacuro, y un 0,3% en Monagas sitúa los centros y asociaciones mencionados “en” o “cerca” de su comunidad.

RECOMENDACIONES BÁSICAS Y CONCLUSIONES TENTATIVAS

La elaboración de este estudio ha acarreado la realización de un enorme esfuerzo investigador, logístico, de coordinación y, por supuesto, de recursos humanos y económicos. En gran medida, el conocimiento adquirido sobre la estructura de las bases de *datos sociales públicos* existentes en Venezuela ha puesto de manifiesto que, si bien no existe un *banco de información* con grandes recursos en serie, sí existe capacidad humana, tecnológica e institucional para que se lleven a cabo investigaciones destinadas a recoger la *información social necesaria para los procesos de toma de decisiones que afectan a las materias sociales y colectivas* en sus distintos niveles.

En Venezuela se realizan muchas encuestas, pero en su inmensa mayoría se trata de estudios de mercado o investigaciones destinadas a chequear el apoyo de los distintos grupos políticos. El resultado de esta situación es que existen redes de campo, entrevistadores, supervisores, técnicos y sociólogos muy experimentados en la realización de investigaciones, pero se carece de datos sociales en serie capaces de dar cuenta de la situación general del país desde una perspectiva histórica. A su vez, el propio objetivo de ese tipo de estudios hace que el acceso a muchas regiones del país sea realmente complicado y las redes de campo consolidadas se encuentren casi de forma exclusiva radicadas en los Estados de mayor densidad poblacional, quedando más de la mitad del territorio venezolano sin cobertura investigadora. En gran medida, el Instituto Nacional de Estadística constituye la gran fuente de información pero, en términos comparados, aunque su banco de datos cuenta con información absolutamente *imprescindible*, lo cierto es que no ha podido llevar a cabo muchos estudios imprescindibles para un conocimiento profundo y seriado de la realidad social venezolana en sus múltiples facetas.

En este sentido, esta encuesta ha querido colaborar en la tarea de generar *datos sociales* útiles para el país, no sólo desde el punto de vista del consumo de drogas sino desde una perspectiva más amplia que permitiese dar cuenta de las mediaciones más relevantes en la comprensión de un fenómeno tan complejo como el consumo de drogas legales o ilegales en cualquier sociedad.

La presentación y breves análisis llevados a cabo en estas páginas son apenas una pequeña muestra del potencial de este trabajo. La matriz de datos generada con 11.700 casos para todo el país y todas las variables sociodemográficas incluidas permiten la elaboración de análisis y el chequeo de hipótesis mucho más complejas y profundas que las que aquí se han expuesto. Dentro de este nivel, cabe realizar algunas consideraciones sobre aspectos concretos del estudio.

Como resultado de las limitaciones temporales a las que ha estado sometida esta investigación, se ha asumido la clasificación de los niveles socioeconómicos más utilizada en el país que ofrece como categorías de corte los grupos AB, C, D y E. Estos grupos tratan de reflejar, en progresión lineal, los distintos niveles de subordinación en la estructura social siguiendo una escala que arranca de las posiciones más supra-ordinadas (AB) y concluye en las de máxima exclusión (E). En la práctica investigadora venezolana, estos niveles socioeconómicos o clases sociales son definidos de forma sistemática y casi exclusiva en función del barrio/urbanización de residencia y de las características de la vivienda. No cabe duda de que ambos elementos constituyen piezas centrales en la construcción de cualquier indicador de clase social, y más aún en el caso de Venezuela. Sin embargo, son bien conocidos los numerosos debates existentes dentro de la disciplina sobre la construcción de este tipo de indicadores y la importante mediación de otras variables como el nivel de estudios propio o de los padres/conyuges, el tipo de actividad laboral, los ingresos, el acceso a ciertos servicios como la sanidad o la cobertura o no de

necesidades básicas tan presentes en la definición de otros indicadores como el Índice de Desarrollo Humano (IDH), el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (INBI) o la medición de la pobreza en general.

A su vez, en un nivel distinto, la construcción de sub-muestras para todos los Estados - con niveles de error inferiores al 5% para todos los casos y por debajo del 4% en muchos de ellos- abre la posibilidad de generar análisis y explotaciones en niveles micro, aportando importante y valiosa información sobre cada uno de los territorios que componen el país. Habida cuenta de las notables diferencias que caracterizan a Venezuela desde el punto de vista territorial, el análisis desagregado de los datos y la explotación de cada una de las matrices correspondiente a cada Estado se hace, si cabe, más urgente.

Así pues, tomando como referencia las tres cuestiones abordadas hasta el momento, cabe sugerir la apertura de tres futuras líneas de trabajo paralelas pero distintas:

1. Una vez concluida esta primera aproximación a la información obtenida, consideramos muy deseable un análisis más profundo de la data compilada. Existe numerosa y excelente información para el total nacional con una muestra de 11.700 casos y un nivel de error inferior al 1%, lo que sitúa a este estudio en la categoría de macro-encuesta. Entendemos que, dadas las características del cuestionario, la información aquí recogida posee incalculable valor en los ámbitos de la sanidad, la educación y el desarrollo social, resultando particularmente interesante no sólo para las instancias nacionales y estatales implicadas en los procesos de toma de decisiones colectivas sino también para los centros educativos y sanitarios de todos los Estados del país. En gran medida, la utilidad de esta encuesta radica en la existencia misma de los datos, pero también en la difusión de la información entre médicos, educadores, profesores y facilitadores de

todos los niveles y territorios de Venezuela. Dados los procesos de cambio que atraviesan los niveles educativos y sanitarios en todo el país, la distribución de esta información parece factible dentro del marco general de coordinación de las redes sanitaria y educativa.

2. En un segundo nivel, parece necesaria una reflexión metodológica de mayor profundidad sobre los parámetros sobre los que convencionalmente se construye en Venezuela el indicador *nivel socioeconómico/clase social*. Sin lugar a dudas, existen numerosos profesionales en los ámbitos de la investigación universitaria pública y privada, comercial e institucional capacitados para llevar a cabo este tipo de análisis. Desde nuestro punto de vista, una mejor definición de los parámetros sobre los que *en la práctica investigadora* se construye un indicador tan relevante ayudará, en el futuro, al mejor conocimiento de la estructura social del país y sus procesos de movilidad y cambio. En este sentido, parece particularmente relevante llevar a cabo una explotación de los datos que preste especial atención a la variable *nivel y tipo de estudios*, habida cuenta de la ampliación en curso del sistema educativo público y sus eventuales efectos sobre el 30% de la población venezolana de entre 15 y 70 años que declara estar inserta en algún proceso de formación.
3. Finalmente, como cierre de este primer bloque de observaciones, cabe señalar la importancia de que la explotación y difusión de los datos recogidos por este trabajo preste particular atención al elemento territorial. Afortunadamente, se pudieron construir las 24 sub-muestras correspondientes a cada uno de los Estados del país, incluido el Distrito Capital, con niveles de error muy pequeños. Esto significa, en la práctica, que toda la información compilada se encuentra disponible de forma específica para cada uno de los Estados que componen el

país. En este primer análisis se ha constatado la existencia de importantes diferencias entre unos Estados y otros no sólo en relación a las pautas de consumo de drogas legales e ilegales sino también sobre otras cuestiones como los mapas epidemiológicos, la situación de la asistencia sanitaria, las prácticas alimentarias o las problemáticas más extendidas en las comunidades. La utilidad de una explotación más profunda de estos datos y su posterior difusión en los niveles territoriales correspondientes parece evidente.

A su vez, y sin salir del ámbito de lo territorial, cabe sugerir dos consideraciones de tipo general. Por un lado, este primer análisis de los datos parece señalar la existencia de *regiones* diferenciadas en términos de consumo de drogas, no tanto en lo que se refiere a la extensión de su consumo como en relación al tipo de sustancias más extendidas. Así, mientras todos los indicadores señalan a la marihuana y cocaína como sustancias más extendidas en el país, los indicadores indirectos parecen apuntar la existencia de *regiones* en las que esta pauta se rompe, siendo el *crack* el tipo de droga ilegal más extendida después de la marihuana. Esto parecería ser así en el caso de la *región* compuesta por los Estados Anzoátegui, Sucre, Monagas y Delta Amacuro, afectando parcialmente al Estado Bolívar, mientras que la cocaína seguiría siendo la segunda droga más extendida en la *región* central y occidental del país, incluyendo en este caso toda la frontera de Los Andes. Otro tanto cabe decir de las pautas de consumo de alcohol, que ofrecen niveles muy diferentes dependiendo del elemento territorial. Las franjas más altas de *consumo de alcohol entre semana* las ofrecen los Estados situados en el oriente del país (Anzoátegui, Monagas, Sucre, Delta Amacuro y, parcialmente, Bolívar) y en la franja sud-occidental de Los Andes (Mérida, Lara, Portuguesa y, parcialmente, Trujillo y Barinas). Y esto es así no sólo en el caso del consumo de drogas legales e ilegales sino en la descripción de gran parte de las

pautas relativas a las prácticas alimentarias, el mapa epidemiológico o la situación de la asistencia sanitaria, entre otras.

Dentro de este mismo nivel de consideraciones, y habida cuenta del elevadísimo grado de *urbanización* de la población del país, parece necesario que la explotación futura de la data construya una variable capaz de discriminar en el análisis lo *urbano* de lo *rural*, también si casi el 90% de la población del país se encuentra radicada en las ciudades. Es previsible que los análisis que se realicen teniendo en cuenta esta dimensión arrojen diferencias significativas en muchos de los aspectos contemplados, si bien en estos momentos esta cuestión no puede ser formulada más que como hipótesis.

Desde una perspectiva más vinculada a los datos obtenidos, existen algunas cuestiones que cabe volver a subrayar. El mapa epidemiológico del país se caracteriza, básicamente, por la extensión transversal de las enfermedades cardiovasculares y circulatorias que, de forma consistente con los datos reportados por el INE y otras fuentes estadísticas, constituyen, además, la primera causa de mortalidad en el país. A su vez, la extensión de las patologías vinculadas al aparato respiratorio resulta particularmente alta entre los grupos de edad más jóvenes. Pero más allá de estos rasgos generales, y de los mapas específicos que esta encuesta ha podido dibujar para cada uno de los Estados que componen el país, es posible deducir de las prácticas alimentarias y cotidianas la existencia de pautas de consumo de alimentos y hábitos diarios que podrían estar mediando en la amplificación del impacto de las patologías vinculadas al aparato circulatorio en el conjunto de la población. Más allá de las constricciones alimentarias derivadas de las limitaciones materiales al acceso a la comida que padece una parte de la población, esta encuesta ha puesto de manifiesto que en Venezuela se extienden formas de consumo alimentarias que en otros países han sido valoradas como elementos coadyudantes en la difusión de patologías cardiovasculares, diabetes, etc. Estas prácticas

de consumo parecen estar extendiéndose de forma transversal y transclasista en lo social, lo que pone de manifiesto la necesidad de mejorar las condiciones materiales de acceso a la alimentación pero también la urgencia de implementar medidas destinadas a la educación para la alimentación y la salud.

Por lo que respecta a la situación del sistema sanitario en Venezuela, no cabe duda de que su proceso de transformación global en curso está teniendo efectos positivos en el objetivo de generalizar el acceso gratuito y universal de la población a los servicios sanitarios. Sin embargo, este objetivo se encuentra todavía muy lejos de ser alcanzado. La incapacidad de la red pública para garantizar el *éxito* en cada una de las fases que componen una asistencia sanitaria integral resulta manifiesta. Es bien cierto que cada una de los niveles asistenciales implicados arroja resultados desiguales. Así, mientras los dispensarios y centros diagnósticos de la Misión Barrio Adentro en sus distintas fases ofrecen las mejores *ratios* de asistencia/obtención de tratamiento en torno al 85%, los hospitales y ambulatorios públicos no llegan al 55%. Pero, más allá de las diferencias, la percepción extendida de estas limitaciones repercute tanto en el acceso efectivo de toda la población a la salud como en la práctica imposibilidad de dispensar medicina preventiva desde el actual sistema sanitario.

La situación de la familia venezolana y sus grados de desestructuración ha sido otro de los elementos analizados en este informe. De forma sucinta cabe reseñar la mediación del género como variable determinante en la paternidad/maternidad y la extensión de pautas de edad para la maternidad que afectan de forma muy negativa a proporciones elevadas de la población y especialmente a las mujeres. Todos los indicadores analizados señalan un mayor grado de exclusión y marginación de las mujeres en los ámbitos laboral, económico y social, y una sobrecarga significativa del trabajo familiar y doméstico sobre este grupo. La mediación de la estructura familiar en muchos ámbitos

de la estructura social y, en el caso que nos ocupa, en la extensión de consumos como puedan ser las drogas –legales o ilegales- parece evidente. En este sentido, los datos obtenidos no dejan de subrayar la urgencia de adoptar medidas preventivas en términos de embarazos adolescentes y maternidad/paternidad responsable que, al igual que muchos otros comportamientos sociales no afectan únicamente a los directamente implicados (madres y padres adolescentes) sino a la estructura familiar en su conjunto (abuelas/os, hermanas/os, tías/os, etc.).

Por último, la descripción de los principales rasgos de las pautas de consumo de tabaco, alcohol y drogas en Venezuela arroja un saldo desigual. Mientras el consumo de tabaco se encuentra comparativamente limitado en lo cuantitativo, todos los indicadores apuntan hacia una extensión en el medio plazo. Fumar cigarrillos en Venezuela constituye un rasgo descriptor de lo urbano, lo masculino y lo referencial en términos de formación, ocupación y clase social. A su vez, los porcentajes de ex-fumadores resultan, desde la perspectiva comparada, muy bajos. En este sentido parecería que, si bien el grupo de consumidores habituales se encuentra en torno al 15% de la población –lo que en relación a los países de la región europea o EEUU resulta una proporción muy baja-, este grupo se encuentra en situación de extensión y ampliación, tanto desde un punto de vista cuantitativo como cualitativo.

Por su parte, el consumo del alcohol describe una pauta similar en términos de evolución previsible pero su actual extensión cuantitativa resulta muy alta. El alcohol constituye un de los elementos centrales del ocio en Venezuela y, aunque su consumo fuera de los ámbitos lúdicos resulta bajo, la cantidad y la frecuencia con la que la mayoría de los/as entrevistados/as declaró consumir alcohol resulta inquietante. No aparecen diferencias reseñables en cuanto a edad o género y apenas es posible apreciar que aquellos que disponen de más recursos consumen alcohol con mayor frecuencia y en mayor cantidad.

Pero más allá de los altos niveles de consumo de bebidas alcohólicas, resulta si cabe más inquietante su *normalización* en lo discursivo y lo social. A pesar de que todos los reportes policiales y judiciales señalan al alcohol como importante mediación en la comisión de agresiones, asesinatos y otro tipo de violaciones de los derechos fundamentales de las personas, los datos recabados por esta encuesta describen una sociedad en la que el consumo de alcohol se encuentra extendido transversal, dando lugar a una desvinculación ideológica entre las realidades efectivas que este consumo tiene sobre las comunidades y sus causas.

Por último, el consumo declarado de drogas ilegales en Venezuela se encuentra en niveles muy bajos si lo comparamos con los índices declarados por otros países como EEUU o la mayoría de los Estados de la Unión Europea. Apenas el 2.3% de los entrevistados declararon haber probado alguna droga ilegal a lo largo de su vida. Más allá de las limitaciones intrínsecas a este indicador que han sido ampliamente comentadas, lo cierto es que tanto la aproximación cualitativa previa como la encuesta distributiva conducen a la clasificación de Venezuela como un país de bajo consumo de drogas ilegales. Los indicadores indirectos y las variables de control introducidas en el cuestionario nos llevan a estimar que la proporción *real* de consumidores es significativamente mayor que la declarada. Más aún en el caso de los considerados *consumidores habituales*. Pero, por más que esta proporción *real* de consumidores sea superior a la declarada, la sociedad venezolana sigue situándose muy lejos de los patrones de consumo de drogas en EEUU o muchos Estados europeos tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, en muchos de los cuales entre el 35% y el 50% de la población general declara –por procedimientos de encuesta similares- haber probado a lo largo de la vida alguna droga ilegal.

En relación a las sustancias más extendidas en Venezuela, los datos obtenidos apuntan la extensión de dos patrones diferentes fuertemente marcados por el elemento territorial.

Mientras la marihuana parece ser la droga más generalizada en todos los Estados del país, la cocaína y la piedra/crack se disputan el segundo lugar. Así, mientras los indicadores directos e indirectos sitúan a la cocaína como segunda droga más extendida en las zonas más pobladas del país, especialmente en Occidente y la región sud-occidental, la piedra/crack ocupa este lugar en los Estados de Oriente y buena parte de la región aledaña al Orinoco.

Más allá de estas pautas generales cabe destacar que, si bien el consumo de drogas ilegales en Venezuela parece -desde todos los puntos de vista- comparativamente bajo, los indicadores indirectos apuntan hacia una posible extensión en el medio plazo, que se desarrollaría desde los núcleos urbanos y estaría confrontándose con un espacio discursivo de graves sanciones sociales. Cabe recordar de nuevo la negativa experiencia acumulada por otros países en este desfase entre *discurso* y *realidad* que, lejos de ayudar a la contención del fenómeno, ha servido, en muchas ocasiones, para su extensión generalizante, mediante la extensión de un discurso que presume -falsamente- la inmunidad de muchos colectivos aparentemente situados fuera de los grupos de riesgo pero fácticamente colocados en los bordes extensivos del consumo de drogas.

ANEXO I

RESULTADOS DE LA ENCUESTA:

**TABLAS GENERALES PONDERADAS PARA
EL TOTAL NACIONAL
CRUZADAS POR GÉNERO, EDAD Y CLASE SOCIAL**

ANEXO II

RESULTADOS DE LA ENCUESTA:

CUESTIONARIO-INSTRUMENTO

CON LOS MARGINALES CORRESPONDIENTES AL

TOTAL NACIONAL PONDERADO