

En Venezuela

La desigualdad social frente a la muerte

Gabriel Bidegain Greising (*)

- * **Los Avances médicos, si bien han logrado reducir la mortalidad, no han podido reducir la brecha entre los privilegiados y desfavorecidos.**
- * **Las niñas nacidas en el Distrito Federal tienen una esperanza de vida (73,75 años) superior a la de Cuba (73,50), la más alta de la región; las nacidas en el Delta Amacuro, Barinas, Apure o Trujillo tienen una esperanza similar a la de Honduras o El Salvador (entre 60 y 62 años).**
- * **Las medias nacionales, más que ayudar a las políticas sanitarias, Impiden una acción concertada en los grupos más vulnerables. Las diferencias evidencias que se está muy lejos de la "salud para todos" de la Declaración de Alma Ata, ratificada por Venezuela.**

INTRODUCCION (**)

En el momento de nacer el hombre empieza a ejercer el derecho más elemental de todos ellos, como es, el derecho a la vida. Sin embargo, la posibilidad de que se respete, depende muchas veces de las condiciones de existencia de los individuos. En el mundo, en América Latina y en Venezuela mueren muchas personas por causas que pueden y deben evitarse, lo cual resulta una afrenta para todos nosotros.

Entre las personas que se han ocupado de estudiar la mortalidad, se ha ido desarrollando una posición contraria a la vieja tesis sustentada por la medicina tradicional, de carácter estrictamente biológica, según la cual se admite que existen múltiples factores biológicos que ocasionan directamente la enfermedad, y eventualmente la muerte. La necesidad de superar esta tesis viene del descubrimiento de que estos factores son en realidad mecanismos intermedios que a su vez están social e históricamente determinados.

Durante siglos, la muerte afectaba sin distinción de posición social y devastaba poblaciones enteras. Muchos autores han sostenido que la desigualdad social frente a la muerte se produce como contrapartida al desarrollo de la revolución industrial. Sin embargo, hay evidencia de que incluso anteriormente (siglo XVIII) había una sobremortalidad entre los pobres. Es cierto, como lo indica Vallin (1), que las deplorables condiciones de vida de los trabajadores evidenciaron una desigualdad frente a la muerte, pero no tanto por aumento de la mortalidad entre aquellos, sino por la caída de la misma dentro de la clase privilegiada, que fue la primera en apropiarse de los progresos de la medicina.

Con los importantes descubrimientos médicos desarrollados durante la Segunda Guerra Mundial se creyó que la desigualdad frente a la muerte desaparecería como lo vaticinaba en 1950 León Tabah (2), al indicar que "la mortalidad social que apareció con la era industrial,

parece estar desvaneciéndose, y pronto las diferencias en la mortalidad volverán a reflejar una vez más sólo las diferencias naturales entre los individuos".

La rivalidad ha mostrado lo inverso. Los avances médicos, si bien lograron hacer reducir la mortalidad, a nivel mundial y en los países -las velocidades fueron muy diferentes dependiendo en gran parte del punto de partida, como lo señala acertadamente Chakiel (3) para América Latina y Vallin (4) a nivel mundial, no pudieron disminuir la brecha entre los privilegiados y los desfavorecidos. Por el contrario, como afirman Bronfman y Tuirán (5), "la adscripción de la clase determina, en última instancia, el acceso diferencial a la infraestructura de salud, a la cantidad de la alimentación, al vestido, a la vivienda, entre otros"

Esa condición de existencia predetermina en buena medida, la probabilidad que tiene el individuo de enfermar o morir.

J. Vallin (4), en un interesante artículo, indica que muchas veces se oponen, con acierto, los países desarrollados a los subdesarrollados, ya que los primeros reúnen alrededor de una cuarta parte de la población (1,2 mil millones de habitantes) y disponen de los cuatro quintos del ingreso mundial, mientras que los países subdesarrollados, con 3,6 millones, sólo tiene el quinto restante, incluido el ingreso de los países petroleros.

El mismo autor indica que, dado que la salud está directamente vinculada a las condiciones de vida, esta desigualdad implica una fuerte diferencia de mortalidad entre los dos subconjuntos. Mientras que, en 1985, el promedio de la esperanza de vida al nacimiento es de 73 años en los primeros, sólo alcanza los 56 años en los países subdesarrollados. La mortalidad infantil (defunciones de menores de un año) es cinco veces superior en estos últimos.

Estas diferencias tan importantes en estos dos subconjuntos esconden desigualdades aún más aterradoras al to-

(*) Jefe del Departamento de Investigaciones Sociales del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello.

(**) Se presentan parte de los principales hallazgos de la investigación "La Desigualdad Social y Esperanza de Vida en Venezuela" (en prensa)

mar en cuenta los propios países o los grupos sociales dentro de estos, como se mostrará en el presente artículo en el caso venezolano.

“ Para dar esta visión de la desigualdad social frente a la muerte, se utilizan los resultados obtenidos de la aplicación de un método indirecto, a partir de las respuestas dadas sobre las preguntas de fecundidad, realizadas en el último censo (1981).

DIFERENCIAS REGIONALES DE LA ESPERANZA DE VIDA EN VENEZUELA

Uno de los aspectos que sobresale al estudiar la mortalidad es el profundo abismo que existe al tener en cuenta este fenómeno en cada una de las Entidades Federales, aunque esa media oculte otras desigualdades aún más profundas.

La mayor esperanza de vida de las niñas se obtuvo para el Distrito Federal (72,75 años), y luego para el Estado Nueva Esparta (72,25 años). Las niñas del Estado Miranda tendrían un año y medio menos de esperanza que la registrada en el Distrito Federal. El nivel más bajo se situaría en el Territorio Federal Delta Amacuro (64,0 años), por lo cual la diferencia entre las niñas sería, a partir de estas estimaciones, de 8,75 años, algo menos de un año que lo obtenido por el método directo.

En lo que respecta a los niños, el mayor nivel se obtuvo para el Distrito Federal (68,82 años), luego el Estado Nueva Esparta (68,3 años) y más tarde el Estado Miranda (67,27 años). El menor nivel se ubicó también en el Territorio Federal Delta Amacuro (60,27 años), y luego en Barinas (61,71 años), Apure (61,95 años) y Trujillo (62,19 años). La diferencia entre los niños es de 8,55 años, similar a la obtenida por el método directo.

Como era lógico suponer, la vida es más corta a nivel del medio rural debido a la adversidad y a las menores condiciones de existencia y sobre todo a las peores condiciones de atención sanitaria en ese medio.

Si bien el promedio nacional de la esperanza de vida de la niña que nace y permanece en el medio rural es de 67,25 años, la misma para la niña del medio rural del Estado Nueva Esparta es de 73,25 años, mientras para quienes nacen y permanecen en el Territorio Federal Delta Amacuro es de 60 años, nivel similar al que registra en promedio un país como Honduras. Es en este medio donde la brecha entre las niñas es mayor

(13,25 años), es decir, que entre ellas habría alrededor de veinticinco años de diferencia en desarrollo socioeconómico.

Entre los niños que nacen en el medio rural y permanecen en él la diferencia de la esperanza de vida es de 12,87 años pues para el que nace en el Territorio Federal Delta Amacuro es de 56,47 años, superior en menos de cuatro años a la que se registra en promedio para Haití, mientras que el que nace en el Estado Nueva Esparta tiene una esperanza de vida de 69,34 años. El nivel estimado para los niños del Estado Apure es menor al que se registra en Perú y el de Barinas es similar al de ese país. Los niños que nacen en Portuguesa, Táchira y Trujillo tienen una esperanza de vida menor que la que se registra en Honduras. Los niños de diecinueve Estados que nacen y viven en el medio rural tienen una esperanza de vida menor que la que se registra para el promedio de El Salvador.

La esperanza de vida a nivel urbano muestra que aquellos habitantes que viven en centros poblados, y sobre todo en metrópolis o ciudades vinculadas a éstas, donde se posee un standard de vida más elevado y mejores posibilidades de asistencia, logran tener en promedio una vida más larga.

Las niñas que habitan en el Distrito Federal urbano, que son prácticamente la totalidad, ya que viven en Caracas o en ciudades dormitorio de ésta, tienen, en promedio, una esperanza de vida (73,75 años) superior a la que se registra en Cuba (73,5 años), la cual es la más alta de la región latinoamericana y del Caribe. Si bien el promedio de una niña que habita el medio urbano es de 71 años a nivel nacional, superan los setenta años

las que habitan en ciudades de la región Norte Costera (Zulia, Falcón, Carabobo, Aragua, Distrito Federal, Miranda, Anzoátegui, Sucre, además de Nueva Esparta, Táchira, Monagas, Lara, Bolívar y Apure). La más baja esperanza de vida al nacimiento entre las niñas urbanas se registra en el Territorio Federal Amazonas (67 años), lo que indica una fuerte correlación entre el medio urbano (la existencia de mejores condiciones epidemiológicas y sanitarias, aparte de un mayor acceso a los bienes materiales y espirituales de la sociedad). La brecha entre las niñas urbanas se reduce a 6,75 años).

En lo que respecta a los niños, la mayor esperanza de vida se da en el Distrito Federal (69,86 años) y la menor en el Territorio Federal Amazonas (63,15 años). Entre los niños existe una mayor diferencia y no se registra la homogeneidad detectada entre las niñas.

LOS DIFERENCIALES SOCIO ECONOMICOS DE LA ESPERANZA DE VIDA

En los estudios que se han realizado a nivel regional y mundial sobre la mortalidad de los niños, una de las variables más explicativas de las diferencias entre ellos era la educación de la madre, dado que una mayor instrucción posibilita una mejor y mayor atención del niño.

Los hijos de una madre con trece años al menos de instrucción tienen una esperanza de vida de alrededor de 11 años superior a la de los hijos de una madre analfabeta. Mientras que los hijos varones de esta última tienen una espe-



ranza de vida (60,27 años) inferior a la que se registra en Guatemala. Las hijas de aquella tienen la misma esperanza de vida de un niño que nace en los Estados Unidos, Dinamarca o Canadá.

Lo que al parecer es determinante en la relación entre instrucción y esperanza de vida es que la madre haya realizado al menos la primaria, pues al parecer hay un punto de inflexión a ese nivel, aumentando rápidamente la esperanza de vida estimada para sus hijos, ya que hay una diferencia de al menos casi cuatro años con los hijos cuyas madres pasaron el nivel de primaria.

Como toda media es una visión general de la relación entre instrucción de la madre y esperanza de vida, recobra otros matices cuando se la examina para cada una de las regiones del país.

La esperanza de vida de los hijos varones de las madres analfabetas de la región Andina y Centro Occidental es menor que la que se registra para Honduras, mientras que la de los hijos analfabetos de las regiones Central, Los Llanos y Zulia es menor a la que se registra en Guatemala.

Evidentemente la mayor esperanza de las hijas de madre analfabeta tienen las nacidas y residentes en la región capital (68,75 años), nivel similar al que tiene un niño de una madre con más de diez años de instrucción, en las regiones Los Llanos y Los Andes. Se puede inferir, por lo tanto, que no solamente la instrucción discrimina los niveles de esperanza de vida sino que existe un número indeterminado de factores que inciden en el verdadero nivel de la misma y que no se agotan en unas pocas variables aunque las que tratamos explican gran parte de la varianza.

Por otra parte, las hijas de una madre que habite la Región Capital con diez años y más de educación tienen una esperanza de vida al nacimiento de 76,25 años, superior a la que se registra para Noruega y Holanda (76 años). Existen, a su vez, cuatro años de diferencia entre las hijas de una madre con más de diez años de instrucción y que habiten respectivamente las regiones Capital y Los Llanos.

Otro aspecto considerado por la literatura médica social es el que atribuye una fuerte relación entre la ocupación, la morbilidad y mortalidad del individuo. Se indica que el tipo de trabajo y las



condiciones de existencia están marcando o acotando las probabilidades de enfermarse y de morir.

El tipo de trabajo del jefe de hogar y la remuneración que el mismo permite, están marcando, sin lugar a dudas, las posibilidades no sólo de un mayor acceso a los bienes materiales y espirituales de la sociedad sino también a una vida más larga.

Las hijas de patronos y directores (no agrícolas) tienen una esperanza de vida (74,75 años) que supera el mayor nivel estimado de la región (Cuba) y muy similar a la media que se estima para los Estados Unidos, Dinamarca y Canadá. **Mientras que las hijas de un obrero agrícola tienen diez años menos de esperanza de vida (64,50 años), nivel incluso menor que el que se estima para El Salvador.** Prácticamente la misma diferencia existe entre los hijos varones de jefes de hogar que tengan dichas ocupaciones.

Esta simple comparación muestra que un sector de niños, relativamente reducido, tiene las mismas condiciones de existencia y de una larga vida que la que se registra, en promedio, en los países desarrollados, mientras otros viven en iguales condiciones que los países más pobres de la región latinoamericana y del Caribe.

No sólo el hecho de ser hijo de patrón permite una vida mejor y más larga sino que el estar viviendo en el medio urbano, dado que permite tener acceso a mejores condiciones de existencia y poder recurrir a mejores instituciones escolares y asistenciales, posibilita una vida más larga, ya que el hijo de un patrón agrícola tiene una esperanza de vida al nacimiento 8 años menor, sea hembra o va-

rón.

La relación estrecha entre la ocupación del jefe del hogar y la expectativa de vida de sus hijos se ve cuando al descender en la escala de ocupaciones, desciende consecutivamente aquella.

Los hijos de personal directivo, profesionales y empleados calificados tienen un año menos de esperanza de vida que los hijos de sus respectivos patronos urbanos.

El que el empleado u obrero sea calificado (lo que indicaría directamente la importancia de la educación) implicaría que sus hijos puedan tener una diferencia cercana a los dos años (alrededor de 1,75 años). Sin embargo esta diferencia se reduce entre los hijos de

los trabajadores por cuenta propia (calificados o no) a 1,17 años.

La diferencia en la esperanza de vida de los hijos de un patrón y los de un servicio doméstico que hayan nacido en el mismo medio, es de alrededor de 6 años, cualquiera sea su sexo.

Se ha repetido con justeza que las condiciones materiales y sociales de existencia están predictando, de alguna manera, la probabilidad de enfermarse y de morir. El tener un mayor ingreso implica, de hecho, una mayor posibilidad de obtener mayores bienes materiales y espirituales y una vida más larga.

Se puede decir que la hija de un jefe de hogar que tuviera menos de mil bolívares de ingreso en 1981 y que naciera cerca de ese año, tendría una esperanza de vida de 66,75 años, mientras que aquella cuyo padre tuviera un ingreso entre los cuatro mil uno y los nueve mil bolívares tendría alrededor de 73,25 años, nivel similar a la más alta registrada en la región. Es decir, que entre ambas habría una diferencia de 6,5 años.

Como se decía más arriba, no sólo tendría la primera una vida con muchas necesidades materiales, educativas y asistenciales sino que además sería mucho más corta.

Los hijos de los jefes de hogares que ganaran menos de mil bolívares, en 1981, tendrían una esperanza de vida de 62,91 años, apenas superior a la que se registra en la República Dominicana, mientras que los hijos de un jefe de hogar que tuviera un ingreso entre los cuatro mil uno y los nueve mil bolívares, en esa misma fecha, tendría una esperanza de vida al nacimiento de 69,34 años, relativamente similar a la que registra Argentina.

A MANERA DE CONCLUSION

Muchas veces he dicho que el derecho a la vida es el más elemental de todos ellos. Sin embargo, es uno de los que menos se respeta, ya que como se vio más arriba, no es igual para todos y no se termina en el mismo tiempo, no por las mismas causas.

Ochenta mil personas aproximadamente mueren cada año en Venezuela, muchas de ellas por causas totalmente evitables por el conocimiento médico actual y pertenecientes en su mayor parte a la "tercera clase". Esto obedece no sólo a que es la clase más numerosa, sino a que tiene un mayor riesgo, y por ende una vida más corta, debido a sus propias condiciones de existencia.

En algunas ocasiones se ha expresado que los grandes triunfos del pasado sobre las epidemias que azotaron al país, y el mejoramiento evidente y muy importante de la esperanza de vida situaban a Venezuela en un paraíso de salud. La media nacional más que ayudar en la clarificación de las políticas sanitarias impide una acción concertada en los grupos vulnerables.

Las diferencias de esperanza de vida, resultantes de las condiciones desiguales de los venezolanos según su pertenencia a un grupo social, evidencian que se está muy lejos de alcanzar la salud PARA TODOS como está previsto en la Declaración de Alma Ata y ratificado por Venezuela.

Mientras unos niños venezolanos tienen el mismo promedio de esperanza de vida que el conjunto de los países del tercer mundo, un grupo reducido de niños, también venezolanos, tienen una expectativa más elevada que el promedio de los niños de los países más avanzados del planeta. Hay veinte años de diferencia de esperanza de vida entre el subgrupo más atrasado y más avanzado, lo que en otros términos significa 40 años de diferencia entre ambos, en lo que respecta al nivel socio-económico.

La esperanza de vida ha sido utilizada tradicionalmente como indicador de desarrollo económico y es una medida indirecta de la salud de la población. Las estimaciones que se han brindado permitirían a las autoridades públicas poner en práctica políticas, no necesariamente sanitarias, que permitan reducir la desigualdad ante la muerte y lograr un mejoramiento de la vida de todos los venezolanos.

Una vez definidas las poblaciones objetivos como las presentadas más arriba,

se pueden implementar medidas de diversa índole, pero que sean dirigidas a esos sectores para que el gasto social sea más eficiente y se logren los resultados deseados en un menor tiempo.

NOTAS

- 1) J. Vallin. "Determinantes socio económicos de la mortalidad en los países industrializados", Boletín de Población de las Naciones Unidas, New York, 1982, 13, pp. 28-45
- 2) L. Tabah "La mortalité sociale, enquête

nouvelle en Angleterre", Population, Paris, INED, 1960, 1, p. 77.

- 3) J. Chackiel. "La Mortalidad en América: Niveles, Tendencias y Determinantes". Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, México, UNAM-PISPAL, 1984, pp. 157-185.
- 4) J. Vallin, "La mortalité dans les pays en Développement", Espace, Populations, Sociétés, Lille, 1985, III, pp. 515-540.
- 5) M. Bronfman y R. Tuirán "La Desigualdad social ante la Muerte. Clases sociales y mortalidad en la niñez". Cuadernos Médico Social, Rosario, CEES, 1985, 29-30, pp.

ACADEMIA NACIONAL DE LA HISTORIA ...la memoria del país



ESTUDIOS, MONOGRAFÍAS Y ENSAYOS

AÑO CENTENARIO

LA EDUCACION POPULAR...

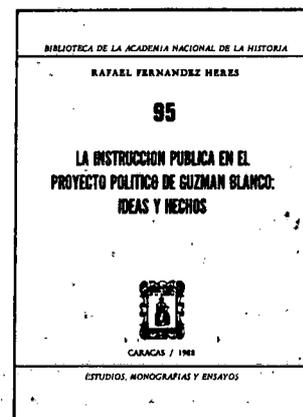
RAFAEL FERNANDEZ HERES nos entrega una obra de copiosa documentación sobre aspectos fundamentales de la instrucción pública del país.
PREMIO MUNICIPAL DE INVESTIGACION SOCIAL 1988

La Lectura

"Nos ofrece Fernández Heres un nuevo libro sobre la evolución de la instrucción Pública en Venezuela, tópico que forma parte importante del desarrollo socio-histórico y socio-cultural del país".

Pascual Venegas Filardo

P.V.P.
Bs. 56,00



A LA VENTA EN:

DISTRIBUIDORA LAS ACADEMIAS
Avenida Libertador (entre Las Palmas y Las Acacias). Edif. Las Vegas. Piso 1.
Ofc. 1-F Caracas
Telfs. (02) 781.43.43 / 782.89.56
Y EN LAS MEJORES LIBRERIAS

**ACADEMIA NACIONAL
DE LA HISTORIA**