

## *II. La transición de la mortalidad y la evolución socio-económica de Venezuela. El deterioro en la década de los ochenta<sup>1</sup>*

Dalia Elena Romero M.

---

### *Introducción*

Este trabajo es un primer acercamiento a un análisis comprensivo de las relaciones entre el desarrollo económico y social y la evolución de los niveles de mortalidad experimentados por la población en Venezuela.

Se está desarrollando dentro del proyecto del CICRED (Comité para la Cooperación Internacional en Investigaciones Nacionales de demografía) coordinado por el Dr. Lado Ruzicka y el Dr. León Tabah, llamado "The effects of social, political and structural change on mortality trends and levels", el cual se inició en marzo del año 1992 con el principal objetivo de comparar la transición de la mortalidad entre países con distinta experiencia en lo económico, social, político y cultural tales como: Indonesia, China, Alemania, Ghana, India, Vietnam, entre otros.

En ese contexto, el caso de Venezuela aparece como interesante dado que es, por lo menos dentro de la región latinoamericana, uno de los países que ha experimentado con mayor intensidad cambios socio-económicos que han estado en estrecha vinculación con la también intensa transición demográfica. Especialmente desde los años ochenta en el país se está atravesando por una gran crisis económica, la cual se ha visto reflejada en el deterioro de los indicadores de salud.

La gran transición de Venezuela comenzó en la década de los años treinta como consecuencia del inicio de la explotación petrolera, actividad económica que no sólo

---

<sup>1</sup> Ponencia presentada en la Chaire Queletet 1992 "Transitions démographiques et sociétés. Des faits aux idées et politiques", organizada por el Instituto de Demografía de la Universidad Católica de Louvain. Bélgica, septiembre de 1992.

significaba un mayor ingreso nacional sino que además exigía una transformación estructural de las bases institucionales, políticas y hasta culturales de Venezuela. Es por ello que con la amplia circulación de la renta, se consolidó el Estado como ente central que regiría la disolución de las relaciones pre-capitalistas y modernizaría la infraestructura administrativa, física y social. Ese drástico cambio, de ser a principios de siglo uno de los países más pobres de la región a uno con altos niveles de industrialización, colocó a Venezuela como un país que prometía grandes avances en lo social. Sin embargo se ha podido constatar que después de los avances en la sobrevivencia de la población que se obtuvieron en la década de los años cincuenta, no sólo no se han dado otros grandes avances sino que, por el contrario, la década de los ochenta significó una serie de atrasos en materia de salud. Con la finalidad de encontrar algunas evidencias que den cuenta de tal transición, se realiza en la primera parte de este trabajo una presentación de la transición económica de Venezuela y de sus vinculaciones con los cambios en los niveles, la estructura y las tendencias de la mortalidad en Venezuela desde 1936.

Por otra parte, si bien es cierto que aún en la década de los años ochenta Venezuela tiene en promedio unos indicadores de sobrevivencia mejores que muchos de los países de la región, la situación al interior del país es muy diferente. Se ha encontrado que las ganancias en salud han estado muy concentradas en los grupos sociales de mejor nivel socio-económico así como en las pocas áreas más urbanizadas, las cuales a su vez concentran una elevada proporción de la población total. Por el contrario, las entidades federales y los estratos de mayor pobreza se encuentran con muchos años de atraso en cuanto a la etapa que experimentan dentro de la transición demográfica. En ese sentido, se presenta a grandes rasgos en el segundo apartado de este trabajo, los principales resultados de un estudio realizado en torno a la desigualdad social y la esperanza de vida en Venezuela, elaborado en 1989 en la Universidad Católica Andrés Bello de Caracas, por Gabriel Bidegain.

La pauperización de la calidad de vida durante la década de los ochenta no sólo debe haber aumentado esas desigualdades ante la muerte, sino que además, como se mostrará más adelante, los promedios nacionales han mostrado un deterioro, lo cual parece indicar que la crisis económica ha incidido rápidamente en los procesos de morbilidad y calidad de vida. Para estudiar estos fenómenos se tendría que realizar un análisis exhaustivo e interdisciplinario en donde se incluyera el estudio de los cambios en las causas de muerte, la evaluación de la calidad de la información así como la interacción de este evento con otros factores sociales e individuales. Sin embargo, en el tercer apartado se presenta un primer acercamiento que puede dar cuenta de la evolución de algunos indicadores sociales y con ello, del retroceso que se ha sufrido en Venezuela en materia de salud.

Podría pensarse que el deterioro económico, ambiental y social de Venezuela es el mismo que ha ocurrido en muchos de nuestros países. Por ello en el cuarto apartado se comparan una serie de indicadores acerca de la evolución económica y de la mortalidad de cinco países latinoamericanos (Argentina, Brasil, Cuba, Chile y México) y se intenta

partir de la pregunta ¿por qué países con igual o mayor deterioro económico no tienen un declive tan intenso en la salud de su población? Una de las principales revelaciones que se tiene es que Venezuela es el país que menor reducción tiene de sus niveles de mortalidad y mayor deterioro económico durante la década de los años ochenta.

Por último, se buscan algunas explicaciones de la estrecha relación entre la crisis económica y la mortalidad en Venezuela a partir de algunos indicadores que den cuenta de la política social: la distribución del gasto social y el presupuesto en salud; así como la dotación de recursos hospitalarios.

Es evidente que es necesario continuar este estudio con la finalidad de no sólo poder buscar explicaciones certeras sobre la transición de la mortalidad en Venezuela sino además, con ello, dar cuenta de cómo y qué se tendría que hacer en el país para revertir la tendencia al deterioro de la salud, sobre todo en la población de más alto riesgo. Uno de esos caminos, el cual se está transitando actualmente, es el análisis de los cambios en la estructura de la mortalidad por causas, debido a que la misma puede brindar más elementos para precisar los determinantes y las consecuencias de los cambios de la mortalidad en el país.

### *La transformación del país desde 1936 mejora aceleradamente la situación de la salud*

Venezuela tiene 912.050 km<sup>2</sup> y una población estimada de casi veinte millones de habitantes, lo cual arroja una de las más elevadas densidades de América Latina. Por otra parte, es el quinto país más poblado de la región. Ha sido reconocida por el alto ingreso nacional por habitante, por lo menos durante la década de los años setenta, por su alto nivel de urbanización e industrialización y, dentro del campo de la salud, por las amplias ganancias obtenidas en los años cincuenta, a partir de la lucha contra el paludismo.

A principios de siglo la gran crisis agrícola que se desató colocó a Venezuela en gran desventaja económica frente al contexto mundial: en 1920 mientras que el producto nacional de las economías industrializadas (Austria, Bélgica, Francia, Japón, Estados Unidos y Reino Unido) era, en promedio, de algo más de \$ 1.000 por habitante y el de algún grupo de países latinoamericanos (Argentina, Brasil, Colombia (1925) y México) era de \$ 330, el de Venezuela apenas llegaba a \$147<sup>2</sup>.

Esa situación de pobreza se reflejaba, como en muchos de los países de Latinoamérica, en las condiciones de salud. Las tasas de mortalidad general no sólo tenían altos niveles, sino además fluctuaciones provocadas sobre todo por brotes endémicos tales como los de la peste bubónica de 1908, la fiebre amarilla en 1912, la viruela de 1915, o el paludismo entre 1915 y 1916, además de violentas epidemias de origen externo, tal y como la gripe española en 1918. Las altas tasas de mortalidad determinaban en gran medida el lento crecimiento de la población.

<sup>2</sup> Baptista (1986), pp. 21-23.

Es a partir de la segunda mitad de la década de los treinta que Venezuela comienza a transitar por una evolución económica que la transforma de una economía agrícolaa en una economía moderna cuyas bases se fundamentan en la explotación del petróleo. Comenzó entonces una amplia circulación de la renta y con ello una mejoría notable de las condiciones de vida de su población, una conformación del mercado interno con lo cual se van disolviendo las relaciones económicas, políticas y sociales pre-capitalistas, y se va creando una infraestructura administrativa y física moderna (educación, salud, fuerzas armadas, entre otros).

El país pasó drásticamente de ser uno de los más pobres y precarios de la región a uno de los de mayor ingreso nacional y que además, prometía grandes logros en lo social, en la industrialización y hasta en lo político. En el transcurso de la década de los cincuenta, el alto poder de compra del bolívar y la transferencia masiva de capitales que ello implicaba, contribuyeron a acelerar la industrialización, pero es en la década de los años setenta cuando el estado terrateniente venezolano y más generalmente, todos los países petroleros de la OPEP, alcanzaron su posición de mayor poderío, con las nacionalizaciones del capital arrendatario extranjero<sup>3</sup>.

En cuanto al modelo del proyecto político asumido entre esas profundas transformaciones del país, se tiene que desde comienzos de los años treinta, el Estado venezolano se fue orientando cada vez más como un Estado proteccionista y populista, el cual tenía como esencial tarea el destinar según prioridades la renta petrolera del país. Así, ya desde 1935 el gasto corriente se expandió con los ingresos y representó en total un 85,5% del gasto público. Este último experimentó un crecimiento importante el cual se dirigió principalmente a obras de infraestructura, vialidad y construcción.

Esas complejas transformaciones económicas y políticas se sucedieron en completa interacción con una serie de cambios en las condiciones de vida de su población. En cuanto a la salud, los focos endémicos tienden a reducirse a partir de 1930, pero a un lento ritmo debido a que era difícil controlar sanitaria y médicamente las grandes epidemias. Es también a mediados de los años treinta, con la diversificación de las concesiones extranjeras, cuando el Estado obtiene una mayor disponibilidad de recursos. Gracias a los ingresos provenientes del petróleo, por primera vez en el país se implantan campañas de saneamiento ambiental y luchas contra una serie de enfermedades infecto-contagiosas.

Por otra parte, es muy importante tener presente que ese control de enfermedades también estuvo vinculado con las exigencias que traía consigo la implantación de las empresas extranjeras que dominarían la explotación del petróleo, las cuales no hubiesen podido desarrollarse con igual intensidad en las condiciones adversas que venían observándose. Por ello, a raíz de la Segunda Guerra Mundial, dichas empresas contribuyeron con la introducción de medicinas y tecnologías para la lucha contra las epidemias y las endemias.

<sup>3</sup> Mommer (1990).

Es a partir de la segunda mitad de la década de los treinta que Venezuela comienza a transitar por una evolución económica que la transforma de una economía agrícola en una economía moderna cuyas bases se fundamentan en la explotación del petróleo. Comenzó entonces una amplia circulación de la renta y con ello una mejoría notable de las condiciones de vida de su población, una conformación del mercado interno con lo cual se van disolviendo las relaciones económicas, políticas y sociales pre-capitalistas, y se va creando una infraestructura administrativa y física moderna (educación, salud, fuerzas armadas, entre otros).

El país pasó drásticamente de ser uno de los más pobres y precarios de la región a uno de los de mayor ingreso nacional y que además, prometía grandes logros en lo social, en la industrialización y hasta en lo político. En el transcurso de la década de los cincuenta, el alto poder de compra del bolívar y la transferencia masiva de capitales que ello implicaba, contribuyeron a acelerar la industrialización, pero es en la década de los años setenta cuando el estado terrateniente venezolano y más generalmente, todos los países petroleros de la OPEP, alcanzaron su posición de mayor poderío, con las nacionalizaciones del capital arrendatario extranjero<sup>3</sup>.

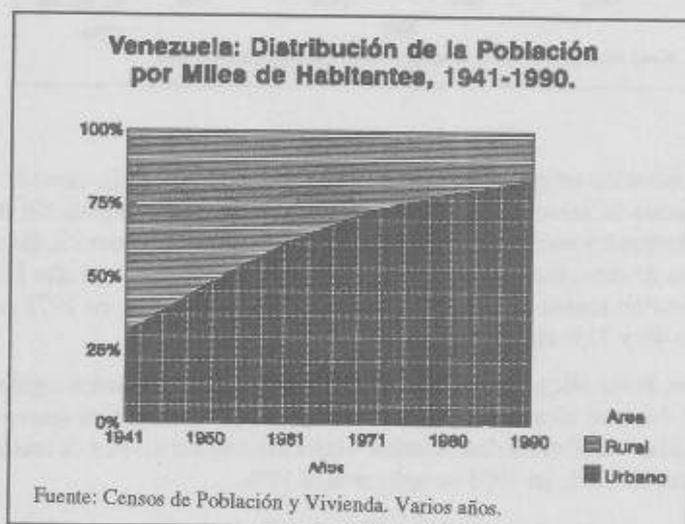
En cuanto al modelo del proyecto político asumido entre esas profundas transformaciones del país, se tiene que desde comienzos de los años treinta, el Estado venezolano se fue orientando cada vez más como un Estado proteccionista y populista, el cual tenía como esencial tarea el destinar según prioridades la renta petrolera del país. Así, ya desde 1935 el gasto corriente se expandió con los ingresos y representó en total un 85,5% del gasto público. Este último experimentó un crecimiento importante el cual se dirigió principalmente a obras de infraestructura, vialidad y construcción.

Esas complejas transformaciones económicas y políticas se sucedieron en completa interacción con una serie de cambios en las condiciones de vida de su población. En cuanto a la salud, los focos endémicos tienden a reducirse a partir de 1930, pero a un lento ritmo debido a que era difícil controlar sanitaria y médicamente las grandes epidemias. Es también a mediados de los años treinta, con la diversificación de las concesiones extranjeras, cuando el Estado obtiene una mayor disponibilidad de recursos. Gracias a los ingresos provenientes del petróleo, por primera vez en el país se implantan campañas de saneamiento ambiental y luchas contra una serie de enfermedades infecto-contagiosas.

Así, es reconocido internacionalmente cómo el gobierno venezolano se comprometió a erradicar al paludismo a través de una movilización nacional de medios sanitarios y de médicos. En otras palabras, las campañas de salud pública tales como el uso de insecticidas, las vacunaciones y hasta la instauración de los programas de la OMS, fueron decisiones muy vinculadas con relaciones económicas y políticas que se trazaron desde la industrialización del petróleo. En esa etapa de saneamiento ambiental juega un importante papel la creación del Ministerio de Sanidad (1936), ente que se consolida como autoridad sanitaria nacional en el marco del nuevo esquema de poder en que se estructura el Estado venezolano.

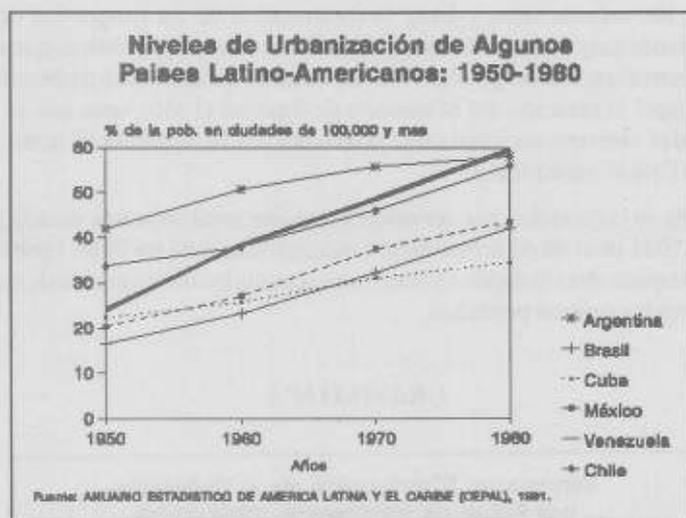
Venezuela se caracterizó por ser eminentemente rural, con una escasa movilidad espacial: en 1941 el nivel de urbanización alcanzaba apenas un 29%; (gráfico 1) pero veinte años después, éste se duplica y además se acentúa la concentración de la población urbana en grandes centros poblados.

GRAFICO N° 1



Es así que puede entonces apreciarse cómo la irrupción del petróleo también trajo consigo cambios importantes en la distribución espacial de la población asociados con un nuevo modelo de organización del espacio que impulsó importantes movimientos migratorios hacia las áreas donde se desarrolla la actividad petrolera o hacia aquellas favorecidas por su renta. Esa concentración urbana siguió desarrollándose a tal punto que en 1980 Venezuela es, entre los países latinoamericanos, el que tiene mayor proporción de la población en localidades de 100.000 habitantes (gráfico 2).

GRAFICO N° 2



Esa concentración urbana tenía como una de sus ventajas que favorecía a la acción estatal en materia de salud ya que ésta estaba centrada en la organización de una red hospitalaria nacional y en el desarrollo de programas curativos y además, favorecía a la infraestructura de servicios sanitarios a las viviendas familiares. En el año 1950 sólo el 16% de las familias tenían excusado a cloaca y el 49% acueducto; en 1971 estas cifras pasan a ser de 40 y 72% respectivamente.

Así mismo, la masificación de la educación fue otro de los grandes logros sociales; sin embargo, éstos se alcanzaron realmente a partir de 1960 con el nuevo proyecto político basado en un sistema democrático. Hasta ese año los niveles de analfabetismo fueron mayores de 50%; en 1981 se redujeron al 11%.

### *La transición demográfica acompañó a los cambios socio-económicos*

La evolución socio-económica del país ha estado muy ligada a la transición demográfica caracterizada por el cambio en el comportamiento de las tasas de natalidad y mortalidad (gráfico 3) <sup>4</sup>. Los altos niveles de mortalidad de los venezolanos hasta los años cuarenta, acompañados de unos estables niveles de natalidad, determinados, como

<sup>4</sup> Freitez y Romero (1991).

se ha mencionado, por las condiciones ambientales del país, provocaron el lento crecimiento de la población. Luego, a partir de los años cuarenta la natalidad comienza un aumento muy acelerado y la mortalidad un descenso a tal nivel que al llegar a los años

GRAFICO 3



sesenta, Venezuela registra una de las más altas tasas de crecimiento de la población observada en el mundo (de 4%), llegando por ello a duplicar su población en sólo 20 años.

El aumento de la natalidad correspondió con el descenso de la mortalidad. En 1936 la tasa de natalidad era de 30 nacimientos por cada mil habitantes y al llegar a 1950 era de más de 40%. Así mismo la tasa bruta de mortalidad pasa de ser del 15,3‰ a menos del 8 por mil habitantes de 1945 a 1960, en otras palabras, un promedio anual de baja de 3,4% (cuadro 1).

La esperanza de vida al nacimiento del venezolano aumentó considerablemente en la década de los cuarenta y luego con menor énfasis en la década de los cincuenta, especialmente por la fuerte disminución de la mortalidad infantil. Para los dos sexos, la esperanza de vida por edad de 1936 y 1941 guardan gran similitud en los niveles y en la estructura, así como entre 1961-1971 y 1981, mientras que la curva trazada en 1951 se diferencia muy claramente del resto, lo cual tiene gran relación con las transformaciones sociales (gráficos 4A y 4B).

En ese sentido, el impacto de los cambios señalados anteriormente, ocurridos en los años cuarenta y cincuenta tuvieron notable incidencia en la reducción de la mortalidad y, por tanto, en el incremento de la esperanza de vida. En los gráficos 4A y 4B se aprecian, por una parte, el aumento de la esperanza de vida al nacer, especialmente en los primeros

GRAFICO 4A

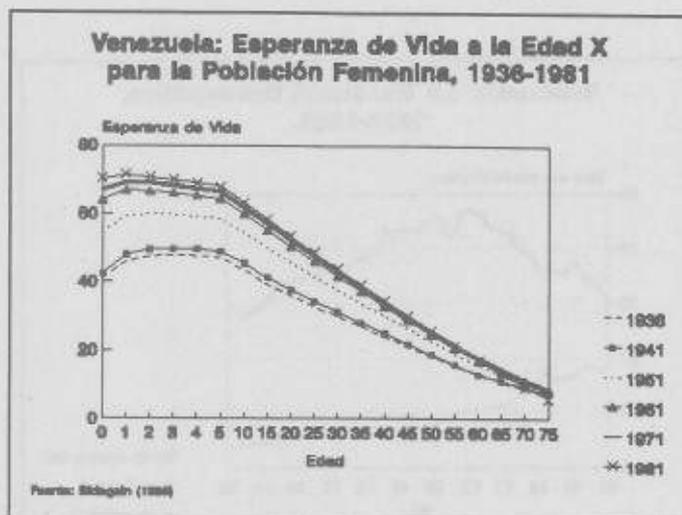
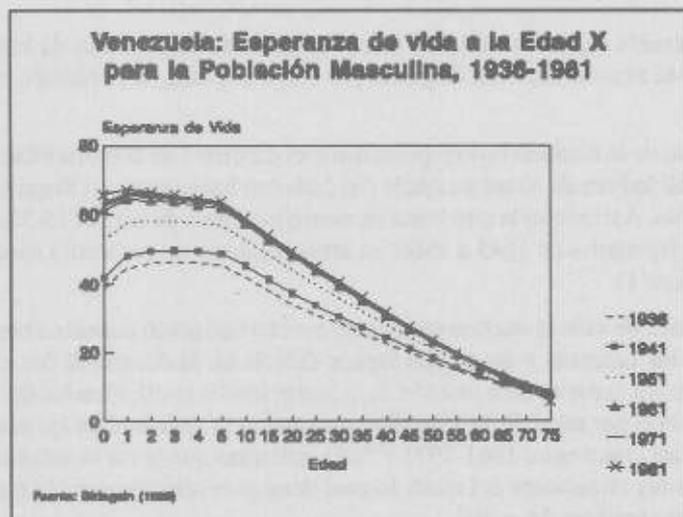


GRAFICO 4B



años de existencia y, por otra, dicho indicador, reflejado en una ganancia significativa por año calendario durante los períodos 1941-1951 y 1951-1961, como se detallará más adelante.

Esos cambios tan acentuados desde 1945 hasta finales de los cincuenta estuvieron en estrecha relación con el proceso de urbanización tan acelerado y la consiguiente concentración de los servicios sociales, acompañado a su vez de transformaciones políticas, sociales y culturales. En ese contexto es importante reconocer, sobre todo si se quiere visualizar la transición demográfica, que la transformación del país no fue resultado de un progresivo desarrollo económico y social sino más bien de la necesidad de garantizar cierto nivel de calidad de vida que permitiera realizar el proyecto de "modernización" en el cual estaban comprometidos los distintos sectores de la sociedad venezolana, proceso además favorecido por el acceso a nuevas tecnologías médicas y por la incorporación a programas mundiales para la salud.

### *La ganancia en la sobrevivencia fue diferencial según el sexo y la edad de la población*

El descenso de la mortalidad ocurrió entre los diferentes grupos de edad y sexo pero con diferencias en su evolución e intensidad, debido a que las mejoras en las condiciones de vida y por ende la sobrevivencia, están condicionadas por las prioridades económicas y políticas del modelo de modernización que se buscaba obtener.

En primer lugar, tal y como lo exigían las compañías petroleras y las asociadas a éstas, las personas en edades activas, especialmente las que se encuentran entre los veinte y cuarenta años, son las que más rápidamente obtuvieron progresos en la lucha contra la mortalidad gracias a la acentuada disminución de las epidemias graves, en particular del paludismo: en menos de dos décadas el nivel de la mortalidad se reduce casi en 3/4 partes, (la tasa de mortalidad del grupo 25-29 pasó de 14,74 en 1936 a 5,18 en 1951, cuadro 2). Sin embargo, las mejoras de las condiciones de sobrevivencia de los adultos se redujeron aceleradamente ya que no hubo programas ni acciones en salud que repercutieran directamente sobre éstos.

Entre 1936 y 1941 la situación de la mortalidad infantil y de la niñez, mejoró pero con menor intensidad que la de los grupos etéreos anteriormente referidos; los niños entre 1 y 9 años percibieron muy pocas ganancias debido en gran parte a que su sobrevivencia está altamente asociada con las condiciones del medio ambiente y las luchas contra las enfermedades endémicas que en un primer momento se implantaron, difícilmente podían acabar o por lo menos suavizar los intensos problemas nutricionales y endémicos que atacaban a esa población.

Es, a partir de 1951 con la acentuada modernización del país, cuando los niveles de mortalidad para los niños descienden significativamente (más de la mitad en el grupo de edad 1-4 y alrededor de un 40% para los menores de un año), mucho más que lo que se logró en otros grupos etéreos. Desde entonces, los progresos en salud ocurrieron más por

las mejoras en las condiciones ambientales que por mejoras sustantivas en la asistencia médica y por el desarrollo de programas de medicina preventiva, por lo tanto se favorecieron masiva y colectivamente a los niños de corta edad, colocando a los adultos en desventaja relativa ya que la atención y el control de la incidencia y prevalencia de las enfermedades propias de ese grupo, se vio restringida a un enfoque individual de atención médica.

Los diferenciales en la transición de la mortalidad por sexos se presentan con un patrón similar al que generalmente se experimenta en la primera etapa de la transición de la mortalidad. La esperanza de vida al nacimiento en un primer momento tuvo una progresión más amplia para los hombres: mientras que para éstos se ganaba, entre 1936 y 1941, unos 7,8 meses, para las mujeres era la ganancia era de sólo de unos 3,7 meses (cuadro 3 y gráfico 5). Por ello, en 1941 los hombres casi igualan a las mujeres en el tiempo promedio de vida, con una diferencia de sólo 0,45 años.

Ese "retraso" que sufrieron las mujeres en la sobrevivencia esperada, se vio recuperado en las décadas de los años cuarenta y cincuenta, período en el que, como se ha mencionado, se lograron las mayores ganancias en la esperanza de vida para todas las edades y sexos. Se obtienen cada año hasta 16,4 meses más de vida entre las mujeres de ese período (más de año y medio por año calendario), ritmo pocas veces experimentado en el mundo (cuadro 4). Las edades en que la mujer tiene una ganancia relevante en su esperanza de vida, son durante la etapa reproductiva (entre 15 y 45 años): las tasas de mortalidad para los grupos de edad 20-24 y 45-49 pasan de 4 y 14,6 muertes por cada 1.000 mujeres respectivamente en 1951, a niveles entre 2,8 y 8,9 en 1961; disminuciones cercanas al 80%.

GRAFICO 5



Esas acentuadas ganancias en la sobrevivencia femenina se deben principalmente a los progresos en medicina, al aumento de la atención al embarazo así como a la reducción de muertes por infección en el parto.

A partir de 1960, cuando se van haciendo menores las ganancias en la esperanza de vida, las diferencias entre sexo se acentúan, aumentándose la distancia entre la esperanza de vida de las mujeres y la de los hombres, por lo que estos últimos en 1981 viven en promedio 4,6 años menos que las mujeres.

Por otro lado, los cambios de la esperanza de vida por edad indican los grupos etáreos en donde se corren más riesgos de fallecer y, superados éstos, la resistencia que se consigue. Antes de 1961, el haber logrado alcanzar el primer cumpleaños significaba ganar más de cinco años de existencia, diferencia que fue disminuyendo gracias al mejoramiento de las condiciones a que se exponían los niños en el primer año de vida, hasta alcanzar en 1981 esa diferencia sólo un año más de vida; ganancia aunque substantiva todavía sigue siendo muy alta en relación a la de los países desarrollados.

### *Las mejoras de la salud tienen grandes diferencias socio-económicas*

Al observar la trayectoria de la dinámica de la población en Venezuela, por lo menos desde los años analizados, se tienen notables mejoras en la salud, sin embargo la situación no es la misma cuando se analiza por grupos socio-económicos. En otras palabras, si bien es cierto que la mortalidad general en el país en 1981 presenta niveles que se podrían considerar ventajosos, sobre todo en relación a otros países latinoamericanos, existen notables diferencias que se esconden en ese promedio nacional.

Los estudios realizados en ese sentido muestran principalmente el contraste de los niveles y la evolución de la mortalidad<sup>5</sup> entre las diferentes Entidades Federales, encontrándose que las desiguales condiciones socio-económicas de las regiones se ven expresadas en los intensos diferenciales en la mortalidad.

De la misma manera los diferenciales de la mortalidad según sexo se ven acentuados entre las regiones para 1981. Así, se encuentra que las niñas que nacen en Nueva Esparta (las de menor mortalidad) vivirán en promedio 10 años más que las del Territorio Federal Delta Amacuro; diferencia que es mayor aún cuando se comparan las niñas del primero con los niños del segundo, casi catorce años de diferencia (cuadro 5). Si se parte del supuesto de la evolución del nivel de la mortalidad expresada en las diferentes familias de las tablas modelos de mortalidad, en las que se ha supuesto que se puede avanzar

<sup>5</sup> En referencia a este tema en Venezuela ver: Bidegain, G., Suárez, Z. y Papail, J. (1986); Bidegain, G. (1985) y (1989).

medio año de esperanza de vida por año calendario, significaría esa diferencia que hay alrededor de 28 años de atraso socio-económico entre esas dos entidades mencionadas <sup>6</sup>.

Las diferencias regionales entre los del sexo masculino son mayores que entre las del sexo femenino. El Estado Miranda tenía una de las mayores esperanzas de vida en 1981 (68,7) lo cual es explicable por ser una de las entidades federales que más se ha apropiado de la riqueza nacional. Sin embargo, en esa misma entidad subsisten grupos sociales en condiciones muy atrasadas, sobre todo si se comparan los del área rural con los del área urbana, tal y como lo están reflejando los datos de la Encuesta de Historia de Vida que se realizó entre 1990 y 1991 en la Región Capital bajo la coordinación del Departamento de Demografía del IIES-UCAB <sup>7</sup>.

Por otra parte, llama la atención que Estados como Sucre y Falcón, que no han tenido un destacado desarrollo económico, tengan una alta esperanza de vida, lo cual podría explicarse en parte por las condiciones de vida y por su organización social.

En general, se ha mostrado que las condiciones epidemiológicas y sanitarias, el acceso a los servicios en salud y educación así como el nivel socio-económico determinan la esperanza de vida de una población. En ese sentido, se ha observado en Venezuela que el medio rural y el urbano se hallan muy distanciados: mientras que en el área rural existe una brecha de 13,25 años en la esperanza de vida de las Entidades Federales extremas, en el área urbana ésta es cerca de la mitad (6,75). Esas ventajas en la sobrevivencia de los que viven en áreas urbanas es por lo general muy acentuada en los países donde, como Venezuela, el tipo de desarrollo se caracteriza por ser mono-dependiente de una actividad industrial como la petrolera, y por tanto desplaza la actividad agrícola. Se acrecientan entonces las dificultades del sistema de salud para atender a una población rural, dispersa y marginada del desarrollo. Por ello se encuentra una situación tan dramática como la de las niñas del área rural de Estados como Táchira y Portuguesa, las cuales tienen una esperanza de vida menor que la que tenían los niños venezolanos, en general, veinte años antes, en 1961.

Comparado con la situación de los niños de otros países, para visualizar más aún las desigualdades sociales internas, se tiene que en Venezuela conviven al mismo tiempo niñas del Área Metropolitana de Caracas con una esperanza de vida igual a la de una cubana (73,5 años), la más alta del continente, con niños del área rural del Territorio Federal Delta Amacuro (cuadro 6), los cuales tienen una esperanza de vida de 17 años menos (56,47), nivel muy cercano al experimentado en Haití.

Es ampliamente reconocido en la investigación socio-demográfica que el nivel de instrucción es una variable que tiene un gran potencial para mostrar desigualdades ante la muerte, ya que puede reflejar no sólo la adquisición de destrezas y conocimientos para la atención y cuidado de enfermedades, sino que además es un indicador de estatus y

<sup>6</sup> Bidegain, G. (1989), p. 10.

<sup>7</sup> Freitez, Romero y Casique (1992).

movilidad social. En Venezuela se tiene que, para 1981, cuando una mujer ha adquirido al menos 13 años de instrucción, la esperanza de vida de sus hijos es cerca de 11 años mayor que la de los hijos de madres analfabetas (cuadro 7). Mientras que los hijos varones de estas últimas tienen 60,27 años de esperanza de vida (nivel inferior al de Guatemala), las hijas de las primeras tienen una esperanza de vida igual que la de una que nace en Estados Unidos o Canadá<sup>8</sup> (71,19 años). Esa esperanza de vida es aún mayor (76,25 años) para la hija de una mujer que teniendo 10 años y más de escolaridad reside en la Región Capital; un nivel mayor al correspondiente a una noruega o una holandesa media.

Entonces, como se concluyó en el trabajo "Desigualdad Social y Esperanza de Vida en Venezuela"<sup>9</sup>, mientras unos niños venezolanos tienen la misma esperanza de vida que el conjunto de los países más pobres del tercer mundo, otros niños también venezolanos, tienen una expectativa de vida más elevada que el promedio de los niños de los países más avanzados del planeta.

### *El estancamiento y hasta deterioro de la salud en los años ochenta*

Por lo señalado anteriormente, desde la década de los años ochenta Venezuela va perdiendo aceleradamente la posición favorable con respecto a otros países latinoamericanos, que tuvo durante los años cincuenta. Específicamente en cuanto a la salud se tiene que si antes se caracterizó por obtener efectivas conquistas en el control de epidemias y campañas de vacunación, actualmente lo que la caracteriza es el gran deterioro de los servicios públicos, especialmente los que atienden a la salud así como las serias deficiencias operativas y los escasos alcances de los programas de atención materno-infantil.

De hecho en los recientes análisis se ha podido encontrar una situación que luce alarmante. Desde 1987, cuando se agudiza la crisis económica y con ella la presión social, la Tasa de Mortalidad General ha tendido al aumento. Las causas de tal tendencia podrían venir desde diversos factores, no sólo del deterioro de la calidad de vida sufrido en Venezuela, especialmente desde el último quinquenio. Cabría pensar también que esa tendencia se debe al natural envejecimiento de la población. Sin embargo, si se analiza la estructura por edad de la mortalidad se encuentra que si bien es cierto que las constantes ganancias que se tenían en años anteriores, se comienzan a perder en un primer momento en las personas en edades activas y en los más adultos, desde 1989 la sobrevivencia infantil y la de la niñez (en ese último año) también se han visto afectadas (cuadro 8).

---

<sup>8</sup> Bidegain, G. (1989), p. 23.

<sup>9</sup> Idem.

A pesar de que falta mucho por estudiar acerca de la dinámica de la población durante los años ochenta, se conoce que se han venido agudizando las desigualdades ante la muerte así como aumentando los niveles de la mortalidad, como resultado de la profunda crisis económica experimentada, tal y como se pudo constatar en el diagnóstico para la Convención sobre los Derechos del Niño, realizado en agosto de 1991<sup>10</sup>. Una de las principales conclusiones de ese trabajo es que en Venezuela se acentuaron tanto los desequilibrios sociales en los años ochenta y se retrocedió a tal punto en los avances logrados en los niveles de la salud, que se estima que, aún realizando serios esfuerzos para superarse durante la década de los noventa, los alcances aspirados para el 2000 serán a niveles similares a los que se habían registrado a finales de los años setenta<sup>11</sup>.

La disminución desde 1980 del ritmo de decrecimiento de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) es uno de los indicadores más útiles para ilustrar el deterioro de la salud en el país. En éste hay que considerar que si bien es cierto que, una vez alcanzado un nivel satisfactorio o aceptable de la TMI, las ganancias en la sobrevivencia son menores dado que generalmente dependen del desarrollo de altas tecnologías o de descubrimientos médicos, dado el alto peso de las muertes por razones endógenas, en Venezuela todavía se está lejos de llegar a esa situación. Por el contrario, no sólo se redujo la tasa media de disminución de la TMI sino que además, se registró un aumento absoluto en la TMI entre 1988 y 1990, al pasar de 21,5 a 24,2 defunciones de menores de 1 año por cada 1.000 nacimientos. Además, hay que considerar que esos niveles pueden estar subestimados debido al mejoramiento de los registros de los nacimientos, lo cual implicó un incremento del denominador de la tasa.

Por otra parte, en Venezuela el nivel de la TMI no sólo es superior a la de muchos países latinoamericanos como Cuba, Chile o Argentina, los cuales tienen un mayor nivel de reducción de dicha tasa (cuadro 9), sino que además su componente principal son las muertes por enfermedades controlables, especialmente las infecto-contagiosas. En 1990 en Venezuela, el peso de las muertes infantiles por esas causas es tres veces más alto que en Cuba y cuatro veces más elevado que en Costa Rica; en específico, la incidencia de las diarreas es cuatro y cinco veces mayor, respectivamente. Debe reconocerse que países como Costa Rica y Cuba, teniendo menores ingresos que Venezuela, poseen una clara política para la atención y prevención en salud, por lo cual lograron reducciones considerables de la mortalidad en los años ochenta.

En ese sentido, cabe destacar que entre el período 80-85 y 85-90, en el conjunto de América Latina, Venezuela tuvo la menor tasa media de reducción anual (TMRA) de la mortalidad de los menores de 5 años, después de Costa Rica (cuyos niveles corresponden a la mitad de los registrados en Venezuela), según cifras de las Naciones Unidas (1990).

---

<sup>10</sup> Conferencia Nacional sobre los Derechos del Niño (1991).

<sup>11</sup> En el trabajo antes citado se proyectaron los niveles de educación, nutrición, salud, en base a la tendencia y en base a metas propuestas, con los cuales se pudo ilustrar no sólo la situación actual de deterioro sino los esfuerzos que hay que canalizar para revertir esa tendencia.

Sin embargo, los altos niveles de mortalidad y hasta su aumento, no debe sorprendernos, ya que la escasa cobertura de los servicios y las dificultades institucionales han contribuido a empeorar la atención materno-infantil. Uno de esos efectos es la disminución tanto de la atención precoz de los embarazos (antes de las 13 semanas de gestación) que pasa de la mitad en 1986, a una quinta parte en 1990, como de las inmunizaciones, que pasan del 95% en 1980 al 72% en 1990<sup>12</sup>.

En cuanto al estado de la desnutrición grave, se observa que ocurrieron oscilaciones que van desde un 0.53% de niños menores a 10 años en 1982 hasta un 1.35% en 1989. Aunque es un bajo nivel en relación a otros países del tercer mundo, hay que considerarlo en el contexto de pauperización de la calidad de vida del venezolano durante la década de los ochenta. En ese sentido de seguir la tendencia experimentada últimamente, se estima que en el año 2000 se llegará a duplicar la cantidad de niños con desnutrición grave, en relación a la proporción registrada en 1989.

Un problema central en este tipo de análisis es lo relacionado a la calidad de la información. Existen serios problemas de cobertura y de clasificación de la mortalidad tal y como lo evidencian las diferencias en los niveles de las TMI obtenidas a partir de las estadísticas vitales entre diferentes entidades federales. Resulta sospechoso que Estados con los niveles agudos de pobreza como Apure en el que el 75% de su población se encuentra en situación de pobreza<sup>13</sup> tenga en 1990 una TMI sustantivamente inferior a la registrada en el Distrito Federal (18,2 y 28,6 muertos antes de un año por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente) más aún cuando en 1981 se obtuvieron esos acentuados diferenciales en la esperanza de vida referidos anteriormente.

Por otra parte, no existen fuentes de información alternativa a las estadísticas vitales que permitan tener una estimación de la situación de la salud entre los períodos censales<sup>14</sup> ni una evaluación de las primeras, además de que éstas tienen serias limitaciones para estudiar el contexto socio-económico de la mortalidad. Apenas es con el Censo de 1981 con el que se realizan, por primera ocasión, tablas de vida según tales indicadores.

---

<sup>12</sup> Idem, p. 15.

<sup>13</sup> El nivel de pobreza se refiere al año 1981. Se prevé que la actualización del mapa de la pobreza en base a los resultados del Censo de 1990 serán de mayor magnitud. Tomado de: PNUD/ Ministerio de la Familia (1990).

<sup>14</sup> Venezuela no participó en el Programa Mundial de Encuestas Demográficas y de Salud desarrollado durante los años ochenta, las cuales proporcionaron una rica información para profundizar en el análisis de los factores explicativos de la mortalidad, especialmente, la infantil. La única encuesta demográfica a nivel nacional se realizó en 1977 en el marco de la ronda de la Encuesta Mundial de Fecundidad.

## *Un intento de contextualización de Venezuela en la región latinoamericana*

En un estudio realizado por Palloni (1985) acerca de la salud y la mortalidad en América Latina entre 1940 y 1975, ya se señalaba que los sustanciales progresos en este sentido, fueron resultado más de la simple intervención médica y del avance tecnológico que de un desarrollo económico sostenido. Sin embargo, en los países que contaban con recursos financieros y además, cuyos gobiernos estaban dispuestos a destinar una parte sustancial de los recursos a la salud, las ganancias en la sobrevivencia fueron de mayor alcance, dado que la utilización del conocimiento médico pasa por la construcción de hospitales, formación del personal, fabricación, compra y distribución de vacunas y medicamentos así como por la implantación de programas de intervención social.

Por otra parte, el tipo de "desarrollo" que se instaura en un país, define en gran medida el devenir de la situación social. Por ello, habría que apreciar cómo en aquellos casos, como Venezuela, en donde el desarrollo se fundamenta en el crecimiento del ingreso por habitante más que en la creación de una estructura social por parte del Estado, se genera una alta vulnerabilidad de la situación de la mortalidad en momentos de crisis económica. Por el contrario, aquellos países que destinaron gran parte de los recursos nacionales al desarrollo no sólo de programas puntuales para acabar con alguna enfermedad sino sobre todo a una red social y de infraestructura para programas horizontales (en la definición de Palloni, 1985), a la disminución de la heterogeneidad de las oportunidades en el acceso a los recursos materiales y servicios de salud y a la reducción de los factores de alto riesgo, han podido "suavizar" el impacto de las restricciones económicas en las condiciones de sobrevivencia de su población.

La economía de los países latinoamericanos ha sufrido intensas fluctuaciones, sobre todo aquéllos como México y Venezuela que dependen altamente del mercado petrolero (para 1990, según cifras de la CEPAL, sus exportaciones totales dependían del petróleo en un 38.4% y en un 75.8%, respectivamente). Para entender tal fluctuación habría que estudiar una serie de indicadores, sin embargo con la observación del crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) se puede tener un primer acercamiento, siempre tomando

— G. Palloni, *El mejor camino de sobrevivencia de la población.*