

En el Distrito Sucre

DESIGUALDAD SOCIAL Y MORTALIDAD

Ronald Evans* y Gabriel Bidegain**

MAS ALLA DE LA CAUSALIDAD BIOLÓGICA

En la producción y desarrollo de la enfermedad, así como en la probabilidad de morir, intervienen diversas y muy variadas circunstancias, por lo general de orden genético, biológico, factores físicos, químicos y socio-económicos. El Modelo Médico imperante hasta el presente ha concedido mayor significación a los primeros, en especial a la causalidad biológica, no obstante que ésta por sí sola no logra explicar las grandes variaciones y diferencias que en materia de morbilidad y de mortalidad se encuentran cuando se observa el perfil de salud de diversas localidades, ciudades, países y aun pequeños grupos de poblaciones diversas. Cómo explicar, por ejemplo, que en algunos países el riesgo de morir en el primer año de vida es 20 y hasta 28 veces superior en comparación con el de las naciones desarrolladas. En Bangladesh 1 de cada 8 niños fallece antes de cumplir el primer año mientras que en Japón muere 1 de cada 142, y en los países escandinavos, 1 de cada 125. De cada 42 países que tienen tasas de mortalidad infantil por encima de 100 por cada mil nacidos vivos, 26 tienen ingresos per cápita inferiores a los \$ 400, 9 tienen ingresos per cápita entre \$ 400 y \$ 670 y solamente unos pocos tienen ingresos superiores a los \$ 800 (1). Esto indica que la probabilidad de morir y de enfermar no siempre obedece a un orden probabilístico y más bien sigue a la posición que ocupa el hombre dentro del sistema social al que pertenece. Lo anterior no quiere decir que se desconozca de un todo la importancia de la causalidad biológica

y la influencia del azar, pero es evidente que el proceso salud-enfermedad se encuentra vinculado a la estructura y organización de la sociedad.

Inclusive, hasta los hechos trágicos y accidentales pueden tener origen clasista y selectivo, ya que el destino no golpea a todos por igual. Para ejemplificar lo anterior tenemos el caso del "Titanic", orgullo de la flota mercante británica en su momento y considerado por los entendidos en la materia como "insumergible". La lista oficial de muertos al irse a pique dicho barco, al chocar con un gigantesco "iceberg" en su viaje inaugural, revela que solamente el 2,8% de las mujeres que iban en primera clase se ahogaron (4 de 143) y eso debido a que tres de ellas decidieron permanecer a bordo voluntariamente con sus maridos y desaparecer bajo las aguas con ellos. Entre los pasajeros que iban en segunda clase, el 16,1% falleció (15 de 93) mientras que en el caso de las mujeres que viajaban en tercera clase, el 45,3% descendieron con la nave al fondo del mar (81 de 179) (2-3).

UN ESTUDIO EN PETARE Y CHACAO

Estudios realizados anteriormente por uno de los autores de este artículo en el Distrito Sucre, revelaron enormes diferencias en las tasas de mortalidad por algunas causas y grupos de edad específico (especialmente la mortalidad infantil). Estas variaciones fueron más notables en los Municipios Petare y Chacao, que por sus dispares condiciones socio-económicas bien pudieron considerarse como bipolares. Así por ejemplo, de acuerdo a la OCEI, el porcentaje de analfabetos en Petare es de 7.9% mientras que en Chacao es de 3.7%. En Petare apenas un 1.2% de la población tiene ingresos superiores a Bs. 16.000, y en El Hatillo lo tienen el 8.0%. En Petare, de acuerdo al tipo de vivienda, el 10.1% de las mismas son ranchos, en tanto que en los demás municipios dicho porcentaje es completamente

insignificante. En Petare el 6.2% de las viviendas no dispone en absoluto de agua, mientras que el 14.2% de las mismas se abastecen mediante camión cisterna, tanque o pila pública, por lo que en propiedad el 20% de las viviendas carecen de agua intradomiciliaria. En cuanto a excretas, el mismo municipio antes señalado presenta que un 15.9% de sus viviendas no están conectadas a cloacas, carecen de pozo séptico o de letrina de hoyo. El porcentaje de habitantes por vivienda también es muy superior al del resto de los municipios. La razón de ilegitimidad entre Petare/Chacao fue de 2.1-1.0.

Para profundizar en el conocimiento de los diferenciales de la mortalidad en el Distrito Sucre, se diseñó una investigación cuyo protocolo fue aprobado por las autoridades de CONSUCRE, quienes posteriormente concedieron financiamiento para su ejecución.

De una manera muy sintética, la investigación consistió en revisar cada uno de los certificados de defunción correspondientes a las 3.480 muertes que hubo en residentes del Distrito Sucre durante 1984, pareándose esta información con la contenida en la correspondiente boleta de defunción de la OCEI. En el caso de las muertes en menores de un año, también se buscó información en los certificados de nacimiento. Se trató de un proceso largo y paciente, ya que requirió muchas horas de trabajo, pero permitió obtener una mayor riqueza de datos estadísticos y al mismo tiempo comparar la calidad del registro de información vital procedente de dos fuentes diferentes.

ALGUNOS HALLAZGOS

Mortalidad Infantil

Mientras que en Petare una de cada seis defunciones correspondió a menores de un año y una de cada cinco a menores de cinco años, en Chacao muere un menor de un año por cada 18

* Médico Epidemiólogo de CONSUCRE. Profesor del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Escuela de Medicina Luis Razetti, U.C.V.

** Profesor Jefe del Departamento de Investigaciones Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello.

defunciones y una de menos de cinco años por cada 14 muertes. Es decir, el 20% de las defunciones en el municipio señalado en primer término tienen menos de cinco años, un porcentaje tres veces superior al que corresponde a Chacao por el mismo renglón y cuatro veces mayor que el que corresponde a Leoncio Martínez.

En Petare casi la mitad de las defunciones de menores de un año (mortalidad infantil) ocurre entre el primer y el undécimo mes, en tanto que en Chacao dicho porcentaje apenas equivale al 21% de la mortalidad infantil. Las muertes en ese período son de predominio ambiental y por consiguiente, hasta cierto punto fácilmente evitables. De allí que esta mortalidad está ligada a factores socio-económicos más que genéticos o de los que dependen de una buena asistencia al parto y puerperio.

La tasa de mortalidad infantil en Petare duplica la de Baruta y la de Leoncio Martínez y triplica la de El Hatillo. Si se toma en cuenta el sexo, la mortalidad infantil masculina en Petare es seis veces superior a la de El Hatillo y triplica la de Leoncio Martínez. En el caso del sexo femenino, la tasa de mortalidad infantil es el triple en Petare con respecto a Chacao y el doble en comparación con la que presenta Baruta y El Hatillo. En Petare, dos de cada tres muertes en menores de un año tenían condición de ilegitimidad, en comparación con un 18,2% en Chacao.

Mortalidad general

La tasa de mortalidad general estandarizada de Petare indica que en ese municipio fallece una persona más por cada mil habitantes en comparación con Chacao y Baruta, una persona y media más que en El Hatillo y algo más de media persona que en Leoncio Martínez. Cuando este tipo de comparación se hace tomando en cuenta el sexo, se aprecia que en Petare ocurren dos defunciones más por cada mil varones, en comparación con El Hatillo y una más con respecto a Baruta y Chacao. Entre los 20 y los 45 años, las tasas de mortalidad general en Petare duplican y triplican las de los otros municipios.

Mortalidad específica

Una de cada ocho defunciones ocurre en Petare por causas violentas, en comparación con una por cada 23 en Leoncio Martínez, una de cada 21 en Baruta y una por cada 19 en Chacao. Al municipio Petare le correspondió el 70,2%

de los accidentes y el 81,6% de los homicidios.

En el caso de las enfermedades crónicas degenerativas, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares más elevada le correspondió al municipio Chacao y lo mismo ocurre en el caso de los tumores malignos. En ese mismo municipio, la mortalidad por todas las enfermedades infecciosas no aparece entre las diez primeras causas de muerte y de hecho sólo representan el 1,7% del total, mientras que en el municipio Petare, este tipo de mortalidad ocupa la quinta posición, representando el 7,22% del total de defunciones. Esta clase de patología es prevenible en buena medida y curable en un alto porcentaje de los casos.

Mortalidad por ocupación

Al agrupar todas las ocupaciones en tres grandes grupos, se obtuvo que la mortalidad por enfermedades infecciosas en el grupo III (el de empleos peor pagados) fue un 36% mayor en comparación con la tasa correspondiente al grupo I (el de mayores ingresos). La mortalidad por neumonía e influenza resultó ser cinco veces y media más elevada en el mismo grupo III. En este grupo de ocupaciones, la tasa de mortalidad por causas externas fue un 57% superior, los suicidios y homicidios un 172% mayor y las muertes por accidentes de vehículos de motor un 50% más elevadas.

Por el contrario, en el grupo I resultaron más elevadas las tasas de mortalidad por enfermedades del corazón (11,5%), los tumores malignos (41,0%) y los accidentes cerebrovasculares (24,0%)

COMENTARIO FINAL

La posibilidad de enfermar, curar o de morir depende en buena medida de la condición social de las personas. Ni siquiera el SIDA escapa a esta regla. Se conoce que predomina en los grupos socio-económicos más desprotegidos. Así por ejemplo, los negros y los "hispanos" que constituyen el 11 y el 8% de la población de los Estados Unidos, aportan el 25 y el 14% de todos los pacientes con SIDA y estos porcentajes están aumentando(5). En el caso de las mujeres, esta desproporcionada representación es mayor, lo mismo que en el caso de los niños. El 52% de los casos se han producido en negras, el 26% en blancas y el 21% en "hispanas". Una negra de los Estados Unidos tiene 13 veces más posibili-

dades de contraer SIDA que una mujer blanca.

Existe un refrán castellano que dice que "en el nacer y en el morir, todos somos iguales". Pero, como comenta Durán(7), "el refrán es cierto desde una perspectiva metafísica y vale bien como afirmación básica de igualitarismo, puesto que la muerte es la gran niveladora a la que nadie tiene el privilegio de escapar. Pero tanto el cuándo y el cómo de la vida y de la muerte están mediatizados por condiciones sociales".

Lo anterior ha quedado demostrado palpablemente al estudiar la probabilidad de morir, tanto la general como la específica por causas, grupos de edad, ocupación y pertenencia geográfica, que tienen los habitantes del Distrito Sucre, ya que es muy diferente el riesgo que tiene ante la muerte un habitante de Petare—el municipio más pobre y desprotegido socialmente— en comparación con los habitantes del resto de los municipios, tal cual quedó demostrado en la investigación que nos tocó realizar.

REFERENCIAS

- 1) Intersectorial Action for Health. World Health Organization, Geneva, 1986.
- 2) Evans Ronald. Probabilidad de morir y clase social. Revista Punto, año III, N° 27, Caracas 1985.
- 3) Antonovsky A. Social class, life expectancy an overall mortality. Milbank Memorial Fund Quarterly. Vol 48. N°31,73,1967.
- 4) Evans R. - Bidegain G. - López D. - Ubilla G. La Mortalidad bajo el Microscopio. Diferenciales de la mortalidad por causas, grupos socioeconómicos y por municipios en el Distrito Sucre. Estado Miranda, Venezuela. Investigación financiada por CONSUCRE. Marzo de 1987. Caracas.
- 5) HOOPER, Celia. Expertos dicen que no se han explicado los efectos del SIDA en las minorías. Agencia UPI. Diario El Universal, Caracas, 14-6-87.
- 6) Will George. Don't trim the truth about AIDS. The Dayly Journal. Caracas 20-6-87.
- 7) Durán M.A. Desigualdad social y enfermedad. Editorial Tecnos, Madrid, 1983.