Edición especial FaCES-UCV / UNFPA

Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales
Vol. 1, N° 2 | 2026 · pp. 123-158
ISSN-L: 1315-6411 | ISSN impreso: 1315-6411 | ISSN en línea: 3135-5595
https://doi.org/10.37883/rvecs

NARRATIVA SOCIODEMOGRÁFICA DE LA MUERTE: UNA PROPUESTA TEÓRICO-METODOLÓGICA PARA EL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD EN VENEZUELA

SOCIODEMOGRAPHIC NARRATIVE OF DEATH: A THEORETICAL AND METHODOLOGICAL PROPOSAL FOR THE STUDY OF MORTALITY IN VENEZUELA

Eliza Margarita Graterol Contreras*
Universidad Central de Venezuela
eliza.graterol@ucv.ve
https://orcid.org/0009-0006-2043-7359

«Cómo citar este artículo»
https://doi.org/10.37883/rvecs.2026.1.2.05

Fecha de recepción: 25/05/2026
Fecha de aceptación: 23/10/2026

* Licenciada en Educación Integral (UNESR, 2017), Socióloga (UCV, 2018), Maestranda en Ciencias Sociales (UCV, 2026). Profesora en la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la UCV.

Este artículo y sus anexos se distribuyen por la Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales, bajo los términos de la Licencia CreativeCommons Atribución-NoComercial-CompartirIgual

Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales
Vol. 1, N° 2 | 2026

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo desarrollar una propuesta teórico-metodológica para el estudio de la mortalidad en Venezuela desde una mirada sociodemográfica, empleando la narrativa de la muerte como estrategia complementaria a la demografía tradicional. Se analizan dos fuentes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Cáritas de Venezuela, de las cuales se destacan sus fortalezas analíticas y se identifican las ausencias explicativas del fenómeno de la mortalidad que justifican la necesidad del abordaje narrativo. La propuesta se sustenta en un marco conceptual compuesto por la determinación social de la salud (Breilh, 2003), el modelo conceptual de producción de inequidades en salud (Dahlgren & Whitehead, 1991), la noción de *habitus* (Bourdieu, 2007) y la categoría de dignidad en el marco de la sociedad decente (Margalit, 2016). El análisis muestra que las principales causas de muerte en el país (enfermedades crónicas y violencia interpersonal) responden a procesos estructurales amplios; por su parte, los registros de Caritas reflejan carencias alimentarias, problemas de salud mental y vulnerabilidad sanitaria. Se concluye que la mortalidad en Venezuela no puede entenderse exclusivamente a partir de cifras abstractas, por lo que se establecen lineamientos para la construcción de narrativas sociodemográficas, orientando su desarrollo empírico hacia futuras investigaciones.

Palabras clave: mortalidad/ narrativa/ determinación social/ *habitus*/ dignidad.

ABSTRACT

This study aims to develop a theoretical and methodological framework for analyzing mortality in Venezuela from a sociodemographic perspective, employing the narrative of death as a complementary strategy to traditional quantitative demography. Two data sources –the World Health Organization (WHO) and Caritas Venezuela– are analyzed to highlight their analytical strengths and identify explanatory gaps regarding mortality that justify the need for a narrative approach. The proposed framework is grounded in an integrative conceptual model comprising the social determination of health (Breilh, 2003), the production model of health inequities (Dahlgren & Whitehead, 1991), the notion of habitus (Bourdieu, 2007), and the category of dignity within the concept of a decent society (Margalit, 2016). The analysis demonstrates that leading causes of death at the macro level (chronic non-communicable diseases and interpersonal violence) stem from broader structural processes, whereas micro-level community records from Caritas reflect severe food insecurity, psycho-emotional distress, and acute health vulnerabilities. The study concludes that mortality in Venezuela cannot be understood solely through abstract statistical figures; consequently, it establishes foundational guidelines for constructing sociodemographic narratives, directing their empirical application toward future research.

Keywords: mortality/ narrative/ social determination/ habitus/ dignity.

INTRODUCCIÓN

En demografía, cuando hablamos de la mortalidad, nos referimos al conjunto de defunciones que ocurren en una población en un período de tiempo determinado, generalmente dentro de un año. Esta variable se cuantifica a través de diferentes indicadores, según el tipo de población específica que se desee abordar. Por ejemplo, si nos referimos a todos los habitantes, se emplea la tasa bruta de mortalidad, la cual determina la proporción de defunciones respecto a la población total (expresada habitualmente por cada mil habitantes). Por otro lado, si nos referimos a la población infante, se calcula la tasa de mortalidad infantil, que mide la cantidad de niños que fallecen antes de cumplir el primer año de vida en relación con el número de nacimientos vivos en dicho período determinado. En ambos casos, la muerte se presenta como un dato estadístico, una cifra que nutre tablas, gráficos e indicadores cuantitativos, que ofrece información valiosa sobre el estado de la salud pública y el bienestar general de una sociedad; sin embargo, cuando el análisis se reduce a una métrica numérica, se invisibiliza la complejidad de la trayectoria de vida y los determinantes sociales que condicionaron el deceso.

En Venezuela, este reduccionismo toma un carácter aún más dramático. No basta únicamente con que una defunción quede reflejada en una tabla de causas básicas como un caso aislado y desprovisto de historia de vida previa; a ello se suma la opacidad institucional, como se evidencia en la interrupción de las publicaciones oficiales del Anuario de Mortalidad y del Boletín Epidemiológico (cuyas últimas publicaciones corresponden al año 2016). Esta falta de continuidad en las estadísticas sobre mortalidad y morbilidad vacía de transparencia la información demográfica e impide a los investigadores y tomadores de decisiones estudiar las tendencias actuales que puedan garantizar el diseño de respuestas efectivas para la población.

Ante esta situación, la presente investigación recurre a dos fuentes de información complementarias. Desde la mirada macro, se analizan las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, aunque presentan un rezago temporal al estar disponibles hasta 2021, ofrecen series históricas comparables para comprender el fenómeno a escala regional y global. Por otro lado, desde la mirada micro, se examinan los datos del Boletín Epidemiológico de Cáritas de Venezuela de 2023, los cuales aportan evidencia comunitaria sobre la morbilidad atendida en sectores vulnerables. Cabe destacar que, si bien no constituyen registros poblacionales exactos, su articulación permite captar dinámicas estructurales y locales que permanecen invisibilizadas en las estadísticas oficiales.

En tal sentido, dichos informes constituyen valiosas fuentes de información que, al mismo tiempo, invitan a reflexionar sobre la limitada disponibilidad de datos actualizados de la nación. Esta opacidad vacía de información oficial la historia de los procesos económicos, políticos y sociales que condicionan la morbilidad y la mortalidad poblacional.

Por ello, queremos resaltar la importancia de clasificar y agrupar las causas de muerte en una población con el fin de fundamentar políticas, sin omitir la historia de vida que subyace a tales defunciones. En un país marcado por el colapso del sistema de salud, la inseguridad alimentaria y la fragmentación de las fuentes de información, preguntarnos cómo morimos retrata, en realidad, preguntarnos cómo hemos vivido.

Se plantea, en consecuencia, la prioridad de trascender el mero registro estadístico de la mortalidad para analizar la muerte como un fenómeno social, articulado con las trayectorias de vida y determinado por desigualdades estructurales.

En este sentido, el presente artículo no pretende ofrecer un estudio empírico, sino desarrollar una propuesta conceptual y metodológica orientada a integrar las dimensiones sociales en el análisis de la mortalidad. Esta propuesta cobra relevancia en los estudios contemporáneos de población como un enfoque complementario a la estadística tradicional que, sin prescindir del dato cuantitativo, lo enriquece a partir del contexto y la trayectoria de vida de quienes ya no se encuentran físicamente entre nosotros.

El marco teórico que sustenta esta propuesta se organiza en tres apartados orientados al cumplimiento del objetivo general:

En primer lugar, para comprender el abordaje tradicional del estudio de la mortalidad, se exponen los componentes principales de la salud según el Modelo de Lalonde (1974), los cuales sirven de sustento para entender los determinantes sociales en salud mediante el modelo de Dahlgren y Whitehead (1991). Esta herramienta analítica explica de qué modo las inequidades en salud resultan de la interacción entre distintos niveles de condiciones causales: desde el plano individual y comunitario hasta el ámbito macro de las condiciones generales, socioeconómicas, culturales y medioambientales (Dahlgren & Whitehead, 1991 en Cárdenas, 2017, p. 16).

En segundo lugar, a partir de un enfoque crítico, se examina cómo la determinación social, no reducida a simples factores de riesgo aislados, sino anclada en procesos estructurales, influye en los patrones de morbilidad y

mortalidad. Al respecto, Jaime Breilh, en su obra *Epidemiología Crítica*, postula que el conocimiento epidemiológico no puede reducirse a la identificación de variables y su correlación estadística, ya que se restringe la realidad a un solo plano, el de los fenómenos directamente observables o plano empírico, desestimando el plano de los procesos generativos; es decir, de las condiciones y relaciones determinantes (Breilh, 2003, p. 73). Bajo esta perspectiva, tanto la salud como la enfermedad deben analizarse considerando los procesos estructurales, generativos y singulares, superando los reduccionismos empíricos focalizados exclusivamente en síntomas y signos clínicos. Una mirada exclusivamente empírica, propia del conteo estadístico tradicional, entraña el riesgo de limitar la explicación a relaciones mecánicas de causa-efecto, invisibilizando la determinación social más amplia.

En tercer lugar, se recurre a los postulados de Pierre Bourdieu (2007), quien en su obra *El sentido práctico* desarrolla la noción de *habitus*, concepto fundamental para comprender lo que en esta investigación se define como "prácticas sociales incorporadas", entendidas como modos de operar socialmente aprendidos y naturalizados, así como los efectos derivados de dicha acción. En palabras del autor: "es necesario retornar a la práctica, ámbito de la dialéctica del optus operatum y del modus operandi, de los productos objetivados y de los productos incorporados de la práctica histórica, de las estructuras y de los *habitus*." (Bourdieu, 2007, p. 86). Esto es, los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen *habitus* que, según la propuesta aquí desarrollada, modulan y estructuran los patrones de morbilidad y mortalidad.

Finalmente, para responder a la pregunta ¿Cómo se expresa la dignidad en la sociedad? Se incorpora el planteamiento de Avishai Margalit (2016) sobre la definición de "sociedad decente", entendida como "aquella cuyas instituciones no humillan a las personas" (p. 15). En este marco, la categoría de dignidad adquiere centralidad en la medida en que los miembros de la sociedad son reconocidos y respetados en su condición humana.

La metodología adoptada busca responder a la interrogante sobre las limitaciones que presentan las fuentes de datos oficiales e internacionales para comprender la mortalidad en Venezuela. Para ello, se examinan los resultados de las estadísticas recientes de la OMS y de Cáritas de Venezuela sobre la mortalidad y la morbilidad en el país, analizando las implicaciones del subregistro, la opacidad estadística oficial y las restricciones intrínsecas del conteo como mecanismos de invisibilización y humillación social de los muertos.

Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales
Vol. 1, N° 2 | 2026

Posteriormente, la discusión se centra en el aporte principal planteado: la formulación teórico-metodológica denominada "narrativa sociodemográfica de la muerte". Esta perspectiva persigue restituir la dignidad al estudio de la mortalidad a través de tres dimensiones analíticas: la determinación social, el *habitus* y la dignidad, de modo que opere como un complemento cualitativo que enriquezca el análisis demográfico tradicional.

Finalmente, se explican las limitaciones del presente estudio y se formulan futuras líneas de investigación, concluyendo con una reflexión sobre los logros obtenidos a lo largo del trabajo en búsqueda de consolidar una demografía crítica y reflexiva que aporte al diseño de políticas públicas más justas.

BREVES ANTECEDENTES DEL ENFOQUE NARRATIVO Y SOCIODEMOGRÁFICO DE LA MORTALIDAD

Históricamente, el abordaje de la mortalidad como componente de cambio de la dinámica demográfica orientó su estudio hacia las tendencias y las diferencias estadísticas observadas a partir de indicadores, tales como tasas brutas y específicas, así como en la esperanza de vida al nacer. No obstante, con el paso del tiempo, el análisis demográfico ha incorporado interrogantes sobre las condiciones sociales alrededor de experiencias de salud, enfermedad y muerte, configurando una trayectoria que resulta pertinente reseñar.

Bogue (1969), en su célebre obra *Principles of Demography* (*Principios de Demografía*), clásica e indispensable en las Ciencias Sociales, ofreció un manual exhaustivo que articuló los procesos demográficos con factores sociológicos, económicos y de planificación familiar. Esta perspectiva resultó ser novedosa y pertinente para la comprensión, no solo de la mortalidad, sino también de los demás componentes de cambio, tales como la natalidad, la nupcialidad y la migración alrededor de condiciones sociales.

De manera paralela, las ciencias sociales han consolidado enfoques biográficos que han permitido desarrollar la relación entre las experiencias individuales y el contexto social. En este campo destaca la contribución del sociólogo francés Daniel Bertaux (1981) en torno al método de las historias de vida, donde la narración contada por la misma persona que la vivió dota de sentido a las fuentes documentales y estadísticas tradicionales.

Por otra parte, Arthur Kleiman (1988), psiquiatra y antropólogo médico estadounidense, en su obra *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the*

Human Condition (*Las narrativas del padecimiento: sufrimiento, curación y la condición humana*), nos muestra cómo los pacientes y sus familias construyen relatos para otorgar significado al sufrimiento, reivindicando la experiencia humana más allá de centrarse estrictamente en la patología física.

En este marco referencial, las historias de vida, los relatos de familiares y las experiencias narradas emergen como recursos valiosos e importantes. En consecuencia, la presente propuesta, concebida como una estrategia analítica complementaria, dialoga con la tradición sociodemográfica, el abordaje de la salud desde una perspectiva latinoamericana y la investigación biográfica propia de las ciencias sociales, pertinente y oportuna ante la necesidad de analizar críticamente fuentes de información parciales y limitadas en el contexto venezolano.

APORTES TEÓRICOS

El análisis de la mortalidad en Venezuela exige un marco teórico que trascienda el mero conteo estadístico, permitiendo comprender las muertes como hechos sociales inscritos en procesos históricos condicionados estructuralmente. En este sentido, se recurre a bases conceptuales que dialogan desde diferentes tradiciones que aportan herramientas de comprensión para abordar la complejidad del fenómeno, abriendo la posibilidad de concebir una demografía con sentido social y perspectiva crítica.

MODELO LALONDE (1974)

La teoría de los determinantes sociales en salud sostiene que la salud de una población no depende únicamente de factores médicos, sino que también depende de procesos económicos y sociales que impactan en los modos de vida colectivos.

En este ámbito, el modelo descrito por Marc Lalonde en 1974, formulado en el informe *New Perspective on the Health of Canadians* (*Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses*), representa el primer documento oficial donde se plantea que la salud depende de cuatro áreas:

> Los estilos de vida en el determinismo de la mayoría de los procesos mórbidos, que producen mortalidad: en el 43 %, versus los otros factores determinantes de la salud como la biología en el 27 %, el entorno en el 19% y el sistema de asistencia sanitaria en el 11 %. (citado en Velasco-Benítez, 2005, p. 206).

Este esquema analítico se evidencia en la división de forma horizontal de los siguientes elementos generales:

Cuadro 1

Elementos del modelo Lalonde

Factores biológicos
Factores biológicos, mutaciones
Ciclos de vida
Historias de vida
Ritmos biológicos
Estilos de vida
Relaciones familiares
Nivel de formación
Valores
Creencias
Roles
Costumbres
Procesos de trabajo
Tipo de alimentación
Conductas insanas: consumo de drogas, falta de ejercicio, estrés, consumo excesivo de grasas saturadas, promiscuidad sexual, incumplimiento, terapias
Organización de los servicios sanitarios
Calidad
Accesibilidad: geográfica, económica, cultural, administrativa
Entorno
Geográfico: clima, vegetación, situación
Demográfico: población, tipo, densidad, económicos
Ambiental: Biológico, físico, químico, sociocultural
Político: Distribución de los recursos, leyes, participación

Fuente: Revista Gastrohnup, 2015

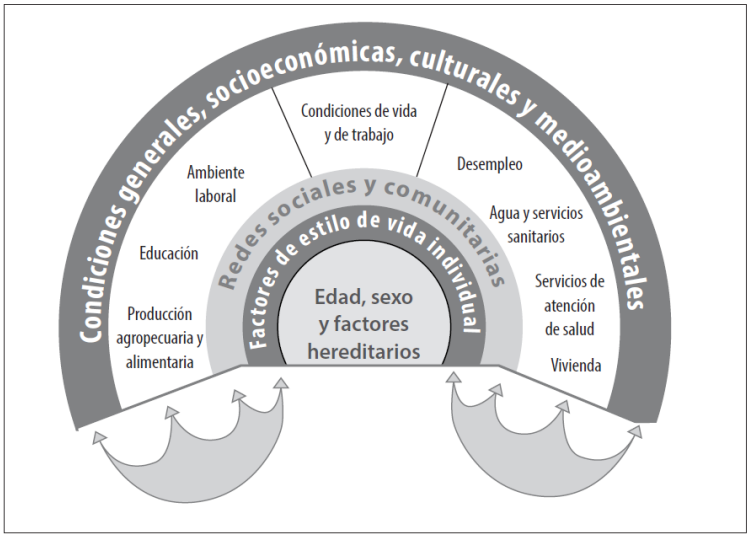
Dicho modelo fue revolucionario; no obstante, su mayor limitación fue considerar a tales elementos de forma aislada, señalando implícitamente al individuo por las decisiones que toma en su "estilo de vida". Posteriormente, en la búsqueda de superar esta visión estática, surgió el Modelo de Capas de Influencia.

MODELO DE DAHLGREN Y WHITEHEAD (1991)

El modelo propuesto por Göran Dahlgren y Margaret Whitehead (1991) ofrece una herramienta analítica que permite comprender cómo la salud y la enfermedad no son fenómenos aislados, a diferencia del modelo anterior, sino que se manifiestan como resultado de la interacción de múltiples capas de influencia.

Este modelo, representado en un diagrama (figura 1), "explica la producción de las inequidades en salud dentro de la población por interacciones determinantes entre un núcleo y cuatro diferentes niveles" (Dahlgren & Whitehead, 1991, citado en Cárdenas *et al.*, 2017, p. 16).

Figura 1
Modelo conceptual de producción de inequidades en salud de Dahlgren y Whitehead



Fuente: Dahlgren & Whitehead, 1991, en Cárdenas, 2017

El núcleo describe los factores biológicos –como la edad, el sexo y las características constitucionales (factores hereditarios)– que condicionan la salud. El primer nivel comprende los estilos de vida individuales, en el cual se observa que las personas y grupos en situación socioeconómica vulnerable tienden a registrar una mayor prevalencia de conductas de riesgo (hábito de fumar, consumo nocivo de alcohol, alimentación deficiente, baja actividad física y barreras económicas para acceder a un estilo de vida saludable). El segundo nivel examina la influencia de las redes sociales y comunitarias; es decir, de qué modo las interacciones sociales influyen en los estilos de vida individuales. El tercer nivel abarca las condiciones de vida y de trabajo, tales como las inadecuadas condiciones de vivienda, la carencia de agua potable y desagüe, el desempleo, la exposición a riesgos laborales y la precariedad en el acceso a los servicios de salud, elementos que generan exposiciones o riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una posición socioeconómica menos favorecida. Por último, el cuarto nivel describe las condiciones estructurales –socioeconómicas, culturales y ambientales– que influyen en las condiciones de estratificación social y producen inequidades sociales (Dahlgren & Whitehead, 1991, citado en Cárdenas *et al*., 2017, pp. 16-17).

Al considerar las diferentes capas de influencia, la relación entre factores deja de ser estática y muestra un flujo de influencia que va desde afuera (la sociedad) hacia adentro (el individuo).

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, OMS

Ante la necesidad de diseñar una estructura operativa que permitiera a los Estados formular programas y políticas públicas, la OMS constituyó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Esta iniciativa, creada en 2005, culminó en 2008 con la publicación oficial del informe *Subsanar las desigualdades en una generación*.

En este marco, la OMS tomó las capas del modelo de Dahlgren & Whitehead, reorganizándolas en un esquema de dos grandes categorías: los determinantes estructurales y los determinantes intermedios. La primera categoría agrupa la capa 4, correspondiente a las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales; por su parte, la segunda integra en una sola dimensión las capas 3, 2 y 1, correspondientes a condiciones de vida y trabajo, las redes sociales y los estilos de vida, incidiendo de forma directa sobre la salud de los individuos.

En tanto, si quisiéramos encontrar una diferencia significativa entre ambos modelos, el modelo de capas era principalmente descriptivo y explicativo, mientras que el modelo adaptado por la OMS asumió un carácter normativo y orientado a la acción política.

No obstante, la epidemiología crítica latinoamericana cuestiona este enfoque de la OMS, al señalar que continúa anclado a un paradigma tradicional. Este modelo se focaliza en factores de riesgo de tipo causal, lineal, cuantificables estadísticamente que tienden a fragmentar la realidad en variables aisladas, omitiendo la comprensión de la salud como un proceso complejo articulado con la historia, la economía y las dinámicas políticas y de poder.

DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD: APORTES DE LA EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA

La propuesta desarrollada por Jaime Breilh (2003) en el marco de la epidemiología crítica invita a repensar el abordaje tradicional de la mortalidad como un fenómeno biológico aislado. El autor sostiene que

> Los seres sociales humanos tenemos necesidades y funciones fisiológicas similares a las de otros mamíferos: necesitamos comer, tenemos aspectos semejantes en la respuesta al estrés (flujo de adrenalina, elevación de la presión arterial, incremento de la frecuencia cardíaca, etc.), pero nuestra fisiología es transformada por nuestra existencia social (p. 131).

Así como la vida se encuentra mediada por lo social, la muerte no puede entenderse al margen de los procesos políticos, económicos e históricos que la configuran. Desde esta perspectiva, se plantea una crítica al modelo epidemiológico y biomédico tradicional, el cual restringe la enfermedad a un fenómeno exclusivo de causas biológicas y prescinde del contexto cultural y social, dimensiones indispensables para dimensionar con mayor magnitud los perfiles de salud y enfermedad poblacionales.

No se trata de desconocer las razones de carácter biológico, sino de integrar en el análisis de la morbi-mortalidad el entorno que rodea al individuo, reconociendo los procesos sociales, económicos e históricos que también desempeñan un papel importante al momento de entender la salud y la enfermedad. En ese sentido, el autor no habla de determinantes sociales de la salud, tal como se explica en un enfoque tradicional, sino se emplea utiliza la idea de determinación social de la salud, centrada en procesos estructurales, la cual cuestiona el reduccionismo en la salud, e invita a entenderla como un

proceso complejo y multidimensional, donde se visibilice la trama histórica específica de cada sociedad, que nos permita comprender cómo la economía, las relaciones de poder, las condiciones de vida, la distribución desigual de los recursos, la dificultad en el acceso a alimentos, al agua o a los servicios, así como las políticas públicas ineficaces o inexistentes moldean patrones de salud y enfermedad a lo largo del tiempo.

Al respecto, Breilh subraya:

> Las condiciones para la vida se producen colectivamente y en ese mismo proceso de producción se generan las relaciones sociales y de poder que determinan la distribución del sistema de bienes de los que depende la reproducción social. La producción de los procesos para la vida (protectores y destructivos) determina, a su vez, la forma de distribución de los mismos, la cuota de bienestar a la que pueden acceder los grupos, o la de sufrimiento que padecen por sus carencias o contravalores. (2003, p. 214).

En el caso venezolano, los postulados de la epidemiología crítica permiten entender que las muertes y las enfermedades no son simples eventos biológicos ni estadísticas desprovistas de historia, sino el desenlace de un proceso social de producción y distribución desigual de las condiciones de vida. El autor explica que, al hablar de la determinación social, la inequidad constituye la raíz del problema: las dinámicas políticas, económicas y sociales del país son las que restringen el acceso fundamental y prioritario a una alimentación digna, a medicamentos, a una vivienda decente y a la tenencia de servicios públicos estables. Dicha inequidad, explica Breilh, se traduce en desigualdades observables, que para estos efectos podemos entender como las tasas de mortalidad, la prevalencia de enfermedades crónicas sin tratamiento o la reaparición de enfermedades endémicas o parasitarias, las cuales revelan la distribución desigual del bienestar y del sufrimiento en el tejido social.

HABITUS Y PRÁCTICAS SOCIALES INCORPORADAS

La noción de habitus en Pierre Bourdieu nos ofrece una dimensión clave del análisis de la morbilidad y la mortalidad. Este es definido como:

> Sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas

> a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente "reguladas" y "regulares" sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas, y, por todo ello, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta. (2007, p. 86)

Bourdieu (2007) explica que el origen del *habitus* se produce en los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia. Esto quiere decir que las experiencias pasadas, especialmente las primeras, se inscriben en el organismo en forma de esquemas de percepción, pensamiento y acción, garantizando la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo. De este modo, las "posibilidades e imposibilidades, libertades y necesidades, facilidades e impedimentos" inherentes a las condiciones objetivas generan disposiciones compatibles con ellas (p. 91)

En el marco de la morbilidad y de la mortalidad, las cuales, como se ha argumentado, trascienden el determinismo biológico y responden a factores sociales, los estilos de vida de la población se ajustan a las condiciones propias de vida en un contexto determinado. Aquellos estilos de vida que aparentan ser elecciones individuales se manifiestan, en realidad, como resultado de disposiciones sociales interiorizadas cuyas prácticas cotidianas incrementan la exposición diferencial a riesgos de enfermedad y muerte. El estilo de vida "personal" de un individuo es, por ende, una manifestación singular del *habitus*, dotado de relativa previsibilidad debido a la homogeneidad de los *habitus*, lo que resulta a su vez en la homogeneidad de las condiciones de existencia y los condicionamientos sociales.

Tales condiciones de existencia conllevan que las prácticas más improbables queden excluidas con anterioridad a cualquier deliberación reflexiva, a título de "lo impensable", mediante una suerte de sumisión inmediata al orden establecido que inclina a "hacer de la necesidad virtud"; es decir, a desear lo inevitable. (Bourdieu, 2007, p. 92). En el contexto venezolano contemporáneo, este principio permite explicar cómo, ante las dificultades impuestas por la crisis, los estilos de vida se adaptan a las limitaciones, normalizándose prácticas que bajo otras circunstancias serían indeseables o impensables. La práctica social se da espontáneamente, sin conciencia ni voluntad, sin reflexión explícita, "habitada por un sentido común" que a la vez es producto de un "instinto socialmente constituido".

Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales
Vol. 1, N° 2 | 2026

Esto lo podemos evidenciar, por ejemplo, en la adopción forzosa de dietas pobres que, ante el encarecimiento de los alimentos, sumada a la precariedad económica, el *habitus* orienta a la población a modificar sus patrones de consumo, limitando su lista de mercado, de manera no-consciente, manifestándose en "preferencia" de alimentos de menor costo, incluso si no son nutricionalmente óptimos, dejando de lado las posibles consecuencias que podrían acarrear para su salud. Del mismo modo, frente a las constantes interrupciones del servicio de energía eléctrica, así como a las limitaciones o dificultades para el acceso al servicio de gas, el *habitus* podría promover la intensificación del uso de leña para cocinar, siendo una solución "razonable", aunque implique riesgos para su salud respiratoria.

Por consiguiente, esta perspectiva permite reflexionar sobre las explicaciones individualistas de la salud y la enfermedad, que suelen basarse en la elección racional, donde se culpa a los individuos por tomar "malas decisiones" de estilo de vida, que afectan gravemente a su salud, a la vez que empezamos a comprender las adaptaciones "razonadas" impuestas por las condiciones de existencia, donde estos *habitus* se convierten en factores de riesgo muchas veces invisibilizados por las estadísticas.

SOCIEDAD DECENTE Y DIGNIDAD COMO CATEGORÍA SOCIAL

En la obra Sociedad decente, Avishai Margalit (2016), define a este tipo de sociedad como "aquella cuyas instituciones no humillan a las personas" (p. 15). Asimismo, el autor conceptualiza la humillación como "un tipo de conducta o condición que constituye una buena razón para que una persona considere que se le ha faltado el respeto" (p. 21). Aquí, la humillación es entendida como una ofensa estructural y persistente que degrada a las personas al negarles reconocimiento y trato digno. Este planteamiento adquiere una pertinencia cardinal para el análisis de la mortalidad en Venezuela, en el cual, ante la ausencia de datos, se cuestiona no solo el respeto debido a la vida, sino también a la muerte.

Desde una caracterización positiva, la definición de sociedad decente se amplía, siendo "aquella que acuerda respetar, a través de sus instituciones, a las personas sujetas a su autoridad" (Margalit, 20 % p. 18). Para el abordaje de la mortalidad, este respeto no depende únicamente de la buena intención individual; exige, en cambio, una consagración institucional a través de las prácticas administrativas, las políticas públicas y el marco jurídico.

En este marco, el respeto no es solo un trato amable o cortés, sino que se configura como un reconocimiento estructural de la dignidad humana. Se concibe, por ende, la dignidad como una categoría social que aporta valor intrínseco a la persona a través de sus instituciones. Margalit señala que "la dignidad es la expresión del sentimiento de respeto que las personas sienten hacia sí mismas en tanto que seres humanos" (2016, p. 53). Por tanto, cuando los mecanismos institucionales fallan, se incurre en el subregistro de las defunciones, se ocultan datos o se presentan cifras sin contexto, se niega la dignidad a las personas, lo que, en el contexto del análisis de la mortalidad, genera una muerte sin reconocimiento, siendo más que un déficit técnico, una forma de humillación institucional.

Para el caso venezolano, incorporar la dignidad como categoría analítica implica humanizar el estudio demográfico de la muerte: supone interpretar cada dato en relación con las condiciones sociales que lo produjeron y que las instituciones responsables lo hagan de modo que no humillen, sino que reconozcan la humanidad detrás de cada defunción. Esto implica repensar la demografía de la mortalidad no solo como un ejercicio de conteo, sino como un acto de memoria y reconocimiento social.

APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

La disponibilidad de estadísticas nacionales sobre mortalidad y morbilidad en Venezuela se encuentra severamente restringida por la interrupción sistemática en la publicación de informes oficiales desde 2016. Esta situación, caracterizada previamente como opacidad estadística e informativa, torna inviable un análisis riguroso y nutrido exclusivamente con fuentes estatales. En consecuencia, la presente investigación recurre al uso de fuentes secundarias como referencia.

Por un lado, se examinan las estimaciones de la OMS correspondientes al año 2021, las cuales posibilitan obtener un perfil de mortalidad de Venezuela dentro de un marco comparativo regional y global. Por otro lado, se incorporan los registros del *Boletín epidemiológico* de Cáritas de Venezuela,[1] fuente que recoge información local sobre diagnósticos frecuentes y las condiciones de salud atendidas en su red de servicios. Entendiendo que no constituyen datos

[1] Cáritas de Venezuela es una organización de promoción y asistencia de la Iglesia Católica que fomenta la caridad y está al servicio de los más pobres y sus comunidades cristianas. (Cáritas de Venezuela, 2024) Portal disponible en: https://caritasvenezuela.org/

poblacionales, nos dan una valiosa visión de las realidades locales que aquejan a los sectores más vulnerables.

Esta doble perspectiva, macro y micro, no pretende establecer una comparación estadística directa entre ambos corpus de datos, sino articularse como una estrategia complementaria: mientras la fuente internacional ayuda a identificar tendencias estructurales, la segunda fuente nos muestra las cualidades sobre cómo dichas tendencias se encarnan en la vida cotidiana de la población venezolana. Más allá de constituir una limitación técnica, esta elección metodológica refuerza el eje crítico de la investigación, donde la invisibilización de la mortalidad en Venezuela no es neutral, sino una expresión institucional de inequidad y humillación que obliga a acudir a fuentes alternativas para reconstruir el panorama sociodemográfico de la muerte.

Finalmente, la propuesta se inscribe dentro de una perspectiva crítica de la demografía y de la salud colectiva, reconociendo que las limitaciones en la producción y disponibilidad de información estadística no constituyen únicamente un problema técnico, sino también un condicionante que afecta la comprensión integral de los procesos de enfermedad y muerte en contextos de desigualdad estructural.

HALLAZGOS

1. Perfil macro de mortalidad en Venezuela (OMS)

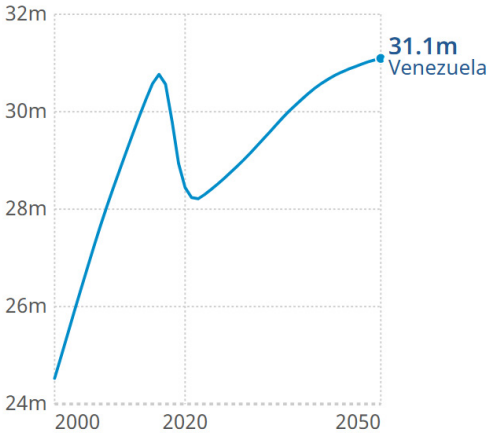
La OMS, como agencia especializada de las Naciones Unidas en materia sanitaria, ofrece un panorama de datos para el año 2021, con algunas estimaciones complementarias correspondientes al año 2023, cuyos datos primordiales se detallan a continuación:

- **Población en Venezuela**

Según cifras de la OMS, el tamaño de la población de Venezuela ascendía a 28.300.854 habitantes en 2023.

En el gráfico 1 se aprecia una tendencia de crecimiento sostenido entre el año 2000 y 2016, momento a partir del cual la población empieza a experimentar una contracción acelerada que se prolonga hasta 2023; no obstante, las proyecciones estiman un aumento del 9,9 % hacia mediados de siglo, alcanzando un total estimado de 31.094.883 habitantes para 2050.

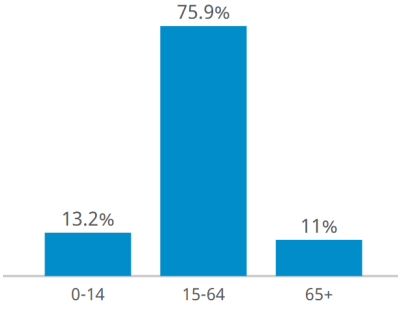
Gráfico 1
Tendencia y proyección de la población
Venezuela, 2000-2050



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2023

En el gráfico 2 se muestra la distribución por edad de la población venezolana, siendo predominante el porcentaje de personas entre 15 y 64 años. Asimismo, se observa una brecha de 2,2 puntos porcentuales entre la proporción de personas mayores de 65 años y la de menores de 14 años. Históricamente, la población infantil y adolescente superaba en mayor medida a la población adulta mayor; no obstante, para el año citado ambas poblaciones se acercan en número, siendo notable el efecto del envejecimiento de la población.

Gráfico 2
Distribución por edad de la población (%)
Venezuela, 2023



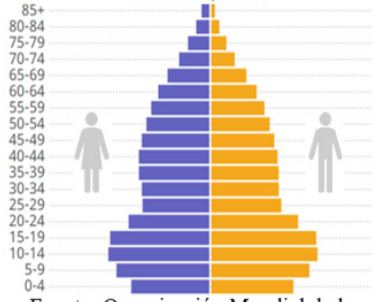
Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2023

Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales
Vol. 1, N° 2 | 2026

En el gráfico 3 se observa la distribución por edad y sexo de la población venezolana para el año 2023, así como la estructura proyectada para 2050. En este período se observa una transición desde una pirámide de crecimiento lento, cuyas edades predominantes se sitúan entre los 14 y 19 años, hacia una pirámide de tipo estacionaria, caracterizada por una desaceleración del crecimiento y un ensanchamiento en la población con edades entre los 39 y 44 años.

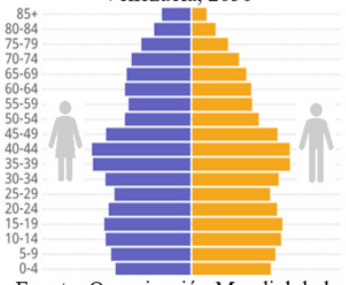
Esta pirámide poblacional evidencia un proceso de envejecimiento demográfico interrumpido por la migración forzada. Mientras que los países de la región latinoamericana transitan hacia estructuras poblacionales envejecidas, en Venezuela el éxodo masivo de jóvenes ha alterado el patrón de transición esperado. Este fenómeno impacta de manera directa en la carga de enfermedad, así como en la dependencia, con especial atención en la población femenina de la tercera edad, la cual supera considerablemente a la masculina.

Gráfico 3
Población por edad y sexo
Venezuela, 2023



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2023

Gráfico 4
Población proyectada por edad y sexo
Venezuela, 2050



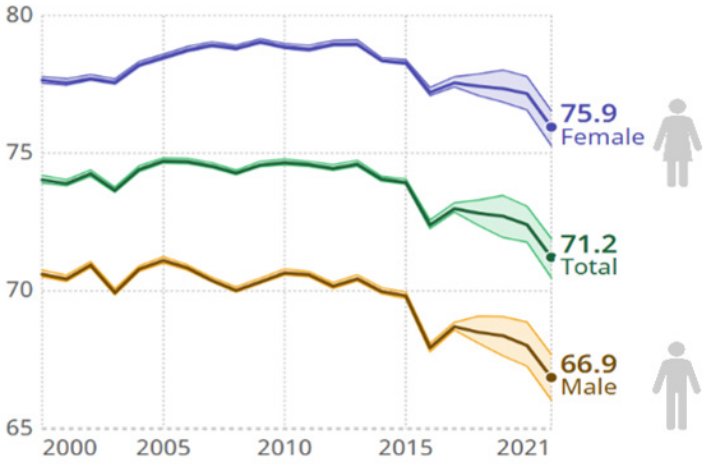
Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2023

- **Esperanza de vida en Venezuela**

La esperanza de vida al nacer se define como el número promedio de años que espera vivir una persona desde el momento de su nacimiento.

En el gráfico 5 se evidencia que, para el caso venezolano, el promedio general para el año 2021 se situó en 71,2 años, lo que representa una contracción sensible frente a los 74 años registrados en 2000. Del mismo modo, se constata una diferencia por sexo de aproximadamente 10 años en la esperanza de vida, siendo de 66,9 años para los hombres y 75,9 años para las mujeres.

Gráfico 5
Esperanza de vida al nacer
Venezuela, 2000-2021



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2021

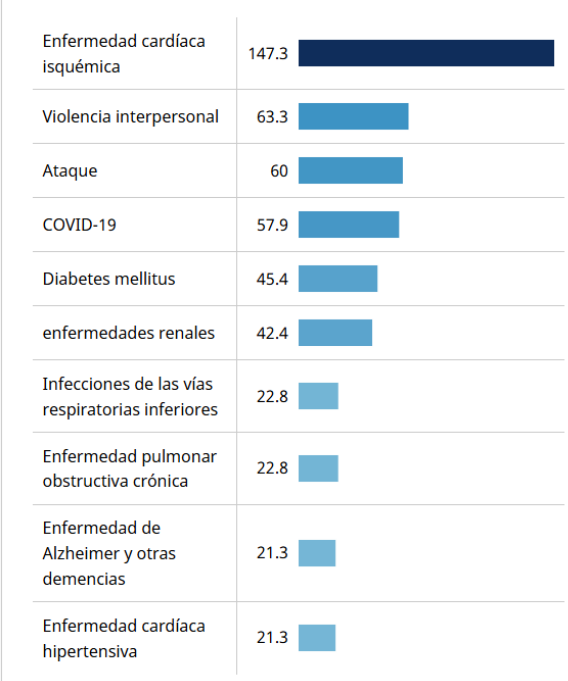
El descenso de la esperanza de vida en el país no responde a un evento puntual. Si bien la pandemia de la COVID-19 afectó transitoriamente la esperanza de vida a nivel global a partir de 2020, en Venezuela la contracción de este indicador responde a un deterioro sostenido de las condiciones materiales de existencia, así como a la dificultad para el acceso a los servicios de salud. Este proceso regresivo sitúa al país en un camino opuesto respecto a la tendencia ascendente regional observada.

- **Principales causas de muerte en Venezuela**

Gráfico 6

Principales causas de muerte

Muertes por cada 100.000 habitantes. Venezuela, 2021



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2021

La OMS ofrece una lista descriptiva a través de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), 10.ª edición del año 1995, instrumento que permite categorizar y registrar enfermedades, trastornos y lesiones a nivel mundial.

En este marco, se constata el predominio de las enfermedades no transmisibles (ENT), siendo la enfermedad cardíaca isquémica número uno de la lista, dejando 147,3 defunciones por cada 100.000 habitantes, seguida por los accidentes cerebrovasculares, diabetes mellitus, enfermedades renales, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, así como la cardiopatía hipertensiva.

En principio, la preponderancia de las enfermedades cardiovasculares y no transmisibles sugeriría una transición epidemiológica avanzada. Como ex-

plicó Omran (1971), el paso a causas de muerte degenerativas y producidas por el hombre sucede a la superación de una primera etapa de pestilencia y hambruna, así como de una segunda de descenso y desaparición de pandemias. No obstante, en Venezuela, la lectura no puede leerse estrictamente como un proceso "natural". Gran parte de estos decesos constituye mortalidad prematura y evitable, atribuible al colapso en el diagnóstico temprano, en la atención sostenida y en el acceso a medicación. Por ello, tal como son presentadas por la fuente, por sí solas no explican nada. Al observar el listado, resulta difícil vincularlo con alguna determinante social de la salud, dada la limitación propia del conteo estadístico.

Así, al cuestionar la forma en que se presentan las muertes, exclusivamente como una cifra, se denuncia la omisión sistemática del contexto en el análisis, agravada por la opacidad y la inaccesibilidad de los datos oficiales. Las defunciones por enfermedades crónicas presentes en Venezuela requieren el esclarecimiento del contexto de su ocurrencia, pues, morir de un infarto o por hipertensión no fueron meras elecciones individuales, sino son el reflejo de una esperanza de vida deteriorada, del acceso desigual a los medicamentos, de la falta de atención preventiva, del estrés diario, y de estilos de vida marcados por la pobreza alimentaria caracterizado por el alto consumo de ultraprocesados a menor costo.

Por otro lado, la prevalencia de la violencia interpersonal como segunda causa de defunción en Venezuela refleja una inseguridad estructural en un contexto social fragmentado. En este ámbito, la noción de *habitus* permite comprender prácticas normalizadas de riesgo, que pueden variar en exposición por género, territorio o por el nivel socioeconómico.

Finalmente, la lectura crítica de las causas de muerte en Venezuela estimadas por la OMS evidencia la existencia de procesos sociales subyacentes a cada indicador, que explican tanto la persistencia de enfermedades crónicas como la violencia presente en la nación. Sin embargo, estas cifras permanecen en un plano abstracto si no se articulan con las experiencias puntuales de quienes las encarnan. Por ello, para avanzar hacia una demografía con dignidad, resulta necesario ir más allá del conteo estadístico y explorar la dimensión humana de la mortalidad: aquella que se expresa en historias de vidas truncadas, condiciones de enfermedad y desigualdades cotidianas que marcan la diferencia entre vivir o morir en condiciones de protección o de abandono. Con este propósito, se examina a continuación la cualidad local a partir de la revisión en micro de una fotografía de la realidad que, si bien no

representa a toda la población, aporta indicios de las condiciones de vulnerabilidad que enfrentan determinados grupos sociales.

2. Perfil micro de morbilidad (Cáritas)

Cáritas de Venezuela publica trimestralmente un boletín epidemiológico que, de acuerdo con la propia organización, "busca responder al compromiso adquirido con todos los actores internos y externos que le acompañan y apoyan en su propósito de garantizar el acceso a la atención médica y nutricional a los grupos más vulnerables de la población venezolana". (Caritas de Venezuela, 2023, p.3)

La incorporación de este registro es una alternativa de carácter local que responde a la necesidad de suplir de manera parcial el vacío generado por la omisión de estadísticas oficiales actualizadas en el país. No obstante, permite contextualizar los procesos sociales vinculados a la salud y a la enfermedad, ya que nos brindan manifestaciones específicas de vulnerabilidad, como por ejemplo la desnutrición, enfermedades contraídas por la contaminación del agua y las afecciones psicoemocionales. Por tanto, su relevancia analítica nos ayuda a encontrar relación con las desigualdades sociales, tales como la seguridad alimentaria, el acceso al agua y el bienestar emocional, observando cómo estas se reflejan en distintas experiencias de enfermedad. De este modo, la fuente contribuye al objetivo de interpretar los procesos sociales que anteceden o acompañan al deterioro de la salud, entendiendo sus limitaciones que, pese a su acercamiento a poblaciones vulnerables con el registro comunitario, aún tienen restricciones para reconstruir las trayectorias de vida y enfermedad.

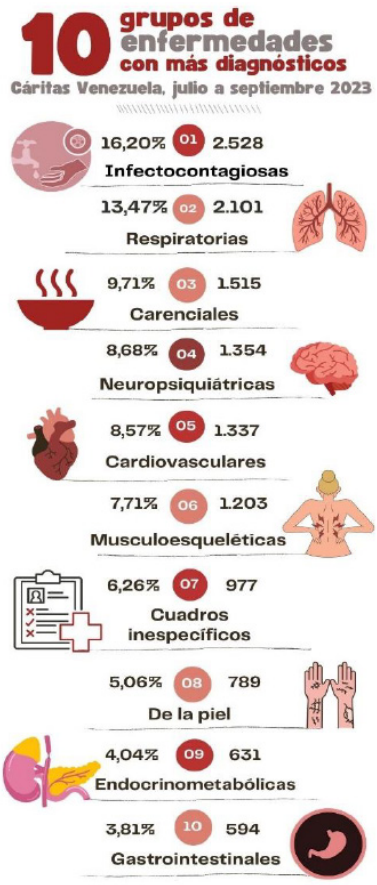
Para los fines analíticos de este trabajo, abordaremos el *Boletín epidemiológico* número 17, correspondiente al tercer trimestre del año 2023 (julio-septiembre).

- **Realidades comunitarias**

Durante el tercer trimestre de 2026, la red de servicios Cáritas de Venezuela registró un total de 24.499 atenciones médicas: 9.275 consultas para evaluación preventiva y 15.224 consultas para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades (curativas). En cuanto a la distribución por sexo, 9.252 (36 %) consultas correspondieron a pacientes masculinos y 16.751 (64 %) a personas

de sexo femenino. Por grupos de edad, los menores de 5 años representaron el 24 % del total, con igual proporción entre sexos, mientras que los adultos concentraron el 40 % de la demanda asistencial global (10.452). En la siguiente figura se muestra la distribución de los 10 diagnósticos más frecuentes:

Figura 2
10 grupos de enfermedades con más diagnósticos



Fuente: Cáritas de Venezuela, julio a septiembre 2023

En primer lugar, el grupo de patologías que sumó mayor volumen de atenciones fue el de las enfermedades infecciosas/contagiosas, dentro del cual el 48 % correspondió a enfermedades de transmisión hídrica. Como

complemento contextual, las encuestas de hogares implementadas por la misma organización revelan que el número de familias que tuvieron agua menos de 3 días o que no les llegó en la última semana bajó del 54 % al 48 %. No obstante, pese a una leve mejoría respecto al trimestre previo (abril – junio), la persistencia de estos pone de manifiesto la desigualdad en la salubridad y en el acceso regular al agua.

En segundo lugar, las consultas por afecciones respiratorias experimentaron un descenso relativo, pasando del 16,27 % en el segundo trimestre al 13,47 % en el período de referencia.

En tercer lugar, adquiere especial relevancia el comportamiento de las enfermedades carenciales (anemia clínica y desnutrición), las cuales ascendieron dos puestos en relación con el trimestre precedente, pasando de ocupar el quinto al tercer motivo principal de consulta. Frente a esta tendencia, el informe esgrime una serie de argumentos que pueden contextualizar dicha situación:

> El incremento que vemos podría explicarse por la búsqueda activa de casos en diócesis como Acarigua-Araure, Ciudad Bolívar y Guasdualito. El comportamiento de otras variables que habitualmente acompañan el aumento de la desnutrición favorece este razonamiento: la tasa de cambio del dólar (moneda de referencia para fijar precios en el país) aumentó menos abruptamente que en otros períodos y el valor de la canasta alimentaria bajó con respecto al trimestre previo. Ya se mencionó que bajó igualmente el porcentaje de las familias que manifestaron no haber tenido nada de agua y que disminuyeron las consultas por enfermedades de transmisión hídrica que derivan en desnutrición aguda. (Cáritas de Venezuela, 2023, p. 1)

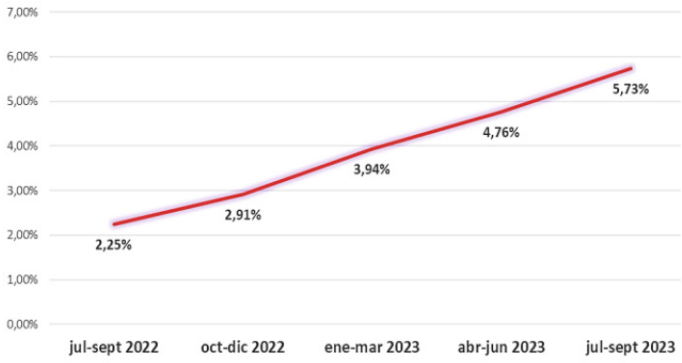
El aumento en los diagnósticos de desnutrición podría estar influido por la búsqueda activa en ciertas diócesis, lo que permite una mejor detección de casos gracias a la medición y a una mayor cobertura comunitaria, sin que ello implique un agravamiento real de la situación. Este hallazgo evidencia la fortaleza de Cáritas de Venezuela como actor comunitario, demostrando que cuando se busca se encuentra lo que estaba oculto.

Adicionalmente, el reporte subraya que la desnutrición es un fenómeno multicausal: aun cuando ciertos determinantes inmediatos o coyunturales (tales como el precio de los alimentos y la oscilación del dólar) registran fluctuaciones menos abruptas, la precariedad nutricional se mantiene como una condición crónica. Esta persistencia se articula estrechamente con la perspectiva de Breilh, en la cual la raíz radica en factores estructurales (pobreza, políticas

fallidas, desigualdad). Resulta imperativo resaltar que, si bien algunos indicadores económicos coyunturales sugieren una aparente mejoría en el acceso a la canasta básica, la vulnerabilidad alimentaria permanece inalterada. Del mismo modo, desde el marco teórico de Pierre Bourdieu, el *habitus* alimentario estructurado por la escasez prolongada no cambia de forma inmediata, así mejore el precio de la canasta.

Gráfico 7

Porcentaje de diagnósticos psicoemocionales en consultas según trimestre



Fuente: Fuente: Cáritas de Venezuela, julio 2022 a septiembre 2023

El boletín señala:

> El conjunto de afecciones neuropsiquiátricas ocupa el 4to lugar, y las afecciones psicoemocionales específicamente (trastornos del comportamiento, del sueño, ansiedad, duelos no procesados y depresión) mantienen la tendencia ascendente por 4to trimestre consecutivo pasando del 6to a 4to lugar en el cuadro de los 20 diagnósticos de morbilidad con 5 %. Por otra parte, en las Encuestas de Hogares aumentó, de 39 % en julio a 68 % en septiembre, las familias en las que al menos uno de sus miembros estuvo enfadado o triste con frecuencia, siempre o casi siempre porque sentía impotencia ante lo que acontece. (Cáritas de Venezuela, 2023, p.2)

En consonancia con lo anterior, la salud mental se presenta como un problema creciente, siendo el malestar psicoemocional una expresión subjetiva frente a la incertidumbre cotidiana, la precariedad económica y las condiciones de vida.

Estas afecciones revelan la presencia de sufrimientos no contados, debido a lo que denominamos el "*habitus* emocional" normalizado. Bajo este esquema, la tristeza o la rabia son desestimadas socialmente al constituirse en estados de ánimo recurrentes y de sobrevivencia. De este modo, la desdicha como hecho cotidiano forma parte de la vida; un proceso que, al agravarse, impacta en la mortalidad indirectamente, con diagnósticos de enfermedades crónicas asociadas al estrés crónico o al catalizar situaciones de violencia.

Finalmente, el informe muestra una matriz con los 20 diagnósticos principales de morbilidad atendidos por la organización, acompañada de algunas recomendaciones orientadas a responder holísticamente a la demanda de atención médica a la salud.

Tabla 2

Primeros 20 diagnósticos en atenciones a la morbilidad

Compilación de reportes diocesanos de salud a jul – sep, procesados por Epidemiología Cáritas

Lugar 1er trimestre 2023	Lugar 2do trimestre 2023	Lugar 3er trimestre 2023	Diagnósticos primarios y secundarios en consulta	Número	Porcentaje sobre el total de diagnósticos de morbilidad
2	2	1	Hipertensión arterial	1044	6,66%
4	5	2	Desnutrición	951	6,06%
6	4	3	Ansiedad, depresión y otros trastornos mentales o del comportamiento	899	5,73%
5	3	4	Síndrome viral	797	5,08%
1	1	5	Sinusitis y otras enfermedades respiratorias agudas altas	728	4,64%
3	6	6	Parasitismo intestinal	587	3,74%
8	8	7	Anemia	535	3,41%
7	7	8	Dolor articular	425	2,71%
9	9	9	Dolor de espalda (dorsalgias)	399	2,54%
19	14	10	Dermatitis y otras enf. de la piel (no infecciosas)	372	2,37%
15	11	11	Dolor de cabeza	328	2,09%
12	13	12	Diabetes mellitus	314	2,00%

13	10	13	Diarrea	301	1,92%
11	10	14	Asma	291	1,86%
22	15	15	Infecciones por hongos	285	1,82%
16	27	16	Fiebre	247	1,57%
14	20	17	Rinitis alérgica	237	1,51%
37	39	18	Otitis aguda	235	1,50%
21	18	19	Infección urinaria	230	1,47%
33	19	20	Gastritis y enfermedades ácido pépticas	218	1,39%
DIAGNÓSTICOS DE MORBILIDAD POR OTROS MOTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIOS Y SECUNDARIOS				6.261	39.92%

Fuente: Cáritas de Venezuela, julio a septiembre 2023

DISCUSIÓN

LÍMITES DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO TRADICIONAL DE LA MORTALIDAD: ENTRE LAS CIFRAS ABSTRACTAS Y LAS MUERTES CON HISTORIA

Ambas miradas, tanto la aproximación macroestructural provista por la OMS en el plano regional y global como el registro microcomunitario aportado por Cáritas de Venezuela, ofrecen insumos sustantivos para aproximarse a la realidad de la situación de la mortalidad en Venezuela. Las cifras permiten describir tendencias y hacer comparaciones en el tiempo, labor ampliamente útil en el análisis demográfico de un componente de la dinámica poblacional; no obstante, al mismo tiempo corren el riesgo de reducir las muertes a un plano numérico, abstracto, que no muestra el proceso social, cultural y emocional detrás de cada defunción.

A la luz del marco conceptual expuesto, la determinación social puede ser diluida si no se observa su significado en lo concreto. La opacidad estadística, explicada anteriormente, no solo invisibiliza, sino que también humilla institucionalmente, en términos de Margalit (2016), al negarles a las muertes la posibilidad de reconocimiento social. Del mismo modo, las prácticas sociales incorporadas, constituidas por el *habitus*, quedan ocultas en gráficas y porcentajes.

Esta "frialdad numérica", entendida como la reducción metodológica de la muerte a indicadores estadísticos desprovistos de las trayectorias biográficas, experiencias cotidianas y contexto estructural, impone una limitación al análisis sociodemográfico crítico y reflexivo. Frente a este reduccionismo, surge

Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales
Vol. 1, N° 2 | 2026

la necesidad de establecer estrategias que otorguen voz y rostro a la muerte, que complementen el conteo con narrativas que puedan restituir el sentido de humanidad en el estudio de la mortalidad.

Aunque la evidencia estadística permite identificar tendencias generales de mortalidad, resulta insuficiente para comprender las trayectorias individuales y sociales que conducen a la muerte. En consecuencia, como respuesta teórico-metodológica a esta limitación, se postula la narrativa sociodemográfica de la muerte, una propuesta orientada a poblar de sentido y memoria histórica el vacío que las cifras oficiales dejan sobre las trayectorias de vida truncadas.

PROPUESTA: NARRATIVA SOCIODEMOGRÁFICA DE LA MUERTE

DEFINICIÓN

La propuesta se sitúa en el marco del pensamiento crítico en demografía, desde el cual la disciplina no debe ser vista exclusivamente como un análisis cuantitativo de las poblaciones, sino también desde la interdisciplinariedad, que integre, como explica Álvaro Vieira Pinto (1973), lo biológico, social, político, económico y filosófico, trascendiendo las definiciones puramente estadísticas con el fin de incorporar el sentido humano a la dinámica de los cambios demográficos.

En tal sentido, se propone la narrativa sociodemográfica de la muerte, concebida como una estrategia analítica que pretende complementar el conteo estadístico de la mortalidad con relatos de vida y defunción. Su propósito cardinal radica en visibilizar las condiciones estructurales, las prácticas cotidianas y la trayectoria de atención médica, restituyendo la dignidad de las personas detrás de las cifras. Esta aproximación no tiene un carácter predictivo ni busca la generalización probabilística; por el contrario, se orienta a la comprensión profunda de las trayectorias de vida específicas. Inscrita en la tradición cualitativa en las ciencias sociales, la propuesta introduce el enfoque biográfico y narrativo en el seno de la investigación demográfica, históricamente dominada por métodos cuantitativos, asignándole a los relatos un valor explicativo antes que representativo.

JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

El contexto venezolano actual enfrenta dos limitaciones que consideramos centrales y rinden cuenta de la necesidad de abordaje complementario de la mortalidad.

En primer lugar, la ausencia de datos oficiales actualizados fragmenta el acceso a registros confiables. En segundo lugar, lo que hemos denominado frialdad numérica. Por su parte, los organismos internacionales producen estadísticas comparables que permiten obtener tendencias globales, pero al mismo tiempo invisibilizan las experiencias concretas de enfermar y morir, reflejando indicadores abstractos despojados de historia. Por otro lado, las estadísticas locales o comunitarias, pese a su valor invaluable de mostrar emergencias, corren riesgo de caer en la misma dinámica de clasificación numérica que, aunque denuncian, no recogen la experiencia concreta de aquellos que enferman y mueren.

Por tanto, la narrativa sociodemográfica de la muerte ofrece una vía para humanizar la demografía, sin la sustitución de los datos, pero que sirva como complemento a partir de la historia narrada y que pueda revelar lo oculto.

PROCEDIMIENTO ANALÍTICO PROPUESTO

La implementación de entrevistas permite reconstruir la historia social de la enfermedad y la muerte. A través del testimonio de cuidadores y familiares, este abordaje "re-humaniza" la muerte; su propósito no radica en generalizar resultados, sino en dilucidar cómo una vida y muerte concreta puede retratar la tensión invisible en el conteo estadístico, donde la estrategia cualitativa permite abordar a profundidad la voz de familiares y cuidadores el detalle de las condiciones de vida previas, siendo estas como alimentación y sus limitaciones de acceso, la vivienda así como la conformación familiar, las relaciones de dependencia y trabajo, redes de apoyo; trayectoria de la enfermedad, desde los síntomas, diagnósticos, acceso o no a servicios de salud, y el tipo atención médica-hospitalaria, en caso de que la hubiere; del mismo modo, las estrategias familiares implementadas para la búsqueda de medicamentos, insumos y, las experiencias emocionales vinculadas con la muerte misma y su acompañamiento.

En tal sentido, se plantean cuatro líneas específicas de acción:

1. Selección de casos mediante criterios (acceso a servicios de salud, condición socioeconómica, tipo de enfermedad).

Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales
Vol. 1, N° 2 | 2026

2. Recolección de información mediante entrevistas a familiares o cuidadores.
3. Reconstrucción de la trayectoria de enfermedad y muerte.
4. Análisis en tres niveles analíticos:
   - Condiciones estructurales de la vida.
   - Prácticas sociales incorporadas.
   - Trayectorias institucionales de atención y dignidad.

CONDICIONES ESTRUCTURALES DE LA VIDA

Al respecto Breilh (2003) señala:

> Las condiciones para la vida se producen colectivamente y en ese mismo proceso de producción se generan las relaciones sociales y de poder que determinan la distribución del sistema de bienes de los que depende la reproducción social. La producción de los procesos para la vida (protectores y destructivos) determina, a su vez, la forma de distribución de los mismos, la cuota de bienestar a la que pueden acceder los grupos, o la de sufrimiento que padecen por sus carencias o contravalores. Es por eso que el conocimiento epidemiológico, para comprender los procesos generativos de la salud –aquellos que se producen en los escenarios del trabajo, en la esfera del consumo, en los espacios organizativo-políticos, en el dominio de la vida cultural y en las relaciones ecológicas–, tiene necesariamente que estudiar las relaciones socio-estructurales. (p. 214)

Lo que plantea el autor es que tanto salud como enfermedad no constituyen hechos "naturales" aislados, pues se plantean como el resultado de la forma en que una sociedad se organiza. Es decir, si un grupo tiene mejores condiciones laborales, posee acceso al agua de manera continua, acompañado de un sistema de salud que responda a sus necesidades, su probabilidad de enfermar será diferente a la de otro grupo que viva en condiciones precarias. En el caso venezolano, por ejemplo, la ausencia de políticas relativas al acceso al agua potable en barrios de Caracas convierte las enfermedades prevenibles en lo que Breilh menciona como procesos destructivos.

Breilh (2003) continúa:

> En cada formación social existe una diversidad de grupos que mantienen relaciones entre sí, las cuales son determinantes de sus modos de vida. En el seno de los modos de vida grupales ocurren estilos de vida singular o individual. Las relaciones de poder son las que discriminan los grandes contrastes entre los modos y estilos de vida de grupos situados en los polos sociales de una sociedad, así como la capacidad de producción y negociación que los grupos tienen para la reproducción de su vida en condiciones determinadas. (pp. 214-215)

Los estilos de vida no emergen de decisiones individuales exclusivamente, sino que a su vez surgen de un marco de estructuras de poder que, al actuar como determinantes sociales, distribuyen de manera desigual las oportunidades y los recursos de las personas.

En el estudio demográfico de la mortalidad, se parte de la premisa de que no todos los grupos pueden reproducir la vida en igualdad de condiciones. Esta disparidad está configurada tanto por determinaciones individuales y biográficas como por estilos de vida y las prácticas cotidianas, las redes de apoyo familiar y comunitario, las condiciones de trabajo y estructuras socioeconómicas y políticas más amplias, entramado que evidencia que no solo se vive distinto, sino que también se enferma y se muere de forma diferenciada.

En el plano operativo, resulta fundamental guiar la estructura de las narrativas, ubicando primeramente los determinantes sociales de la salud, según el esquema dado por la OMS en sus dos grandes categorías (los determinantes estructurales y los determinantes intermedios). Este esquema integra el Modelo por Capas de Dahlgren y Whitehead (1991) y permite ubicar la experiencia en un esquema definido y ordenado.

PRÁCTICAS SOCIALES INCORPORADAS

Bourdieu a través de la comprensión del *habitus* señala:

> Producto de la historia, el *habitus* origina prácticas, individuales y colectivas, y por ende historia, de acuerdo con los esquemas engendrados por la historia; es el *habitus* el que asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que, registradas en cada organismo bajo la forma de esquemas de percepción, de pensamientos y de acción, tienden, con más seguridad que todas las reglas formales y todas las normas explícitas, a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo. (Bourdieu, 2007, pp. 88-89)

Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales
Vol. 1, N° 2 | 2026

En el ámbito de la salud, esto implica que los determinantes sociales, así como los determinantes sociales, no solo condicionan externamente, sino que se internalizan en prácticas cotidianas que reproducen desigualdades en la morbilidad y la mortalidad.

El *habitus* permite explicar cómo llegan las personas a repetir ciertos estilos de vida, relacionados con la alimentación, los cuidados, así como estrategias de supervivencia, que a su vez se encuentran ligados a sus condiciones históricas y sociales. Así, es posible explicar la normalización de la automedicación, por ejemplo, o acudir a brujos o curanderos, cuando el sistema de salud no responde a las necesidades de los individuos; la adopción forzada de dietas de bajo costo y escaso valor nutricional ante la precariedad alimentaria, lo que aumenta la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares o la naturalización de "morir en casa" como desenlace inevitable por la falta de atención hospitalaria.

Por consiguiente, aplicar el análisis del *habitus* mediante la categoría analítica de prácticas sociales incorporadas adquiere importancia, ya que posibilita desentrañar cómo las restricciones estructurales se internalizan guiando las acciones de las personas.

TRAYECTORIAS INSTITUCIONALES ATENCIÓN Y DIGNIDAD

Para comprender las trayectorias de atención y dignidad, resulta indispensable delimitar esta última categoría. Se concibe la dignidad humana como el valor intrínseco de toda persona, cuyo reconocimiento depende de cómo las instituciones la tratan. Como hemos explicado, citando a Margalit (2016), una sociedad es decente cuando "sus instituciones no humillan a las personas" (p. 9). Por consiguiente, la antítesis de la dignidad es la humillación institucional.

En el marco del análisis de la mortalidad, dicha humillación se consuma cuando el Estado niega e invisibiliza a las personas, práctica cuya manifestación es la sistemática ausencia de las estadísticas vitales oficiales en Venezuela.

En este sentido, la narrativa sociodemográfica de la muerte no constituye un testimonio anecdótico, sino que cada entrevista se muestra como un acto de reconocimiento que les devuelve dignidad a las personas invisibilizadas en los registros estadísticos, ofreciendo la oportunidad a los participantes de plantear qué implicó la partida física en el grupo familiar, cómo puede ser recordado el fallecido y qué reflexiones nos deja su vida.

Por ejemplo, un caso de muerte por enfermedad cardiovascular podría analizarse no solo como causa médica, sino en relación con el acceso a la alimentación, la continuidad del tratamiento y las condiciones institucionales de atención.

De este modo, la narrativa articularía de forma sinérgica los tres marcos de análisis propuestos, permitiendo leer la mortalidad en Venezuela como fenómeno estructural (a partir de las condiciones de vida), cultural (desde las prácticas sociales incorporadas) y ético (a partir de la dignidad y la atención negadas por la omisión institucional). Esta convergencia analítica consolida la narrativa como una herramienta complementaria que enriquece a la disciplina demográfica, tendiendo un puente epistemológico entre la abstracción de las cifras y lo concreto de la experiencia vivida.

CONCLUSIONES

Abordar la muerte no es nada fácil en virtud de lo que ella representa: el fin de la existencia física tal y como la conocemos. No obstante su carácter inexorable y universal, las condiciones en las que sobreviene distan de ser homogéneas; es decir, la muerte es lo único de lo que podemos estar verdaderamente seguros de que un día ocurrirá; sin embargo, para unos llega más temprano y para otros llega más tarde; para unos será de forma silenciosa e indolora, para otros llena de sufrimiento y agonía.

El análisis desarrollado en este artículo constata que la mortalidad en Venezuela conforma un fenómeno que no puede comprenderse exclusivamente desde las estadísticas disponibles, sean de carácter internacional o local. El retraso en la publicación de cifras, la naturaleza cuantitativa de las fuentes combinadas con la opacidad oficial muestran una limitación estructural, la cual denominamos *frialdad numérica*, expresada en la tendencia a reducir la muerte a un dato abstracto y sin historia.

En respuesta al objetivo general de la investigación, se ha formulado una propuesta teórico-metodológica orientada a complementar los enfoques tradicionales de la demografía, incorporando la dimensión narrativa como herramienta para el análisis de la mortalidad. La incorporación de la determinación social (Breilh, 2013) a la estructura de los determinantes sociales en salud permitió mostrar cómo la enfermedad y la muerte pueden tener una distribución desigual en el país. El colapso del sistema de salud, el difícil acceso a servicios básicos permanentes, la precarización del trabajo y la

poca seguridad en la alimentación de calidad se convierten en expresiones de procesos sociales que generan muertes evitables.

Asimismo, la categoría de *habitus* en Bourdieu posibilita interpretar cómo son incorporados socialmente estilos de vida y ciertas prácticas en la cotidianidad, como la falta de atención hospitalaria, la automedicación, las dietas pobres y deficitarias, "soluciones" alternativas o la resignación no son una mera elección individual, sino que, a su vez, estas reflejan la historia social de crisis y precariedad. De tal modo, la mortalidad y morbilidad no ocurren solo por lo biológico, sino también por rutinas reproducidas por las desigualdades en el tiempo.

Por ello, la categoría de dignidad fundamentada en Margalit (2016) confiere un salto cualitativo al análisis: delimita que no basta con identificar los condicionantes de la muerte, sino que se hace necesario resaltar la invisibilidad de esta como forma de humillación institucional. El silencio frente a las muertes evitables refleja una sociedad indecente, que niega el reconocimiento de aquellos que fallecen. Por tanto, trayendo nuevamente nuestra pregunta guía, ¿cómo puede la demografía incorporar la dignidad en el análisis de la muerte?, halla respuesta en la urgente necesidad de trascender la frialdad numérica y abrir la puerta a estrategias que restablezcan la memoria de las personas detrás de los indicadores demográficos.

En tal sentido, la propuesta de una *narrativa sociodemográfica de la muerte* constituye el aporte central de este trabajo. Su posterior implementación empírica se perfila como una línea de investigación futura que permitirá evaluar su alcance y limitaciones en contextos específicos. Cabe enfatizar que no se trata de sustituir los registros cuantitativos, sino de complementarlos con el relato, que ayude a articular el dato con la experiencia. Dicha estrategia pretende restituir la dimensión humana al análisis demográfico de la mortalidad.

En cuanto a las limitaciones del presente artículo, es necesario reconocer que este no constituye una investigación empírica basada en estudios de casos ni en la aplicación de entrevistas en profundidad. Su alcance responde al diseño de una propuesta teórico-metodológica construida a partir del vacío observado en el análisis de las fuentes consultadas y basada en literatura especializada, por lo que la "narrativa sociodemográfica de la muerte" se presenta como una estrategia analítica que hasta el momento tiene un carácter conceptual y cuya aplicación debe ser desarrollada y evaluada empíricamente. Asimismo, la indisponibilidad de estadísticas oficiales actualizadas en el país condiciona el alcance del análisis realizado: si bien las fuentes empleadas nos ofrecieron una

mirada valiosa, no reemplazan la cobertura del sistema nacional de registro, lo que impide hablar de representatividad sobre la totalidad de la población venezolana.

Finalmente, se perfilan horizontes analíticos promisorios para futuras líneas de investigación. Estos desarrollos pueden orientarse al despliegue de estudios de población que integren las dimensiones estructurales, cotidianas, territoriales, de clase social, de género y de edad en el análisis de la mortalidad, lo que permitiría ampliar la comprensión de cómo distintos grupos sociales experimentan, de manera diferenciada o semejante, los procesos de enfermedad, atención y muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bertaux, D. (1981). *Biography and Society: The Life History Approach in the Social Sciences*. Sage Publications.

Bogue, D. J. (1969). *Principles of Demography*. John Wiley & Sons.

Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Siglo XXI Editores, S.A.

Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica*. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Lugar editorial.

Cárdenas, E., Juárez, C., Moscoso, R. y Vivas, J. (2017). *Determinantes sociales en salud*. Esan Ediciones.

Cáritas de Venezuela. (2024). *¿Quiénes somos?* https://caritasvenezuela.org/quienes-somos/

Cáritas de Venezuela. (2023). *Boletín Epidemiológico*. Segundo trimestre 2023: abril – junio. 4(16), 1-3. https://drive.google.com/file/d/1JXXkGeD3UDs5Y-CXV-qKbCrzl-X3lIc67/view

Cáritas de Venezuela. (2023). *Boletín Epidemiológico*. Tercer trimestre 2023: julio – septiembre. 4(17), 1-2. https://drive.google.com/file/d/1VDJUP-PpXz0S0kfqRlCv98hLIcJriniH8/view

Gómez, R. (2001). "La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena?" Revista *Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(2), 57-74.

Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books.

Lalonde, M. (1974). *New perspective on the health of Canadians. A working document.* Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare. https://www.phac-aspc.gc.ca/ph- sp/pdf/perspect-eng.pdf

Margalit, A. (2016). *La sociedad decente.* Paidós Estado y Sociedad.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Panorama de datos de salud de la República Bolivariana de Venezuela*. https://data.who.int/countries/862

Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. 10a. revisión. Washington, D.C.: OPS. https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf

Velasco-Benitez, C. (2015). *El modelo de Lalonde como marco descriptivo dentro de las investigaciones sobre cryptosporidium spp. del grupo de investigación GastrohNup de la Universidad del Valle de Cali*, Colombia. Revista GastrohNup. 17(3), 204-207. https://revistas.univalle.edu.co/index.php/gastrohnup/article/view/1353

Vieira Pinto, A. (1973). *El pensamiento crítico en demografía.* Centro Latinoamericano de Demografía, CELADE, (E) 8