

La tabla de supervivencia, posibilidad de vida y de más vida

A propósito de la reforma social inglesa de 1832

Table of survival, possibility of life and more life
With regard to the english social reform of 1832

OCTAVIO MARTÍNEZ • BOGOTÁ, D.C. (COLOMBIA)

Resumen

La garantía de la salud en el orden político inglés decimonónico en el cual la duración media de la vida estaba determinada por la situación del individuo en la estructura de clases, no era posible ante un estado carente de organismos sanitarios de administración y control de la salubridad pública, además del influjo arrollador del sector económico egoísta, individualista y privatizador, y por la ausencia de ciudadanía activa que propiciara la agencia de espacios de acción colectiva y de acción política. Fue necesario el advenimiento de artefactos matemáticos como la tabla de supervivencia, para convencer al cuerpo social y político liberal de la época de la posibilidad de cada vez más y mejor vida, e iniciar la larga marcha de la participación política democrática hacia el estatus de ciudadano. (*Acta Med Colomb 2015; 40: 326-330*).

Palabras clave: *tabla de supervivencia, reforma social inglesa, democracia.*

Abstract

The guarantee of health in the nineteenth-century English political order in which the average length of life was determined by the status of the individual in the class structure, was not possible in front of a state devoid of health management organizations and health public control, in addition to the overwhelming influence of a selfish, individualist and privatizing economic sector, and the absence of active citizenship which could foster the management of collective and political action spaces. The advent of mathematical artifacts such as table survival was necessary to convince the liberal social and political body of the epoch of the possibility of getting more and better life, and begin the long march of democratic political participation towards the status of citizens. (*Acta Med Colomb 2015; 40: 326-330*).

Key words: *life table, The 1832 Britain social reform, democracy.*

Dr. Octavio Martínez Betancur: Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C. (Colombia).

Correspondencia: Dr. Octavio Martínez Betancur. Bogotá, D.C. (Colombia).

E-mail: omartinezb@unal.edu.co

Recibido: 22/IV/2015 Aceptado: 21/X/2015

Comprender la agencia de una decisión política en lo social atribuida a múltiples y disímiles interacciones humanas e inspirada en una herramienta demográfica, requiere difuminar los mojones disciplinares y acercarse a su proceso a través de la siempre inconclusa “historia total” (1 - 4). El presente trabajo soporta la tesis que la tabla de vida o tabla de supervivencia, artefacto mental elaborado por el cuerpo social inglés decimonónico, herramienta estadística construida con fines demográficos (5), sirvió a un doble propósito: (i) como instrumento para prescribir directrices sociales en pro de normalizar hábitos y costumbres moralizadoras consideradas saludables y optimizadoras para el trabajo; y (ii) motivar a la sociedad inglesa para que pensara la posibilidad de la vida y de más vida abierta a la construcción de ciudadanía.

La ciencia social del siglo XIX nació de una metáfora que comparaba el análisis del orden social con el análisis de los organismos vivos. El objetivo intelectual de la nueva ciencia “positiva” del organismo social era identificar las leyes que gobernaban el funcionamiento armonioso de sus órganos. Su método fue diferenciar el estado social normal del patológico. Por su parte, la historia natural promovió una analogía orgánica del orden social basada en la teoría fisiológica del pensamiento ilustrado. Entender la sociedad como un sistema orgánico permitía obtener “hechos” empíricos con que modelar racionalmente el manejo social de la sociedad limitando los sesgos ideológicos (6). Integrar aspectos de los discursos socioantropológico y biomédico sobre el cuerpo con el trabajo de construcción de decisiones públicas en lo social, necesitó la construcción de la teoría de

los denominados “tres cuerpos” (7, 8). Los “tres cuerpos” representan tres unidades de análisis separadas y sobrepuestas, además de tres aproximaciones teóricas y epistemológicas. El nivel más autoevidente es el cuerpo individual, entendido en el sentido fenomenológico de la experiencia vivida del propio cuerpo. Intuitivamente todas las personas tienen algún sentido de su cuerpo como experiencia, aparte de otros cuerpos individuales.

El segundo nivel de análisis es el cuerpo social, que hace referencia a los usos representacionales del cuerpo como un símbolo natural con el que se piensa acerca de la naturaleza, la sociedad y la cultura. Se sigue la vía de la antropología estructuralista que demuestra el constante intercambio de significados entre los mundos natural y social. El cuerpo en la salud ofrece un modelo de totalidad orgánica y el cuerpo en la enfermedad ofrece un modelo de desarmonía, conflicto y desintegración. El simbolismo se da entre concepciones del cuerpo saludable y la sociedad saludable, así como el cuerpo enfermo y la sociedad mal funcional. Cada sociedad posee una concepción utópica de la salud que puede ser aplicada metafóricamente desde la sociedad al cuerpo y viceversa. Invaluable como metáfora de orden y armonía, pero igualmente intrascendente e imperfecto, el cuerpo llega a ocupar el centro de un discurso social obsesionado con la sanidad (9).

El tercer nivel de análisis se da en el cuerpo político, que hace referencia a la regulación, vigilancia y control de los cuerpos (individual y social) en relación con las formas de desviación de la diferencia humana. Se trata de políticas de la estabilidad de los cuerpos políticos que se fundamenta en su capacidad de regular el cuerpo social y de disciplinar los cuerpos individuales.

La sociedad del siglo XIX respondió a la paradoja de la industrialización y urbanización excesiva con el estudio estadístico de los agregados humanos y sus consecuencias sobre la moral y el ambiente físico, sobre las bases de la “matemática social” y de la “física social”. Como una nueva herramienta para medir la inequidad social, la estadística se convirtió en la nueva ciencia numérica de la sociedad empleada por los movimientos reformistas para reestructurar las relaciones sociales. El objetivo fundamental era sustituir las opiniones sobre “patológica social” resultado de los costos sociales de la industrialización por hechos que pudiesen establecerse numéricamente para ser organizados en tablas con objetivos políticos y morales (6).

El proceso de industrialización iniciado en Inglaterra a finales del siglo XVIII, se completó durante el siguiente siglo con la introducción de innovaciones tecnológicas, máquinas de mayor complejidad, expansión del transporte, nuevos medios de comunicación y crecimiento del mercado. La industria se organizó mediante el sistema de fábricas que se constituyeron en el centro de producción de máquinas, herramientas y demás artículos de consumo, convirtiéndose en la característica institucional de la organización de la producción. En la medida que el nuevo sistema industrial

crecía, se necesitaban más y más trabajadores para laborar en los sitios donde se asentaban las fábricas, fuerza laboral que llegaba de los campos agrícolas donde ya no había ocupación por efecto de la tecnificación creciente de la agricultura, sustitución de cultivos por pastizales para ovejas ante el aumento de los requerimientos de lana para la industria de paños, parcelación de baldíos y por el cercamiento de tierras (expulsión de campesinos de las tierras de los señores feudales), emigrantes del campo que habitaban las insuficientes edificaciones en los perímetros fabriles en condiciones de hacinamiento, enfermedad, malnutrición, insalubridad, pobreza y criminalidad, con salarios bajos y extensas jornadas de trabajo sin regulación. Era imposible acomodar tal explosión demográfica con la consecuente acumulación de productos de desecho humanos, animales e industriales, sin elevar progresivamente los niveles de polución doméstica e industrial, y sin polucionar el suministro insuficiente de agua potable. Así, el mayor problema social de Inglaterra durante el primer cuarto del siglo XIX fue la organización y financiación del bienestar para una masa de trabajadores no calificados cada vez más empobrecidos y vulnerables, en una sociedad regida por las leyes económicas de oferta y demanda, en la cual la fuerza laboral se consideraba como una mercancía más a negociar, además de percibir al individuo pobre, desarraigado y al borde la inanición, muchas veces sometido a la mendicidad o a la prostitución, como la figura amenazante que conllevaba riesgo de agresión física y disociación social (10-15).

La relación entre poblamiento e industria en la Inglaterra de la revolución industrial ha sido tratada como un fenómeno coyuntural más que como permanente, porque en cada industria el número de personas empleadas por unidad de valor producida descendió progresivamente, y porque las nuevas industrias eran cada vez menos “movilizantes” dada la eficiencia técnica que alcanzaban. Puesto que durante varias generaciones las rentas de la tierra y los productos de la acumulación de esas rentas se dedicaron al financiamiento del desarrollo de la industria y a las especulaciones comerciales y coloniales estipuladas por las necesidades y perspectivas de la economía industrial, la agricultura perdió sus reservas financieras. Los talleres artesanales rurales que socialmente estaban muy cerca de las actividades múltiples de los campesinos sin tierra, se arruinaron rápidamente con la llegada de productos industriales que competían con las manufacturas rurales, a la vez que los empleos del obrero agrícola o jornalero disminuían y se degradaban económicamente. Durante la mayor parte de la revolución industrial, Inglaterra estuvo en guerra, y tras la abdicación de Napoleón en abril de 1814, la desmovilización de casi 300 000 hombres presionó aún más a la industria y a la urbanización que absorbían deficitariamente los excedentes de obreros del “éxodo rural”, causa de tensiones sociales que derivaron en oleadas de migración hacia América tras la abolición en 1824 de las leyes que prohibían la emigración de trabajadores y la exportación de maquinaria (16, 17).

El pensamiento victoriano establecía una división radical de las clases sociales en cuerpos productivos y no productivos, considerando el trabajo como la fuente de todo valor, medido en el proceso de intercambio de las mercancías fabricadas a partir del trabajo. El valor de intercambio de cualquier mercancía tenía su raíz en la necesidad biológica. El cuerpo del trabajador era el nexo primario del intercambio a través del cual el valor de tales mercancías completadas con el poder de su labor determinaba el valor de las demás mercancías. Más aún, puesto que la labor era en sí misma una mercancía, su valor estaba parcialmente determinado por su abundancia o escasez en relación con la demanda, esto es, por el tamaño de la población trabajadora (9).

En el creciente capitalismo industrializado decimonónico, a la masa de obreros trabajadores había que mantenerla saludable. Central a este compromiso estaban los conceptos de muerte prevenible y muerte prematura, además del desarrollo matemático de la tabla de expectativa de vida, artefacto cultural utilizado para estimar probabilísticamente la esperanza de vida con base en sexo y edad, que permitía expresar la vida como un objeto calculable racionalmente, a la vez que elaboraba expectativas de lo que podía considerarse esperanza de vida normal, natural, sin el impacto de las grandes epidemias, las hambrunas y la guerra. La economía del capitalismo exigía el desarrollo de investigaciones estadísticas, tanto para inventariar la creciente población como para conocer las características económicas y médico-sociológicas del mercado de trabajo. Como consecuencia de la integración de la fuerza de trabajo en el mercado, todo evento médico dejó de ser individual para hacerse social. Solo a partir de 1813 entra en vigor la disposición de la Ley Rose de que en los registros parroquiales ingleses se anotara la edad de cada defunción que se registraba. Las estadísticas sociales asumieron un nuevo significado social y económico al explorarse las asociaciones entre las condiciones de vida y la mayor o menor expectativa de supervivencia. En términos generales, la esperanza de vida al nacer de los ingleses se recuperó durante el siglo XVIII, pero después de la década de 1820 dejan de advertirse cambios dignos de mención durante más de cuarenta años. Desde 1930 y aún después de creada la Oficina de Registro General en 1836, William Farr en sus reportes anuales demostraba que la mortalidad aumentaba con la densidad urbana de la población. Entre las fuerzas negativas que explicaban esta tendencia se daban la pobreza calamitosa, los lugares de habitación inadecuados y las condiciones insalubres entre las clases más desfavorecidas, con riesgo de determinar brotes epidémicos de enfermedad que, si no se abocaba políticamente mediante una adecuada implementación y administración de la salud pública, deteriorarían la salud y la estabilidad social, más aún cuando los “demonios físicos” eran producidos por variados “demonios morales” propios de los pobres. Farr argumentaba que las tasas crudas de mortalidad podrían direccionar las políticas de salud pública usando la tabla de vida como un “biómetro” de la salud y una medida de la

salubridad. Farr evidenció además la utilidad de la tabla de vida para mostrar la variación de la expectativa de vida a diferentes edades de acuerdo con la ocupación, el bienestar y las condiciones higiénicas de una población (11, 18 - 21).

Las transformaciones no ocurrieron simplemente como resultado del sentimiento humanitario o de una mayor conciencia social. La legislación sobre la salud y la sanidad no fue el resultado de una preocupación por el bienestar de los pobres, sino por el sentimiento creciente de toda la comunidad de que las enfermedades endémicas y epidémicas eran causadas por las inadecuadas condiciones de salubridad en el hogar, la fábrica y en el espacio público como un todo físico. Los industriales tendieron a evitar la política y su dedicación empresarial no era propiamente filantrópica. La desorganización de los obreros fabriles y su debilidad política, sumados a la promulgación en 1799 de la Ley de Asociaciones que prohibía las huelgas y las coaliciones obreras, aplazaron la formalización de sindicatos y el reconocimiento y garantía de derechos sociales y civiles. Puesto que la incultura y los malos hábitos de los pobres eran considerados las causas de la pobreza y la enfermedad, el estado no debía intervenir para mejorar la salud de la población, sino educar y regenerar moralmente a los pobres. El mejoramiento social era auspiciado por asociaciones voluntarias y no por ocupación del estado. Después de 1795 muchas parroquias del sur de Inglaterra empezaron a revisar los ingresos de los asalariados pobres y a subsidiarlos de tal manera que no estuviesen por debajo del nivel mínimo de subsistencia (16).

En asuntos de salud, los gobiernos locales se oponían a la acción central del Estado, y percibían dicha intervención como una inaceptable afrenta paternalista y autoritaria del poder del gobierno central y como el crecimiento del poder despótico de la profesión médica, más aún cuando las intervenciones del Estado se endurecían con mandatos expresos como el de vacunar las poblaciones. Durante todo el siglo XVIII los problemas de salud pública fueron manejados por autoridades locales sin consideraciones sobre el bienestar general del país. La Antigua Ley de Pobres obligaba a los jueces de paz locales, máximos administradores de las llamadas parroquias inglesas, a proveer bienestar a los indigentes y a mantenerlos en sus localidades, ley considerada como el principal obstáculo para el aporte de fuerza laboral para la industria, además de contravenir el orden natural de la sociedad determinado por fuerzas competitivas egoístas y mecanismos del libre mercado. La Antigua Ley de Pobres era pues considerada por parte de los llamados Filósofos Radicales inspirados por la doctrina de Jeremy Bentham, como un obstáculo antisocial para liberar el inmenso potencial de la iniciativa individual y, tras la participación de uno de sus más enconados miembros, Edwin Chadwick, se llevó a cabo en 1832 la conformación de una Comisión Real para estudiar las Leyes de Pobres. El Reporte de la Comisión se publicó en 1834 como el Acta de Enmienda de la Ley de Pobres, convertida corto tiempo después en Ley como punto focal del cambio social y mantenida hasta 1929. El

objetivo inmediato del Acta era reducir al mínimo el gasto de ayuda a los pobres al disminuir su número, pero la meta más amplia era liberar el mercado laboral como precondition para la inversión. La Ley creaba casas de refugio y trabajo para las personas sin hogar donde se imponían durísimas e infamantes condiciones laborales como incentivo para que el afiliado buscara trabajo por fuera de dichas casas y por el salario que fuera. De esta manera, la historia social del siglo XIX estuvo determinada por la lógica del sistema de mercado establecida por la reforma de la Ley de Pobres de 1834, con la consecuente reacción obrera que fundamentó en 1836 el primer movimiento político obrero independiente, el cartismo, cuyo programa la “Carta del Pueblo”, reclamaba transformaciones políticas y parlamentarias. A pesar de organizarse en 1840 como partido político, la Asociación Cartista Nacional no tenía la suficiente capacidad de agencia para que sus reivindicaciones fueran examinadas por el Parlamento, institución monárquica regida por aristócratas terratenientes y por la “gran burguesía” liberal no democrática de banqueros, industriales y altos funcionarios civiles monopolizadores de privilegios e inequitativos en la distribución de beneficios (11, 14, 22, 23). No obstante los varios intentos de hacer escuchar sus peticiones mediante huelgas y movilizaciones de protesta, el cartismo se desplomaba una y otra vez por su debilidad política, y hacia finales de la década de 1850 se abandonó el intento de reavivarlo y las reformas institucionales a favor de “las masas” dejaron de ser preocupación política para el liberalismo económico inglés comprometido con la ortodoxia del *laissez-faire* (24 - 26).

Las recomendaciones higienistas de los reformadores sociales radicales tenían por objeto defender medidas que atenuaran las duras condiciones de vida y de trabajo de los obreros industriales, en principio de mujeres y niños, cuyo resultado último debía ser la reducción de la mortalidad y la mayor esperanza de vida. La educación y la moralización de las costumbres se constituyeron en objetivos integradores de la clase trabajadora al nuevo sistema social. La necesidad de disciplinar sus conductas, de transformar sus modos de vida como nuevos habitantes de una sociedad “saludable”, requería la definición de nuevas pautas de normalidad dirigida a la población en general. Por su parte, las causas de la miseria y de la enfermedad fueron tratadas como un problema moral que tenía su origen en la naturaleza viciosa de los pobres y sus formas de vida. Entre las virtudes moralizadoras del trabajo se incluía la adopción de hábitos y costumbres que tendrían que convertir al obrero en disciplinado, productivo y previsor, alejándolo de bares y burdeles, así como de la holgazanería, del delito y de las utopías revolucionarias, todo lo cual a favor de la salud de los trabajadores, para incorporar el ritmo laboral a su propio ritmo biológico, sin excesos, y asegurarle larga vida productiva (27). Se pone de manifiesto que, cuando el sentido del orden social está amenazado, se intensifican los símbolos para incentivar el autocontrol junto con los de control social, haciendo borrosas las fronteras entre los cuerpos individual, social y

político, con una fuerte preocupación por prácticas de pureza expresadas en vigilancia y control autoritarios hasta lograr cuerpos políticamente correctos, según requerimientos de la sociedad del momento.

La combinación de enfermedad, discapacidad y muerte prematura y evitable, habla de la ausencia de sociedad civil que posibilitara la vida de la forma más digna, de la manera más grata, satisfactoria y plena, con amplios horizontes de vida durante el mayor tiempo posible. La garantía de la salud en un orden político en el cual la duración media de la vida estaba determinada por la situación del individuo en la estructura de clases, no era posible ante un Estado carente de organismos sanitarios de administración y control de la salubridad pública, además del influjo arrollador del sector económico egoísta, individualista y privatizador, y por la ausencia de ciudadanía activa que propiciara la agencia de espacios de acción colectiva y de acción política (28). Fue necesario el advenimiento de artefactos matemáticos como la tabla de supervivencia, para convencer al cuerpo social y político liberal de la época de la posibilidad de cada vez más y mejor vida, e iniciar la larga marcha de la participación política democrática hacia el estatus de ciudadano (29, 30).

Referencias

1. **Chartier R.** La historia hoy en día: dudas, desafíos, propuesta. En: Olabarri I, Caspistegui FJ. La “nueva” historia cultural: la influencia del posestructuralismo y el auge de la interdisciplinariedad. Madrid; *Editorial Complutense*; 1996. p. 19 - 33.
2. **Burke P.** Historia cultural e historia total. En: Olabarri I, Caspistegui FJ. La “nueva” historia cultural: la influencia del posestructuralismo y el auge de la interdisciplinariedad. Madrid; *Editorial Complutense*; 1996. p. 115 - 122.
3. **Burke P.** La revolución historiográfica francesa. La escuela de los *Annales*: 1929 - 1989. Barcelona: *Gedisa*; 1996.
4. **Burke P.** Obertura: la nueva historia. Su pasado y su futuro. En: Burke P. Formas de hacer historia. 2ª Edición. Madrid: *Alianza*; 2012. p. 13 - 38.
5. **Eyler JM.** Constructing vital statistics: Thomas Rowe Edmonds and William Farr, 1835 - 1845. *Soz Präventivmed* 2002; **46**: 6 - 13.
6. **Porter D.** Social science and the quantitative analysis of health. In: Porter D. Health, civilization and the State. A history of public health from ancient to modern times. New York: *Routledge*; 2005.
7. **Scheper-Hughes N, Lock MM.** The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Med Anthr Quart* 1987; **1**: 6 - 41.
8. **Lupton D.** Medicine as culture. Illness, disease and the body in western societies. 2ª Ed. London: *SAGE Publications*; 2003.
9. **Gallagher C.** The body versus the social body in the works of Thomas Malthus and Henry Mayhew. *Representations* 1986; **14**: 83 - 106.
10. **Hobsbawm EJ.** Los orígenes de la revolución industrial británica. In: Hobsbawm EJ. En torno a los orígenes de la revolución industrial. 2ª Edición. Madrid: *Siglo XXI de España Editores*; 2009. p. 99 - 129.
11. **Rosen G.** Industrialism and the sanitary movement (1830 - 1875). In: Rosen G. A history of public health. Baltimore: *The Johns Hopkins University Press*; 1993. p. 168 - 269.
12. **Rosen G.** Política económica y social en el desarrollo de la salud pública: un nuevo ensayo interpretativo. In: Rosen G. De la policía médica a la medicina social. 2ª Edición. México: *Siglo XXI Editores*; 2005. p. 200 - 227.
13. **Castel R.** La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido? Buenos Aires: *El Manantial*; 2006.
14. **Mijailov MI.** La Revolución Industrial. Bogotá: *Panamericana Editorial Ltda*; 1994.
15. **Ferrer A.** Historia de la globalización II. La Revolución Industrial y el Segundo Orden Mundial. 2ª Edición. Buenos Aires: *Fondo de Cultura Económica*; 2013.
16. **Ashton TS.** La Revolución industrial. 1760 - 1830. 3ª Edición. México: *Fondo de Cultura Económica*; 2008.

17. **George P.** Población y poblamiento. Barcelona: *Ediciones Península*; 4ª Edición. 1985.
18. **Wrigley EA.** La mortalidad en la Inglaterra preindustrial: el caso de Colyton, Devonshire, durante tres siglos. En: Glass DV, Revelle R. Población y cambio social. Estudios de demografía histórica. Madrid: *Tecnos*; 1978. p. 245 – 277.
19. **Glass DV.** Observaciones sobre la demografía de Londres a finales del siglo XVII. En: Glass DV, Revelle R. Población y cambio social. Estudios de demografía histórica. Madrid: *Tecnos*; 1978. p. 278 - 288.
20. **De Vries J.** La revolución industrial. Consumo y economía doméstica desde 1650 hasta el presente. Barcelona: *Crítica*; 2009.
21. **Rashed R.** Cálculo de probabilidades y ciencia social matemática. En: Condorcet. Matemáticas y sociedad. México: *Fondo de Cultura Económica*; 1990. p. 26 – 38.
22. **Susser M, Stein Z.** The British sanitary movement: Edwin Chadwick. In: Susser M, Stein Z. Eras in epidemiology. The evolution of ideas. New York: *Oxford University Press*; 2009. p. 50 – 64.
23. **Golding AMB.** Celebrating public health lives. Sir Edwin Chadwick and inequalities. *Public Health* 2006; **120**: 474 – 476.
24. **Hobsbawm E.** La era del capital, 1848 – 1875. Barcelona: *Crítica*; 2011.
25. **Hobsbawm E.** La era de la revolución, 1789 – 1848. Barcelona: *Crítica*; 2011.
26. **Laski HJ.** El liberalismo europeo. México: *Fondo de Cultura Económica*; 2012.
27. **Huertas R.** El espacio social. Salud, marginación e inclusión social. In: Huertas R. Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el estado liberal. Barcelona: *Ediciones Octaedro*; 2008. p. 107 – 149.
28. **Maldonado CE.** Filosofía de la sociedad civil. Bogotá: *Siglo del Hombre Editores*; 2002.
29. **Held D.** Modelos de democracia. 3ª Edición. Madrid: *Alianza Editorial*; 2012.
30. **Sartori G.** Teoría de la democracia. 1: El debate contemporáneo. Madrid: *Alianza Editorial*; 2009.