

**LAS DESIGUALDADES
SOCIALES
ANTE LA MUERTE
EN AMÉRICA LATINA**

HUGO BEHM ROSAS



Centro Latinoamericano
de Demografía



Organización Holandesa
para la Cooperación
Internacional
en Educación Superior

**LC/DEM /R/182
Serie B, N: 96
Diciembre de 1992**

Esta publicación ha sido posible gracias a un Programa de Cooperación entre el
Gobierno de Holanda (NUFFIC) y CEPAL/CELADE

Las opiniones y datos que figuran en este trabajo son responsabilidad de su autor
sin que el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) sea necesariamente
partícipe de ellos.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

**CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFÍA
CELADE**

Edificio Naciones Unidas
Avenida Dag Hammarskjöld
Casilla 91, Santiago, Chile

Apartado Postal 833 (2050)
San Pedro, Costa Rica

Casilla de Correo 4191 (1000)
Buenos Aires, Argentina

INDICE GENERAL

INTRODUCCION.....	7
LOS DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD.....	9
El proceso de salud-enfermedad.....	9
Los determinantes del proceso salud-enfermedad.....	9
Los determinantes en la estructura social.....	11
Los determinantes próximos, a nivel grupal.....	13
El nivel individual.....	14
Comentarios generales.....	14
LAS DIFERENCIAS SOCIOECONOMICAS DE LA MORTALIDAD EN LA INFANCIA.....	16
Aspectos metodológicos del análisis.....	16
Mortalidad infantil por clase social.....	17
Muerte infantil y ocupación del jefe del hogar.....	19
Muerte infantil y educación de la madre.....	22
Muerte infantil y condiciones de la vivienda.....	27
La mortalidad infantil en las comunidades indígenas.....	28
Un cuadro epidemiológico de los grupos sociales de riesgo para la sobrevivida infantil.....	31
Las diferencias sociales de la estructura por edad y por causas de la mortalidad infantil.....	33
Los determinantes de las diferencias sociales de la mortalidad infantil.....	34
LAS DIFERENCIAS SOCIOECONOMICAS DE LA MORTALIDAD DEL ADULTO.....	39
Métodos y problemas del análisis.....	39
Mortalidad diferencial del adulto, por ocupación.....	43
Mortalidad diferencial del adulto, por nivel de educación.....	43
Mortalidad del adulto y condiciones de vida.....	44
Algunos factores de riesgo en las diferencias sociales de la mortalidad del adulto.....	46

SINTESIS Y COMENTARIOS GENERALES	48
Las dimensiones de problema de las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina.....	48
Transición epidemiológica y diferencias sociales de la mortalidad.....	51
Crisis económica y desigualdades sociales ante la muerte.....	52
Las perspectivas de las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina.....	53
BIBLIOGRAFIA	56

DE CUADROS

1. Probabilidad de morir en el primer año de vida por clase social, México, 1977.....	18
2. Tasas de mortalidad infantil según grupos socio-ocupacional y estado de la vivienda. Costa Rica. 1981.....	28
3. La mortalidad en el menor de dos años en poblaciones indígenas y no indígenas. Guatemala, 1976.....	30
4. Los grupos sociales de riesgo para la sobrevida infantil Costa Rica, 1981.....	32
5. Mortalidad infantil por edades y causas, en grupos sociales. Quito, 1977.....	35
6. Mortalidad infantil por edades y causas, según nivel de vida del cantón. Costa Rica, 1988-89.....	35
7. Los determinantes del descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica. 1972-1980.....	37
8. Mortalidad por grupos ocupacionales, hombres, 15-64 años. Inglaterra y Gales, 1971-1981.....	42
9. Mortalidad por causas en grupos ocupacionales, hombres, 15-64 años. Inglaterra y Gales, 1981.....	43

10.	Mortalidad del adulto por nivel de instrucción y sexo. Italia, 1981-82 _____	45
11.	Mortalidad por nivel de educación y grupos de causas de muerte, 25-64 años, raza blanca, por sexo. EEUU, 1960 _____	46
12.	Condiciones materiales de vida y mortalidad en hombres, 25-64 años. Escocia, 1980-82 _____	46
13.	Porcentaje de fumadores regulares según nivel de educación. Canada 1986-87 _____	47
14.	Mortalidad por edades en países latinoamericanos, según nivel de esperanza vida al nacimiento. 1985-90 _____	48

DE GRAFICOS

1.	Esquema de los determinantes del proceso salud-enfermedad. _____	12
2.	Mortalidad infantil y grupos socio-ocupacionales. Costa Rica, 1963-81 _____	20
3.	Mortalidad infantil y nivel de educación materna. Costa Rica, 1963-1981. Países centro-americanos. 1985 _____	24

INTRODUCCIÓN

Este documento ha sido preparado, a petición del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), para servir de complemento a la enseñanza de la mortalidad diferencial por grupos socio-económicos.

Se inicia con la presentación de un marco teórico de referencia sobre los determinantes del proceso salud-enfermedad-muerte, que permita la mejor discusión del problema. El tema mismo se desarrolla separadamente para la mortalidad en la infancia y en la edad adulta. Para cada una de estas edades se describe la naturaleza, magnitud y tendencias de las desigualdades ante la muerte, junto con algunas de las condiciones que aparentemente las determinan. Se discuten sus diversas implicaciones, en especial para las políticas destinadas a superar tales disparidades. Se ha puesto énfasis en mostrar la utilidad del conocimiento del problema que puede obtenerse con la información habitualmente disponible en los países latino-americanos, si se usan métodos adecuados.

En el capítulo de mortalidad en la infancia se ha hecho amplio uso de los estudios existentes en América Latina. En la mortalidad del adulto, a falta de investigaciones en la región, se muestran algunos de los resultados más importantes de estudios hechos en otros países y se comenta su significación para la realidad latino-americana.

Para los fines didácticos del documento, se presentan sólo los hechos más relevantes del problema, en forma simple pero rigurosa. Las numerosas citas intentan expandir algunas ideas presentadas en el texto y señalar referencias bibliográficas para un mayor estudio.

LOS DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD

La muerte que ocurre antes de la senectud, es habitualmente una consecuencia de la enfermedad; en una minoría de casos, se debe a un accidente o una violencia externa. Por esta razón, el análisis de los procesos que determinan la mortalidad en una población es el análisis de los determinantes de la salud y de la enfermedad. Este es el campo de la epidemiología.

Estos procesos son bastante complejos y su teorización está en constante desarrollo. Aquí se intenta resumir de modo simple sus principales características, en particular aquellas que son atinentes al análisis de las diferencias sociales de la mortalidad.

El proceso de salud-enfermedad

La salud ha sido concebida como un estado de bienestar físico, psíquico y social, que implica un "normal" funcionamiento orgánico y una adaptación biológica del individuo a su ambiente, todo lo cual le permite realizar su trabajo habitual. Pero esta concepción representa una situación ideal, que se alcanzaría sólo por excepción. Es necesario concebir la salud como un proceso, esencialmente dinámico, en el cual la condición de "sano" y "enfermo" son dos momentos de un mismo proceso. Como objeto de estudio, éste puede considerarse al nivel individual o al nivel colectivo. La mortalidad que se analiza en los estudios de población, se incluye en este último nivel.

Los determinantes del proceso salud-enfermedad

El conjunto de condiciones que determina la situación de salud/enfermedad tiene, desde luego, componentes biológicos, que comprenden factores internos (genéticos) y otros que provienen del ambiente físico y biológico en que el hombre vive. La hemofilia y las enfermedades infecciosas son ejemplos de estos dos modos biológicos de enfermar. Los componentes biológicos pueden influir el proceso de salud-enfermedad de un modo favorable o desfavorable al hombre.

Sin embargo, también es evidente que el proceso salud-enfermedad (sobre todo si se analiza a nivel colectivo), depende de determinantes que están en el seno de la propia sociedad. La mortalidad del hemofílico dependerá, en parte, del acceso que él tenga a servicios de diagnóstico

y tratamiento. El curso de la mortalidad en una epidemia de SIDA está influido, entre otros factores, por la modificación de comportamientos sexuales y por la efectividad de las campañas educativas de prevención. Ninguno de estos condicionantes son biológicos sino sociales. En el presente texto se muestran las diferencias de la mortalidad entre grupos socio-económicos y entre países que se encuentran en diversas etapas históricas de desarrollo. Ellas son la mejor evidencia de esta génesis social del proceso salud-enfermedad-muerte ¹.

Los determinantes biológicos y sociales constituyen una estructura causal compleja, debido al número, características y formas de articulación de las variables. Este es un asunto teórico que está en plena discusión ². Lo importante es que ellos operan a diversos niveles dentro de la estructura causal, niveles que deben ser tomados en cuenta en el análisis. Para la presente síntesis, se distinguen esquemáticamente: (1) los determinantes que dependen de la estructura social (macro nivel de análisis), (2) los determinantes más próximos (grupo sociales) y (3) el nivel individual ³.

-
- 1 No sólo se trata - postula Laurell - de que los procesos sociales originan una determinada constelación de factores biológicos de riesgo, lo cual explicaría los diferentes perfiles de morbi-mortalidad de grupos sociales. Los procesos sociales transforman los procesos biológicos, con los cuales tienen una articulación interna. Y el proceso biológico mismo, es a la vez social. Véase: Laurell, 1986; Vasco, 1987; Castellanos, 1991.
 - 2 Vasco ha elaborado el concepto de "estructura causal dinámica", que es el conjunto de elementos relacionados entre sí, cuya capacidad de expresarse como enfermedad depende de los factores propiamente tales, pero también de la forma en que ellos se relacionan entre sí.
 - 3 En esta síntesis se usan como referentes principalmente los trabajos de French (1991) y de Bloch (1985). El primero es un aporte a la teoría de la transición en salud, del cual aquí solo es posible considerar algunas de sus categorías. El estudio de Bloch tiene la ventaja de explicitar el marco de análisis (que es materialista e histórico) y hacer una aplicación empírica del mismo. Se recomienda consultar el marco teórico descrito por Castellanos (1991) para un estudio que es precisamente sobre diferencias sociales de la mortalidad. Mosley y Chen han elaborado un esquema explicativo que se utiliza con frecuencia en los estudios de mortalidad en la infancia (An analytical framework for the study of child survival in developing countries. *Population and Development Review*, 10 sup(84): 25-45. 1984). Van Noren et al. han diseñado un marco más específico para la infancia (H. Van Noren et al. The malnutrition-infections syndrome and its demographic outcome in developing countries. PCDO/Programming Committee for Demographic Research, Pub. No 4. The Hague, Netherlands, June 1986).

Los determinantes en la estructura social global

En el esquema de Frenck et al. (Gráfico 1)⁴, todo el proceso salud-enfermedad se enmarca en cuatro determinantes sistémicos. (1) La población, que es significativa por algunas características demográficas (principalmente la urbanización). (2) El ambiente físico, que interesa por el clima, existencia de parásitos y vectores, y los recursos naturales que aporta. (3) La estructura genética de la población y (4) La organización social. Esta última tiene cuatro dimensiones: estructura económica, instituciones políticas, ciencia y tecnología, cultura e ideología. Ellas determinan el total de la riqueza producida y las reglas de estratificación de los grupos sociales. El acceso diferencial a esta riqueza está mediado por la estructura ocupacional y los mecanismos de redistribución estatales.

El análisis de la organización social (que es el determinante crucial) depende de la teoría social en que esté basado. En una interpretación materialista e histórica⁵, de modo muy general, el proceso de salud-enfermedad está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza para asegurar su reproducción social. Esta apropiación se realiza por medio del proceso del trabajo, basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas. En este proceso se establecen relaciones sociales que, en las sociedades capitalistas contemporáneas, separan la fuerza de trabajo en clases sociales, definidas por el lugar que ellas ocupan en el sistema productivo. Las clases sociales tienen un acceso dispar al producto social y también a las decisiones políticas, en especial en el ámbito económico y social. Hay también diferencias en el proceso de trabajo mismo, que se mencionan más adelante.

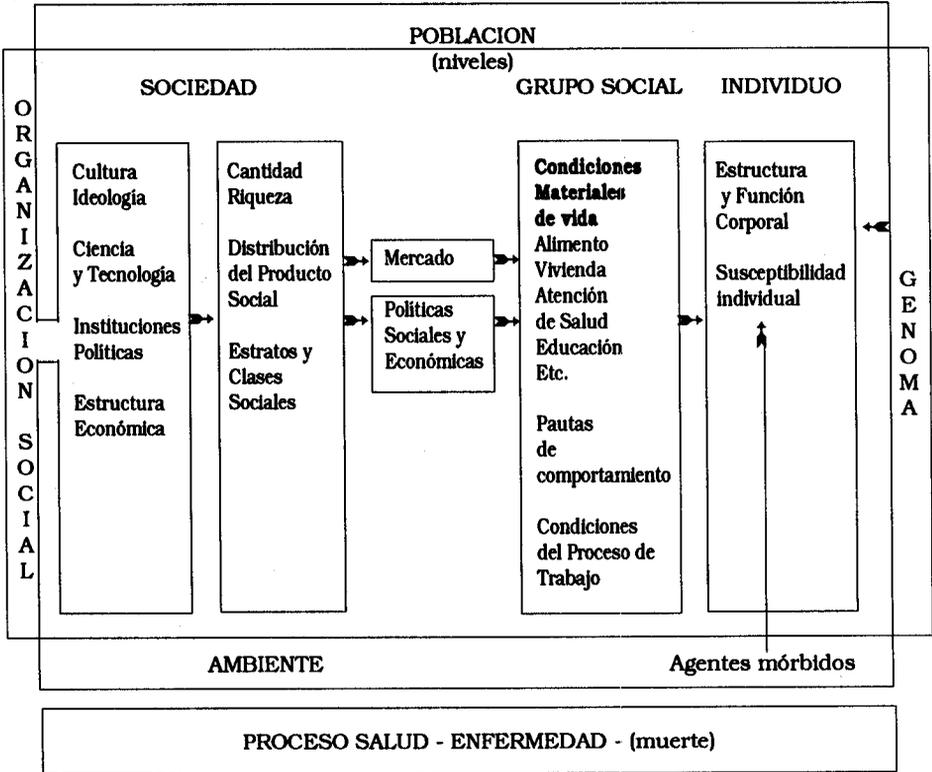
Así se generan, en la estructura social, las condiciones que determinarán las diferencias sociales en la salud, la enfermedad y la muerte, por intermedio de determinantes y condicionantes que operan en varios niveles. Todos ellos tienen relaciones dialécticas entre sí.

4 Este es un diagrama muy simplificado del modelo de Frenck, sólo útil para seguir la explicación. No representa las múltiples y dialécticas relaciones existentes en la estructura causal.

5 Es imposible explicar en pocas líneas esta interpretación aplicada a salud, la cual, por lo demás, está en continua elaboración. Véase, como introducción, Castellanos, 1990.

GRAFICO 1

ESQUEMA DE LOS DETERMINANTES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD



Fuente: Adaptado de Frenk et.al. Véase nota.

Los determinantes próximos, a nivel grupal (familia, trabajo, comunidad, etc.)

En este nivel, los determinantes estructurales operan en el sitio donde el hombre trabaja (proceso de trabajo ⁶) y donde vive (hogar, comunidad). Ellos determinan un acceso variable a los bienes y servicios que el grupo familiar (o social ⁷) requiere para su reproducción. Así se generan condiciones materiales de vida (alimentación, vivienda, cuidado de la salud, educación, etc.) que son también muy variadas. Son estas condiciones, de mayor o menor riesgo para el proceso salud y que implican una mortalidad diferencial, las que usualmente se identifican con diversos indicadores en los estudios empíricos.

Frenck et al. hacen notar que las necesidades mencionadas se satisfacen en dos fuentes diferentes. Una es el mercado, donde su grado de satisfacción depende directamente del nivel de ingreso (alimentos, vestuario, por ejemplo). Otros bienes y servicios provienen, en grado mayor o menor, de una fuente institucional, a menudo estatal (salud, educación, vivienda, por ejemplo). Por ello, las políticas sociales que afectan a la distribución de estos últimos bienes y servicios, pueden constituir un mecanismo atenuador de las diferencias estructurales que se han mencionado; o bien, pueden contribuir a mantenerlas ⁸.

Dentro de los límites así impuestos, cada grupo familiar desarrolla una serie de conductas que intentan asegurar la reproducción del grupo (a veces llamadas estrategias de sobrevivencia). Son, por ejemplo, pautas de consumo y distribución; o de formación de uniones

6 Véase más adelante, mortalidad del adulto por ocupación.

7 Para Castellanos (1987 y 1991) las condiciones de vida no sólo se limitan al consumo, sino que abarcan cuatro dimensiones: procesos predominantemente biológicos (potencial genético, capacidad inmunológica), ecológicos (medio ambiente residencial y laboral), de las formas de conciencia y de conducta (determinantes culturales, hábitos, formas de conducta, estilos de vida) y económicos (formas de articulación con la producción, distribución y consumo).

8 Así, por ejemplo, el Estado puede asumir una responsabilidad importante en salud, mediante un sistema financiado solidariamente, con el propósito de cubrir a toda la población. O bien, considerar que este cuidado es principalmente una responsabilidad individual, que debe satisfacerse en el mercado. El Estado tiene entonces sólo un rol subsidiario. Por cierto, hay muchas formas mixtas entre estos dos modelos extremos.

y procreación⁹. Frenk et al. subrayan el papel de los llamados "estilos de vida", que son comportamientos compartidos por un grupo social en un contexto específico, que tienen componentes ideológicos y dependen también de situaciones de mercado. Ellos son la forma en que los grupos sociales traducen las condiciones materiales de vida en pautas de comportamiento. Un ejemplo (frecuentemente usado, aunque es restringido) son ciertas prácticas de consumo que son factores de riesgo para algunas enfermedades (consumo de tabaco, alcohol, drogas)¹⁰.

El nivel individual

Finalmente, toda la estructura de determinantes y condicionantes genera una mayor o menor susceptibilidad del organismo individual frente a las condiciones nocivas del ambiente en que vive, y determinan, simultáneamente, la existencia misma de estas condiciones ambientales riesgosas para la salud. De las interrelaciones entre estos dos componentes depende la ocurrencia de la enfermedad y, eventualmente, de la muerte.

Comentarios generales

Qué significación práctica para el problema en estudio, tiene este modo de entender el proceso que determina las características de la mortalidad en una población?

Desde luego, se ve que esta mortalidad es el resultado final de un complejo proceso que está inscrito en la estructura social. Y que este proceso tiene diversos niveles de determinación (y, por tanto, de análisis), desde la sociedad global hasta el nivel familiar y el nivel individual. En consecuencia, la aplicación de un modelo explicativo de este tipo al estudio de una población concreta, significa disponer de información sobre los diversos componentes de la estructura causal y de un método analítico que permita articularla adecuadamente en los diversos niveles en que ellos operan.

9 En el campo interdisciplinario de estudios de población, Caldwell ha dado un gran impulso a la investigación de los determinantes culturales, sociales y del comportamiento de la salud. Veanse los aportes a un Taller Internacional en este tema en J. Caldwell et al. (Editors) y además Health Transition Review, The Australian National University, 1991.

11 Estas pautas culturales no solo se refieren al consumo. Y no significan que el individuo sea personalmente responsable de su propia enfermedad, como a veces se interpreta la noción de "estilos de vida".

En la gran mayoría de las investigaciones sólo se tienen indicadores fragmentarios de este proceso, con los cuales no es posible reconstruir la totalidad ni tampoco el proceso mismo. Y los métodos analíticos de que se dispone para identificar su rol en la determinación de la muerte, tienen un alcance limitado. No obstante, la descripción de las diferencias de mortalidad que se puedan detectar como asociadas a estas variables, tienen gran interés práctico para las políticas que se proponen reducir estas diferencias, como se mostrará más adelante. Lo importante es comprender que no pueden "explicar" la génesis del proceso sino de un modo fragmentario.

Por otra parte, la determinación estructural significa que las características de la mortalidad dependerán de la particular etapa histórica en que se encuentre la sociedad en que ella ocurre, en cuanto a la forma de organización social y económica. Por tanto, los resultados de estudios empíricos deben ser siempre interpretados en este contexto. La misma consideración vale para las comparaciones internacionales.

Finalmente, en las condiciones que prevalecen en las economías subdesarrolladas y dependientes de la región latinoamericana, debiera esperarse que el problema de las diferencias sociales ante la muerte sea importante. Este es el tema que se examina a continuación, empezando por la mortalidad en la infancia.

LAS DIFERENCIAS SOCIOECONOMICAS DE LA MORTALIDAD EN LA INFANCIA

Las diferencias sociales ante la muerte en la infancia son, por varias razones, un problema de singular importancia práctica. Desde luego, el proceso de crecimiento y desarrollo del niño es especialmente sensible a las adversas condiciones de vida que predominan en los grupos en situación más desmedrada. Tales condiciones favorecen una mayor fecundidad, por lo que el grupo de expuestos (recién nacidos) tiende a ser proporcionalmente mayor en la población. Por otra parte, existe el conocimiento técnico para evitar la mayoría de las enfermedades letales que ocasionan estos excesos, pero su aplicación es a menudo deficiente precisamente en estos grupos sociales expuestos a los mayores riesgos.

Según estimaciones de Naciones Unidas, en los 68 países del Tercer Mundo donde la mortalidad del menor de 5 años es más alta (78 a 297 por mil en 1990) ocurre el 59% de los nacimientos mundiales y el 86% de las muertes en esta edad. Por contraste, esta mortalidad alcanza sólo a 10 por mil, en promedio, en 32 países que, en su mayor parte, son industrializados y avanzados (UNICEF, 1992).

Aspectos metodológicos del análisis

El diseño más eficiente para estudiar la magnitud y naturaleza de los contrastes sociales de la mortalidad en la infancia, es el estudio longitudinal de una cohorte de recién nacidos. Son pocos los estudios de este tipo por sus dificultades prácticas y su costo. Lo habitual es que el problema se estudie utilizando los registros de nacimientos y defunciones. Esto los limita a las poblaciones donde tales registros son aceptablemente completos (que son la minoría en América Latina) y también al uso de las variables socio-económicas que registran estas fuentes. El análisis pueden hacerse pareando los certificados de nacimiento y defunción, lo que tiene ventajas, pero es más difícil de realizar. O bien utilizando divisiones geográficas como unidades de análisis, que es el procedimientos más usado.

Significó un gran progreso para el conocimiento práctico del problema el desarrollo de métodos indirectos de estimación de la mortalidad en la infancia, iniciado por Brass a comienzos de la década

de 1970. Estos métodos, que evitan el uso de los registros vitales (a menudo deficientes), permiten derivar estimaciones de censos de población o encuestas, utilizando una información mínima y factible de obtener: el número de hijos tenidos y de hijos fallecidos.

Lo importante es que tales estimaciones pueden ser vinculadas con la restante información socio-económica que a menudo existe en estas fuentes (ocupación, educación, características familiares, vivienda, etc.). El procedimiento es sólo aproximado, debido a deficiencias en la información básica y al no cumplimiento de algunos supuestos básicos del método. Con todo, su extendida aplicación (favorecida por ulteriores perfeccionamientos) ha aportado un conocimiento útil para fines prácticos, como se mostrará más adelante.

Mortalidad infantil por clases sociales

Ya se ha mencionado que clase social es una categoría analítica importante porque pertenece a una interpretación teórica de lo social. Su uso tiene variados problemas para la definición práctica de este categoría. Además, la información necesaria para operacionalizar este concepto no se encuentra, en forma completa, en las fuentes de registro. De este modo, se requiere de una investigación especialmente diseñada para su estudio.

Un buen ejemplo es el estudio de Bronfman y Tuirán, quienes obtuvieron estimaciones de la probabilidad de muerte en el primer año de vida, por clases sociales, en México, 1977. En el Cuadro 1 se observan marcadas diferencias entre las tasas de estas clases, que varían entre 33 y 98 por mil. La mortalidad alcanza su máximo en los hijos de campesinos pobres semiproletarios, los asalariados agrícolas y la fuerza "libre" no asalariada (a menudo designada como grupos marginales, que son principalmente urbanos). En los trabajadores manuales asalariados (proletariado), la mortalidad infantil se sitúa en un nivel intermedio (62 por mil) que significa, en todo caso, un riesgo que duplica el del grupo que está en mejores condiciones.

Cuadro 1
Probabilidad de morir en primer año de vida por clase social.
México, 1977

Clase social	Probabilidad por 1000
CLASES NO AGRICOLAS	
Nueva pequeña burguesía	33.0
Burguesía	36.3
Pequeña burguesía tradicional	46.3
Proletariado	61.9
Fuerza trabajo "libre" no asalariada	78.0
CLASES AGRICOLAS	
Campesinos acomodados y de nivel medio	71.3
Campesinos pobres y semiproletarios	85.0
Asalariados agrícolas	98.4
TODAS LAS CLASES	61.4

Fuente: Bronfman y Tuirán

El estudio de cohortes de nacimientos de Bloch et al. muestra, en los grupos sociales definidos por su inserción productiva, como se articulan los determinantes estructurales de la mortalidad en la infancia con las condiciones de vida y con los factores biológicos y culturales del nivel familiar. Definidas las características económicas, ideológicas y políticas de la Argentina en la década de 1980, el estudio permite identificar tres grupos sociales de mayor riesgo, que en su mayoría son obreros no calificados o en ocupaciones inestables. Sus condiciones de vida son desfavorables (baja escolaridad, vivienda deficiente, parejas inestables, etc.). En ellos se comprueba que las condiciones biológicas son también más deficientes: mayor proporción de embarazos de riesgo, mayor frecuencia de peso bajo al nacimiento, etc. Los niños muestran atraso en sus índices de crecimiento y desarrollo, y tienen una mayor morbilidad. En estos grupos sociales hay también menor conocimiento de normas de atención del niño y las consultas preventivas son más tardías y menos frecuentes. De todo este proceso resulta que la mortalidad infantil es mayor en estos grupos.

A continuación se presentan y comentan los contrastes de la mortalidad en la infancia que se asocian con las variables habitualmente utilizadas en estudios de población ¹¹.

Muerte infantil y ocupación del jefe del hogar ¹²

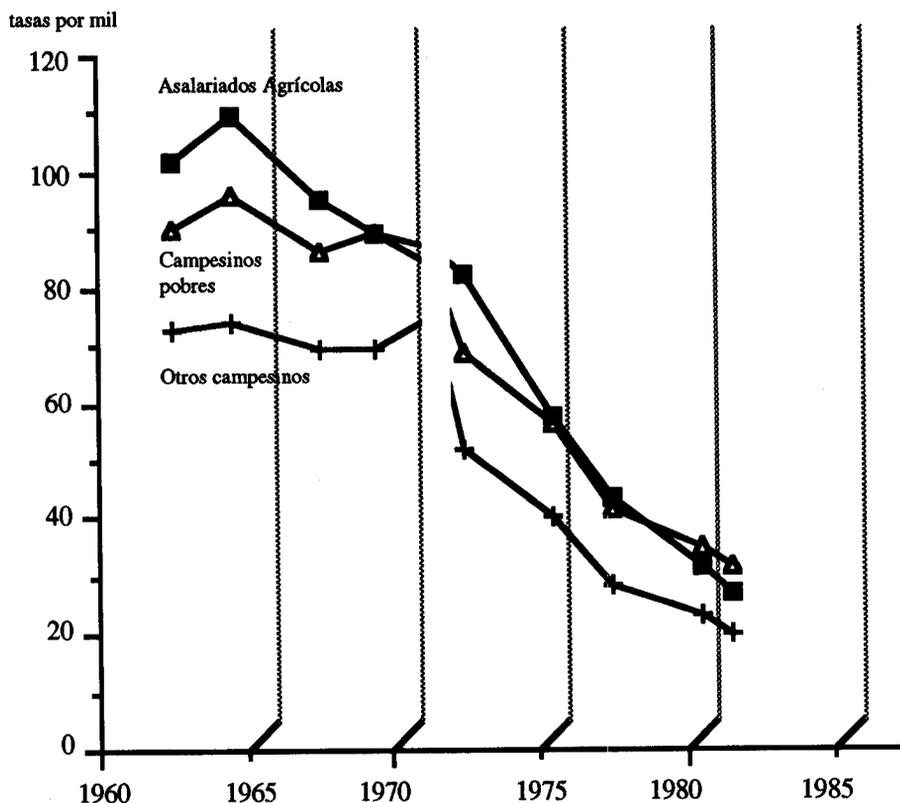
Esta es una variable utilizada con frecuencia en el análisis del problema, porque está a menudo registrada en censos y encuestas. Su vinculación con la sobrevivencia infantil resulta, desde luego, de las condiciones de vida que determina el ingreso familiar, que es diferencial por categoría de ocupación. Por otra parte, influye el hecho que los trabajadores en ocupaciones manuales, sobre todo si no son calificadas, tienen habitualmente una baja educación. ¹³

La magnitud y el curso histórico de estos diferenciales se ilustran con el caso de Costa Rica (Gráfico 2), en distintas fases de su transición epidemiológica. A comienzos de la década de 1960, en el seno de una generalizada y alta mortalidad infantil, los hijos de campesinos pobres y de asalariados agrícolas morían con tasas de 88-100 por mil, que casi duplican las de los grupos medios ¹⁴. La situación es peor en los trabajadores agrícolas que han perdido la propiedad de la tierra y deben vender su fuerza de trabajo. Este proceso de proletarianización es el que está ocurriendo en muchos sectores del agro latinoamericano ¹⁵. La reducción de la mortalidad en 1960-70 tiende a concentrarse en los grupos medios y en los asalariados manuales no-agrícolas. Por ello

-
- 11 Una explicación más detallada de los mecanismos que podrían explicar estas asociaciones se encuentran en Behm, 1990.
 - 12 El jefe del hogar es con frecuencia el padre de los hijos, pero puede ser también la propia madre u otro miembro del grupo familiar. Esta diferenciación no puede hacerse en muchos casos en que la mortalidad se estima por métodos indirectos. En todo caso, es más probable que la naturaleza de la ocupación que declara el jefe del hogar, defina el ingreso familiar.
 - 13 Véase, por ejemplo, Bicego et als., para una revisión bibliográfica y para mostrar las dificultades de interpretación del estudio comparativo basado en las encuestas de datos DHS.
 - 14 La tasa de Costa Rica en ese entonces (86 por mil) es la que están alcanzando Bolivia, Perú y Haití hacia 1990.
 - 15 El proceso de cambio en las condiciones de trabajo en el agro latinoamericano es bastante heterogéneo. Su relación con la mortalidad es analizada en Bronfman M. Socioeconomic consequences of mortality change in peasant societies. El Colegio de México, 1984.

Gráfico 2
MORTALIDAD INFANTIL POR GRUPOS SOCIO-OCUPACIONALES.
COSTA RICA 1962-1981

Sector agrícola



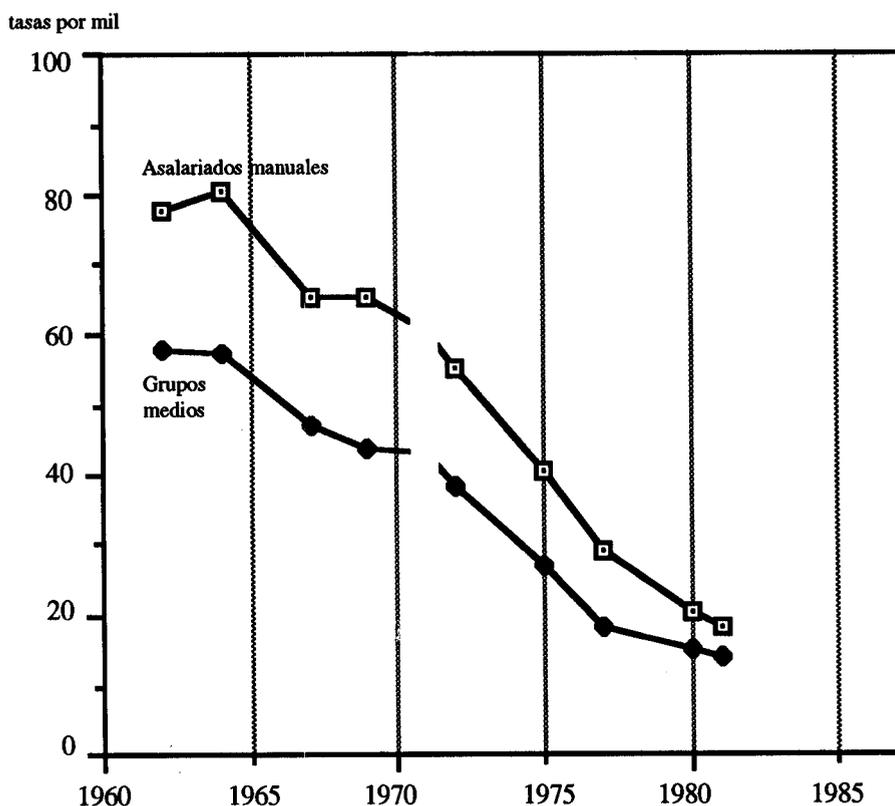
Fuente: Bhem 1987

aumentan las diferencias con la mayor mortalidad infantil de los hijos de campesinos. Esta misma evolución ha sido descrita en México, entre 1972 y 1980 (Bronfman, 1992).

En 1970 la tasa nacional es aún 68 por mil, que es bastante cercana al promedio de la mortalidad infantil que tenían 7 países de América Latina en 1985-90, países en los cuales ocurre casi la mitad de los

Gráfico 2-A
MORTALIDAD INFANTIL POR GRUPOS SOCIO-OCUPACIONALES.
COSTA RICA 1962-1981

Sector no agrícola



Fuente: Bhem 1987

nacimientos de la región ¹⁶. La variación de las tasas entre grupos ocupacionales va de 44 por mil en los grupos medios a 87 por mil en campesinos pobres y peones agrícolas.

¹⁶ Los países son: Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, República Dominicana y Nicaragua (OPS).

En la década de 1970, cuando la tasa nacional baja de 68 a 20 por mil, las tendencias de estas diferencias sociales de la mortalidad tienen tres características importantes. El descenso se extiende a todos los grupos sociales y es más intenso en aquellos que inicialmente mostraban mayor riesgo. Por ello, las desigualdades sociales ante la muerte han disminuído, en términos absolutos, de 43 a 17 puntos por mil entre 1970 y 1980 ¹⁷. Por último, aunque disminuídas, las diferencias persisten, pero ahora los expuestos a mayores riesgos son una minoría. Se estima que en 1984 los nacimientos en estos grupos son el sólo el 31% del total nacional.

El proceso descrito no es un modelo habitual, como no lo es una baja de 70% de la mortalidad infantil en un decenio. Se ha producido en un período de auge económico, en un país con una tradición de implementar políticas distributivas (sobre todo las sociales) y que ha tenido la ventaja de abolir el ejército. En la década de 1970, se implementó una decidida política de extensión del sistema de salud a las comunidades rurales, que tenían mayor mortalidad infantil.

Lo que interesa hacer resaltar es que este curso favorable, que es el deseable en los países latino-americanos que aún tienen importantes excesos de mortalidad en la infancia, requiere que las políticas que intentan reducirlos se extiendan a toda la población y que sus esfuerzos se concentren en los grupos sociales de mayor riesgo.

Muerte infantil y educación de la madre

La asociación inversa entre el nivel de educación materna y la mortalidad de los hijos es la que se ha encontrado con más frecuencia en los estudios empíricos.¹⁸ Es una asociación que persiste, aunque disminuída, si se controlan otras variables también asociadas a la mortalidad infantil.

El mecanismo más obvio de esta asociación es el conocimiento que la educación aporta sobre el cuidado del niño sano y enfermo. Pero es

17 Por ejemplo, en 1963 la tasa de mortalidad infantil en Costa Rica se estima en 103 por mil en los hijos de peones agrícolas y en 45 para los grupos medios; la diferencia absoluta es 45 por mil. En 1981 las tasas respectivas son 25 y 11 por mil; la diferencia se ha reducido a 11 por mil. Por el contrario, los riesgos relativos (tasa grupos medios = 1) se mantienen en 1.78, y no muestran el progreso alcanzado en una transición a una mortalidad infantil menor y más homogénea.

18 Hay también diferencias de la mortalidad infantil asociadas a la educación del padre. En general, son menores que las vinculadas a la educación materna.

más que eso, como lo ha hecho notar Caldwell. Tiene que ver con un rol más importante que la mujer educada tiene en el proceso de decisión familiar en cuanto a la forma de utilizar los recursos del hogar, la distribución del alimento entre sus miembros y la decisión de consultar una medicina moderna que puede entrar en conflicto con sus creencias tradicionales. Por otra parte, la insuficiente educación materna está asociada a mayor fecundidad, que a su vez afecta a la sobrevivencia infantil por variados mecanismos.

Son particularmente relevantes las creencias, valores y pautas de comportamiento que conciernen a salud y enfermedad. Por ejemplo, aquellos referentes al embarazo, parto y cuidado del niño; la percepción de enfermedad, las creencias sobre su origen y los comportamientos frente a ellas. Estos son algunos de los elementos que deciden la utilización del sistema de salud o de otra fuente alternativa de ayuda. Este factor es importante en la discusión de las diferencias sociales de la mortalidad porque afecta sobre todo a las enfermedades de mayor letalidad y frecuencia.

Por cierto, la baja o nula instrucción de la madre es un indicador de las restricciones en el acceso a la educación (y a otros beneficios) que existen diferencialmente en las diversas clases sociales o sus fracciones. Su asociación con la menor sobrevivencia de los hijos debe interpretarse en el conjunto de condicionantes que están determinados por esta inserción productiva.

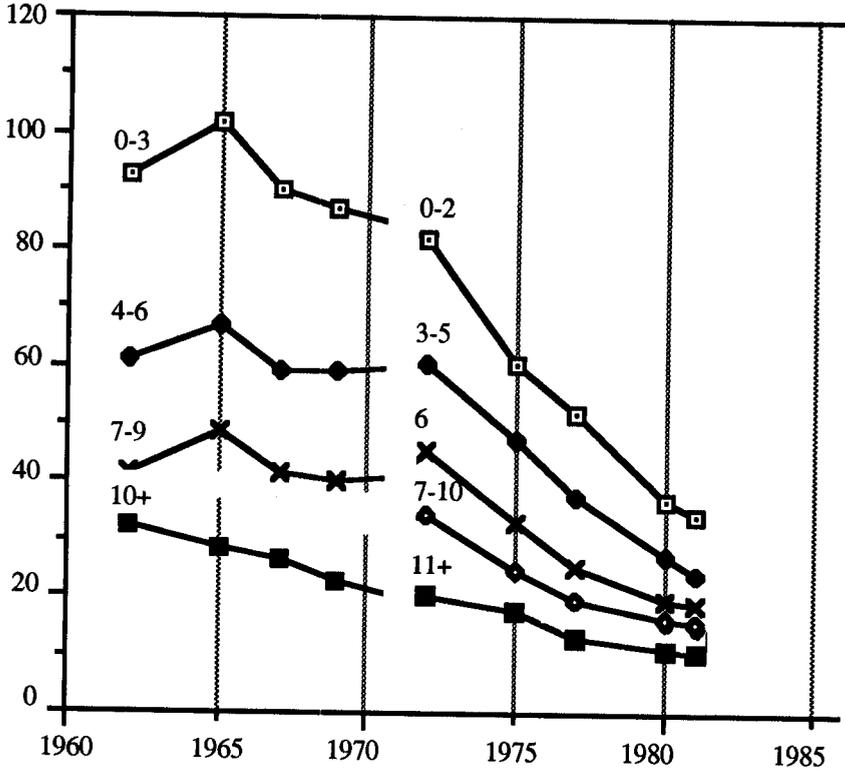
Utilizando de nuevo Costa Rica, el Gráfico 3 muestra el curso de las diferencias de mortalidad infantil asociados a la educación entre 1962 y 1981. Con el uso de una variable más discriminativa, las desigualdades sociales son mayores, con tasas que varían entre 32 y 93 por mil en 1962. Se observa el mismo generalizado descenso de la mortalidad y una disminución importante de las desigualdades. No obstante, éstas aun persisten en 1981, cuando el riesgo de morir varía entre 11 y 35 por mil según el nivel de educación materno.

El curso de estas diferencias de la mortalidad no es siempre a su disminución. Guzman ha descrito que en Perú (1965-1975) y en Paraguay (1960-1975), en el seno de una alta mortalidad, los descensos (absolutos y porcentuales) fueron mayores en los grupos más educados, que aumentaron así su contraste en la sobrevivencia infantil con los grupos con nula o escasa educación.

Grafico 3
MORTALIDAD INFANTIL Y EDUCACION MATERNA
Costa Rica 1963-1982

Fuente:Behm 1988

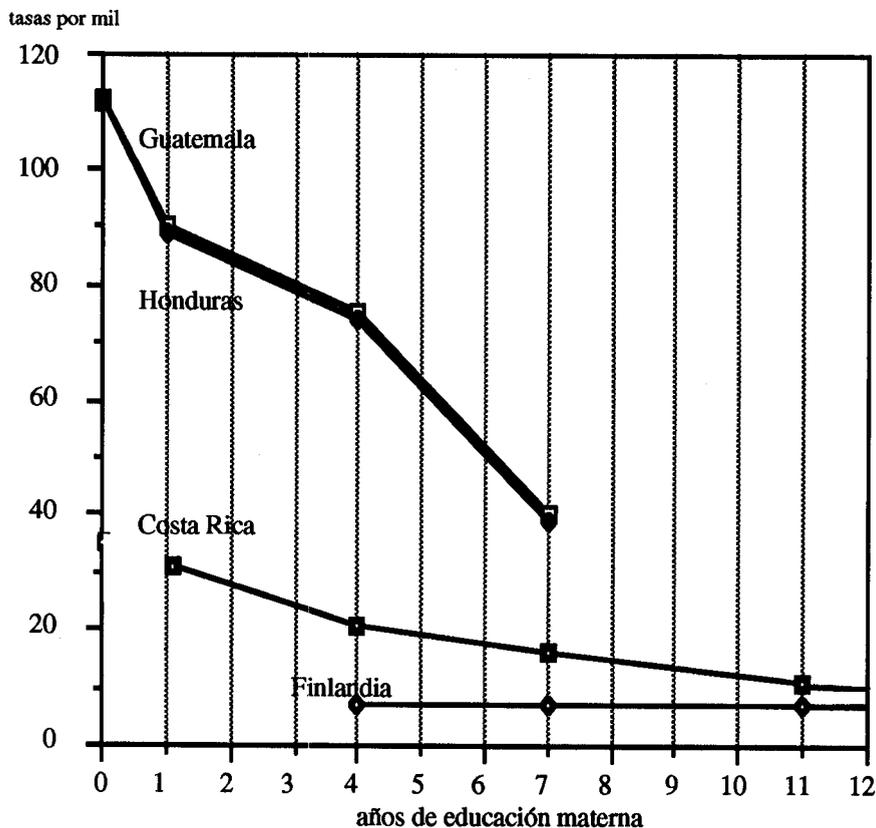
tasas por mil



Fuente:Behm 1988

El rol que juegan estas diferencias sociales en el nivel de la mortalidad se muestra, en cierto modo, en el gráfico 4, que presenta la mortalidad infantil por educación materna en países de la región centroamericana hacia 1985. Se ve que aquellos con más altas tasas nacionales, son también los que tienen las mayores desigualdades sociales en la sobrevivencia infantil. Costa Rica, Panamá y Belice se encuentran en una transición a una menor mortalidad y, a la vez, la menor inclinación de la línea expresa una reducción de la desigualdad social ante la muerte. Finlandia es una meta de baja y casi uniforme mortalidad respecto a la variable educación materna.

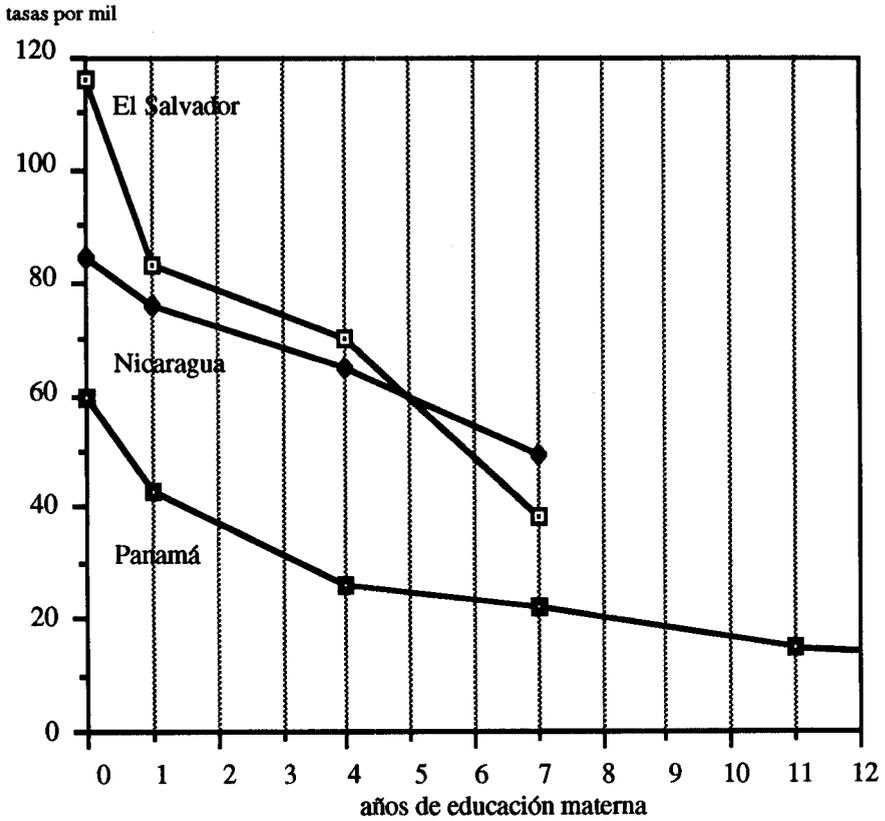
Gráfico 4
MORTALIDAD INFANTIL Y EDUCACION MATERNA
Países centroamericanos 1980



Fuente: Behm 1988

Hay un factor importante de cambio que el gráfico no muestra: la distribución de los expuestos a los distintos niveles de riesgo. Se ha estimado que en los países centroamericanos de mayor mortalidad, entre el 57% y el 81% de los nacimientos ocurren en mujeres de baja o nula educación, en razón de su mayor fecundidad y de los niveles de baja educación que prevalen en ellos (Behm, 1988). Por contraste, estos grupos sólo alcanzan al 20 % de los nacimientos en Costa Rica. El descenso de la proporción de expuestos en los grupos de más riesgo y la reducción del nivel y de las diferencias de mortalidad entre los grupos, son los mecanismos epidemiológicos que mejoran la sobrevivencia infantil a nivel nacional.

Gráfico 4-A
MORTALIDAD INFANTIL Y EDUCACION MATERNA
Países centroamericanos 1980



Fuente: Behm 1988

Muerte infantil y condiciones de la vivienda

Dentro de las condiciones materiales de vida familiar, la vivienda tiene la importancia de ser el ambiente físico donde el niño permanece la mayor parte del riesgoso primer año de su vida. De este modo, es una variable próxima en el proceso de salud-enfermedad del niño. Por ejemplo, si el grupo familiar no dispone de agua potable y adecuada disposición de excretas, se favorece la incidencia de las enfermedades diarreicas, principal agente letal en esta edad. La insuficiente protección al frío y el hacinamiento en viviendas estrechas se asocian a la diseminación de las enfermedades infecciosas de transmisión aérea.

En un estudio en la población urbana de Brasil, en 1970-76, Merrick encontró que la mayor parte de las diferencias de la mortalidad infantil estaban asociadas a la educación de los padres, pero que la provisión de agua potable a la vivienda tenía un efecto en estas diferencias que, aunque menor, era significativo, el cual es cercano a 20%.

El cuadro 2 presenta las tasas de mortalidad infantil de Costa Rica, 1981, según dos categorías extremas de calidad de la vivienda ¹⁹ y grupos socio-ocupacionales. El riesgo de morir del niño es 70% mayor cuando la vivienda está en malas condiciones (27 por mil) que en aquellas en buen estado (16 por mil). Como es obvio, la vivienda es parte de las diferentes condiciones de vida de los grupos ocupacionales. Del total de la población femenina en edad fértil que reside en viviendas en mal estado, solo el 3% pertenece a grupos medios; el 29% corresponde a peones agrícolas y el 47% a campesinos pobres. Aún dentro de cada grupo ocupacional, el deterioro de la vivienda está asociado a un aumento del riesgo de morir del niño del orden de 40-50%.

Los riesgos que la vivienda deficiente implican para la sobrevivencia del niño están reducidos en Costa Rica por las políticas sociales distributivas que aquí han prevalecido. Pero en el ámbito de América Latina adquieren mucho más relevancia. A pesar de progresos recientes, según las estimaciones de OPS²⁰, el 21% de la población de esta región no tiene acceso a agua potable y el 34% carece de una adecuada disposición de excretas. La situación es más grave en la población rural, donde estos porcentajes alcanzan a 45% y 68%, respectivamente.

19 La clasificación se basa en los materiales de construcción, el aprovisionamiento de agua potable, la disposición de excretas y el grado de hacinamiento.

20 OPS. Condiciones de salud en las Américas, volumen I, cuadro 109.

Cuadro 2
Mortalidad infantil según grupo socio-ocupacional
y estado de la vivienda. Costa Rica, 1981

Grupo socio-ocupacional	TOTAL	Estado vivienda		% de población* en viviendas en mal estado
		Adecuado	Malo (tasas por mil)	
Grupos medios	14	13	24	3
Asalariados manuales no agric.	18	16	25	12
Peones agricolas	24	21	29	29
TOTAL**	20	16	27	—

* Del total de mujeres de 15-49 años en cada grupo ocupacional

**Incluye grupos socio-ocupacionales no mencionados en la tabla

Fuente: Behm, 1987

Por otra parte, la migración creciente a las grandes ciudades, donde el mercado no puede ofrecer condiciones de subsistencia aceptables, ha generado grandes asentamientos espontáneos en los cuales las condiciones de vivienda (y, en general, de vida) son inhumanas. Ello ha contribuido a que el mayor núcleo de pobreza se encuentre en el área urbana en Latino América (CEPAL). Breilh et al., en la ciudad de Quito, identifican una zona socio-geográfica formada por asentamientos espontáneos, poblada mayoritariamente por subasalariados y asalariados manuales. En ella la tasa de mortalidad se estima en 108 por mil, en tanto que en el total de la ciudad es 58 por mil y desciende a 20 por mil en la zona residencial suntuaria.

La mortalidad infantil en las comunidades indígenas

En la mayoría de los países, las poblaciones indígenas que han sobrevivido como tales, son objeto de una segregación social y económica, en grado mayor o menor. Con frecuencias ellas se encuentran concentradas en las tierras más alejadas, se desempeñan en las ocupaciones menos calificadas y disponen de menos tierra, las cuales laboran con métodos menos eficientes. Tienen un acceso más restringido a los sistemas de educación y salud y la utilización de estos últimos

se encuentra también limitada porque sus servicios son a menudo culturalmente extraños al grupo indígena. Se dan, pues, muchas condiciones para que haya en estos grupos étnicos una mortalidad excesiva en la infancia respecto a los grupos no-indígenas.

El Cuadro 3 resume algunas de las características diferenciales de la mortalidad en el menor de dos años en Guatemala, 1976²¹, comparativamente en indígenas y no-indígenas. Los indicadores de vida de la población indígena son en extremo desfavorables. De las mujeres en edad fértil, el 79% es analfabeta y el 13% es semi-analfabeta. Sólo el 1.3% pertenece al grupo medio, poniendo en evidencia la escasa movilidad social de los indígenas. La mayoría (75%) de estas mujeres forma parte de hogares de campesinos y peones agrícolas, que son los grupos sociales de mayor mortalidad infantil. El 76% de la población indígena es indigente²².

La mortalidad en esta edad es ya muy alta en la población no-indígena (101 por mil); aún así, en la indígena existe un 27% de exceso sobre este nivel. Es positivo encontrar en estas estimaciones que, a pesar de todo, en 1960-1976 se ha producido un descenso mayor en la población indígena, que redujo así su diferencia de mortalidad con el resto de la población.

La mortalidad del menor de dos años se ha estimado para diversos grupos sociales (ocupación del jefe del hogar, educación materna) en ambas poblaciones. Se observa que los niños indígenas que nacen en los grupos que están en peores condiciones, comparten una alta mortalidad con los niños no-indígenas de igual condición. Las minorías indígenas que ascienden a grupos de mayor nivel socio-económico, en cambio, muestran una mortalidad en la infancia que puede llegar a tener un 40-50% de exceso respecto a no-indígenas, señalando así el alcance restringido de esta movilidad social.

Desigualdades ante la muerte de esta magnitud adquieren especial significación en los países en que las comunidades indígenas son numéricamente importantes (principalmente Bolivia, Guatemala y Perú). En Guatemala, por ejemplo, ellas constituyen el 41% del total

21 Las estimaciones fueron obtenidas por métodos indirectos y se basan en el censo de 1981. Están sometidas a varias restricciones, pero se estima que reflejan en general la situación epidemiológica entonces existente.

22 INE y FUNUAP. Perfil de la pobreza en Guatemala. Vol. V, pág. 55.

Cuadro 3
Mortalidad del menor de dos años en poblaciones indígenas y no indígenas. Guatemala. 1976.

	Mortalidad por mil*		Ind/noind.
	Indígena	No indígena	
TENDENCIAS			
1960	206	145	1.42
1966	187	134	1.40
1976	128	101	1.27
Baja 1960-76	-38%	-30%	—
GRUPOS SOCIO-OCUPACIONALES (1976)			
Sector agrícola			
Peones	138	135	1.02
Campesinos	126	110	1.15
Sector no-agrícola (actividades manuales)			
Asalariados	119	90	1.32
No asalariados	131	88	1.49
EDUCACION MATERNA (1976)			
Ninguna	131	128	1.02
1-3 años	114	102	1.12
4-6	90	74	1.22
7 y más	55	39	1.41

* Probabilidad de morir entre nacimiento y edad exacta dos años
Fuente: Behm et al., 1984.

de mujeres en edad fértil y se estima que procrean cerca de la mitad de todos los nacimientos del país (censo de 1981). Son una población mayoritaria en los grupos de mayor riesgo: forman el 54% de la población rural y el 56% de la población vinculada a la producción agrícola.

Un cuadro epidemiológico de los grupos sociales de riesgo para la sobrevida infantil

Hasta ahora se han descrito los contrastes de mortalidad que están asociados a grupos sociales, que han sido definidos mediante las variables disponibles en las fuentes habituales de información. Es obvio que se están describiendo distintas dimensiones de un mismo problema, puesto que estas variables están correlacionadas entre sí. Para fines de implementar medidas que intenten superar estas desigualdades ante la muerte infantil - que es lo que realmente interesa hacer - esta información puede ser analizada con el conjunto de las variables, para responder, por ejemplo, a las siguientes preguntas:

¿Cuál es la magnitud de las diferencias de la mortalidad en la infancia entre grupos sociales y cuál la mejor estimación del riesgo de morir en cada una de ellas?

¿Cuál es la composición social de cada grupo de riesgo?

¿Cuál es la ubicación geográfica de los grupos de riesgo (urbana/rural, división geográfica, etc)?

¿Cuántos son los expuestos en cada grupo de riesgo?

Una información de esta naturaleza, nacional o por regiones dentro del país, es un aporte al diagnóstico epidemiológico de una población, que debe fundamentar todo plan de acción. La misma información, repetida tiempo después, es útil para conocer los cambios que ocurre en la situación epidemiológica inicial y sirve para la evaluación del plan o programa que se haya implementado.

Para estos fines, la población se clasifica simultáneamente por las variables relevantes de que se disponga. En cada una de las subpoblaciones así definidas se estima la mortalidad en la infancia. Estas subpoblaciones se agrupan después según el nivel de esta mortalidad en un número adecuado de grupos que difieren por este riesgo. En cada grupo de riesgo se pueden describir las características que interesen para responder a las preguntas mencionadas. En el Cuadro 4 se muestra un ejemplo simplificado del resultado de este proceso.

Aún en un país de baja mortalidad infantil (para América Latina), como era Costa Rica en 1981, restan desigualdades importantes, con tasas que van de 12 a 36 por mil en los cinco grupo de riesgo que se han identificado. Los dos grupos de mayor riesgo para la infancia están

Cuadro 4
Los grupos sociales de riesgo en la infancia. Costa Rica. 1981

Características de los grupos de riesgo				% de nacimientos en:	
Ocupación del jefe del hogar*	Educac. materna	Tasa x mil	% nacim. del grupo	Area rural	Vivienda en mal estado
TOTAL PAIS		--	20	100	
Alto riesgo			36	11	78% 41%
Peones agricolas	0-2				
Asalar. manuales no agricolas	0-2				
Campesinos pobres	0-2				
Mayor riesgo			26	18	
Asalar. manuales no agricolas	3-5				
Peones agricolas	3-5				
Campesinos pobres	3-5				
Riesgo mediano			19	18	
Peones agricolas	6				
Grupos medios	3-5				
Otros campesinos	0-5				
Riesgo moderado			17	25	41% 9%
Asalar. manuales no agricolas	6				
Grupos medios	6				
Menor riesgo			12	30	
Grupos medios	7+				
Asalar. no manuales no agricolas	7+				

* Se mencionan solo los subgrupos más importantes
Fuente: Behm et al. 1988.

formados por hogares de trabajadores que se insertan en las ocupaciones menos calificadas, en especial en la producción agrícola. Sus condiciones deficientes de vida se expresan en una educación materna que no va más allá de una instrucción primaria incompleta y una vivienda que está en mal estado en el 41% de los casos. Es un problema que se concentra en la población rural. Afortunadamente, son grupos

minoritarios, en los que se estima que ocurren menos del 30% de los nacimientos nacionales. Pero constituyen estratos sociales rezagados aún importantes y que requieren una estrategia especial y prioritaria.

El progreso alcanzado por el país se pone de manifiesto en que más de la mitad de los nacimientos nacionales ocurren en condiciones de bajo riesgo para la sobrevivencia infantil. Son los hijos de los grupos medios, pero también de trabajadores manuales del sector no agrícola, siempre que la madre haya tenido acceso, por lo menos, a una educación primaria completa. La vivienda está en malas condiciones casi sólo por excepción. Estos grupos tienen de preferencia una residencia urbana, concentrada en las ciudades mayores.

El análisis evidencia la variedad de situaciones epidemiológicas que coexisten en el país y la necesidad de una estrategia también diversificada para afrontarlas.

Un análisis similar se ha hecho para Nicaragua, 1982-83, que se encuentra en una fase mucho menos avanzada de su transición a una mayor sobrevivencia infantil. El grupo de más alto riesgo, que tiene una tasa de mortalidad de 105 por mil, es mayoritario y comprende el 54% de los nacimientos nacionales. Está principalmente formado por campesinos y peones agrícolas, cuya vivienda está en malas condiciones en el 76% de los casos. Las mujeres en edad fértil son en su mayoría analfabetas o semianalfabetas.

El grupo de menor riesgo es minoritario y comprende apenas el 9% de todos los nacimientos. Es totalmente urbano y está formado por grupos medios que tienen por lo menos una educación media.

Entre estos dos ejemplos extremos se ubican las diversas situaciones epidemiológicas en que viven los niños que nacen en los países de América Latina.

Las diferencias sociales de la estructura por edad y por causas de la mortalidad infantil

Es bien conocido el cambio que experimenta la estructura por edad y por causas de muerte a medida que desciende la mortalidad infantil. Cuando ésta es alta, predominan la mortalidad de 1-11 meses y las defunciones ocasionadas por la desnutrición y las enfermedades de origen infeccioso. A medida que la mortalidad infantil desciende, se hace predominante la mortalidad neonatal y, entre las causas, las

enfermedades perinatales y las anomalías congénitas. Pues bien, si existen diferencias de intensidad de la mortalidad infantil entre grupos sociales, también debe esperarse que las haya en su estructura.

Como ejemplo de estos contrastes, en el Cuadro 5 se presentan las características de la mortalidad infantil en dos conglomerados sociales (medio y bajo)²³ de la ciudad de Quito, Ecuador, en 1977, cuando la tasa era de 58 por mil. En el grupo en transición más avanzada, los dos componentes etarios de la mortalidad infantil tienen igual importancia, e igual cosa sucede con las muertes perinatales y congénitas respecto a las infecciosas. En la realidad epidemiológica que viven los hijos de trabajadores más pobres, no sólo las tasas triplican las anteriores, sino que las muertes de 1-11 meses son mayoritarias y las enfermedades infecciosas forman el 72% del total de defunciones en esta edad.

En la etapa más avanzada en que se encuentra Costa Rica, aún existe una estructura diferencial por grupos sociales. En el Cuadro 6 se compara la mortalidad en la infancia de dos grupos de cantones que difieren en su nivel de vida²⁴. Las tasas de mortalidad infantil tienen un exceso de 37% en los cantones con menor nivel de vida. Los dos grupos sociales han llegado a una etapa en que la mortalidad postneonatal es la mayoritaria. Pero en el grupo de bajo nivel de vida, las muertes postneonatales contribuyen con una mayor proporción (43%) a las defunciones del primer año de vida. Aunque las tasas mayores en los cantones más pobres se encuentran en todos los grupos de causas, es notorio que en ellos se concentra el problema residual que aún constituyen las enfermedades diarreicas.

Los determinantes de las diferencias sociales de la mortalidad en la infancia.

Hasta ahora sólo hemos descrito la magnitud y características de estas desigualdades sociales ante la muerte infantil en países latinoamericanos. Y la forma en que la información disponible puede ser

23 El conglomerado medio incluye: técnicos, profesionales, militares y policías con calificación alta o media, agricultores calificados, empleados y trabajadores de alta calificación. El conglomerado bajo comprende: trabajadores y empleados de baja calificación, agricultores y comerciantes de baja calificación.

24 Los cantones fueron clasificados según 10 indicadores de distintos aspectos del nivel de vida. Aquí se comparan el tercio con peores índices con el tercio en mejor situación. Los primeros fueron declarados "cantones de prioridad" en el plan de salud.

Cuadro 5
Mortalidad infantil por edades y causas,
en conglomerados sociales. Quito, 1977.

Estructura de la mortalidad infantil		Conglomerados sociales	
		Medio (tasas por mil)	Bajo
EADAES	Mortalidad infantil	26.1	76.9
	Neonatal	13.1	22.6
	Postneonatal	13.0	54.2
CAUSAS	Total enf. infecciosas	12.5	55.3
	Avitaminosis, desnutrición, anemias	1.5	4.8
	Perinatales, congénitas	11.6	13.1

Fuente: Breilh, et al. (cuadros 14 y 18)

Cuadro 6
Mortalidad infantil por edades y causas, según nivel de vida
del cantón. Costa Rica, 1988-89

Estructura de la mortalidad		Nivel de vida	
		Bajo	Alto
EDAD	Infantil	187	135
	Neonatal	107	92
	Postneonatal	80	43
CAUSAS	Enfermedades diarreicas	16	5
	Inf. respiratorias agudas	17	14
	Causas perinatales	82	62
	Anomalías congénitas	53	43

Fuente: Behm et a. 1990 (cuadros 7 y 12)

organizada para un mejor conocimiento de las situaciones epidemiológicas que en ellos existen. Pero es sin duda también importante precisar cuál es rol de los diferentes determinantes de la mortalidad en estas diferencias. En particular, interesan aquellos que puedan ser modificados, puesto que el problema es reducir estas diferencias sociales ante la muerte.

Los estudios que intentan contestar interrogantes de esta especie son pocos, debido a sus dificultades. Estas dependen de la complejidad del marco teórico, de los problemas para obtener una información empírica confiable y de la complejidad del análisis mismo. A continuación, como ejemplo, se muestran resultados seleccionados de un estudio que es pertinente porque identifica algunos de los condicionantes del marcado descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica, entre 1972 y 1980 (Rosero).

La unidad de análisis es la división geográfica cantón, para cada uno de las cuales se construyó un índice (basado en varios indicadores) de la situación socio-económica y ambiental, de las atenciones en salud (separando atención hospitalaria, secundaria y primaria), del saneamiento ambiental y de la fecundidad. Mediante un análisis de regresión múltiple se estimó la relación independiente que había entre (1) el nivel inicial (alrededor de 1970) de cada uno de estos índices y la baja porcentual de la mortalidad infantil en 1972-80; (2) la relación independiente entre el cambio de cada indicador y el descenso porcentual de la mortalidad, ambos en este mismo periodo. El Cuadro 7 muestra los respectivos coeficientes beta (por 100), que indican el número de desviaciones standard en que se modificaría el descenso medio anual de la tasa de mortalidad, si una variable independiente aumentara en una desviación standard y las restantes permanecieran constantes.

Se ve que el porcentaje de reducción de la mortalidad infantil en los años 1972-80 depende de ciertas condiciones existentes en la década precedente. Es mayor si el grado de progreso económico alcanzado en ese entonces era más alto, si el nivel de la mortalidad era elevado y si la fecundidad había estado en descenso. A partir de 1970, el factor más trascendente, de acuerdo a estas estimaciones, es la política de salud que logró que el sistema de salud cubriera las comunidades más alejadas y con mayor riesgo, en especial en el programa de salud rural. También tienen influencia, aunque menor, el continuado mejoramiento socio-económico y la reducción de la fecundidad en el periodo.

Cuadro 7
Los determinantes del descenso de la mortalidad infantil en
Costa Rica, 1972-1980.

Determinantes	Coefficiente beta de asociacion independiente (%)
SITUACION INICIAL	
Ambiente socio-económico	67
Mortalidad infantil	49
Fecundidad inicial	-38
CAMBIOS PORCENTUALES EN LA DECADA	
Aumento de la atención primaria de salud	52
Aumento de la atención secundaria de salud	33
Reducción de la fecundidad	29
Progreso socioeconómico	27
TODAS (coeficiente de determinación)	64

Fuente: Rosero (pag.26)

Ya se ha mencionado que en este período de baja de la mortalidad infantil, un factor importante fue que el descenso alcanzara a todos los grupos sociales y que fuera mayor en los expuestos a mayor riesgo, por lo cual las diferencias entre ellos disminuyeron. En consecuencia, es posible interpretar los resultados que se muestran en el Cuadro 7 en el sentido de que esta disminución está determinada principalmente (aunque no en forma exclusiva) por el impacto que tuvo la extensión del sistema de salud a las comunidades rurales de mayor mortalidad.

Sawyer ha analizado los determinantes de la mortalidad en la infancia en Brasil, que es un contexto social muy diferente, en el cual la mortalidad era alta y con grandes contrastes regionales. El estudio explora la influencia de la educación materna, las condiciones materiales de vida en el hogar, la composición demográfica de la familia y el comportamiento de la madre en relación a salud (vacunación del hijo, tratamiento adecuado de la diarrea, etc.). Cada uno de ellos aparece independientemente asociado a la mortalidad. Mediante un análisis de regresión logística, de niveles múltiples, se estudia si la influencia de

la educación materna y las condiciones de vida en la mortalidad del hijo, depende del efecto mediador de la variable comportamiento en salud. No se encuentra que este efecto sea significativo. Esto implicaría (según la autora) - que una mujer analfabeta o que viva en malas condiciones, aunque llegara a adoptar los comportamientos propugnados por el sistema de salud, no lograría que sus hijos llegaran a tener la mortalidad reducida de los grupos que son más educados y que viven mejor en Brasil. Sawyer advierte sobre la necesidad de mirar con precaución estas conclusiones.

Los ejemplos que se han mencionado muestran las dificultades que existen para identificar con precisión el papel que juegan diversos mecanismos de determinación en la génesis de las enormes desigualdades sociales ante la muerte en América Latina, en el seno de las variadas situaciones epidemiológicas en que ellas ocurren.

LAS DIFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS DE LA MORTALIDAD DEL ADULTO

Métodos y problemas del análisis

El análisis de las diferencias socioeconómicas de la mortalidad en el adulto presenta mayores dificultades que en la infancia. En el adulto predominan las enfermedades crónicas como causas de muerte, lo que significa que el proceso por el cual diversos determinantes se articulan para producir finalmente la muerte, puede durar muchos años. Son difíciles de realizar, por tal razón, las investigaciones que mantienen bajo observación prolongada una población con el fin de estudiar este complejo proceso.

Los métodos alternativos usan los censos de población y el registro de defunciones. Si esta información es confiable, se pueden calcular tasas de mortalidad centradas en los años censales, para grupos de población definidos por las variables socio-económicas que existan en ambas fuentes de información. La variable que ha sido más usada es la ocupación. El principal problema en estos estudios es que el numerador y el denominador no corresponden necesariamente a la misma persona y que la definición de la ocupación se obtiene en condiciones distintas en el censo de población y en el registro de defunciones.

Un segundo método consiste en tomar una muestra del censo de población e identificar, en los años siguientes, las defunciones que se registran en esta muestra de población. Tiene la ventaja de que los datos corresponden a la misma persona y que se puede disponer de mayor número de variables socio-económicas.

Aún así, persisten problemas. Si se trata de la ocupación, se conoce sólo la última desempeñada en el momento del censo o del deceso. Los cambios de ocupación son frecuentes a lo largo de la vida y ellos pueden alterar la composición de los grupos analizados. Es posible también que la persona haya descendido en la escala ocupacional debido precisamente a que está enferma, lo que representa una relación inversa a la que se intenta estudiar. También se ha descrito que la reducción progresiva de la proporción de población de menor nivel socio-económico, puede significar un factor de autoselección en este grupo, que afecte la interpretación de las tendencias de estos diferenciales. En las mujeres, la proporción que no pertenece a la población económicamente activa es alta, y la clasificación basada en la ocupación del cónyuge tiene problemas adicionales. Por ello, la variable

educación tiene ventajas, porque es más estable en el adulto y se encuentra disponible en ambos sexos.

A pesar de todo, las evaluaciones de los factores de error que se han mencionado (y de otros que no lo han sido) han mostrado que, aún sustrayendo estos factores de error, no hay duda de que existen diferencias socioeconómicas de la mortalidad adulta (Townsend, Pamuk).

Además de las tasas de mortalidad estimadas para cada categoría socio-económica que se analiza, es posible usar otro indicador de la mortalidad, que son los "años de vida potenciales perdidos". Conocida la distribución de las muertes por edad en cada grupo de análisis, es posible calcular los años-personas perdidos que significaron las defunciones que ocurrieron antes de una edad determinada, por ejemplo, 65 años. De este modo, las muertes que ocurren tempranamente tienen un mayor peso en el índice, y expresan mejor, por ello, su mayor impacto social (Blane).

Las desigualdades de la mortalidad entre grupos socio-económicos se resumen a menudo como un riesgo relativo, que es una razón de la tasa de la categoría en peores condiciones respecto a la del grupo en mejor situación, que se toma como base. Algunas de sus desventajas se obvian usando índices más elaborados (Pamuk, Leclerc).

En los numerosos países donde el problema ha sido estudiado, se ha comprobado en todos que estas diferencias son significativas, existiendo mayores riesgos en aquellas poblaciones en que las condiciones de vida son más adversas. Lo más importante es que, a pesar del descenso de la mortalidad observado en la mayoría de estos países, tales diferencias tienden a persistir, aunque hayan disminuido en términos absolutos. Aún más, en algunos países hay evidencias de que las diferencias relativas han aumentado (Valkonen; Blane; Smith)

Como ya se ha mencionado, en América Latina no se ha investigado en especial este tema²⁵. A continuación se resumen los resultados más relevantes de los numerosos estudios realizados en países más avanzados y se discuten sus implicaciones para las condiciones epidemiológicas existentes en América Latina.

25 Nicholls ha hecho notar, en una revisión reciente, que la bibliografía latinoamericana es muy limitada y parcelar. Los pocos estudios publicados confirman que algunos factores de riesgo son más frecuentes en los grupos sociales de menor nivel.

Mortalidad diferencial del adulto, por ocupación

Esta variable es la que se ha utilizado tradicionalmente en el estudio de los diferenciales socioeconómicos de la mortalidad. En Inglaterra y Gales, por ejemplo, se publican series desde hace varios decenios, que clasifican las ocupaciones en cinco categorías, que se designan como "clases sociales".

Las relaciones más directas de la salud con la ocupación se refieren a los riesgos derivados de las condiciones adversas del sitio y el objeto de trabajo, que constituyen las llamadas enfermedades profesionales. Son ejemplo de ellas las muertes por accidentes del trabajo o por contaminantes tóxicos manipulados por el trabajador industrial o agrícola. Y tienen relevancia para América Latina por las condiciones propias al subdesarrollo que aquí existe y el menor control de los riesgos ocupacionales. Se ha descrito también la influencia de las condiciones psico-sociales del trabajo en la mortalidad por algunas enfermedades (Marmot).

Ya se ha mencionado, al discutir la mortalidad en la infancia, que la jerarquía social y económica de la ocupación está asociada al proceso de salud-enfermedad del trabajador y su grupo familiar por factores ligados al consumo.

Pero las vinculaciones de la ocupación con la mortalidad se inscriben en el marco, mucho más amplio, de las relaciones del trabajo (considerado como proceso social), con el proceso de salud-enfermedad. Y no se restringen sólo a las condiciones materiales de vida. La salud del trabajador depende de las variables condiciones del proceso de trabajo que se producen en el seno del desarrollo histórico del modo de producción capitalista. Son importantes en su determinación factores tales como el tipo predominante de plusvalía extraída, el grado y tipo de desarrollo de las fuerzas productivas, el grado de control relativo del obrero sobre el proceso laboral, el grado de control estatal-patronal sobre los obreros y los avances en la organizazación reivindicativa y de clase (Laurell)²⁶.

26 El tema ha sido objeto de mucho estudio en el decenio reciente. Para su discusión teórica, véase: García, J. La categoría trabajo en la medicina. Cuad. Med. Soc. (Rosario, Argentina) 23: 5-17. 1983. Laurell, C. Proceso de trabajo y salud. Cuad. Pol. No 17, ERA, México. 1978. Laurell C. Salud y trabajo: los enfoques teóricos, en "Ciencias Sociales y salud en la América Latina: tendencias y perspectivas". OPS-CIESU. 1986. Como ejemplo de un estudio empírico, véase Laurel, C. et al. Cuad. Med. Sociales (Rosario, Argentina), 40:25-52, 1987 y 51: 5-26. 1990. Trabajo y Salud fue un tema central en el 4o Congreso Latinoamericano de Medicina Social, Colombia, 1987

Cuadro 8
Mortalidad por grupos ocupacionales, hombres, 15-64 años.
Inglaterra y Gales, 1971-1981

Grupos de ocupaciones	Tasas por 100 000		Cambio %	APVP* por 1000	
	1970-72	1982-83**		1971	1981
I Profesional	4.62	3.71	-20	48	37
II Administ. sup. y gerencial	4.86	4.18	-14	52	42
III No-manual, calificado	5.91	5.21	-12	63	53
IV Manual, semi-calificado	6.81	6.41	- 6	77	68
V Manual no calificado	8.32	9.09	+ 9	101	103
RR V/I	1.80	2.45	—	—	—
TOTAL	5.97	5.43	- 9	—	—

Fuentes. Tasas: Townsend (Table 2). APVP: Blane (Table III).

* Años Potenciales de Vida Perdidos hasta los 65 años de edad.

** Edad 20-64 años. Para columnas restantes, 15-64 años.

Veamos ahora los resultados de algunas investigaciones. El Cuadro 8 muestra que las tasas de mortalidad del hombre adulto en Inglaterra y Gales crecen a medida que la ocupación es menos calificada y tiene un carácter manual. En el decenio del 70, el descenso de la mortalidad se ha concentrado en los grupos ocupacionales en mejor situación, en tanto que hay escaso progreso (y aún franco deterioro) en los que desempeñan labores de menor calificación. De este modo, las diferencias aumentan y en 1982-83, las tasas son 2.5 veces mayores en estos últimos grupos que entre los profesionales. Las diferencias de mortalidad eran mayores en los adultos más jóvenes, edad en que tienen mayor significado social.

Los contrastes son mayores si se utiliza el indicador "años de vida perdidos" a causa de las defunciones que ocurren antes de los 65 años de edad. En 1981, en tanto que en el grupo profesional la muerte precoz ocasiona una pérdida de 37 años por cada 1000 de población, este daño

Cuadro 9
Mortalidad por grupos de causas y grupos ocupacionales
Hombres, 16-64 años, Inglaterra y Gales, 1981

Grupos de ocupaciones	Años potenciales de vida perdidos por 1000			
	Todas causas	Enf. isquémica cardíaca	Neoplasmas malignos	Accidentes y violencias
I Profesional	37	12	11	10
II Administrat. superior	42	14	12	11
III No-manual, calificado	53	18	14	11
IV Manual, semi-calificado	68	21	17	20
V Manual no calificado	103	29	24	35

Fuente: Blane (Table IV).

sube a 103 años en los trabajadores manuales no calificados. Entre 1971 y 1981, la mortalidad no varía en este último grupo, en tanto que hay descenso en el resto.

El estudio de Blane pudo identificar, en hombres, las causas de muerte asociadas a estos contrastes (cuadro 9). En todos los grupos de ocupación estas causas son, casi por partes iguales, la enfermedad isquémica cardíaca, los tumores malignos y los accidentes y muertes violentas. En todas ellas hay una gradiente creciente de la mortalidad a medida que el nivel de la ocupación desciende, con una concentración del riesgo en la categoría V. En los tres grupos de causas se mantienen las tendencias diferenciales: descenso en ocupaciones no manuales, aumento o mantención en las manuales. Diversos estudios han mostrado que las causas de muerte que están asociadas a las diferencias sociales de la mortalidad, varían entre países, de acuerdo a su particular situación epidemiológica (Leclerc).

Mortalidad diferencial del adulto, por nivel de educación

Los contrastes sociales que se han descrito son aún mayores si se utiliza como indicador el grado de educación. El Cuadro 10 muestra que en Italia, 1981-82, las diferencias existen en todos los grupos de edad y sexo, y que son especialmente intensas en los hombres de

menores de 55. El índice de mortalidad (que es 100 para el total de cada grupo), alcanza a 155 en los analfabetos, en tanto que es sólo de 58 en las personas que tienen un título universitario. En cuanto a tendencias, los estudios de Feldman en EEUU, en hombres de 55-84 años, para el lapso 1960 a 1971-84, muestran que el descenso es proporcionalmente menor en el grupo con más baja educación, que tiene también un menor ingreso y reside de preferencia en áreas más pobres.

El estudio de Kitagawa et al., del cual se presentan algunos datos en el Cuadro 11, identifica las causas de muerte que están asociadas a las diferencias de la mortalidad por educación. Tiene el interés de referirse a 1960, cuando los niveles de la mortalidad en EEUU eran más semejantes a los que predominan hoy en los países menos desarrollados de América Latina.

Tal como en los diferenciales de mortalidad por ocupación, aquí se observa que los excesos de la mortalidad de los individuos con menos de 8 años de educación, relativos a los que han alcanzado la educación universitaria, se refieren a enfermedades cardio-vasculares y renales, tumores malignos, neumonías y accidentes. En las mujeres los contrastes son mayores en las afecciones cardio-vasculares, en tanto que en los hombres el mayor exceso de mortalidad se origina en los accidentes, a los que se agregan los suicidios.

Mortalidad del adulto y condiciones de vida

Es posible estudiar la asociación de la mortalidad con algunos determinantes existentes en el medio familiar, utilizando un índice que combine diversos indicadores de las condiciones materiales de vida.

En el estudio de Carstairs, se utiliza un índice de carencia (deprivation) basado en cuatro variables censales: hacinamiento, desocupación, ocupación de categoría baja y no posesión de auto. Con la información del censo de 1981 se clasificaron los distritos de Escocia en 7 grados de carencia. Un tercio de la población está en los tres grados que representan las peores condiciones de vida.

Para el total de la población, las razones de mortalidad (total = 100) ascienden sistemáticamente de 83 en la categoría en mejor situación a 125 en los distritos en peores condiciones de vida²⁷. El Cuadro 12

27 No se muestran en el cuadro 12.

Cuadro 10
Mortalidad del adulto por nivel de instrucción y sexo.
Italia, 1981-82

Grado de instrucción	Índice de cuocientes de mortalidad*			
	18-54 años		55-74 años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Ninguno	155	144	97	104
Primaria	114	102	104	100
Secundaria (primer ciclo)	90	93	103	93
Bachillerato	73	82	90	80
Licenciatura	58	83	82	69
Total	100	100	100	100

Fuente: Paganelli, 1991 (Tableau 1).

* Tasa por todos los grados de instrucción en cada grupo de edad y sexo = 100.

Cuadro 11
Mortalidad por nivel de educación y grupos de causas, 25-64 años, raza blanca, por sexo. EEUU, 1960.

Causas de muerte	Razones de mortalidad *			
	Hombres		Mujeres	
	Menos de 8	College	Menos de 8	College
Enf. cardio-vasculares y renales	106	80	138	66
Tumores malignos	109	83	113	92
Accidentes	145	64	119	96
Influenza, neumonía**	120	75	114	68
Suicidios	125	72	***	***

Fuente: Kitagawa et al., 1973 (Table 5.2).

* Tasa de todos los niveles de educación en cada grupo de causas y sexo = 100.

** 25 años y más.

*** Número insuficiente.

Cuadro 12
Condiciones materiales de vida y mortalidad en
hombres, 15-64 años. Escocia, 1980-82

Edad	Condiciones de vida		Peor/mejor
	Mejores (Razones de mortalidad*)	Peores	
15 - 24	80	110	1.38
25 - 34	65	148	2.28
35 - 44	62	160	2.58
45 - 54	64	146	2.28
55 - 64	74	132	1.78

Fuente: Carstairs et al. 1989 (Table III).

* Promedio de las razones de mortalidad (= 100 en cada grupo de edad). Mejores condiciones: promedios grupos 1 y 2. Peores condiciones: promedio grupos 6 y 7.

presenta los índices de mortalidad en hombres en cinco grupos de edad, para las categorías extremas de nivel de vida. Los contrastes de mortalidad se extienden a toda la vida del adulto y los excesos en estas muertes tempranas son mayores en las edades 25-54 años: el riesgo de morir es 2.5 veces mayor en las poblaciones que viven en condiciones más adversas.

Algunos factores de riesgo en las diferencias sociales de mortalidad en el adulto

La búsqueda de los mecanismos por lo cuales los determinantes sociales generan las diferencias de mortalidad en el adulto ha llevado a investigar si existen diferencias en la frecuencia de ciertos factores específicos de riesgo entre grupos sociales. Por ejemplo, es bien conocido que el hábito de fumar está asociado a mayor riesgo de muerte por afecciones cardiovasculares. El cuadro 13 muestra, en un estudio realizado en Canadá, que este factor de riesgo es más frecuente (31%) en los grupos de baja educación que en los sectores profesionales (14.5%). El contraste es mayor en los hombres de 20-44 años. En este estudio se encontró además que, en tanto que la proporción de fumadores regulares en las ocupaciones profesionales y gerenciales era de 21-24%, este hábito se observaba en casi el 40% de los trabajadores fabriles y de la minería, transportes y construcción. En EEUU se ha descrito, además, que el hábito de fumar ha descendido más rápidamente entre 1965 y 1985 en hombres con mayor educación (Feldman).

Cuadro 13
Porcentaje de fumadores regulares, población adulta,
según nivel de educación. Canadá, 1986.

Nivel de educación	% fumadores regulares
0-8 años	31.3
Secundaria incompleta	31.6
Postsecundaria	24.9
Título universitario	14.5

Fuente: Millar (cit. por Nicholls)

Pero este factor de riesgo explica sólo una parte de la mayor mortalidad por enfermedades cardíacas observada en las poblaciones que están en peores condiciones de vida. Feldman analiza el riesgo relativo de morir de dos grupos de educación (0-7 años / 12+). Los menos educados tienen un ingreso significativamente inferior y residen con más frecuencia en áreas pobres. Pues bien, para hombres de 45-64 años, los fumadores alcanzan a 53% en este grupo, versus 40% en el grupo que está en mejores condiciones. El riesgo relativo se estima en 2.53 y, controlada la asociación con el hábito de fumar, continúa siendo significativo (2.27). La conclusión (que confirma lo observado en otros estudios), es que la mayor parte de la diferencia de mortalidad entre estos grupos socio-económicos no puede ser "explicada" por los factores de riesgo que ha sido posible estudiar.

En el capítulo siguiente se discuten las implicaciones para América Latina, de las diferencias sociales en mortalidad del adulto que se han descrito en países avanzados.

SINTESIS Y COMENTARIOS GENERALES

Las dimensiones del problema de las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina

En el capítulo precedente se han sintetizado algunos estudios que muestran que, aún en las economías industrializadas más avanzadas del mundo actual, persisten diferencias sociales de la mortalidad del adulto. En la infancia existe una situación similar, aunque en un grado bastante variable.

Estas desigualdades ante la muerte no son sino la expresión, en términos de vidas humanas, de los problemas sociales de falta de equidad que son propios a la estructura social y a las características del proceso de desarrollo de las sociedades consideradas como las más avanzadas en el mundo contemporáneo²⁸. Una sociedad en que la justicia social sea realidad parece ser, por ahora, tan sólo un ideal²⁹.

Esto no quiere decir, sin embargo, que la situación existente en América Latina (y en el Tercer Mundo, en general) sea en cierto modo inevitable y aceptable. Es, de hecho, mucho peor que la del mundo industrializado avanzado.

Las investigaciones sobre la mortalidad en la infancia en América Latina señalan, en síntesis, que hay sistemáticas diferencias entre los grupos sociales que se han analizado, cualquiera que sea el indicador

28 El informe Black puso en evidencia en 1980 que existían grandes diferencias en la mortalidad y la morbilidad en Gran Bretaña, que favorecían a las clases sociales altas, desigualdades que no habían sido subsanadas por los servicios sociales y de salud (Smith et al.). Las diferencias crecientes en el decenio reciente han estimulado un gran debate sobre las desigualdades socioeconómicas y su impacto en salud, en especial sobre la mortalidad. Además de Smith, 1990, véase, por ejemplo, en el *Int. Journal of Health Services*: Townsend, P. Individual or social responsibility for premature death? Current controversies in the British debate about health (20: 373-392, 1990); Townsend, P. Widening inequalities of health in Britain: a rejoinder to R. Klein (20: 363-372, 1990); Klein, R. Making sense of inequalities: a response to P. Townsend (21: 175-181, 1991); Townsend, P. Evading the issue of widening inequalities of health in Britain: a reply to R. Klein (21: 183-189, 1991).

29 Una discusión de lo que podría hacerse ante una situación que los autores consideran "inaceptable para la Europa de los años 1990" se encuentra en Whitehead, M. y Dahlgren, G. "What can be done about inequalities in health". *The Lancet*, 338: 1059-1063, 1991.

que se utilice para formar estos grupos. Aquellos donde el riesgo es mayor son siempre los conglomerados sociales de más bajo nivel en cada país. Estos son, entre otros: los hijos de campesinos pobres, trabajadores manuales no calificados que son asalariados (especialmente peones agrícolas) o que pertenecen al mercado informal; padres con baja o nula educación, residentes en viviendas en malas condiciones, grupos indígenas.

La gravedad del problema tiene varias dimensiones. Es grave, desde luego, porque las diferencias entre las tasas de mortalidad de los diversos grupos sociales son considerables. Aún en Costa Rica, con una mortalidad infantil de sólo 20 por mil en 1980, las tasas de los grupos de riesgo varían entre 12 y 36 por mil. En Nicaragua, en condiciones más adversas (tasa nacional 83 por mil) la variación es entre 26 y 105 por mil.

A ello se agrega que tales diferencias se establecen en el seno de una elevada mortalidad general. El Cuadro 14 muestra que en los 14 países de mayor mortalidad, que comprenden el 85% de la población regional, las tasas en 1985-90, comparadas con las de Cuba-Costa Rica, son entre 6-9 veces mayores en la infancia y 3-4 veces más altas en el adulto joven.

Por estas dos razones, en los grupos sociales más desvalidos de América Latina, los riesgos de morir en la infancia pueden alcanzar, aún en la década del 80, a 70-100 por mil. Esta era la tasa promedio que existía en 1910-1920 en los países más avanzados de Europa y de EEUU.

Una tercera característica de la situación del problema en América Latina es que los grupos de mayor riesgo constituyen una significativa proporción de la población nacional. En Guatemala, cerca de la mitad de los nacimientos ocurren en el población indígena, que tiene una notoria menor sobrevivencia. En Centroamérica, el 57%-81% de los nacimientos en los países de mayor mortalidad ocurren en mujeres de nula o baja educación. Esta situación contrasta con la existente en países avanzados. En Inglaterra y Gales, por ejemplo, la población en la clase V, que es la de mayor mortalidad, alcanza solo al 4% del total (Carstairs).

Otra referencia sobre la magnitud de las poblaciones expuestas a mayores riesgos son las estimaciones de CEPAL sobre la aterradora magnitud de la pobreza en América Latina. De acuerdo a ellas, en 1989,

Cuadro 14

Mortalidad por edades en países latinoamericanos agrupados según el nivel de la esperanza de vida al nacimiento. 1985-90

Países	Esperanza vida al nacer	Tasas de mortalidad*			% del total de población de Amér. Latina
		0-4	15-39	40-64	
Bolivia, Haití	63-55	35.8	4.6	16.1	3.2
El Salvador, Gua- temala, Honduras, Nicaragua, Perú	61-64	23.4	3.1	10.0	10.5
Brasil, Colombia, Ecuador, México, Paraguay, Repub.Do- minicana, Venezuela	65-70	14.8	2.4	9.6	71.6
Argentina, Chile, Panamá, Uruguay	70	6.8	1.5	8.8	11.6
Costa Rica, Cuba	75	4.0	1.2	6.0	4.1

* Tasas por mil (promedios ponderados por las población nacionales)

Fuente: OPS, cuadro 17.

el 44% de la población (equivalente a 183 millones) está en el nivel de pobreza y el 21% (88 millones) en una categoría aún más seria, esto es, la indigencia³⁰.

En suma, la situación epidemiológica en discusión esta caracterizada por las elevadas tasas de mortalidad infantil, sus acentuados contrastes entre grupos sociales y las significativas proporciones de expuestos a los mayores riesgos.

Qué puede decirse de las diferencias sociales de la mortalidad del adulto, sobre las cuales se cuenta sólo con las referencias de países más

30 Los hogares pobres son aquellos que no tienen un monto mínimo de ingreso que les permita satisfacer las necesidades básicas de sus miembros. Los hogares en indigencia no lograrían adquirir una canasta básica de alimentos, aún en el caso de que gastaran todo su ingreso en su alimentación (CEPAL).

avanzados? La información que se ha resumido señala que la situación de mortalidad excesiva y de grupos importantes de expuestos, es también válida para el adulto. Por otra parte, en la experiencia histórica de los países avanzados, se registraron significativas diferencias sociales en la mortalidad adulta (Pamuk) cuando ellos tenían una mortalidad general similar a la que prevalece hoy en día en muchos países latinoamericanos.

Por cierto, la situación epidemiológica de estos países es muy heterogénea, como lo muestra el Cuadro 14. Las diferencias socio-económicas de la mortalidad del adulto también deben serlo, así como las causas de muerte que contribuyen a ellas. En aquellos de menor mortalidad, que son los únicos que tienen una información más confiable sobre causas de muerte, predominan las muertes por afecciones cardio-vasculares, tumores malignos y accidentes (OPS; CELADE), tal como en los país avanzados. Los estudios en otras regiones han mostrado que son precisamente en estos grupos de causas donde existen, con más frecuencia e intensidad, diferencias sociales en la mortalidad. Asimismo, en varios países latinoamericanos hay una mortalidad excesiva por cirrosis hepática, que puede contribuir a producir contrastes sociales de la mortalidad. En Italia, esta mortalidad es 3.5 veces mayor en hombres de baja o nula educación, respecto a aquellos con grados universitarios (Pagnanelli).

Por otra parte, hay diferencias en ciertos factores de riesgo, que tienen efectos contrapuestos sobre la mortalidad. Es posible que algunos (hábito de fumar, dieta grasa, por ejemplo) tengan una menor incidencia que en ciertos países industrializados, pero otros operan en sentido inverso (alcoholismo, condiciones del trabajo, violencia).

En todo caso, es razonable pensar que en las poblaciones que forman los grandes núcleos de pobreza e indigencia de América Latina, que han sido cuantificados por CEPAL, la enfermedad y la muerte sean más frecuentes en el adulto que en el resto de la población, tal como se ha comprobado que lo son en la infancia.

Transición epidemiológica y diferencias sociales de la mortalidad

Históricamente, la baja de la mortalidad está asociada a un cambio en su estructura por edad y por causas de defunción. El predominio de la muerte al comienzo de la vida es reemplazado por la creciente importancia de la mortalidad del adulto. En el primer año de vida, la

mortalidad de 1-11 meses cede el primer lugar a las muertes neonatales. A medida que la desnutrición y las enfermedades infecciosas son dominadas, las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las muertes violentas llegan a ser causas prioritarias de muerte.

Los grupos sociales, que difieren en el nivel de la mortalidad, se encuentran en diversos momentos de esta transición epidemiológica. Tal situación resulta importante cuando se trata de diferencias entre sectores sociales de un mismo país. Esto es lo que Breilh ha llamado "perfiles epidemiológicos de clase". Y son significativos porque implican que los planes que intenten superar estas diferencias, tienen que considerar estrategias y prioridades que sean coherentes con ellos.

Desde otro punto de vista, las tendencias de los contrastes sociales de la mortalidad son un componente importante de la transición epidemiológica. Es posible que en una fase inicial, casi todos los grupos sociales compartan una alta mortalidad. La situación que se ha detectado en Latinoamérica es más bien una etapa ulterior, en la cual los progresos se concentran en los grupos en mejor posición. Se producen así crecientes diferencias de riesgo y la tasa nacional hace limitados descensos. Lo importante es que en las etapas siguientes de la reducción de la mortalidad en la infancia, el descenso de las tasas nacionales depende de la intensidad y rapidez con que la baja se extienda a los grupos sociales en condiciones más desmedradas. De este modo, se reducen las brechas que eran crecientes en un comienzo, y los contrastes que persistan ocurren a un menor nivel de mortalidad (Gráfico 2).

Crisis económica y diferencias sociales de la mortalidad

El impacto social de la recesión económica que ha sufrido América Latina en la década de los 80 ha sido objeto de mucho estudio y discusión, en particular su repercusión en salud. Para la discusión de las perspectivas que tienen las desigualdades sociales de la mortalidad, es pertinente citar el análisis de la llamada "deuda social" que ha hecho PREALC/OIT para la América Latina. La "deuda social" es el costo de superar las condiciones en que ha vivido históricamente la población en situación de pobreza. Y, en la crisis actual, es el costo de reparar el deterioro que se agregó al déficit histórico, a causa de las políticas de ajuste motivadas por la magnitud de la deuda externa.

"Una de las principales lecciones del proceso de reajuste reciente en la región consiste en que el peso del mismo fue absorbido desigual-

mente por los diferentes grupos sociales. Ante la severa restricción impuesta por el pago de la deuda externa, se desarrollaron políticas de corte recesivo, que implicaron una reducción generalizada del nivel de vida. La mayor parte del costo de este ajuste cayó sobre los grupos sociales cuyos ingresos provienen del mercado de trabajo ³¹, lo cual significó que sus niveles de vida se deterioraran a una velocidad superior a los del resto de la sociedad. La deuda externa y la deuda social están íntimamente relacionadas”

Además del efecto directo que este deterioro tenga sobre la salud de los sectores sociales más abandonados, las mencionadas políticas de ajuste restringen los recursos del Estado para implementar políticas que tiendan a mitigar las desigualdades sociales de la salud.

No se disponen de estudios que muestren qué impacto tiene la situación descrita en las diferencias sociales de la mortalidad. Pero es razonable pensar que ella constituye un condicionante que opera en el sentido de mantener estas desigualdades o de moderar su reducción. Es pertinente citar aquí un estudio reciente de Wilkinson en países avanzados, que ilustra el impacto de las desigualdades del ingreso en la mortalidad. Gran Bretaña y Japón tenían en 1970 una similar esperanza de vida y distribución del ingreso. En los siguientes 20 años, las diferencias del ingreso entre grupos sociales tuvieron en el Japón una espectacular reducción, los contrastes sociales de la mortalidad disminuyeron y la esperanza de vida ha llegado a ser una de las más altas en el mundo. En Gran Bretaña, por el contrario, los contrastes sociales del ingreso y de la mortalidad han aumentado, y el progreso en la esperanza de vida se ha deteriorado.

Las perspectivas del problema de las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina

Las investigaciones que se han resumido ponen de manifiesto la importancia de los determinantes estructurales en la génesis de estas desigualdades en la región latino-americana. Los análisis económicos y sociales de CEPAL indican que, en general, la falta de equidad de los modelos de desarrollo son persistentes y, que en algunos aspectos, la

31 “El costo del ajuste entre 1980 y 1985 recayó sobre el sector trabajador, que disminuyó en 4% su participación en el ingreso nacional. La mayor participación del capital en el ingreso se tradujo en un incremento excesivo (9%) en el consumo de los capitalistas, a expensas de reducción de la inversión (6%) y del consumo de los trabajadores” (PREALC/OIT).

situación se ha deteriorado. Y señalan también que el problema está afectado por la situación de dependencia de estos países respecto a las economías centrales y a intereses internacionales³².

De este modo, superar el modo tan injusto en que transcurre la vida y ocurre la muerte en nuestras sociedades, requiere de cambios radicales y urgentes en su estructura económica y social, y en sus formas de intercambio internacional .

En tanto que ello no ocurra, bueno es examinar el significado de la información empírica de que disponemos. Esta información muestra que, por lo menos hasta mediados de la década de 1980, las tasas nacionales de mortalidad infantil estaban en descenso en todos los países, incluyendo aquellos donde inicialmente eran muy altas. Los estudios fragmentarios de que se dispone y que alcanzan sólo a la década de los 70 o comienzos del 80, señalan que este descenso cubre todos los grupos sociales que se han investigado, aún aquellos que se encuentran en condiciones más adversas³³ .

Por cierto, las tasas son aún altas, los contrastes entre los grupos son enormes, los riesgos en los grupos más expuestos son inaceptablemente elevados y la velocidad del descenso es insuficiente. Pero la mejoría en la sobrevida infantil, que está ocurriendo en escenarios epidemiológicos muy diversos, parece una realidad generalizada. Es probable que las diferencias sociales de la sobrevida infantil, en general, también tiendan a disminuir. Conviene recordar que el análisis se refiere a la mortalidad. En términos de la globalidad del proceso salud-enfermedad, es posible que los contrastes sociales sean mayores y más persistentes.

Salvo excepción, no hay investigaciones en América Latina que permitan precisar cuales son las modificaciones en la trama de condicionantes de la mortalidad que han determinado este curso. Una de las causas posibles de la baja de la mortalidad deriva del hecho que ninguno de los regímenes nacionales imperante puede permitir que

32 Para una síntesis de la situación y perspectivas de las relaciones internacionales comerciales de América Latina, véase CEPAL. Las relaciones comerciales de América Latina. Notas sobre Economía y el Desarrollo. No 487. 1990.

33 Por las deficiencias de las estadísticas vitales y porque se ha hecho frecuente uso de métodos indirectos de estimación de la mortalidad, los resultados de los estudios disponibles deben juzgarse con reserva en algunos aspectos. Pero no hay dudas que el descenso es generalizado

estas desigualdades sociales perduren indefinidamente o se agraven, por obvias razones políticas y económicas. La respuesta ha sido implementar medidas, especialmente medidas sociales, con el propósito de alcanzar un menor grado de desigualdad³⁴. En el caso de la salud, estas políticas han sido favorecidas por el desarrollo de tecnologías apropiadas para la actual situación y de estrategias para su aplicación.

Estas políticas no son una solución integral del problema y su eficacia y eficiencia están limitadas por las mismas condiciones estructurales que generan el problema de mortalidad³⁵. No obstante, si ellas son políticamente factibles, constituyen una respuesta cuyo alcance debiera ser evaluado³⁶.

No hay duda que la intolerable agresión contra la vida y la salud que sufren los grupos sociales más postergados de nuestra América Latina continuará siendo motivo de lucha para superarla. Y, a la vez, de estudio para detectar los progresos que se hagan y los procesos que los generan³⁷. Los demógrafos, así como muchos otros profesionales, pueden hacer significativos aportes a esta apasionante y útil tarea interdisciplinaria.

-
- 34 La OPS advierte, con razón, que no se trata, como está sucediendo en algunos países, de implementar "políticas sociales que se limitan a proteger los sectores mas vulnerados por la crisis, en el sentido de "paliar" los efectos desigualitarios que la liberación de la economía produce, mientras se concentran las acciones privadas y públicas en la reactivación del desarrollo económico" (Con diciones de salud de las Américas. 1990. Vol. I. pág. 12).
- 35 La discusión de alternativas fue tema del VI Congreso Mundial de Medicina Social (Islas Canarias, España. Diciembre 1989). Ver Divulgacao em Saude para Debate (Publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde). No 2. 1989.
- 36 Hay que recordar que la espectacular experiencia de Costa Rica, se da en condiciones históricas que son una excepción en América Latina. De igual modo, en Cuba, el extraordinario progreso en salud ocurre en el seno de una profunda modificación del sistema y se alcanza a pesar de severas restricciones externas al país. La tasa de mortalidad infantil ha descendido a 11 por mil y la última información conocida sobre diferencias sociales de la mortalidad infantil mostraba franca reducción ya en la década de 1970. La experiencia de ambos países señala, en todo caso, el enorme progreso que es posible alcanzar en América Latina, aún en condiciones de subdesarrollo.
- 37 La Organización Panamericana de la Salud (OPS) auspicia una investigación en varios países de América Latina que se propone describir las diferencias en los perfiles de mortalidad y sus tendencias durante la actual crisis, en grupos de población que difieren por sus condiciones de vida (Castellanos, P. Coordinador. Pobreza y desigualdades en perfiles de mortalidad. Proyecto Regional Tipo II, 1992).

BIBLIOGRAFIA

- Behm H. y Robles A. **La mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice, 1970-1985**. CELADE. Serie OI, No 1003 1988. Behm H. y Barquero J. **La mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice: Costa Rica 1980-89, Nicaragua 1980-85**. CELADE. 1990. Behm, H., Granados, D. y Robles, A. **Costa Rica: los grupos sociales de riesgo para la sobrevivencia infantil: 1960-1984**. CELADE, Serie A, No 1049. 1987. Behm, H. y Vargas E. **Guatemala: diferencias socioeconómicas de la mortalidad de los menores de dos años, 1968-1976**. CELADE. Serie A, No 1044. 1984.
- Behm H. **Los determinantes de la sobrevivencia en la infancia: un marco de referencia para su análisis**. En CELADE. Factores sociales de riesgo de muerte en la infancia. Serie OI. No 41. Santiago, Chile. 1990.
- Bicego, G.T. y Boerma, T.C. **Maternal Education and Child Survival: A Comparative analysis of HHS**. En Demographic and Health Surveys World Conference. August 5-7, 1991. Washington, DC. Macro International INC. Columbia, MA, USA. 1991
- Blane, D., Smith G. y Bartley, M. **Social class differences in years of potential life lost: size, trends, and principal causes**. British Med. Journal. 301: 429-432. 1990.
- Bloch, C., Torres, Z., Troncoso, M., Belmartino, S. y Torrado, S. **El proceso de salud-enfermedad en el primer año de vida**. Cuad. Med. Sociales (Rosario, Argentina). 32: 5-19. 1985.
- Breilh, J. y Granda, E. **Ciudad y muerte infantil**. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Quito, Ecuador. 1983.
- Bronfman, M. **Infant mortality and crisis in Mexico**. Int. J. Health Serv. 22: 157-168. 1992.
- Bronfman, M. y Tuirán, R. **La desigualdad social ante la muerte**. El Colegio de México. 1983.
- Caldwell J. et al. (Edit.). **What we know about Health Transition: the cultural, social and behavioural determinants of health**. Health Transition Series No 1 y 2. The Australian National University. 1990.
- Carstairs, V. y Morris, R. **Deprivation: explaining differences in mortality between Scotland and England and Wales**. Brit. Med. Journal. 299: 886-889. 1989
- Castellanos, P. **Condiciones de vida y salud**. 4o Congreso Latinoamericano de Medicina Social y 5o Congreso Mundial de Medicina Social. Agosto 3-7 de 1987. Recinto Quirama, Colombia.
- Castellanos, P.L. (Coor). **Pobreza y desigualdades en perfiles de mortalidad**. OPS. 1992.
- CELADE, IUSSP, OPS. **Seminar on Causes and prevention of adult mortality in developing countries**. Santiago, Chile. Octubre 1991.
- CEPAL. **Magnitud de la pobreza en América Latina en los años ochenta**. Notas sobre

la economía y el desarrollo. No 494/495. 1990.

- Feldman, J., Makuc D., Kleinman J. y Cornoni, J. **National trends in educational differentials in mortality.** Am. J. Epidemiology. 129: 919-933. 1989.
- Fox, A. **Socio-economic differences in mortality and morbidity.** Scand. J. Social Medicine. 18: 1-8. 1990.
- Frenk, J., Bobadilla J., Stern C., Frejka, T. y Lozano R. **Elements for a theory of the health transition.** Health Transition Review, 1:21-38. 1991
- Guzmán, J.M. **Trends in socio-economic differentials on infant mortality in selected Latin American countries.** IUSSP Seminar of Social and biological correlates of mortality. Tokyo, Japan. 1984.
- Kitagawa, E. y Hauser Ph. **Differential mortality in the United States: a study in socioeconomic epidemiology.** Harvard University Press. 1973.
- Laurell, C. **La enfermedad como proceso social.** Cuad. Med. Sociales (Rosario, Argentina). 19: 7-20. 1982.
- Laurell, C. **El estudio del proceso de salud-enfermedad en América Latina.** Cuad. Med. Sociales (Rosario, Argentina). 37: 3-18. 1986.
- Leclerc, A., Lert F. y Fabien C. **Differential mortality: some comparisons between England and Wales, Finland and France, based on inequalities measures.** Int. J. Epid. 19: 1001-1010. 1990.
- Marmot M. y Theorell, T. **Social class and cardiovascular disease: the contribution of work.** Int. J. Health Services. 18: 659-674. 1988.
- Merrick, T. **The effect of piped water on early childhood mortality in urban Brazil, 1970-76.** World Bank Staff Working Papers No 594. Washington, 1983.
- Nicholls, E. **Diferenciales de mortalidad en las enfermedades no transmisibles según nivel socio-económico.** Seminar on Causes and prevention of adult mortality in developing countries. IUSSP, CELADE, OPS. Santiago, Chile. Octubre 1991.
- Organización Panamericana de la Salud. **Las condiciones de salud en las Americas.** Edición de 1990. Pub. Científica No 524. 1990.
- Pamuk, E. **Social class inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales.** Population Studies. 39: 17-31. 1939
- Pagnanelli, F. Italie. **Les differances de mortalité selon certains facteurs socio-économiques: une synthese des informations.** En INED, INSEE, CICRED. Socio-economic differential mortality in industrialized societies. Paris, 1991.
- PREALC/OIT. **La deuda social en América Latina y el Caribe.** Notas sobre la economía y el desarrollo No 472/473. CEPAL. 1989
- Rosero, L. **Determinantes del descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica.** Demografía y Epidemiología en Costa Rica. 1984

- Smith D.G., Bartley, M. y Blande D. **The Black Report on socioeconomic inequalities in health 10 years on.** British Med. J. 301: 373-377. 1990.
- Surault, P. **Post-modernité et inégalités devant la mort.** En INED, INSEE, CICRED. Socio-economic differential mortality in industrialized societies. Paris. 1991.
- Sawyer, D.O. y Beltrao, K. **"Healthy households" and child survival in Brazil.** Demographic and Health Surveys World Conference Washington, August 5-7, 1991. Washington, DC. IRD/Macro International, Inc. 1991.
- Townsend, P. **Widening inequalities of health in Britain.** Int. Journal of Health Services. 20: 363-372. 1990.
- UNICEF. **Estado mundial de la infancia 1992.** pag.72, tabla 1.
- Valkonen T., Javanainen M., Koskinen S., Martelin T. y Martikainen, P. **Research on socio-economic differential mortality at the Department of Sociology, University of Helsinki.** En INED, INSEE, CICRED. Socio-economic differential mortality in industrialized societies. Paris, 1991.
- Vasco, A. **Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad.** Taller Latinoamericano de Medicina Social. Medellín, 1987.
- Wilkinson, R.G. **National mortality rates: the impact of inequality?.** Am. J. Public Health. 82: 1082-1084. 1992.