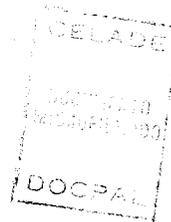


CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

CELADE - San José



**MORTALIDAD EN AMERICA CENTRAL:  
REALIDAD ACTUAL Y PERSPECTIVAS**

Hugo Behm Rosas

*Nuevo*

Presentado a solicitud del IDESPO en la mesa sobre "Cambio social y población en América Central", en el Simposium América Central frente a la década de los 80", organizado por la Escuela de Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Costa Rica

Heredia, Costa Rica  
Octubre de 1981

CELADE - SISTEMA DOCPAL

DOCUMENTACION  
SOBRE POBLACION EN



## MORTALIDAD EN AMERICA CENTRAL: REALIDAD ACTUAL Y PERSPECTIVAS

Hugo Behm Rosas

En este artículo se analiza, con la información demográfica más reciente, la situación actual de la mortalidad en América Central y se discuten los factores que definen hoy su posible curso futuro.

En general, hay una correspondencia entre el grado de desarrollo de un país -y, por tanto, del nivel de su mortalidad- y la eficiencia de los sistemas de información demográfica. De lo cual resulta que el conocimiento de la mortalidad en la región centroamericana es mediocre para la mayoría de su población <sup>1/</sup>. En el interior de los países, la omisión del registro de defunciones es variable, siendo a menudo mayor en las poblaciones menos desarrolladas, lo que imposibilita los análisis por divisiones geográficas. Un avance significativo se ha obtenido con los métodos indirectos desarrollados por diversos demógrafos, los cuales derivan estimaciones de mortalidad de fuentes ajenas al registro de defunciones (Hill y Trussell, 1977).

---

<sup>1/</sup> Para Guatemala, Checkiel e Isaacs (1978) estimaron en 19% la omisión del registro de muertes en 1972-73 para los menores de un año; en 5% en la edad 1-4 años y aproximadamente en 3% sobre esta edad. En El Salvador, la estimación de Campos (1975) para 1961-71 es 41% en menores de un año, proporción que decrece a 23% en mayores de 10 años. En Honduras, la omisión en 1971-72 sería de 43,7% según Ortega y Rincón (1975). Para Nicaragua, las estimaciones indirectas de la mortalidad infantil (Behm et. al. 1977) significarían una omisión de 65% en el registro de muertes. En Costa Rica, Ortega (1977) estima la omisión en 10% para los menores de 5 años en 1973.

En este trabajo se utilizan las mejores y más recientes estimaciones de mortalidad de que ha sido posible disponer; no obstante, ellas deben ser interpretadas sólo como una aproximación a la realidad. A pesar de todo, los contrastes de mortalidad que analizaremos son de tal magnitud, que las limitaciones implícitas en las cifras que se emplean no arrojan dudas fundamentales sobre la dramática situación que los hechos demográficos ponen en evidencia.

### El nivel y las tendencias pasadas de la mortalidad

La esperanza de vida al nacimiento es un indicador sintético e inverso de la mortalidad. Sus valores, a partir de 1950, para el total de Centro América y los países que la componen (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y Nicaragua) se presentan en el cuadro 1 y el gráfico 1. Son cifras recientemente revisadas (CELADE, 1981a) y comentadas (CELADE, 1981b) que fueron elaboradas para hacer las respectivas proyecciones periódicas de población.

De acuerdo con estas cifras, América Central ha alcanzado en el quinquenio que estamos comenzando (1980-1985) una esperanza de vida media al nacer de 61,1 años. En comparación con países avanzados, persiste aún un retraso considerable. En el gráfico puede observarse que este nivel fue registrado en EEUU hace 50 años (US Department of Health, 1980) y en Suecia aún antes, a comienzos de la década de 1920 (Dublin et.al., 1936). Aún hoy, un recién nacido en América Central tiene en promedio 14 años menos de vida que un niño que nace en países donde el derecho a la vida tiene mayor vigencia. Respecto a América Latina, la región centroamericana se sitúa por debajo del promedio de toda esta América (63,9 años para 1980-1985) y la esperanza de vida al nacimiento es discretamente menor que en todas las restantes regiones latinoamericanas.

Cuadro 1

## ESTIMACIONES DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO, PAISES DE AMERICA CENTRAL, EEUU Y SUECIA, 1950-2000

A ñ o	Total América Central	Costa Rica	Panamá	El Sal- vador	Guate- mala	Hondur- ras	Nica- ragua	Subregiones a/		EEUU	Suecia
								Sur	Norte		
1950-1955	44,5	58,2	58,8	43,7	41,2	36,9	43,0	58,5	40,5	69,0	71,8
1955-1960	47,6	60,5	60,9	47,1	44,2	40,9	45,5	60,7	43,6	69,6	72,6
1960-1965	52,4	63,0	63,2	52,3	48,2	47,9	47,9	63,1	48,1	70,0	73,5
1965-1970	56,0	65,6	64,9	55,9	51,2	50,9	50,4	65,2	51,0	70,5	74,1
1970-1975	56,6	68,1	67,4	59,1	54,6	54,1	52,9	67,8	54,1	71,3	74,3
1975-1980	60,1	69,7	69,7	62,2	57,8	57,1	55,2	69,7	57,1	73,2	75,0
1980-1985	61,1	70,9	70,7	64,8	60,7	59,9	57,6	70,8	59,9	73,5	75,3
1985-1990	64,9	71,9	71,7	67,1	63,4	62,6	60,0	71,8	62,5	73,7	75,5
1990-1995	67,0	72,5	72,4	69,2	65,8	65,3	62,4	72,4	65,0	73,9	75,7
1995-2000	68,7	72,8	72,8	71,3	68,0	67,8	64,7	72,8	67,3	74,2	75,9

a/ Subregión Sur: promedio de Costa Rica y Panamá.

Subregión Norte: promedio ponderado de Guatemala, Honduras, Nicaragua; se excluye El Salvador.

Fuentes: Ref. 7, 11 y 12.

Gráfico 1.A

EL CURSO HISTORICO DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO  
EN AMERICA CENTRAL Y PAISES SELECCIONADOS  
1950 - 2000

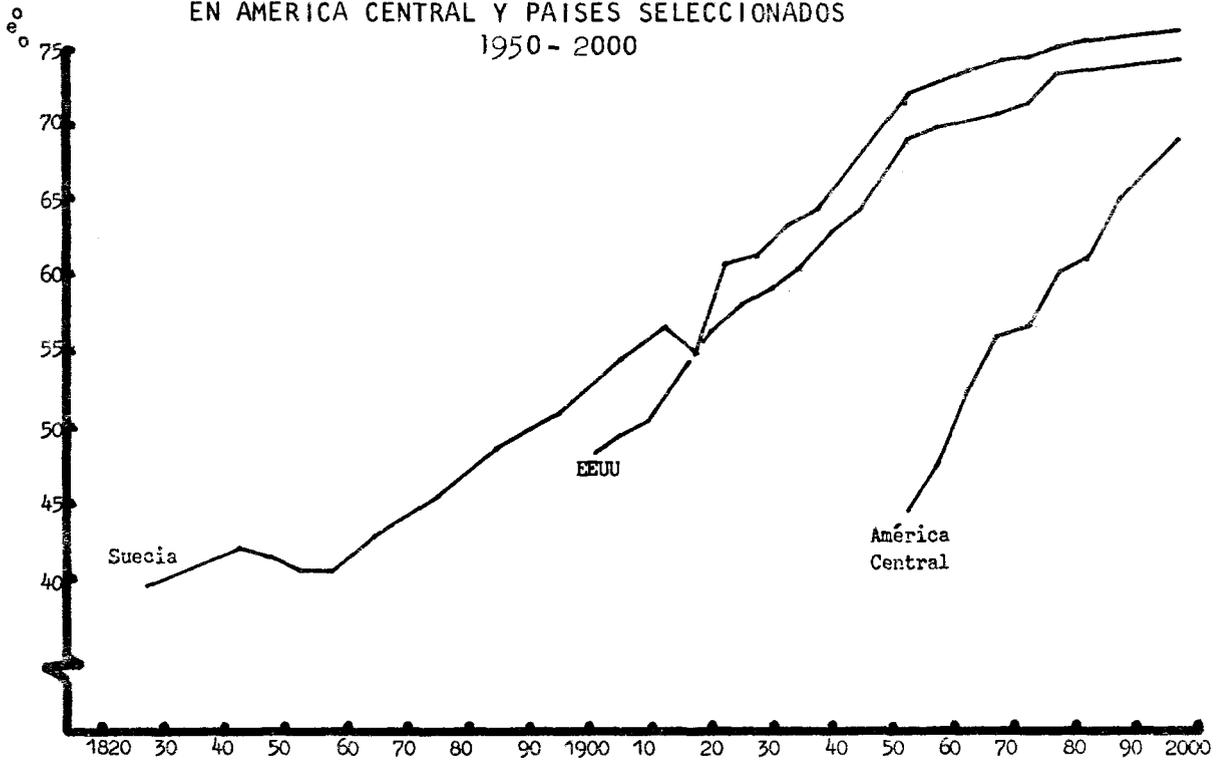
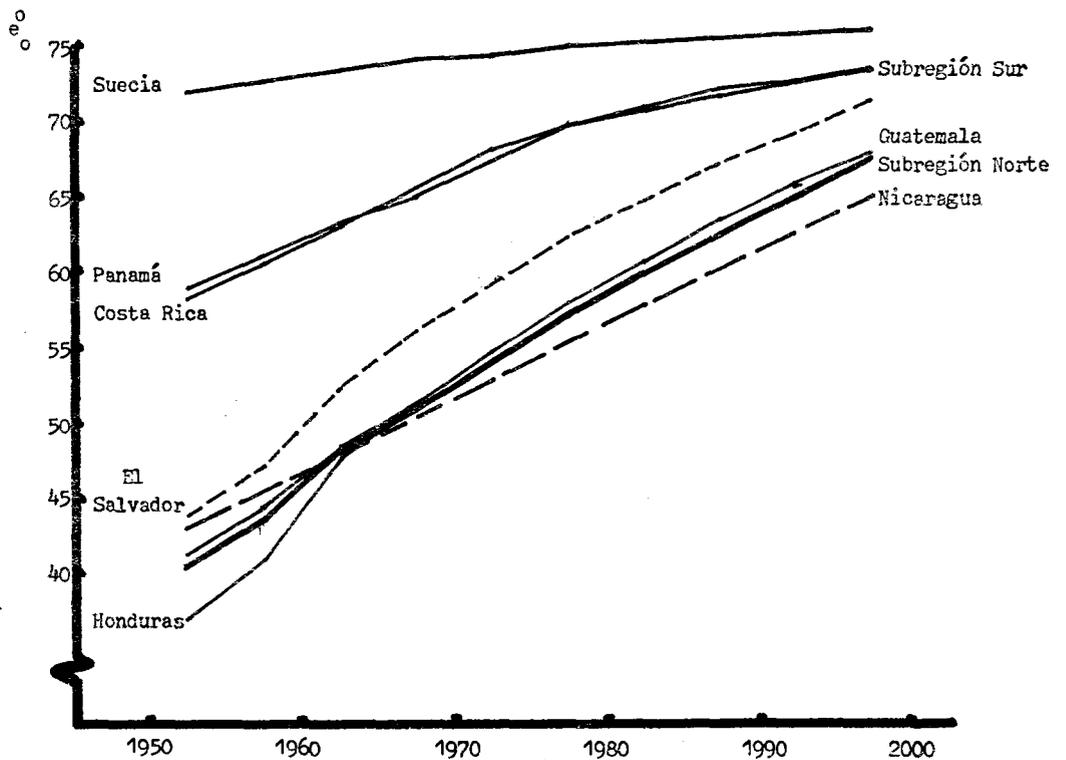


Gráfico 1.B



Fuentes: Cuadro 1 y Ref. 8 y 10.

El examen de la tendencia estimada para los últimos 30 años introduce unatónica más optimista en el análisis. En 1950-1955, América Central tenía una esperanza de vida al nacer de 44,5 años, que fue la misma observada en Suecia en 1841-1845, aproximadamente. Esto significa que Centroamérica logró en 30 años el progreso en este indicador que Suecia obtuvo en un lapso de 80 años, en general correspondiente al siglo pasado. Esta mayor rapidez en el descenso de la mortalidad contemporánea en países del llamado Tercer Mundo, en comparación con las tendencias de los países avanzados cuando tuvieron en el pasado similares niveles, ha sido repetidamente descrita. Su interpretación se relaciona con diferencias fundamentales en los contextos históricos en que ocurrieron estos descensos de la mortalidad, cuyo análisis rebasa el propósito de la presente comunicación.

### Hay dos Centroaméricas diferentes

Aunque se nos haya pedido considerar a la región de Centroamérica como un todo, necesariamente nos referiremos a la heterogeneidad existente en su interior porque ésta constituye una de sus características más importantes. En el cuadro 1 y gráfico 1-B es notorio que los países centroamericanos se agrupan en dos categorías bien distintas.

La Subregión Sur, formada por Costa Rica y Panamá, comprende sólo el 18% (4,1 millones) de la población estimada para todo Centroamérica en 1980 (22,1 millones). Para esta Subregión, la esperanza de vida al nacer se estima en 70,8 años para 1980-1985, que solo difiere en 4,5 años de la proyectada para Suecia en ese quinquenio. Los dos países tienen un curso bastante similar de la mortalidad <sup>2/</sup>.

---

<sup>2/</sup> Una tabla de mortalidad recién construida para Costa Rica en 1975-1980 muestra una esperanza de vida al nacer de 71,7 años, que es superior a la cifra de 69,7 años hasta ahora aceptada (CELADE, información provisional inédita). No se disponen de datos similares para Panamá.

Por el contrario, en la Subregión Norte (Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua), la situación es notablemente más desfavorable. Como se ve en el gráfico, las estimaciones hechas para El Salvador tienen un nivel intermedio entre las dos subregiones. Pero estas cifras corresponden a supuestos sobre las tendencias futuras de la mortalidad elaborados en 1975 (Alens, 1976), que no parecen realistas en la actualidad. No se disponen de nuevas cifras que permitan corregir estas estimaciones. Lo más probable es que este país no difiera substancialmente de los restantes en este grupo, por lo cual los promedios para la Subregión Norte se han calculado considerando sólo Guatemala, Honduras y Nicaragua. La esperanza de vida al nacimiento así obtenida bordea apenas los 60 años y tiene un atraso de más de 10 años respecto al resto de Centroamérica. Los países que la constituyen son los que hoy albergan a más del 80% de la población de la región (CELADE, 1981).

La disparidad entre las dos Subregiones es notoria desde que comienza la serie en 1950. Entonces la Subregión Sur había ya logrado una esperanza de vida que la Subregión Norte apenas ha alcanzado hoy. En 1950-1955, esta Subregión tenía una esperanza de sólo 40,5 años al nacimiento. Para igualar esta cifra en la historia de la mortalidad de Suecia, hay que remontarse a comienzos del siglo XIX. Aún hoy, a comienzos de la década del 80, en los países de la Subregión Norte centroamericana se supone que existe la misma mortalidad que se observó en EEUU en plena depresión de 1930 y en Suecia al término de la Primera Guerra Mundial. Tal es la magnitud de su atraso.

Se observa además que la velocidad del cambio es diferente en estas dos Centroaméricas. En el sector sur, la ganancia de la esperanza de vida al nacer promedia 0,41 años anualmente, al comienzo de la serie y tiende a reducirse en la actualidad. En la Subregión Norte, por el contrario, todo indica que las ganancias han sido afortunadamente más marcadas y mantenidas, promediando 0,65 años anualmente.

Los excesos de la mortalidad se concentran al comienzo de la vida

La mortalidad por edades para 1975-1980 se examinan en el cuadro 2 y el gráfico 2. Menos que resumir la totalidad de Centroamerica en cifras que son de escasa significación, se continuarán distinguiendo las dos Subregiones mencionadas. Las tasas por edades (ambos sexos) corresponden a las tasas centrales de las tablas de mortalidad contenidas en las proyecciones de población (CELADE, 1978).

En la Subregión Sur, las tasas son en general ligeramente superiores a las de EEUU (Naciones Unidas, 1978), salvo en los menores de 5 años, donde persiste una diferencia importante. La tasa en esta edad es 11,5 por mil para el conjunto Costa Rica y Panamá, y tan sólo de 3,9 por mil en EEUU. Otros países desarrollados tienen aún menor mortalidad <sup>3/</sup>.

En la Subregión Norte, por el contrario, las tasas son sistemática y notablemente superiores a las de EEUU en cada grupo de edad. Los excesos mas marcados y significativos se observan bajo 5 años de edad, donde la tasa de la Subregión alcanza a 34,8 por mil. En general, en los niños menores de 10 años, la mortalidad en este último conjunto de países es diez veces superior a la observada en EEUU.

<sup>3/</sup> En 1978 las tasas por mil son (World Health Organization, 1980):

País	Menores 1 año	1-4 años
EEUU (1977)	14,1	0,7
Japón	8,4	0,7
Suecia	7,8	0,4

Cuadro 2

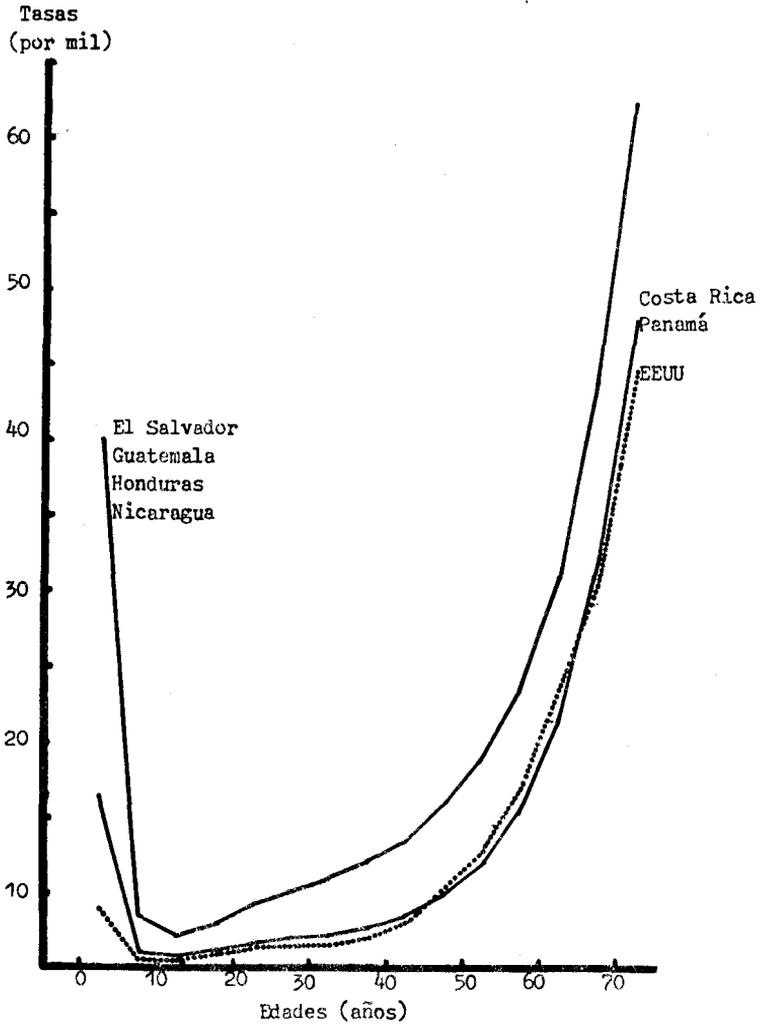
## TASAS DE MORTALIDAD POR EDADES, AMERICA CENTRAL 1975 - 1980 Y EEUU 1976

Grupos de edades	Tasas por mil			Defunciones						Total de defunciones en exceso en América Central	Porcentaje de muertes evitables
	Región Sur		EEUU	Región Sur			Región Norte				
	Región Sur	Región Norte		Observadas	Esperadas	0 - E	Observadas	Esperadas	0 - E		
TOTAL				22 399	16 232	6 167	217 963	63 005	154 958	161 125	67,1
0 - 4	11,5	34,8	3,9	6 273	2 109	4 164	108 298	12 085	96 213	100 377	87,6
5 - 9	1,0	3,5	0,3	520	156	364	9 000	774	8 226	8 590	90,2
10 - 14	0,8	2,2	0,3	383	149	234	4 722	656	4 066	4 300	84,2
15 - 19	1,2	3,1	1,0	533	448	85	5 782	1 847	3 935	4 020	63,7
20 - 24	1,7	4,2	1,3	632	492	140	6 377	1 988	4 389	4 529	64,6
25 - 29	1,9	5,1	1,3	572	395	177	6 292	1 598	4 694	4 871	71,0
30 - 34	2,2	6,0	1,4	525	337	188	5 854	1 364	4 490	4 678	73,3
35 - 39	2,7	7,1	2,0	530	391	139	5 635	1 596	4 039	4 178	67,8
40 - 44	3,4	8,3	3,1	569	513	56	5 659	2 103	3 556	3 612	58,0
45 - 49	4,8	10,8	5,0	677	706	- 29	6 296	2 926	3 370	3 341	47,9
50 - 54	6,9	14,0	7,7	817	909	- 92	6 668	3 680	2 988	2 896	38,7
55 - 59	10,4	18,7	11,8	1 025	1 160	- 135	6 872	4 332	2 540	2 405	30,5
60 - 64	16,4	26,0	18,2	1 300	1 444	- 144	7 228	5 064	2 164	2 020	23,7
65 - 69	26,2	38,8	25,4	1 558	1 511	47	8 073	5 290	2 783	2 830	29,4
70 - 74	42,9	57,5	39,5	1 749	1 611	138	8 188	5 627	2 561	2 699	27,2
75 - 79	68,8	85,9	61,9	1 765	1 587	178	7 362	5 304	2 058	2 236	24,5
80 y +	151,6	168,4	118,1	2 971	2 314	657	9 657	6 771	2 886	3 543	28,1

Fuentes: Ref. 14, 15 y 16.

Gráfico 2

TASAS DE MORTALIDAD POR EDADES EN CENTROAMERICA Y EEUU, 1975 - 1980

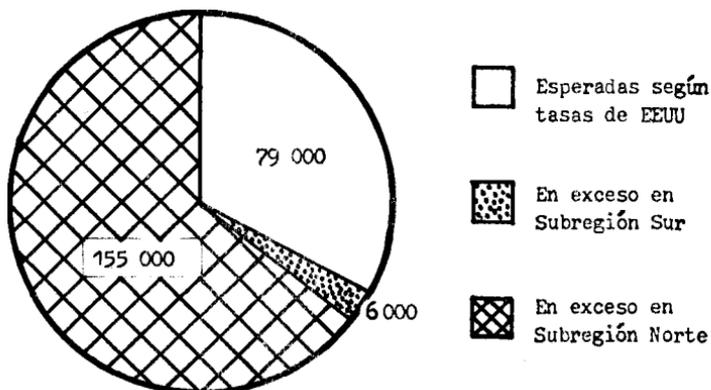


Fuente: Cuadro 2.

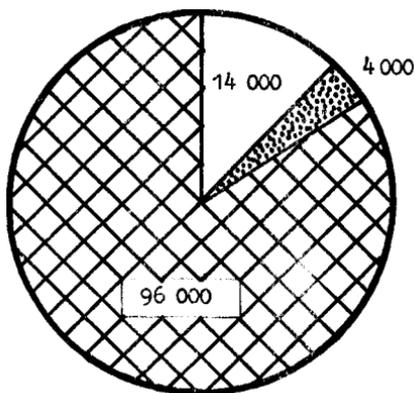
Gráfico 3

LAS MUERTES EN EXCESO EN AMERICA CENTRAL  
RESPECTO A EEUU, 1975 - 1980

Total de defunciones (240 000)



Muertes de menores de 5 años (114 000)



Fuente: Cuadro 2.

Con el fin de ilustrar de modo más directo las dimensiones de esta considerable brecha en el derecho a vivir, en el mismo cuadro 2 se calcularon las muertes esperadas en cada Subregión y grupo de edad, de acuerdo a las tasas correspondientes de EEUU en 1976. La diferencia con las defunciones que se supone que han ocurrido, permite cuantificar el exceso de la mortalidad. Obsérvense los resultados resumidos en el gráfico 3. Sobre un total de 240 000 defunciones que ocurrían anualmente en 1975-1980 en Centroamérica, solo 79 000 habrían sucedido si en esos países hubieran existido los riesgos de morir por edad prevalentes en EEUU en 1976. El exceso de 161 000 muertes, presumiblemente evitables, forman las dos terceras partes del total de defunciones. Sólo 6 000 de estas muertes en exceso ocurrieron en la Subregión Sur; las 155 000 restantes acontecieron en Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua.

La situación es particularmente seria en los niños menores de 5 años, la edad más sensible al ambiente social hostil en que el niño nace. En estos niños ocurren 100 000 muertes sobre el nivel esperado, de las cuales el 96% se produce en la Subregión Norte de Centroamérica. De acuerdo a las más recientes estimaciones de fecundidad (CELADE, 1981), en el total de Centroamérica nacen anualmente 900 000 niños, de los cuales 780 000 (87%) lo hacen en los países del Norte de la región, en los cuales el riesgo de muerte es mayor.

#### Las causas de muerte que generan estos excesos

El conocimiento de las enfermedades o violencias que determinan directamente la muerte es aún más insuficiente porque, a la omisión en el registro de las defunciones, se suma la imprecisión de la causa debido a la falta o deficiencia de la atención médica y la respectiva certificación del deceso <sup>4/</sup>.

<sup>4/</sup> En el cuadro 3 se puede observar que aquellas muertes cuya causa se considera mal definida, suman 32% del total en El Salvador, 17% en Guatemala, 26% en Nicaragua y 31% en Honduras. La situación mejora en Costa Rica y Panamá, donde esta proporción es 7,8% y 11,3%, respectivamente (OPS, 1978).

Aun estos datos imperfectos muestran impresionantes contrastes entre EEUU y la mayoría de estos países centroamericanos (cuadro 3 y gráfico 4). La situación de la Subregión Norte se ilustra con Guatemala, en la que los datos parecen estar menos distorsionados. La comparación, resumida en el gráfico 4, señala que las tasas de mortalidad, tipificadas por edad, debidas a enfermedades infecciosas y parasitarias aumentan de 5,6 por 100 000 en EEUU a 77 en la Subregión Sur y a casi 500 en Guatemala, es decir, el riesgo es 90 veces mayor en este último país. Las enfermedades diarreicas son responsables de cerca de la mitad de este exceso. En mucho menor grado contribuyen a él la tos ferina, el tétanos, el sarampión y aún la polio mielitis, todas ellas enfermedades evitables mediante vacunaciones de probada eficacia (Direcciones Nacionales de Estadística, 1975-1978).

Las muertes por enfermedades respiratorias agudas contribuyen también al contraste de mortalidad que se analiza, cuyas tasas por 100 000 son 12 en EEUU, 35 en la Subregión Sur y 228 en Guatemala. Un factor que aparece minimizado es la desnutrición. En una investigación internacional realizada en América Latina hace algunos años (Puffer y Serrano, 1973) se encontró que ella generaba (como causa básica o contributoria) el 40% de las muertes bajo 5 años. En el cuadro 3, cuya información es sin duda incompleta, esta causa aparece señalada con una tasa de 0,5 por 100 000 en EEUU, 7,5 en la Subregión Sur y 58 en Guatemala, en la cual alcanza así un riesgo que es más de 100 veces mayor.

Las deficiencias de registro no permiten realzar la mayor mortalidad de Centro América debida a causas perinatales, la cual fue comprobada en la investigación internacional mencionada.

Cuadro 3

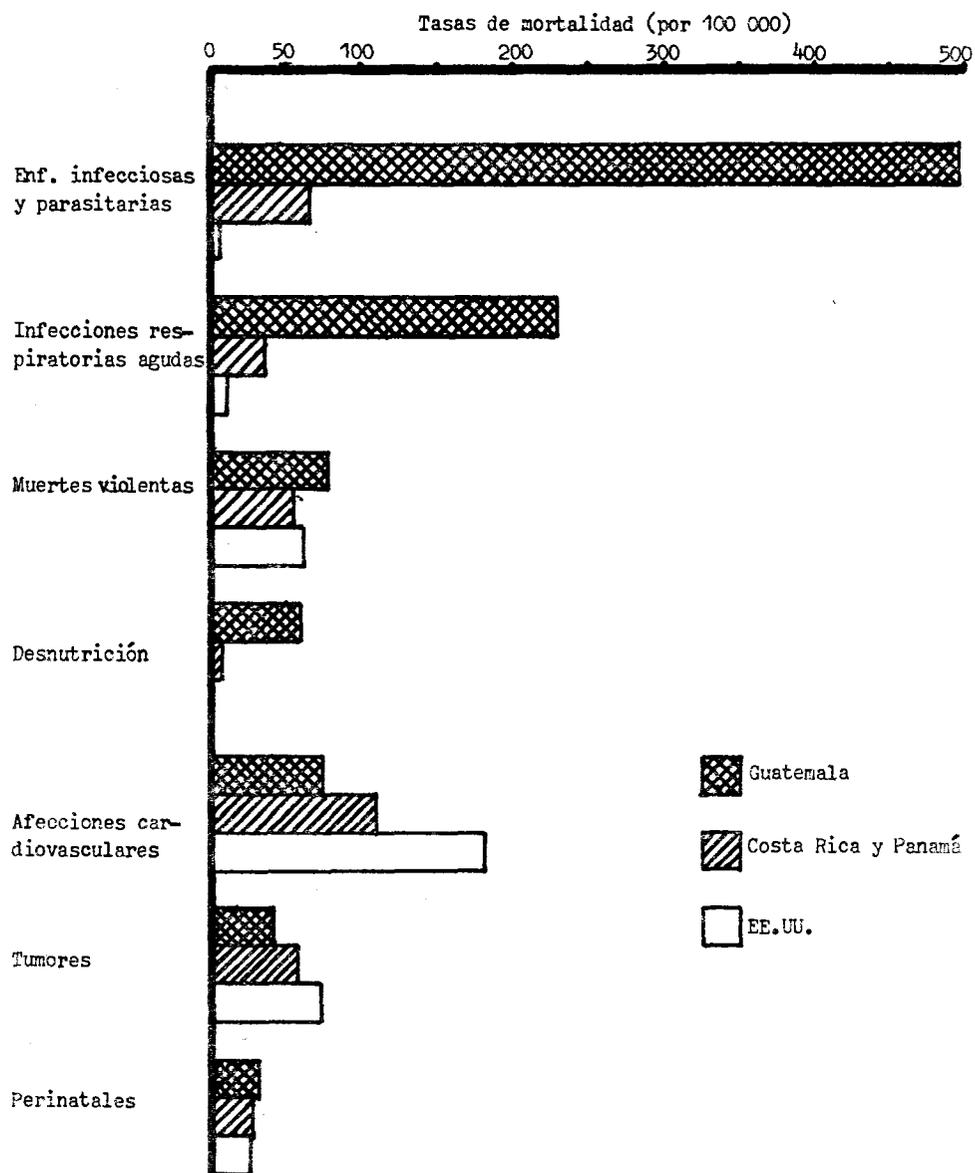
## CAUSAS DE MUERTE, PAISES SELECCIONADOS, ALREDEDOR DE 1975

Grupos de causas de muerte <sup>b/</sup>	T a s a s   p o r   1 0 0 0 0 0 <sup>a/</sup>										
	El Salvador 1973	Guatemala 1975	Nicaragua 1973	Honduras 1975	Costa Rica 1975	Panamá 1974	EEUU 1975	Subregión Sur		Guatemala correg. <sup>c/</sup>	
								Tasa	Razón	Tasa	Razón <sup>d/</sup>
Enfermedades infecciosas y parasitarias (000-136)	168,9	414,4	141,8	138,3	55,5	77,6	5,6	66,6	11,9	496,9	88,7
Enfermedad diarreica (004-009)	(118,6)	(222,5)	(97,0)	(96,4)	(27,1)	(31,1)	(1,1)	(29,1)	28,3	(266,8)	242,5
Neumonía e influenza (470-474, 480-486)	33,7	190,5	17,7	26,8	31,1	39,7	12,3	35,4	2,9	228,4	18,6
Avitaminosis y otras deficiencias nutric. (260-269)	15,0	48,4	2,1	9,3	9,1	5,9	0,5	7,5	15,0	58,0	116,0
Causas mortalidad perinatal (764-768, 772, 776, resto de 760-769)	25,0	27,3	3,4	8,6	28,3	26,9	26,7	27,6	1,1	32,7	1,2
Muertes violentas (E800-E999)	82,7	64,4	77,2	70,2	57,7	55,1	60,5	53,9	0,9	77,2	1,3
Homicidio y operaciones de guerra (E960-978 y E990-999)	(29,9)	(20,5) <sup>e/</sup>	(24,0)	-	(5,1)	(3,0)	(8,9)	(4,0)	(0,4)	(24,6)	(2,8)
Tumores (140-239)	25,2	34,7	18,6	22,7	72,0	45,1	73,3	58,6	0,8	41,6	0,6
Afecciones cardiovasculares (390-458)	49,9	60,9	76,6	94,3	105,9	112,4	181,1	109,2	0,6	73,0	0,4
Mal definidas (780-796)	258,9	208,0	151,8	208,3	38,7	88,8	11,8	63,8	5,4	-	-
Restantes	142,4	204,9	103,6	100,4	103,6	94,3	64,1	99,0	0,8	245,7	3,8
TOTAL	801,7	1253,5	592,8	678,9	496,9	545,8	435,9	521,4	1,2	1253,5	2,9

a/ Tasas tipificadas por edad. b/ Según 8a. Revisión de Clasificación Intern. de Enfermedades. c/ Las "causas mal definidas" se distribuyen proporcionalmente en

Gráfico 4

ALGUNOS GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTES, PAISES CENTROAMERICANOS  
Y EEUU, ALREDEDOR DE 1975



Fuente: Cuadro 3.

Sería ingenuo buscar en las estadísticas oficiales el registro de las extensas matanzas que han asolado Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua. Las estimaciones extraoficiales son en extremo variables, en el orden de decenas de miles de muertes, y ellas deben haber tenido serio impacto en la mortalidad de años recientes. Obsérvese que las tasas atribuidas a "homicidios y operaciones de guerra" en El Salvador, Guatemala y Nicaragua alrededor de 1975, oscilan entre 20 y 30 por 100 000, en tanto alcanzan solo a 4 por 100 000, en la Subregión Sur <sup>5/</sup>. De hecho, en esos países el asesinato es una causa de muerte tan frecuente como el propio cáncer.

Finalmente, nótese que para América Central, donde las condiciones de vida y la mortalidad son más severas, las defunciones por afecciones cardiovasculares y por tumores constiuyen una minoría. Las cifras están afectadas por deficiencias de registro de la muerte y de certificación de la causa, además de las diferencias en estructura por edad de la población (cuando no se usan tasas tipificadas). En el cuadro 3 se ve que estas causas contribuyen con el 9% del total de muertes. Se sabe que en los países avanzados ellas comprenden más del 2/3 del total de defunciones. No es ésta la situación que estos países deban considerar en un futuro próximo. Por cierto, Costa Rica está en una transición mucho más avanzada.

### Los contrastes socio-geográficos de la mortalidad temprana

Hasta ahora se han distinguido dos subregiones en Centroamérica; no obstante, ellas no son buenas unidades de análisis por la heterogeneidad de las estructuras sociales existentes dentro de ellas, las cuales generan a

---

<sup>5/</sup> En Nicaragua, 1977 (OMS, 1980) de 1 379 muertes violentas totales, la mitad (606) se atribuyen a "homicidios, lesiones provocadas intencionalmente por otras personas o por fuerza pública". En Costa Rica, las cifras correspondientes son 1 074 y 90. Guatemala y Honduras sólo informan respecto al total de muertes violentas.

su vez diferencias de la mortalidad. El análisis de estos contrastes no es posible con datos de registro, debido a sus omisiones, salvo en Costa Rica y Panamá. El uso de métodos indirectos, que no utilizan el registro de defunciones, ha permitido calcular -entre otras- estimaciones de la probabilidad de morir entre el nacimiento y los dos años de edad. Las cifras que aquí se presentan fueron obtenidas en un programa especial (IMIAL) desarrollado en CELADE, mediante el uso de los datos correspondientes de censos de población (o encuestas demográficas) realizados a comienzos de la década del 70; se refieren aproximadamente al lapso 1966-1970 (Behm et.al., 1976-1978). Solo en algunos casos ha sido posible obtener información más reciente. Sin embargo, si los niveles de mortalidad han disminuido, seguramente las diferencias más importantes persisten en buena medida.

La diferencia demográfica más usualmente analizada es entre población urbana y población rural, gruesa dicotomía que, sin embargo, traduce en alguna medida las condiciones materiales de vida determinadas por las diferentes modalidades que adquiere el desarrollo del capitalismo en la región. El cuadro 4 señala que, hacia 1970 los países de la Subregión Norte se caracterizan por una alta mortalidad tanto en el sector urbano como en el rural, aunque generalmente es mayor en éste último. En Costa Rica, donde el desarrollo histórico asume particularidades diferentes del resto de la región, la población urbana alcanza una mortalidad definitivamente menor, con notorio atraso del sector rural, el cual presenta un 50% de exceso de muertes. Estas diferencias han tendido a reducirse en Costa Rica en el decenio siguiente.

En el cuadro 5 se han utilizado las subdivisiones geográficas mayores de cada país para obtener un panorama de la distribución geográfica de la muerte temprana del niño en Centroamérica. Además del contraste ya descrito entre Costa Rica y los restantes países, lo fundamental que muestran estos datos es que en cada país la región que comprende la capital tiene una

Cuadro 4  
ESTIMACION DE LA MORTALIDAD EN MENORES DE 2 AÑOS, EN PAISES  
CENTROAMERICANOS<sup>a/</sup>, POBLACION URBANA Y RURAL, ALREDEDOR DE  
1966-1970

País	Probabilidad por 1 000 nacidos vivos		
	Total	Urbana	Rural
Costa Rica	81	60	92
El Salvador	145	139	148
Guatemala	149	120	161
Honduras	140	113	150
Nicaragua <sup>b/</sup>	149	143	152

<sup>a/</sup> Un estudio similar no pudo hacerse en Panamá por falta de datos básicos. Los datos de registro (que se consideran confiables) dan las siguientes tasas de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos para 1973: país 33,3; urbano 29,1; rural 39,2. (Dirección de Estadística, 1978).

<sup>b/</sup> Las estimaciones preliminares obtenidas por Jaspers (1981) basadas en la Encuesta Demográfica Nacional Retrospectiva de Nicaragua, de 1978, muestran similares contrastes a los descritos por Behm ocho años antes, aunque con probabilidades menores. Las probabilidades  $q(2)$ , por 1000 son 118 para el país, 99 en el sector urbano y 130 en la población rural.

Fuente: Ref. 24.

menor mortalidad relativa al resto del país. En todo el Norte, la alta mortalidad es la regla fuera de la capital y los contrastes geográficos encontrados no son de significación. En la mayor parte de estos territorios, la probabilidad de morir del niño es superior a 120 por 1000 nacimientos y alcanza a cifras cercanas a 180. Para esos años este riesgo era de 15 por mil en EEUU y sólo de 12 en Suecia. En Costa Rica se observa una gradiente creciente de la mortalidad desde la provincia que tiene los mayores centros urbanos del país (60 por mil) hasta aquéllas que son más periféricas y rurales (100 por mil).

Cuadro 5

MORTALIDAD DEL MENOR DE DOS AÑOS POR SUBDIVISIONES GEOGRAFICAS,  
PAISES CENTROAMERICANOS, 1966-1970

Probabili- dad de mo- rir por 1000 nacidos <u>a/</u>	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua
60 - 79	<u>San José</u> Heredia				
80 - 99	Alajuela Cartago Guanacaste		<u>Central</u>		<u>Ciudades ma- yores</u>
100 - 119	Puntarenas Limón			Oriental	
120 - 139		<u>Metropolitana</u>		Sur Central-Occi- dental	<u>Managua</u>
140 - 159		Oriental Paracentral Occidental	Norte	Noroccidental Central Norte	Pacífico (resto) Central Norte
160 - 179		Central	Sur Oriente	Occidental	Atlántica

a/ Probabilidad de morir desde el nacimiento hasta los dos años de edad  $2^o$ .

Fuente: Ref. 24.

## Las significativas diferencias de la mortalidad asociadas a la estructura social

Las condiciones histórico-estructurales que determinan el proceso salud-enfermedad-muerte se captan de modo muy indirecto con las variables demográficas clásicas que hemos analizado (edad, causa de muerte, lugar de residencia). Más pertinente parece utilizar el número de años de educación de la mujer. No obstante, las relaciones entre la educación formal de la madre y la muerte del niño son conceptualmente complejas <sup>6/</sup>. Sólo es posible mencionar aquí algunos aspectos del problema.

La información, conocimiento y valores que entrega la educación formal, sin duda pueden contribuir a mejorar el manejo que hace la madre del proceso salud-enfermedad de su hijo. Pero esta educación, en su contenido y su accesibilidad, está condicionada por la estructura social que la imparte. Así lo muestra, por ejemplo, la dispar distribución de ella en los países de alta mortalidad <sup>7/</sup>. Por otra parte, al margen de esta educación formal, las conductas, creencias y valores del hombre se generan en su propia praxis, según el particular desarrollo histórico en que se encuentra la sociedad a la cual pertenece y de acuerdo a la ubicación social que en ella tenga. Finalmente, hagamos notar que la educación opera sobre el proceso salud-enfermedad-muerte como parte del conjunto de las condiciones materiales de vida del hombre (individuo, familia, grupo) que le impone la estructura social. En suma, la variable nivel de educación es a la vez una resultante y un mediatizador de estos factores estructurales.

---

<sup>6/</sup> El tema fue discutido recientemente en el International Symposium on Literacy, Education and Health Development. Ann Arbor School of Public Health, March 17-19, 1981. Michigan, USA. Véase Cochrane (1981) y Caldwell (1981).

<sup>7/</sup> Aún en Costa Rica, país de elevado nivel educacional, Gómez (1979) encontró que el promedio de años de estudio por clase social en la edad 20-34 años, era: obreros y peones 4,7 años; empleados bajos 6,3; empleados medios y altos 10,1; medianos y grandes empresarios 11,2 años.

Teniendo presente estas consideraciones conceptuales para interpretar la relación de la variable nivel de educación de la mujer con la mortalidad del niño, los resultados que se exponen a continuación muestran que ella es en extremo útil para identificar subpoblaciones expuestas a riesgo de morir considerablemente diferentes. El cuadro 6 y el gráfico 5 muestran la probabilidad de morir del menor de 2 años en función de esta variable, hacia 1970. El aumento de la mortalidad del niño a medida que la educación de la mujer es más escasa o inexistente es impresionante y general a todos los países. En el mundo de la mujer analfabeta centroamericana, uno de cada seis niños nacidos vivos está muerto antes de cumplir los dos años de edad. Aún en Costa Rica, esta mortalidad era de 125 por mil. En las mujeres semi-analfabetas el riesgo es algo menor, pero siempre excesivo: cercano a 140 en los países norteros y a 100 por mil en Costa Rica.

En el otro extremo, en los hijos de mujeres que han tenido el privilegio de alcanzar 10 o más años de estudio, la mortalidad se reduce aproximadamente a una cuarta parte y oscila entre 30 y 48 por mil en todos los países considerados.

Pero no se trata tan solo de mostrar la magnitud de estas diferencias, sino de identificar y cuantificar las poblaciones que están expuestas a distintos niveles de mortalidad. En el cuadro 7 y en el gráfico 6 se categoriza en estratos la población de Centroamérica (con exclusión de Panamá) según el nivel de la mortalidad del menor de dos años, utilizando las variables de educación y residencia de la mujer.

Cuadro 6

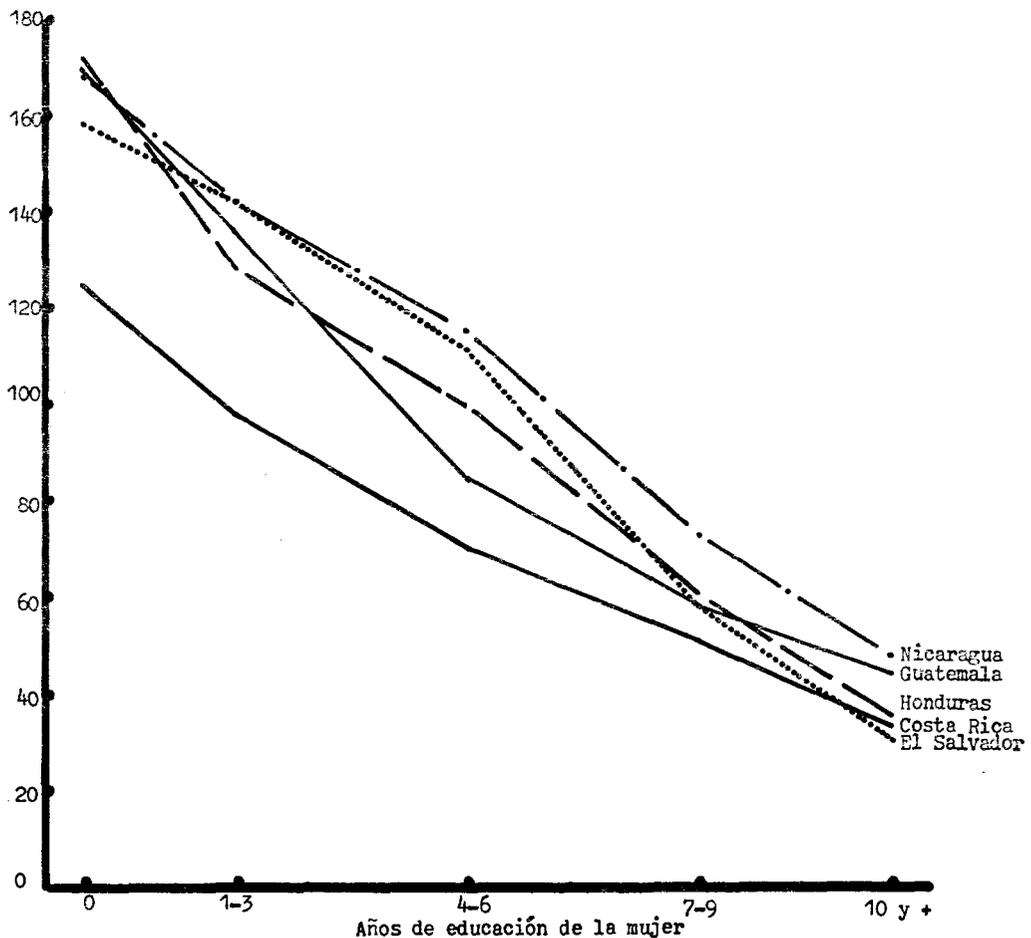
PROBABILIDAD DE MORIR ENTRE EL NACIMIENTO Y LOS DOS AÑOS DE EDAD EN PAISES CENTROAMERICANOS, 1966 - 1970

País	Total	Probabilidad de morir por 1000 nacimientos Años de educación de la mujer				
		Ninguno	1-3	4-6	7-9	10 y más
Nicaragua	149	168	142	115	73	48
Guatemala	149	169	135	85	58	44
El Salvador	145	158	142	111	58	30
Honduras	140	171	129	99	60	35
Costa Rica	81	125	98	70	51	33

Fuente: Ref. 24.

Gráfico 5

Probabilidad de morir (por mil)



Fuente: Cuadro 6.

Cuadro 7

ESTRATOS DE POBLACION SEGUN NIVEL DE MORTALIDAD EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA, AMERICA CENTRAL  
HACIA 1970

Probabili- dad de morir por mil q(2)	Mujeres de 15-49 años		Nacimientos anuales		Defunciones menores 2 años		Características de mujeres 15-49 años		
	Número (miles)	%	Número (miles)	%	Número	%	Porcentaje de:		
							Analfa- betas <u>a/</u>	Semiana <u>l</u> fabetas <u>b/</u>	Residencia rural
Menos de 40	194,7	5,7	15,7	2,3	540	0,5	0	0	9
40-79	405,6	11,9	47,3	6,8	2 961	3,0	1	4	20
80-119	624,3	18,2	111,0	16,1	12 121	12,5	2	25	40
120-159	1 067,1	31,2	236,8	34,3	33 715	34,7	42	51	75
160-200	1 128,0	33,0	279,6	40,5	47 903	49,3	98	2	80
TOTAL	3 419,7	100,0	690,4	100,0	97 240	100,0	46	21	60

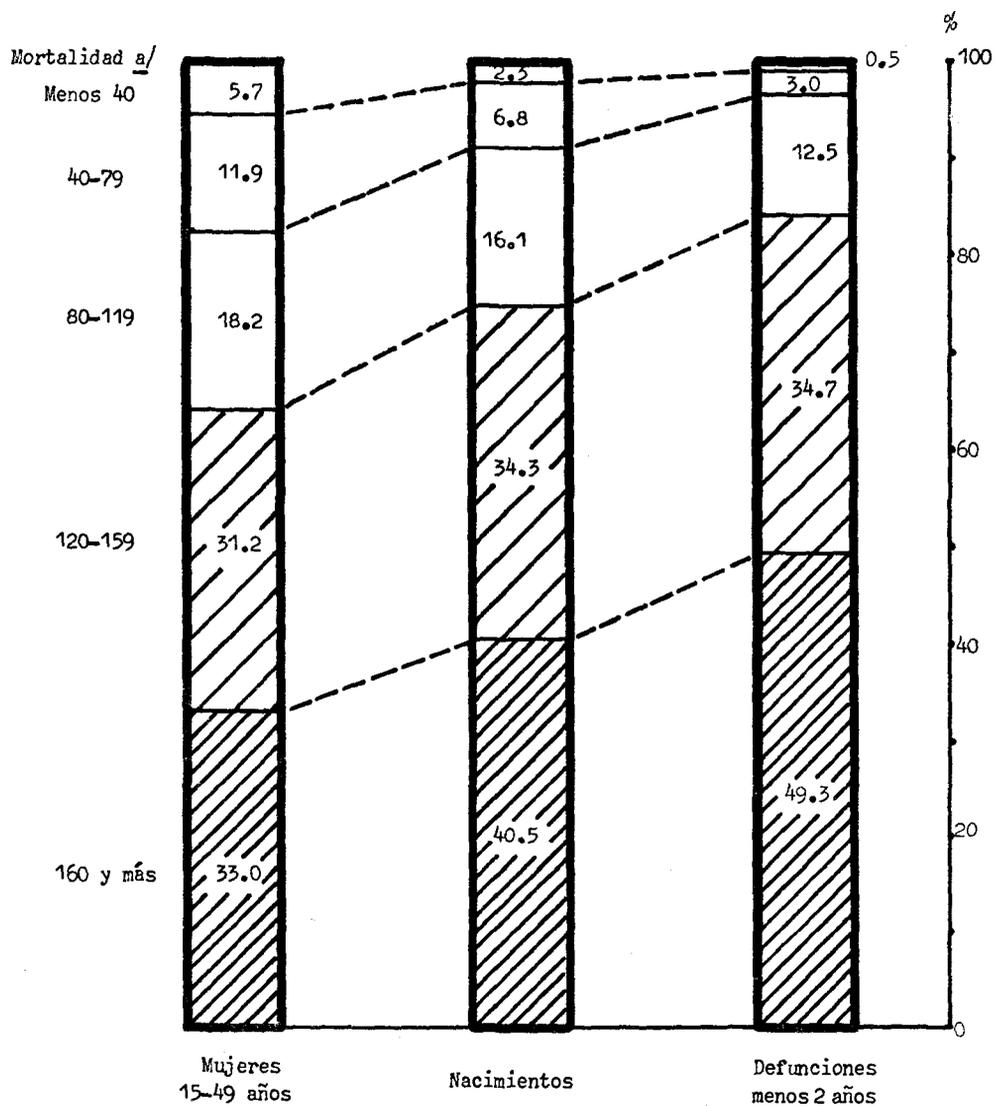
a/ 0 años de instrucción

b/ 1-3 años de instrucción

Fuente: Ref. 24.

Gráfico 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES 15-49 AÑOS, NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES EN MENORES DE DOS AÑOS SEGUN NIVEL DE LA MORTALIDAD TEMPRANA, CENTROAMERICA, HACIA 1970



a/ Probabilidad de morir entre el nacimiento y los dos años de edad, por mil nacidos vivos.

Fuente: Cuadro 6.

Se observa que aquellos grupos sociales en los cuales la sobrevivencia del niño se aproxima a lo que podría ser lo normal (mortalidad menor que 40 por mil) forman una minoría que comprende sólo el 5,7% de las mujeres en edad fértil. Por su propia condición seleccionada, ellas tienen una fecundidad baja, y el grupo procrea sólo el 2,3% de los nacimientos estimados de la región. En ellos ocurre apenas el 0,5% del total de defunciones de menores de 2 años de la región. No hay mujeres analfabetas o semi-analfabetas en este estrato ni tampoco residentes rurales. Su gran mayoría ha alcanzado 7 o más años de educación, reside en el medio urbano y de preferencia en la capital del respectivo país. Tienen así el beneficio del acceso físico y económico a los servicios de mayor categoría que se concentran en estas ciudades.

El nudo del problema de la alta mortalidad temprana en Centroamérica está formado por los grupos en los cuales la educación ha sido un beneficio desconocido o en extremo limitado (0-3 años de educación); en ellos la mortalidad temprana del niño oscila entre 120 y 200 por mil. Estas poblaciones son mayoritarias. Constituyen dos tercios de las mujeres en edad fértil, las que procrean tres cuartas partes de los nacimientos totales. Estos niños, expuestos a los altos riesgos a los cuales su medio social los condena, generan el 84% de todas las muertes en esta edad. Son mujeres en su gran mayoría analfabetas o semi-analfabetas, el 80% de las cuales reside en el sector rural, pero también en los anillos de miseria de las ciudades mayores.

En el caso particular de Guatemala, fue posible analizar una segunda variable que apunta a la estructura social: la condición de "indígena" y "no indígena", según se identificó en el censo de población. Según esta fuente, el grupo de indígena forma el 43,8% de la población (Dirección General de Estadística, 1975). En esta población, uno de cada 6 nacidos vivos fallece antes de cumplir dos años de edad, lo que hace un exceso de 35% sobre la mortalidad de los "no indígenas", que ya es alta (128 por 1 000). En las

mujeres analfabetas el riesgo es elevado en ambos grupos, pero a medida que la educación aumenta, se produce una diferencia creciente a favor de la mujer "no indígena", de tal modo que en el grupo de 4 y más años de educación, la mortalidad del niño indígena duplica a la del niño "no indígena".

### Mortalidad y clases sociales

El análisis de la mortalidad en una población basado en el uso, aislado o en conjunto, de las variables habitualmente disponibles, a menudo de carácter individual, no puede por sí solo explicar su génesis de modo adecuado. A nivel individual, el deceso es un hecho biológico, pero el proceso salud-enfermedad-muerte que ocurre en una comunidad, está inserto y es generado por determinados condicionantes históricos de la estructura social. Se requiere, pues, un marco teórico integrador para el análisis.

En tal sentido, la variable clase social resulta más significativa que las consideradas hasta ahora, porque apunta a una comprensión más global del fenómeno en estudio (Breilh, 1979). Desafortunadamente, no se dispone de información para aplicar esta categorización.

En el cuadro 8 se presenta, para Costa Rica 1968-69, una aproximación basada en las características de la ocupación y la posición ocupacional del jefe del hogar (Behm, 1979). Estas cifras están sometidas a variadas restricciones y ha sido necesario excluir una parte de los grupos familiares censados, en la imposibilidad de clasificarlos adecuadamente. Son más estratos socio-económicos que clase social.

Con todo, los contrastes encontrados en esa época son impresionantes. En los niños que nacen en el grupo más favorecido, la muerte es tan poco frecuente como lo era en varios países avanzados (20 por 1 000). En los niños de los grupos medios, mayoritariamente formados por maestros, empleados de oficina y vendedores de comercio, el riesgo se duplica a 39 por 1 000.

Cuadro 8

PROBABILIDAD DE MORIR ENTRE EL NACIMIENTO Y LOS DOS AÑOS DE EDAD SEGUN "CLASES SOCIALES" APROXIMADAS, COSTA RICA, 1968-1969

"Clases sociales", composición aproximada <sup>a/</sup> y años de educación	Probabilidad de morir por mil nacimientos
TOTAL PAIS	80
<u>Grupos alto y medio alto</u> .....	20
Grupos gerenciales y directivos superiores en el sector financiero, comercial y agrícola y del sector estatal. Profesionales de mayor estatus. Propietarios agrícolas que utilizan asalariados.	
<u>Grupos medios</u> .....	39
Empleados de oficina y vendedores en el comercio, maestros en la enseñanza, otros profesionales y técnicos. Propietarios de comercio al por menor.	
Educación: 7 años y más .....	27
4-6 años .....	41
0-3 años .....	63
<u>Trabajadores manuales en faenas no-agrícolas</u> .....	80
Operarios y jornaleros del sector secundario y terciario.	
- Obreros probablemente calificados (Educación: 7 años y más) .....	46
- Obreros probablemente "no calificados":	
Educación: 4-6 años .....	73
0-3 años .....	102
<u>Trabajadores manuales agrícolas</u> .....	99
Asalariados agrícolas. Campesinos semi-proletarizados. Pequeños propietarios, que no emplean asalariados.	
Educación: 4-6 años .....	80
0-3 años .....	112

<sup>a/</sup> Clasificación del jefe de familia basada en ocupación y categoría ocupacional, censo de 1973. Excluye aproximadamente un tercio de PEA por no ser clasificable (principalmente trabajadores por cuenta propia, ocupaciones y categorías no bien definidas, personas que buscan trabajo por primera vez).

Fuente: Ref. 30.

En los hijos de trabajadores manuales de residencia predominantemente urbana, el riesgo vuelve a duplicarse y alcanza a 80 por 1 000. En los grupos de trabajadores en faenas agrarias los riesgos de muerte del niño son aún más elevados (99 por 1 000).

Esto sucedía en Costa Rica hacia 1970, cuando el país había logrado notables progresos que lo hicieron alcanzar la más baja mortalidad de Centroamérica. Si se toma en cuenta que los grupos de trabajadores manuales, en su mayor parte en labores no calificadas, así como aquéllos que trabajan una pequeña propiedad agrícola, forman la gran mayoría de la América Central de hoy, se comprende la significación de los altos riesgos de muerte que se han puesto en evidencia.

### Las perspectivas de la mortalidad en Centroamérica

De todo lo dicho resulta claro que el comportamiento futuro de la mortalidad de la región no es asunto que se pueda precisar con el uso de técnicas demográficas formales. Las proyecciones de población son muy útiles para variados fines pero, se elaboran "continuando hacia el futuro las tendencias que puedan establecerse en el pasado y tomando en cuenta la evolución mostrada por la fecundidad y la mortalidad en otros países. No se prevé por lo tanto, la ocurrencia de hechos catastróficos, ni modificaciones radicales en las políticas que siguen los gobiernos en sectores particularmente sensibles a cambios en las variables demográficas". (CELADE, 1981) <sup>8/</sup>.

<sup>8/</sup> Los supuestos sobre el curso futuro de la mortalidad en el período 1975-2000 varían en las diversas proyecciones por países. En general, se basan en las tendencias de las esperanzas de vida estimadas para el período 1950-1975, separadamente por sexo. Se supone que la ganancia media anual se moderará en el resto del siglo y que las diferencias entre sexos tenderán a aumentar. Finalmente, para estimar las relaciones de sobrevivencia por edades, se utilizan para interpolación los valores dados por la tabla de mortalidad límite de Bourgeois-Pichat.

Las ganancias promedio por año de  $e_0$  que resultan de las proyecciones son:

	1970-1975	1990-1995
	1975-1980	1995-2000
Costa Rica	0,32	0,07
Panamá	0,45	0,10
El Salvador	0,62	0,42
Guatemala	0,64	0,44
Honduras	0,60	0,51
Nicaragua	0,47	0,55

Como lo muestran el cuadro I y el gráfico I, ya vistos, las proyecciones disponibles suponen que, aunque el aumento de la esperanza de vida al nacimiento continuará desacelerándose en la Subregión Sur, ella alcanzaría en 1995-2000 a 72,8 años, lo que hace una diferencia de sólo tres años con la proyectada para Suecia en esa época. En la Subregión Norte, por su parte, donde la velocidad del progreso sería mantenida y se proyecta una esperanza de 67,3 años a fines del presente siglo. Este es el nivel que EEUU alcanzó a fines de los años 40 y que Suecia registró aproximadamente al comienzo de esa década.

Pero si la vida del hombre -y en consecuencia, su muerte prematura- está históricamente condicionada por el grado en que éste logra dominar la naturaleza en su provecho, por los modos en que organiza socialmente la producción de medios para su subsistencia y por las formas en que este producto es apropiado y distribuido, la respuesta ha de buscarse en el estudio del proceso, constante y dialéctico de cambio de las estructuras sociales y económicas en que la población vive y muere. (Dierckxsens, 1975). Y esto es tanto más válido si se consideran las críticas condiciones que prevalecen en la América Central de hoy. El marco social de análisis demográfico en Centroamérica será explicado en la introducción que inicia esta reunión<sup>9/</sup>.

Baste citar, en el ámbito económico, lo fundamental del informe sobre Centroamérica que CEPAL (1981) acaba de publicar.

"El ritmo de expansión de las economías centroamericanas experimentó, a partir de 1978, una gradual y progresiva desaceleración"... debido a que "principiaron a dar muestra de debilitamiento precisamente aquellos factores que en el pasado habían impulsado el crecimiento". La razón de este curso se explica como "el descenso de la demanda de una economía mundial deprimida y la inestabilidad en las cotizaciones internacionales de los principales productos", ..." las dificultades que enfrentaba

---

<sup>9/</sup> Torres, E., "Cambio social y población en América Central: una introducción al tema".

el mercado común y el relativo agotamiento del proceso de substitución de importaciones, (que) determinaron una desaceleración en el sector industrial". En 1980 ... "las economías centroamericanas sufrieron un año particularmente adverso y permanecieron en conjunto y virtualmente estancadas". El informe identifica como excepción a Nicaragua, a pesar de que el deterioro económico de los años precedentes ... "limitaron los efectos del importante esfuerzo de reconstrucción realizado a partir de 1979, especialmente en el sector público".

"La coyuntura internacional de 1980 jugó un papel importante en la configuración de ese cuadro depresivo. En primer lugar, persistió la inestabilidad de las cotizaciones internacionales, que tendieron a decrecer especialmente en la segunda mitad del año, lo cual, unido al debilitamiento de la demanda internacional de productos primarios, contribuyó a desalentar al sector agroexportador. En segundo término, el sostenido encarecimiento de los productos importados debilitó el poder de compra de las exportaciones, trasladó sus efectos sobre los costos de producción, contribuyendo al recrudecimiento de la inflación, y agudizó el desequilibrio del balance de pagos. En ese comportamiento fue decisivo el espectacular incremento en el precio de los hidrocarburos, que en algunos casos fue hasta de 65%. Por último, las fuentes tradicionales de financiamiento externo endurecieron sus condiciones y el flujo de la inversión extranjera descendió bruscamente, por lo que se deterioró aún más la posición financiera de la región respecto al exterior".

"En el orden interno, las prolongadas tensiones sociales y políticas en algunos países terminaron de alentar una actitud cautelosa entre el sector empresarial, que se tradujo en el retraso o la cancelación de proyectos de inversión o producción y en una fuga de capitales elevada, que contribuyó a reducir a niveles sin precedentes las reservas monetarias".

"El encarecimiento de las importaciones y deficiencias en la oferta interna de alimentos en la mayoría de los países aceleraron las tensiones inflacionarias de años anteriores pese a la escasa liquidez con que contaron sus economías. Ello produjo un deterioro en el ingreso real de los asalariados, adicional al provocado por el aumento en el número de desocupados, y por lo tanto debilitó la demanda interna de ese sector de la población".

En otras palabras, el carácter dependiente de estas economías periféricas respecto a economías centrales, y la división internacional del trabajo que éstas imponen, en el seno de una crisis económica mundial, tenderán a hacer más duras las condiciones de vida, en especial en el sector asalariado, donde la enfermedad y la muerte son más frecuentes.

La experiencia histórica muestra que, a la larga, el desarrollo del sistema de producción capitalista está asociado a pronunciadas reducciones de la mortalidad. No hay duda que, a pesar de todo, la mortalidad en Centroamérica tenderá a descender, como lo ha estado haciendo en el pasado, a menos que se produzcan eventos catastróficos. El problema radica más bien en establecer en qué plazos se alcanzarán niveles de mortalidad que sean humanamente aceptables y en qué grado se pueden reducir los marcados contrastes entre grupos sociales, que hemos descrito. Ninguna de estas preguntas tienen respuestas simples. Las perspectivas son ciertamente diferentes para las dos Subregiones.

En Costa Rica y Panamá, que están más avanzados en el proceso de transición de la mortalidad, todo indica que los progresos se moderarán en el futuro, como lo han supuesto las respectivas proyecciones de población <sup>10/</sup>. La experiencia muestra que la reducción de tasas de mortalidad moderadamente bajas es más lenta y requiere, entre otras cosas, de un sistema de atención en salud de cobertura total y eficiente. La crisis económica es también un factor negativo, en cuanto afecta a los niveles de vida y reduce los aportes a los programas sociales. Por otra parte, para alcanzar niveles de mortalidad substancialmente bajos, se requiere reducir las desigualdades ante la muerte en forma significativa, especialmente los excesos en la niñez temprana. Ya hemos mencionado la determinación estructural de esta situación. No obstante, la experiencia del último decenio indica que el fortalecimiento de políticas distributivas, que han sido sobre todo sociales, señalan que es posible esperar mejoramientos futuros de la situación actual. Las limitaciones están señaladas por la persistencia, en países capitalistas avanzados, de disparidades aún importantes en la mortalidad <sup>11/</sup>.

<sup>10/</sup> Rosero (1980) ha hecho un estudio más detallado de las perspectivas de la mortalidad en Costa Rica, 1975, usando como modelo el de Preston. Su conclusión es que el margen de reducción es estrecho, principalmente asociado a bajas en la mortalidad de enfermedades infecciosas, muertes por accidentes y violencias, diabetes, cirrosis hepática, etc.

<sup>11/</sup> Vallin (1979) ha mostrado que en Francia, 1975, la esperanza de vida a los 35 años es de 32,9 años en los trabajadores manuales de más bajo nivel, en tanto que superior a 40 años en profesionales y cuadros superiores. Véase además Antonovski (1967) y Vallin y Behm (1979).

Pero el futuro de la mortalidad del total de Centroamerica estará decidido por lo que acontezca en la Subregión Norte, en la cual reside hoy el 83% de su población. Y en especial por lo que ocurra en sus sectores rurales donde se estima que residen 13 millones, que subirán a 16 en 18 años más, cuando la población proyectada para fines de siglo llegaría a 33,7 millones (CELADE, 1981). En estos países el futuro inmediato es más sombrío y el presente es más duro. Sin duda las guerras civiles que se libran en ellos han deteriorado el progreso previsto en la esperanza de vida (en especial por la juventud de los muertos) y, seguramente, la han deteriorado <sup>12/</sup>. La última guerra mundial mostró como, al margen de las muertes directas de acciones de guerra, el curso histórico de la mortalidad se altera por múltiples otros mecanismos, según se registró en países no beligerantes.

En la Subregión Norte, más que en ninguna otra parte, las perspectivas de la mortalidad y los cursos de acción frente a ella serán definidos por el marco político, el cual incluso rebasa el ámbito nacional y se proyecta a estrategias continentales. Si la concentración dictatorial del poder y la riqueza, junto con las condiciones de explotación de grandes mayorías están detrás de tantas muertes, justo es plantear el cambio de tal situación política en la discusión del particular problema de la mortalidad. En caso que la superación de las actuales condiciones no se produzca, es improbable que en el corto plazo se hagan progresos substanciales en la reducción de los niveles y diferenciales de mortalidad que hemos descrito.

El ángulo optimista está dado por Nicaragua, ya mencionada favorablemente en aspectos económicos por la CEPAL. Los avances que se han logrado en educación y salud, en el seno de profundos cambios estructurales, a pesar de las dificultades del proceso de cambio, tendrán sin duda un impacto decisivo en la alta mortalidad que hasta ahora prevaleció en el país.

---

<sup>12/</sup> Las informaciones de prensa hablan de varios miles de personas asesinadas en El Salvador en años recientes. Por comparación, obsérvese que el total de decesos registrados por todas las causas (sin duda subestimados) sumaban 30 086 en 1978.

## El rol del sector salud

Hace algunos decenios, notables progresos en la tecnología médica (antibióticos e insecticidas por ejemplo), hicieron pensar que el Tercer Mundo podría reducir la brecha de mortalidad que lo separa del mundo avanzado, mediante el empleo masivo de tales tecnologías, aunque sus condiciones de explotación y miseria fueran superadas con más tardanza. Tales esperanzas no fueron confirmadas plenamente.

La historia de la Medicina muestra que, para que en una sociedad se organicen acciones significativas para el cuidado de la salud de importantes sectores laborales de la población, es necesario que se haya creado conciencia de su valor como factor de producción y de consumo. El progreso en el conocimiento de técnicas para prevenir la enfermedad y la muerte, aunque importante, no implica necesariamente su uso extendido y eficiente.

Por otra parte, las acciones de salud tienen limitaciones extrínsecas importantes. Desde luego, ninguna técnica médica, como tal, puede compensar totalmente las condiciones adversas de vida del trabajador y su familia en su hogar y su trabajo, las cuales atentan contra su salud y favorecen la ocurrencia de enfermedades y, eventualmente, de la muerte. La extensión en que el conocimiento médico se aplica y la forma de la práctica médica, se inscriben necesariamente en el marco de la estructura de poder predominante en esa particular sociedad. Los gobiernos casi sin excepción reconocen el derecho a la salud, pero la forma en que ésta se preserva concretamente es muy diferente según el contexto social de que se trate. Por otra parte, la medicina moderna es costosa y de compleja implementación y los sistemas de salud son dependientes de poderosos intereses transnacionales que dominan la producción y distribución de medicamento y equipos médicos <sup>13/</sup>.

---

<sup>13/</sup> Estos y otros aspectos que se omiten, han sido extensamente elaborados (entre otros) por el grupo profesional que labora en la Maestría de Medicina Social de la Universidad Autónoma de México. En el área centroamericana, han sido discutidos sobre todo en Seminarios organizados por el CSUCA (Consejo Superior Universitario Centroamericano).

En 1972, los Ministros de Salud de las Américas declararon que "nuestro problema consiste en proveer servicios al 37% de la población que no recibe atención de ninguna especie" ... cuya "gran mayoría vive en medio rural y en las viviendas marginales de las grandes ciudades" (OPS, 1973).

Ya en la década de 1970 había surgido una nueva línea de acción: la extensión del cuidado primario de la salud. Se trata de extender el cuidado primario de la salud, sobre todo, en el sector rural por medio de centros que tienen una implementación mínima, trabajan con personal auxiliar, ponen énfasis en la prevención de la enfermedad y el saneamiento, y tienen un grado variable de participación comunitaria. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1980), pone énfasis ahora en manejar la eficiencia y eficacia de todo el sistema de salud y ha fijado, entre otras como metas para el año 2000 para cada país de América Latina, las siguientes: esperanza de vida al nacer de 70 años, una tasa de mortalidad infantil no superior a 30 por 1 000 y de 2,4 por 1 000 para la edad 1-4 años, y asegurar el acceso a todos los habitantes a los niveles apropiados de los servicios de salud. Tales los deseos.

El examen de las dos Subregiones de América Central es ilustrativo para examinar brevemente la factibilidad de las soluciones técnicas del sector salud. El desarrollo histórico de Costa Rica y Panamá ha hecho posible y necesario una extensión notable de los beneficios sociales, en especial en salud y educación. En Costa Rica el plan de extensión de salud al área rural aparece asociado a importantes bajas de la mortalidad infantil en esas poblaciones. (Ministerio de Salud, 1978). Tales experiencias merecen un estudio cuidadoso para evaluar el alcance específico de las políticas de salud en el contexto histórico en que se desarrollan.

Similares logros han resultado imposibles en los países de la Subregión Norte, en un contexto político muy distinto. Los logros en salud que estos gobiernos han dado a conocer (OPS, 1978) y la información disponible

sobre mortalidad está señalando las limitaciones de los esfuerzos hechos por el sector salud. Ya se ha marcado la excepción que Nicaragua constituye en esta Subregión.

Nada de lo dicho significa que no deban ser continuados los esfuerzos por mejorar y extender el sistema de salud en estos países. Lo que aquí se ha señalado son los factores estructurales que dificultan el logro de estos propósitos y el aporte necesariamente parcial que tiene la atención médica en las condiciones señaladas.

A pesar de la crudeza de la situación actual de la mortalidad en Centroamérica, la historia muestra que es justo esperar que las comunidades que hoy sufren las condiciones subhumanas que las cifras de mortalidad ponen en evidencia, lograrán construir más temprano que tarde, sociedades en las cuales su inalienable derecho a la vida sea una realidad.

CELADE - SISTEMA DOCPAL  
DOCUMENTACION  
SOBRE POBLACION EN  
AMERICA LATINA

## BIBLIOGRAFIA

1. Hill, K. y Trussell, J., (1977). Nuevos adelantos en la estimación indirecta de la mortalidad. CELADE, Serie D No. 89.
2. Chackiel, J. e Isaacs, M., (1978). Guatemala: evaluación del registro de defunciones y tablas de mortalidad, 1972-1973. Dirección General de Estadística (Guatemala) y CELADE.
3. Campos, R., (1975). El Salvador: tablas abreviadas de mortalidad por sexo, 1960-1962 y 1970-1972. Trabajo final de investigación. CELADE.
4. Ortega, A. y Rincón, M., (1975). Encuesta Demográfica Nacional de Honduras. Fascículo IV. Mortalidad. Dirección General de Estadística y Censos (Honduras) y CELADE. Serie A No. 129.
5. Behm, H. y Primante, D., (1977). La mortalidad en los primeros años de vida en América Latina: Nicaragua, 1966-1967. CELADE, Serie A, No. 1036.
6. Ortega, A. y Rodríguez, V., (1976). Costa Rica: evaluación del censo de 1973 y proyecciones de población hasta el año 2000. Dirección General de Estadística (Costa Rica) y CELADE.
7. CELADE (1981). "América Latina: proyección de población por países, 1960-2025". Boletín Demográfico, Año XIV, No. 27.
8. CELADE (1981). América Latina: situación demográfica evaluada en 1980. CELADE, Serie A, No. 168.
9. US Department of Health and Human Services (1980). Vital Statistics of the US, 1978. Vol. II, Section 5. Life Tables. DHEW Publication No. (PHS) 81-1104.
10. Dublin, L., Lotka, A. y Mortimer, F., (1936). Length of Life. The Ronald Press Co., New York.
11. Somoza, J., (1975). América Latina: situación demográfica alrededor de 1973 y perspectivas para el año 2000. CELADE, Serie A No. 128.
12. United Nations (1980). Selected Demographic Indicators by Country, 1950-2000. ST/ESA/SER.R/38.
13. Alens, A. (1976). La población de El Salvador por sexo y edad en el período 1950-2000. CONAPLAN y DIGESTIC (El Salvador) y CELADE.
14. CELADE (1978). Tablas abreviadas de mortalidad por sexo, 1975-1980, de veinte países de América Latina. Boletín Demográfico, Año XI, No. 21.

15. CELADE (1978). Proyecciones de la población por sexo y grupos quinquenales de edades para el período 1970-2000 de veinte países de América Latina. Boletín Demográfico, Año XI, No. 22.
16. Naciones Unidas (1980). Anuario Demográfico 1978.
17. Organization Mondiale de la Santé (1980). Annuaire de Statistiques Sanitaires Mondiales.
18. Organización Panamericana de la Salud (1978). Las condiciones de salud de las Américas. Publicación Científica No. 364.
19. Dirección General de Estadística y Censos, Honduras (1977). Anuario Estadístico 1975.
20. Dirección General de Estadística y Censos, El Salvador (1980). Anuario Estadístico 1978, Tomo II.
21. Dirección de Estadística y Censos, Panamá (1978). Panamá en cifras, Años 1973 a 1977.
22. Dirección General de Estadística y Censos, Costa Rica (1977). Estadísticas vitales 1977.
23. Puffer, R. y Serrano, M., Investigación Interamericana sobre mortalidad en la niñez. OPS, Publicación Científica No. 262. (1973).
24. Behm et.al. (1976-1978). Mortalidad en los primeros años de vida en países de la América Latina. Costa Rica 1968-1969 (Serie A, No. 1024). El Salvador 1966-1967 (Serie A No. 1026), Nicaragua 1966-1967 (Serie A No. 1036), Guatemala 1968-1969 (Serie A No. 1037). Honduras 1969-1970 (Serie A No. 1038). Para un artículo de síntesis de 12 estudios nacionales véase Behm, H. y Primante, D., (1978). Notas de Población, Año VI No.16.
25. Jaspers, D. et.al. (1981) Resultados preliminares del análisis de la Encuesta Demográfica Nacional Retrospectiva de Nicaragua, 1978. CELADE, (en elaboración).
26. Cocharane, S. et.al. (1981). Parental education and child health: intra-country evidence. International Symposium on Literacy, Education and Health Development. Ann Arbor School of Public Health, Michigan, USA.
27. Caldwell, J. (1981). Influence of maternal education on infant and child mortality: levels and causes. International Symposium on Literacy, Education and Health Development. Ann Arbor School of Public Health, Michigan, USA.
28. Gómez, M. (1979). Fecundidad, anticoncepción y clases sociales. Seminario Nacional de Demografía, Universidad de Costa Rica, Facultad de Economía, 22-24 de agosto de 1979.
29. Dirección General de Estadística, (1975). VII Censo de Población. Serie III, Tomo I.
30. Behm, H., (1979). Socioeconomic determinants of mortality in Latin America. Proceedings of the meeting on socioeconomic determinants and consequences of mortality. El Colegio de México, México City, June 1979.
31. Breilh, J., (1979). Epidemiología: Economía, Medicina y Política. Ed. Universitaria, Quito, Ecuador.

32. Camisa, Z. y Rincón, M. (1981). Honduras: proyecciones de población. Vol. 1, Sec. Técnica del Consejo Superior de Planificación Económica, (Honduras) y CELADE.
33. Dierckxsens, W., (1975). Una interpretación histórica de la población. Avances de Investigación. Instituto de Investigaciones Sociales. Universidad de Costa Rica.
34. Comisión Económica para América Latina, CEPAL (1981). La evolución económica centroamericana en 1980. CEPAL/MEX/1053.
35. Rosero, L., (1980). La situación demográfica en Costa Rica. Asociación Demográfica Costarricense.
36. Vallin, J., (1979). Facteurs socio-economiques de la mortalité dans les pays développés. Proceedings of the meeting on socioeconomic determinants and consequences of mortality. El Colegio de México, México City, June 1979.
37. Antonovsky, A., (1967). Social Class, life expectancy and overall mortality. Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. XLV No. 2, Part 1.
38. Vallin, J. y Behm, H., (1978). Mortality differentials among human groups. Seminar on Mortality and Length of Life. Union Internationale pur l'étude scientifique de la population. Fiuggi (Italia).
39. CELADE (1981<sub>b</sub>). América Latina: porcentajes de población urbana por países, 1970, 1985 y 2000. Boletín Demográfico, Año XIV, No. 28.
40. Organización Panamericana de la Salud (1973). III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Documento Oficial No. 123.
41. Organización Panamericana de la Salud (1980). Salud para todos en el año 2000: estrategias. Doc. oficial No. 173.
42. Ministerio de Salud. Ministerio de Planificación (1978). Costa Rica: extensión de los servicios de salud. Conferencia Internacional sobre atención primaria de la salud, organizada por UNICEF y OMS. Alma Atá, URSS, 6-12 setiembre 1968.