

**REVISTA  
CENTROAMERICANA  
DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ENERO — ABRIL  
1979  
AÑO 5  
NUMERO 12**

**PROGRAMA  
CENTROAMERICANO  
DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CSUCA**

## **DETERMINANTES ECONOMICOS Y SOCIALES DE LA MORTALIDAD EN AMERICA LATINA**

HUGO BEHM\*

La mortalidad en América Latina ha experimentado notorios descensos en décadas recientes, pero tiene aún claros excesos sobre los niveles alcanzados en regiones más avanzadas. La relación de la muerte con las condiciones socio-económicas es bien conocida, aunque el modo de acción y el peso relativo de los diversos factores intervinientes es asunto no bien dilucidado. Es conveniente, pues, analizar el conocimiento que existe sobre las características y la génesis de los diferenciales socio-económicos de la mortalidad en América Latina, para explicar mejor la situación actual y sus perspectivas.

### **SINTESIS DE LA SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA DE AMERICA LATINA**

Esta situación ha sido analizada en 1977 por la Comisión Económica para la América Latina (CEPAL),<sup>1</sup> en el período 1950-1975. El informe hace notar que el desarrollo en la región ha desmentido la imagen que se tenía en los años 50: esto es, que "un progreso continuo basado en la industrialización, asociado a determinadas reformas socio-económicas, gestaría una transformación social con metas más igualitarias". El progreso económico ha sido importante. Las tasas de crecimiento del producto interno por habitante, a pesar del aumento demográfico, fueron de 2,6 por ciento y se aceleraron a 3,7 por ciento en el período 1966-1973. El sector más dinámico ha sido la industria, que quintuplicó su producto en estos 25 años, en tanto que el sector agrícola muestra considerable atraso relativo. Los agentes más importantes del proceso han sido el Estado y las empresas transnacionales; éstas últimas han abandonado el sector primario para incorporarse a la industria y el comercio. El financiamiento externo ha vinculado estos países en forma

---

Presentado a la Reunión NU/OMS sobre "Determinantes socioeconómicos de la mortalidad y sus consecuencias", Ciudad de México, 19-25 Junio 1979.

a Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). Las opiniones que figuran en este trabajo son de responsabilidad del autor, sin que el CELADE sea necesariamente partícipe de ellas. El autor agradece la ayuda de Domingo Primante y José Miguel Guzmán en la recopilación y elaboración de datos.

estrecha (sobre todo a los más grandes) con el mercado financiero internacional. El monto de los servicios del endeudamiento externo que hoy encara la región compromete parte importante de los actuales recursos de la región.

Tal crecimiento económico "se ha acompañado de una desigual distribución de sus frutos, tanto porque la propiedad de los medios de producción como el progreso técnico y la modernización han tendido a concentrarse". Hacia 1970, el sector considerado "moderno" (principalmente radicado en la industria manufacturera y la minería), genera 50 por ciento del producto, pero ocupa sólo el 12 por ciento de la fuerza de trabajo. En el otro extremo, el sector "primitivo" de la producción absorbe un tercio del empleo y aporta sólo el 5 por ciento del producto. Este sector retiene una población trabajadora con baja productividad y bajísimos ingresos. La desigual distribución del ingreso no se ha modificado entre 1960 y 1970: el 50 por ciento más pobre de la población obtiene el 14 por ciento del ingreso total, en tanto que el 15 por ciento más rico logra el 74 por ciento. El sistema productivo tiene una visible insuficiencia para generar empleo. De acuerdo a estimaciones de la OIT,<sup>2</sup> hechas para un conjunto de países que abarca el 75 por ciento de la población de la región, el 28 por ciento de la fuerza de trabajo no se utiliza en el proceso productivo (desempleo abierto y subempleo). Según la misma fuente, un 43 por ciento de la población (aproximadamente 110 millones de personas) vivía en 1973 en condiciones de "grave pobreza" y alrededor de 35 por ciento no tenía un nivel de ingresos que le permitiera adquirir una alimentación mínima equilibrada.

Frente a esta situación y como paliativo, los países han tendido a extender los servicios sociales, entre los cuales la educación y la salud son los más exitosos. Sin embargo, "si se consideran los indicadores por grupos sociales, se ve que las mejorías impresionantes de algunos estratos (grupos medios) dejan en una situación aún peor a los grupos que quedan marginados (especialmente los pobres rurales)". Hasta aquí el resumen de las principales ideas pertinentes del informe de CEPAL.

La esperanza de vida al nacimiento en América Latina era de 61,4 años en 1970-1975, variando en los países desde 46,8 a 69,8 años.<sup>3</sup> Había experimentado una mejoría importante respecto a 1950-1955, cuando los valores correspondientes eran 52,1, 36,9 y 66,3 años. ¿Qué relación tiene esta situación de la mortalidad en la región con el contexto socio-económico que se ha reseñado?

## **MARCO CONCEPTUAL DEL ANALISIS**

La mortalidad en una población es función de la frecuencia con que ocurre la enfermedad (incidencia) y de la probabilidad de morir del enfermo (letalidad). Salud y enfermedad son dos instantes de un mismo y dinámico proceso. La muerte, como fenómeno individual, tiene de-

terminantes biológicos, cuyos mecanismos constituyen la etiopatogenia de la enfermedad. Pero esta concepción biológica es insuficiente para explicar por sí sola la mortalidad considerada a un nivel colectivo. El enfoque multicausal de la epidemiología ha permitido describir la distribución y curso de las enfermedades en la población; según esta concepción salud-enfermedad es un proceso que resulta del equilibrio entre el hombre, diversos factores patógenos externos y el ambiente físico, biológico y social. Numerosos estudios han mostrado la relación de la enfermedad y la muerte con variables tales como el ingreso económico, la alimentación, el saneamiento, la educación, la atención médica, etc. Se ha demostrado también que todos estos factores, a su vez, están estrechamente correlacionados entre sí. Pero, en realidad, la distribución no igualitaria en la población de todos estos componentes de vida, no son sino la expresión visible, el eslabón medible, de una cadena causal que se genera en la organización social, económica y política.

Laurell,<sup>4</sup> entre otros, ha contribuido a divulgar y profundizar una concepción más integradora de la génesis del fenómeno salud-enfermedad a nivel colectivo. En síntesis, en esta hipótesis se sostiene que, a este nivel, el fenómeno tiene una determinación social y debe ser estudiado en el contexto de una teoría social. La raíz del proceso está en la forma en que el hombre se apropia y transforma los recursos naturales y establece relaciones con otros hombres para producir y para apropiarse del producto generado. Este proceso es ante todo social y se expresa a nivel de una formación social-económica concreta en la articulación de diversos modos de producción, de los cuales uno es dominante. En los países de América Latina, por ejemplo, coexisten sectores capitalistas más o menos avanzados, con economías de subsistencia o en la etapa mercantil simple. En este contexto, también es importante el grado de desarrollo de las fuerzas productivas, el cual determina, entre otras cosas, la eficiencia con que el hombre transforma la naturaleza para su propio beneficio. De este modo, el progreso tecnológico del hombre y el perfeccionamiento de los instrumentos de trabajo que él ha creado, le han permitido eliminar el riesgo de la hambruna y de las epidemias en muchos países. Por último, el peso relativo de los diversos grupos de presión en una sociedad influye en la proporción que cada uno de ellos obtiene de los bienes y servicios que se producen. A igualdad de otros factores, una clase trabajadora organizada podrá obtener mejores condiciones salariales y la implementación de políticas sociales más igualitarias. Todo este conjunto de elementos —entre otros— generan diferencias de niveles de vida en los diversos sectores sociales de un país, lo que a su vez influye en la ocurrencia de la enfermedad y de la muerte. Todo este proceso es histórico y dinámico, en el sentido de que en cada sociedad, las relaciones sociales de producción, cambian y se generan sucesivamente en el curso del tiempo.

En esta explicación no se desconoce en modo alguno la existencia de determinantes biológicos en el proceso salud-enfermedad-muerte. Lo que se intenta hacer es articular lo biológico en un contexto social, en la tesis de que las causas sociales pueden desencadenar y transformar los factores biológicos. Así, por ejemplo, la mayor mortalidad infantil de hijos de mujeres en las edades extremas y el mayor riesgo de los hijos de orden alto de nacimiento, tienen una explicación biológica. Pero, a su vez, son los determinantes sociales de la fecundidad los que condicionan que las mujeres de los grupos socio-económicos bajos tengan una fecundidad precoz, alta y prolongada, por lo cual una mayor proporción de nacimientos ocurre en los grupos con mayor riesgo. El peso relativo de los factores biológicos y sociales dependerá de la etapa histórica en que cada estructura social se encuentre, así como del nivel y estructura de la mortalidad que resulte de ella. Los factores socio-económicos juegan un papel más importante en la génesis de la mortalidad en los países de América Latina donde prevalece una mortalidad alta, en especial en los primeros años de vida, vinculada a causas previsibles como desnutrición, diarreas y otras enfermedades infecciosas.

No hay duda que el modelo que se ha descrito suscitadamente requiere mucho mayor elaboración, como lo ha indicado entre otros Cordeiro,<sup>3</sup> para que sea capaz de explicar, en diversas condiciones históricas, el encadenamiento de los condicionantes socio-económicos y biológicos en la génesis del nivel y la distribución de la mortalidad en una población determinada y en un momento dado. Con todo, la hipótesis tiene un mayor valor explicativo que cuando se asevera simplemente que la mortalidad resulta de la "pobreza" o del nivel de desarrollo económico y social. Por cierto, el modelo requiere ser validado empíricamente. En esta línea de pensamiento, la investigación es muy escasa, entre otras razones porque la información necesaria para establecer categorías analíticas adecuadas no está habitualmente disponible.

En el texto siguiente se revisa sistemáticamente la información disponible en América Latina sobre los diferenciales socio-económicos de la mortalidad y se analiza en qué grado ellos son consistentes con la concepción que se ha expuesto sobre la génesis de la mortalidad.

## LOS DIFERENCIALES SOCIO-DEMOGRAFICOS DE LA MORTALIDAD

### 1. Los contrastes entre países de la región

El cuadro 1 presenta la mortalidad del menor de dos años en los países de América Latina alrededor de 1968-1970. Se ha elegido esta edad por ser la más sensible a las condiciones en que vive la población. De acuerdo a estas estimaciones, hay 952.000 defunciones anuales en esta edad que no se habrían producido si América Latina hubiera alcanzado el nivel de mortalidad existente en Estados Unidos en 1970. La región es considerablemente heterogénea en el riesgo de morir, que varía entre 202 por mil nacidos vivos en Bolivia y 38 por mil en Uruguay. Se estima que más de la mitad de los niños que nacen en América Latina están expuestos a una mortalidad superior a 120 por mil, que es doce veces mayor que la existente en Suecia.

La relación del nivel de mortalidad de los países latinoamericanos con algunas características de su desarrollo social ha sido estudiada por CEPAL.<sup>6</sup> Un conjunto de cuatro indicadores sociales (camas de hospital por 1.000 habitantes, consumo de proteínas, alfabetismo y proporción de viviendas con agua potable) tienen una alta correlación lineal con la esperanza de vida al nacimiento ( $r = 0,94$ ). De mayor significación sería estudiar la mortalidad de cada uno de ellos en relación con las características de su estructura social y económica, asunto que rebasa las posibilidades del presente trabajo. Sin embargo, el rápido análisis de algunos países que tienen mortalidades extremas, es bastante sugerente.

Entre los países de baja mortalidad está la Argentina, en la cual el desarrollo capitalista ha sido precoz y más avanzado que en otros países de la región.<sup>7</sup> Por la ausencia de una estructura feudal previa, fue posible el desarrollo de una vasta agricultura moderna de exportación; la fuerza de trabajo se benefició de una inmigración europea importante, que logró obtener condiciones salariales favorables y aportó sus patrones de vida y de consumo. La esperanza de vida al nacimiento en la Argentina es 68,2 años en 1970-1975 y los indicadores resumidos en el cuadro 2 están entre los mejores de la región. Costa Rica es un país fundamentalmente agrario, con un sostenido crecimiento económico. A raíz de una exitosa huelga bananera en la década del 30, se inicia una política que extiende considerablemente los beneficios sociales (educación, salud). La esperanza de vida al nacimiento alcanza también a 68,2 años y los índices socio-económicos son muy favorables.

Cuadro 1  
**PROBABILIDAD DE MORIR ENTRE EL NACIMIENTO Y LOS DOS AÑOS DE EDAD EN PAISES DE AMERICA LATINA: ALZADEROS DE 1966-1978**

País	Probabilidad de morir (normal)	Riesgos vivos estimados %		Defunciones estimadas de menores de dos años %		Exceso %	
		Hijos por ciento	Por ciento	Observados	Esperados	Número	Por ciento
Bolivia 1971-1978	202						
Haití 1971	176						
Pará 1967-1968	169	99%	9.3	176 498	80 87%	155 68%	88
Nicaragua 1966-1977	149						
Costa Rica 1968-1969	149	61%	3.8	89 261	12 83%	76 43%	86
El Salvador 1966-1967	145						
Honduras 1969-1970	140						
Brasil, 1970	133						
Ecuador 1969-1970	127	4 05%	38.7	535 396	85 13%	430 462	84
Rep. Dominicana 1970-1971	123						
Chile 1965-1966	91						
Colombia 1968-1969	88	3 355	32.1	289 633	70 45%	219 17%	76
México 1970	85						
Costa Rica 1968-1969	81						
Paraguay 1967-1968	75						
Argentina 1965-1966	58	1 451	13.9	81 047	30 47%	50 7%	62.
Panamá 1970	56						
Venezuela 1971	52						
Cuba 1970	48						
Uruguay 1970	38						
AMERICA LATINA	112	10 465	100.0	1 172 835	219 785	952 270	81
Estados Unidos 1970	21						
Suecia 1972	11						

Fuente: *Idem*, p. 2122; *Noticias de las poblaciones de vida en salud de la América Latina*, CEAES, Serie A, Nos. 1001 a 1008 y 1036 a 1037, 1976-1978. *México*, Panamá, San Juan, Haití y Brasil: *Población Saludable*, *Noticias Demográficas* 1973 y 1974. *Brasil*: *Noticias de Salud* por el Estado de Pernambuco desde el mes de 1970. *Costa Rica*: *Noticias de demografía para 1968-1969 y 1970-1971* de América Latina, *Noticias Demográficas* Alzaderos de 1973 y proyecciones para el año 2000. CEAES, Serie A, No. 1004, 1975. *Defunciones observadas* mediante registros parroquiales de *Idem* a *Noticias de vida de *Idem**, *Defunciones observadas* mediante registros parroquiales de *Idem*, No. 1004, 1975 (1 por mil) a *Noticias de vida de *Idem**, *Defunciones observadas* mediante registros parroquiales.

Cuadro 2  
**ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO Y ALGUNOS INDICADORES SOCIOECONOMICOS EN PAISES SELECCIONADOS DE AMERICA LATINA, 1970**

País	Esperanza de vida 1970-1975	PIB per capita 1970	Tasa de crecimiento PIB per capita 1966-1973	Porcentaje de Ingreso %	
				50% más pobre	50% más rico
				%	%
Argentina.	68,2	1 208	3,4	23,0	31,0
Costa Rica	66,2	656	4,1	19,0	41,0
Honduras..	53,5	278	0,4	11,0	50,0
Haití ....	47,5	112	1,4	-	-

País	Porcentaje PEA %		Porcentaje de población que vive en extrema pobreza %	Porcentaje de población anal fabata %	Porcentaje de población con abastacimanto de agua %
	Agricultura	Industria manufacturera			
Argentina.	14,8	19,7	11,0	7,4	64,0
Costa Rica	36,4	11,9	-	11,6	78,0
Honduras..	56,8	11,6	49,0	53,0	38,0
Haití ...	-	-	-	81,2	11,0

- Fuente: *Idem*, *América Latina: situación demográfica alrededor de 1975 y perspectivas para el año 2000*, Serie A, No. 1018, 1975.  
*Idem*, *Evolución de la economía regional en 1977*. *Notas sobre la economía y el desarrollo de América Latina*, No. 174/275, Julio 1978.  
*Idem*, *Tendencias y proyecciones a largo plazo del desarrollo económico de América Latina*, I/CEPAL, 1977.  
*Idem*, *Anuario de estadísticas del trabajo*, 1975.  
*Idem*, *América en cifras*, *Noticias sociales*, 1974.

Entre los países de alta mortalidad está Honduras, cuya economía ha estado dominada por mucho tiempo por un enclave extranjero agro-exportador (banano), el cual ha distorsionado el progreso del resto del país. La esperanza de vida al nacimiento alcanza sólo a 53,5 años y los indicadores socio-económicos son en extremo desfavorables; la distribución del ingreso de Honduras es una de las más desiguales de la región. En Haití, el país de más alta mortalidad en América Latina, predomina una economía de subsistencia y relaciones feudales de producción, con un desarrollo apenas incipiente del sector capitalista.

## **2. Las diferencias regionales en el interior de los países**

Las diferencias geográficas de la mortalidad dentro de los países son de mayor interés, porque son el marco de las políticas nacionales y porque pueden ser mejor interpretadas en el contexto socio-económico de cada país. Carvalho<sup>8</sup> describe en Brasil diferencias en las esperanzas de vida al nacimiento en 1960-1970 que van desde 44,2 años en la atrasada región del Nordeste Central hasta 61,9 años en la región Sur, las cuales están asociadas al ingreso, como se analizará más adelante. Castillo et al.<sup>9</sup>, en México, 1970, utilizando tasas de mortalidad infantiles (corregidas por omisión), encuentran diferenciales que van desde 124 por mil en Chiapas hasta 43-44 por mil en los mayores centros industriales del Distrito Federal y Nueva de León. En el total de entidades federativas, la correlación con un índice socio-económico elaborado por los autores, es de -0,58. Taucher<sup>10</sup> describe tasas de mortalidad infantil en Chile, 1973-1975, que oscilan entre 46 por mil en Santiago (capital del país) y 122 por mil en la provincia de Malleco, región agrícola con evidente atraso.

Estos marcados contrastes son ejemplos de la diversidad de riesgos de muerte que existe en el interior de estos países, pero la determinación de sus causas requiere un análisis más profundo.

## **3. Los contrastes urbano-rurales de la mortalidad**

La clasificación dicotómica urbano-rural utilizada en los censos no es adecuada para expresar la gama de condiciones de vida existentes entre las ciudades mayores y las comunidades rurales aisladas. Una mayor desagregación fue obtenida por Behm y Rosero<sup>11</sup> para Ecuador, 1969-1970, en el estudio de la mortalidad en los primeros dos años de vida (cuadro 3). La mortalidad tiene una relación inversa, no lineal, con el grado de urbanización. El riesgo en la población rural es 48 por ciento mayor que en la urbana. En esta última la mortalidad en las grandes ciudades es 31 por ciento menor que en el resto del sector urbano. La población rural dispersa tiene un riesgo 13 por ciento mayor que la más concentrada.

**Cuadro 3**  
**MORTALIDAD EN EL MENOR DE DOS AÑOS POR GRADO DE**  
**URBANIZACIÓN, ECUADOR, 1969 - 1970**

Áreas geográficas	Probabilidad de morir (por mil nacidos vivos)
TOTAL	127
Población urbana .....	98
Grandes ciudades .....	80
Ciudades intermedias .....	114
Resto urbano .....	117
Población rural .....	145
Rural concentrada .....	134
Rural dispersa .....	151

Fuentes: Jelin, H. y Rosero, L., La mortalidad en los primeros años de vida en Ecuador, 1969-1970, CELADE, Serie A, No. 1051, 1977.

Ortega et al.<sup>12</sup> describen en Honduras, 1971-1972, netos excesos de la mortalidad en la población rural, que tiene una esperanza de vida al nacimiento menor en 11,4 años que la urbana. La sobremortalidad rural se encuentra en todas las edades. Las diferencias absolutas son particularmente marcadas en el primer año de vida y sobre los 65 años.

**Cuadro 4**  
**MORTALIDAD EN POBLACION URBANA Y POBLACION RURAL, HONDURAS, 1971-1972**

Indicador	Población		Razón mortalidad rural/urbana
	Urbana	Rural	
Esperanza de vida al nacimiento	61,5	50,1	
Tasa bruta de mortalidad <sup>a/</sup> .....	9,0	16,5	1,8
Tasa de mortalidad infantil <sup>b/</sup> .....	85,6	127,2	1,5
Tasas por edades <sup>a/</sup> .....			
1 - 4	10,5	22,6	2,2
5 - 14	2,7	4,5	1,7
15 - 44	2,2	4,8	2,2
45 - 64	12,2	16,6	1,4
65 y más	39,6	58,2	1,5

<sup>a/</sup> Por mil habitantes. <sup>b/</sup> Por mil nacidos vivos.

Fuentes: Ortega, A. y Rinsón, R., Encuesta demográfica nacional de Honduras, Fascículo VI (Mortalidad), CELADE, Serie A No. 129, agosto 1973.

Behm et.al.<sup>13</sup> han estudiado el riesgo de morir en los primeros dos años de vida en la población urbana y rural de 12 países latinoamericanos, derivando estimaciones de la información censal mediante el método de Brass (Cuadro 5). Debiera advertirse que el método subestima la mortalidad en algunas áreas rurales, por lo que las diferencias reales pueden ser mayores. En dos tercios de los países existe un exceso de 30-60 por ciento del riesgo de morir rural respecto al urbano. En los países de mayor mortalidad esto significa que de cada 5-6 nacidos vivos en las regiones rurales, uno muere antes de cumplir dos años de edad. Tal diferencia es especialmente significativa si se considera que en la mayoría de estos países, la población rural es la más numerosa, lo que explica la alta mortalidad nacional existente.

Cuadro 5  
PROBABILIDAD DE MORIR ENTRE EL NACIMIENTO Y LOS DOS AÑOS DE EDAD EN POBLACION URBANA Y POBLACION RURAL, PAISES SELECCIONADOS LATINOAMERICANOS ALREDEDOR DE 1968-1970

País	Probabilidad de morir (por mil)		Porcentaje de sobremortalidad rural	Porcentaje de población rural
	Urbana	Rural		
Bolivia, 1971-1972 .....	166	224	34.9	62
Perú, 1966-1967 .....	132	213	61.4	40
Nicaragua, 1966-1967 ....	143	152	6.3	65
Guatemala, 1968-1969 ....	119	161	35.3	64
El Salvador, 1966-1967 ..	139	148	6.5	60
Honduras, 1969-1970 .....	113	150	32.7	69
Ecuador, 1969-1970 .....	98	145	48.0	59
Rep. Dominicana 1970-1971	115	130	13.0	60
Chile, 1965-1966 .....	84	112	33.3	25
Colombia, 1968-1969 .....	75	109	45.3	36
Costa Rica, 1968-1969 ...	60	92	53.3	59
Paraguay, 1967-1968 .....	69	77	11.6	63

Fuente: Behm, N. et al., Mortalidad en los primeros años de vida en países de la América Latina. CELADE, Serie A No. 4024 a 4032 y 4036 a 4039, 1976-1978.

¿En qué grado las relaciones sociales de producción imperantes en el agro latinoamericano explican la excesiva mortalidad rural? En un reciente análisis del desarrollo social en las áreas rurales de América Latina,<sup>14</sup> CEPAL y FAO sostienen que, durante el período 1950-1975, sus problemas no se han resuelto y, en muchos casos, se han agravado. "Los problemas alimenticios, de empleo, de ingreso y de condiciones de vida, no se deben a una insuficiente expansión de la producción ni a la permanencia de estructuras agrarias tradicionales". "Parecen estar muchos más ligados a las modalidades bajo las cuales se está operando la transformación de las estructuras socio-económicas de la agricultura". "Este proceso tiende a profundizar el carácter capitalista del sistema productivo sectorial", ... "con expansión de un sub-sector de agricultura moderna, compuesto por un número relativamente pequeño de empresas medianas y grandes articuladas a través de mecanismos comerciales, agro-industriales y financieros con el mercado nacional e internacional". "Conlleva la descomposición de la agricultura tradicional, dado el carácter concentrador de este proceso, tanto en términos de producción como de recursos e ingresos, con obvias implicaciones sobre el empleo y las condiciones de vida de la población rural". "Constituyen engranajes de la expansión de la producción mercantil, dentro de la cual se reacomodan las estructuras socio-económicas del agro para cumplir sus funciones de suministrar alimentos y fuerza de trabajo baratas, funciones esenciales para el proceso de acumulación de capital en el conjunto del sistema económico". El informe anota que, en este proceso, "el pequeño productor ha quedado unido al asalariado para conformar el segmento mayoritario de trabajadores rurales de bajos ingresos."

Los diversos intentos reformistas y las revoluciones agrarias en América Latina —comenta el informe— han tenido un carácter limitado y no han llegado a su culminación. A ellas se oponen frentes organizados del empresariado agropecuario, en tanto que los campesinos no han logrado organizarse con fuerza suficiente para defender su derecho a la tierra y a la ocupación. Por otra parte, como consecuencia de la concentración de recursos en el sector exportador de la economía agraria, la producción para el consumo interno no ha tenido el crecimiento esperado, en circunstancias que es definida por CEPAL-FAO como requisito esencial para solucionar los problemas de nutrición de la población. Del Canto, Teller et al.<sup>15</sup> señalan que en los países centroamericanos esto ha obligado a una creciente importación de alimentos, la cual crea una dependencia con los mercados y los precios internacionales.

Las citas anteriores ilustran sobre el verdadero marco social, económico y político de la alta mortalidad rural en países latinoamericanos.

Muestran también que la "explicación" de los contrastes de la mortalidad no puede encontrarse en el análisis de variables demográficas convencionales (como urbano/rural, por ejemplo) ni de algunos indicadores socio-económicos, sino que requiere el uso de categorías que identifiquen la inserción del individuo en el proceso social de la producción. En el campo de la nutrición, hay algunos estudios que aportan antecedentes en este sentido. Hernández<sup>16</sup> analizó los cambios socio-económicos, en la alimentación y en la nutrición, que se produjeron entre 1958 y 1971 en la Municipalidad de Conduacan (México), a raíz de la implantación de un plan de desarrollo agrícola destinado a incrementar los cultivos de exportación (caña de azúcar y banano). Simultáneamente se instaló un Centro de Salud y una escuela secundaria, y se expandió la provisión de electricidad. "El crecimiento económico explosivo del área favoreció sólo un sector de la población. En tanto que el sector privilegiado comenzó a consumir mayores cantidades de carne, leche y otros productos, la clase de trabajadores agrícolas permaneció más o menos en iguales condiciones". "La desnutrición continúa afectando la misma proporción de niños, con la misma gravedad y seguramente con las mismas consecuencias". "El cambio en la producción de alimentos no sólo fue incapaz de prevenir la desnutrición, sino que el crecimiento económico generado en el proyecto agrícola tampoco fue capaz de hacerlo". Por otra parte, Valverde et.al.<sup>17</sup> encuentran en un estudio de cuatro aldeas rurales de Guatemala que la frecuencia de la desnutrición moderada en los niños aumenta de 17 a 38 por ciento en la medida que la extensión de la tierra que posee el campesino se reduce de más de 5 manzanas a menos de 2.

Beghin,<sup>18</sup> del Instituto de Nutrición de América Central y Panamá (INCAP), discutiendo las relaciones de la desnutrición con el desarrollo, dice que en general se admite que la desnutrición depende de la "pobreza" ("social deprivation") la cual "es el producto de un complicado y aun no bien comprendido grupo de circunstancias en las cuales la explotación, la injusticia en la distribución del poder económico y político y las desigualdades en la distribución del producto de la actividad económica, juegan un papel central". Y agrega: "No hay soluciones tecnocráticas para la desnutrición. Las intervenciones nutricionales no pueden ser descontaminadas, liberarse de consideraciones políticas. La nutrición no es aséptica".

Es interesante hacer notar que en los estudios de desnutrición en Centro América, Teller<sup>19</sup> ha encontrado que en Panamá y Guatemala, entre 1965 y 1975, la prevalencia de la desnutrición más grave (grado II y III) ha aumentado en los menores de 5 años, en tanto que se ha reducido la mortalidad. En el mencionado estudio de Hernández, a pesar de las condiciones descritas, la tasa de mortalidad infantil se redujo a la mitad en el período de observación. Estos hechos muestran

la complejidad de los mecanismos por los cuales el contexto socio-económico influye el proceso salud-enfermedad-muerte. Y señalan también que los cambios en la letalidad pueden en cierto grado distanciar el curso de la mortalidad de la evolución de la morbilidad que la genera. En general confirman que el desarrollo del sistema capitalista está asociado a bajas de la mortalidad (sobre lo cual la experiencia histórica de países avanzados da amplia evidencia), cuyo alcance estará determinado por las características con que él se inserta en cada formación económico social concreta y por sus relaciones con las economías centrales mundiales. Ignorar esta situación o hacer fe de explicaciones simplificadas de un fenómeno complejo, son dos errores que deben evitarse en el análisis de los determinantes reales de la mortalidad.

Consideremos ahora la mortalidad en el medio urbano. Los antecedentes que se han reunido (cuadro 5) indican que, aunque la mortalidad urbana es aún alta en América Latina, ella es en general menor que en la población rural. ¿Cuál es la situación en las ciudades mayores de estos países? Estas ciudades, que habitualmente corresponden a la capital nacional, están caracterizadas por su gran crecimiento demográfico, originado en una fuerte inmigración interna. Son sede del poder político y económico, y concentran buena parte de los recursos y servicios sociales del sector público (incluyendo la atención médica). En ellas se ha iniciado y está en una etapa más avanzada el desarrollo capitalista de la economía. El hecho que la industria se instale preferencialmente en estas ciudades hace que la organización sindical de los trabajadores sea también más temprana y fuerte en ellas.

Arruñada et al.<sup>20</sup> estudiaron la distribución de la tasa de la mortalidad infantil en la ciudad de Buenos Aires en 1973, tasa que tendía a estacionarse en esos años a un nivel de 30 por mil. Los resultados se resumen en el cuadro 6 y muestran considerables diferencias de esta mortalidad en una ciudad que tiene gran desarrollo y una mortalidad infantil relativamente baja. Las mayores tasas se observan en la región 1, donde predominan villas miserias, hoteles, pensiones y conventillos. Están asociadas al menor nivel socio-económico, al hecho que la madre no esté en una unión legal y a que sea una inmigrante a la ciudad. Cuando algunas de estas condiciones coinciden, se identifican subpoblaciones especialmente expuestas. En la región 1, por ejemplo, el grupo de más bajo nivel socio-económico tiene una tasa de 101 por mil, y los hijos de mujeres solteras, de 70 por mil.

En el cuadro 7 se presenta la mortalidad en los primeros dos años de vida en las capitales de algunos países latinoamericanos, alrededor de 1968-1970, de acuerdo á los estudios de Behm et. al.<sup>21</sup>. La población estudiada no corresponde exactamente a la ciudad capital, pero está formada mayoritariamente por su población.

**Cuadro 6**  
**DIFERENCIALES SOCIO-ECONOMICOS DE LA MORTALIDAD INFANTIL.**  
**CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1973**

Categorías de análisis	Tasa por mil
<b>CAPITAL FEDERAL</b>	<u>30</u>
<b>Región geográfica</b>	
I	45
VI	17
<b>Indicador socio-económico</b>	
1 (más bajo)	68
4 (más alto)	16
<b>Estado marital de la madre</b>	
Soltera o en unión consensual	42
Casada	22
<b>Migración</b>	
Migrante	39
No migrante	20

Fuente: Arruñada, M., Rothman, A. y Segre, M., Diferenciales socio-económicos de la mortalidad infantil en la Capital Federal, Argentina (inédita).

Cuadro 7  
MORTALIDAD EN LOS PRIMEROS DOS AÑOS DE VIDA EN CAPITALES DE PAISES DE  
AMERICA LATINA, ALREDEDOR DE 1968 - 1970

País, área	Probabilidad de morir (por mil nacidos vivos)						Total rural
	Total país	En capital, por años de educación					
		Total	Ninguno	1-3	4-6	7 y más	
Bolivia							
La Paz .....	202	179	199 <sup>z/</sup>	202	96	224	
Perú							
Región metropolitana .....	169	93	123 <sup>y/</sup>	97 <sup>y/</sup>	86 <sup>y/</sup>	213	
Guatemala							
Guatemala .....	149	76	122	88	59	31	161
Nicaragua							
Managua, urbano .....	149	103	164	131	99	34	152
El Salvador							
San Salvador, urbano .....	145	118	184	136	98	37	148
Honduras							
Tegucigalpa .....	140	97	117	91	64	31	121
Ecuador							
Quito y Guayaquil .....	127	80	149	106	79	50 <sup>z/</sup>	145
República Dominicana							
Distrito nacional .....	123	109	162	132	99	70	130
Chile							
Grandes ciudades <sup>z/</sup> .....	91	72	138	83	77	52	112
Colombia							
Área metropolitana .....	88	51	78	60	46 <sup>y/</sup>	32 <sup>y/</sup>	109
Costa Rica							
San José y Heredia, urbano	81	49		72	52	37	92
Paraguay							
Región metropolitana .....	75	64	97 <sup>y/</sup>	57	25	152	
Argentina							
Región metropolitana .....	58	43	70 <sup>y/</sup>	48	30	-	

<sup>z/</sup> 0-3

<sup>y/</sup> 0-4

<sup>z/</sup> 5

<sup>y/</sup> 6 y más

<sup>z/</sup> 7-9

<sup>y/</sup> El 92% correspondiente a Santiago y Valparaíso urbano.

<sup>z/</sup> 4-5

<sup>y/</sup> 6 y más.

**Cuadro 6**  
**DIFERENCIALES SOCIO-ECONOMICOS DE LA MORTALIDAD INFANTIL.**  
**CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1973**

Categorías de análisis	Tasa por mil
<b>CAPITAL FEDERAL</b>	<b>30</b>
<b>Región geográfica</b>	
I	45
VI	17
<b>Indicador socio-económico</b>	
1 (más bajo)	68
4 (más alto)	16
<b>Estado marital de la madre</b>	
Soltera o en unión consensual	42
Casada	22
<b>Migración</b>	
Migrante	39
No migrante	20

Fuente: Arruñada, M., Rothman, A. y Segre, M., Diferenciales socio-económicos de la mortalidad infantil en la Capital Federal, Argentina (inédita).

Cuadro 7  
MORTALIDAD EN LOS PRIMEROS DOS AÑOS DE VIDA EN CAPITALES DE PAISES DE  
AMERICA LATINA, ALREDEDOR DE 1968 - 1970

País, área	Probabilidad de morir (por mil nacidos vivos)						Total rural
	Total país	En capital, por años de educación					
		Total	Ninguno	1-3	4-6	7 y más	
Bolivia							
La Paz .....	202	179	199 <sup>z/</sup>	202	96	224	
Parú							
Región metropolitana .....	169	93	123 <sup>y/</sup>	97 <sup>y/</sup>	86 <sup>y/</sup>	213	
Guatemala							
Guatemala .....	149	76	122	88	59	31	161
Nicaragua							
Managua, urbano.....	149	103	164	131	99	34	152
El Salvador							
San Salvador, urbano .....	145	118	184	136	98	37	148
Honduras							
Tegucigalpa .....	140	97	117	91	64	31	121
Ecuador							
Quito y Guayaquil .....	127	80	149	106	79	50 <sup>z/</sup>	145
República Dominicana							
Distrito nacional.....	123	109	162	132	99	70	130
Chile							
Grandes ciudades <sup>z/</sup> .....	91	72	138	83	77	52	112
Colombia							
Área metropolitana .....	88	51	78	60	46 <sup>y/</sup>	32 <sup>y/</sup>	109
Costa Rica							
San José y Heredia, urbano	81	49		72	52	37	92
Paraguay							
Región metropolitana .....	75	64	97 <sup>y/</sup>	57	25	152	
Argentina							
Región metropolitana .....	58	43	70 <sup>y/</sup>	48	30	-	

<sup>z/</sup> 0-3

<sup>y/</sup> 0-4

<sup>z/</sup> 5

<sup>y/</sup> 6 y más

<sup>z/</sup> 7-9

<sup>y/</sup> El 92% correspondiente a Santiago y Valparaíso urbano.

<sup>z/</sup> 4-5

<sup>y/</sup> 6 y más.

El riesgo de morir del niño en la capital de estos países es menor (y a menudo, substancialmente menor) que en el total del país. Pero cuando se usa la educación de la madre para identificar subpoblaciones con distinto nivel de vida, se ve que la mortalidad es muy heterogénea entre ellas. Los sectores de más bajo nivel tienen un riesgo considerablemente mayor, que llega a igualar el existente en el sector rural que se acaba de analizar, indicando que el riesgo está más asociado a la forma en que la familia se inserta en la estructura socio-económica que a su residencia geográfica. Como se verá más adelante, cuando se analice en Costa Rica la mortalidad diferencial por clases sociales, forman parte de esta población de mayor riesgo los hijos de familias proletarias, definidas como asalariados del sector secundario y terciario. Pero también están incluidas aquí las poblaciones llamadas marginales, que no participan efectivamente en el proceso de producción, entre otras razones porque el mercado de trabajo es incapaz de absorber una población de rápido crecimiento. Las condiciones de desocupación o subempleo así determinadas están asociadas a bajos niveles de vida y, en consecuencia, a mayor mortalidad.

En suma, las poblaciones de las ciudades mayores en los países de América Latina tienen una mortalidad menor que el resto del país, en relación con las mejores condiciones de vida que en general ha originado el desarrollo capitalista, principalmente centrado en estas ciudades. Sin embargo, en la etapa actual, las contradicciones del sistema crea en ellas importantes diferencias socio-económicas de la mortalidad.

## **OTROS ASPECTOS DE LOS DIFERENCIALES SOCIO-ECONOMICOS DE LA MORTALIDAD**

En este capítulo se examinan los estudios de mortalidad diferencial por nivel de ingreso, nivel de educación, grupos étnicos y clases sociales, que no hayan sido considerados anteriormente.

### **1 Mortalidad y nivel de ingreso**

Carvalho<sup>22</sup> ha hecho estimaciones de la esperanza de vida al nacimiento para Brasil por tramos de ingreso, basadas en la mortalidad en la niñez estimada por el método de Brass con los datos censales de 1970. La esperanza de vida del grupo de menor ingreso ( $e = 49,9$  años) es inferior en 12,1 años a la del mayor ingreso ( $e = 62,0$  años). A pesar de la heterogeneidad de la mortalidad entre regiones, ella es sistemáticamente decreciente a medida que el ingreso se eleva. Considerando las regiones, las diferencias entre subpoblaciones se extreman: la esperanza de vida va de 42,8 años en el grupo de menor ingreso de la región Nordeste Central a 66,9 años en los grupos más acomodados de la región Sur, que es una de las más avanzadas. El autor hace notar

El riesgo de morir del niño en la capital de estos países es menor (y a menudo, substancialmente menor) que en el total del país. Pero cuando se usa la educación de la madre para identificar subpoblaciones con distinto nivel de vida, se ve que la mortalidad es muy heterogénea entre ellas. Los sectores de más bajo nivel tienen un riesgo considerablemente mayor, que llega a igualar el existente en el sector rural que se acaba de analizar, indicando que el riesgo está más asociado a la forma en que la familia se inserta en la estructura socio-económica que a su residencia geográfica. Como se verá más adelante, cuando se analice en Costa Rica la mortalidad diferencial por clases sociales, forman parte de esta población de mayor riesgo los hijos de familias proletarias, definidas como asalariados del sector secundario y terciario. Pero también están incluidas aquí las poblaciones llamadas marginales, que no participan efectivamente en el proceso de producción, entre otras razones porque el mercado de trabajo es incapaz de absorber una población de rápido crecimiento. Las condiciones de desocupación o subempleo así determinadas están asociadas a bajos niveles de vida y, en consecuencia, a mayor mortalidad.

En suma, las poblaciones de las ciudades mayores en los países de América Latina tienen una mortalidad menor que el resto del país, en relación con las mejores condiciones de vida que en general ha originado el desarrollo capitalista, principalmente centrado en estas ciudades. Sin embargo, en la etapa actual, las contradicciones del sistema crea en ellas importantes diferencias socio-económicas de la mortalidad.

## **OTROS ASPECTOS DE LOS DIFERENCIALES SOCIO-ECONOMICOS DE LA MORTALIDAD**

En este capítulo se examinan los estudios de mortalidad diferencial por nivel de ingreso, nivel de educación, grupos étnicos y clases sociales, que no hayan sido considerados anteriormente.

### **1 Mortalidad y nivel de ingreso**

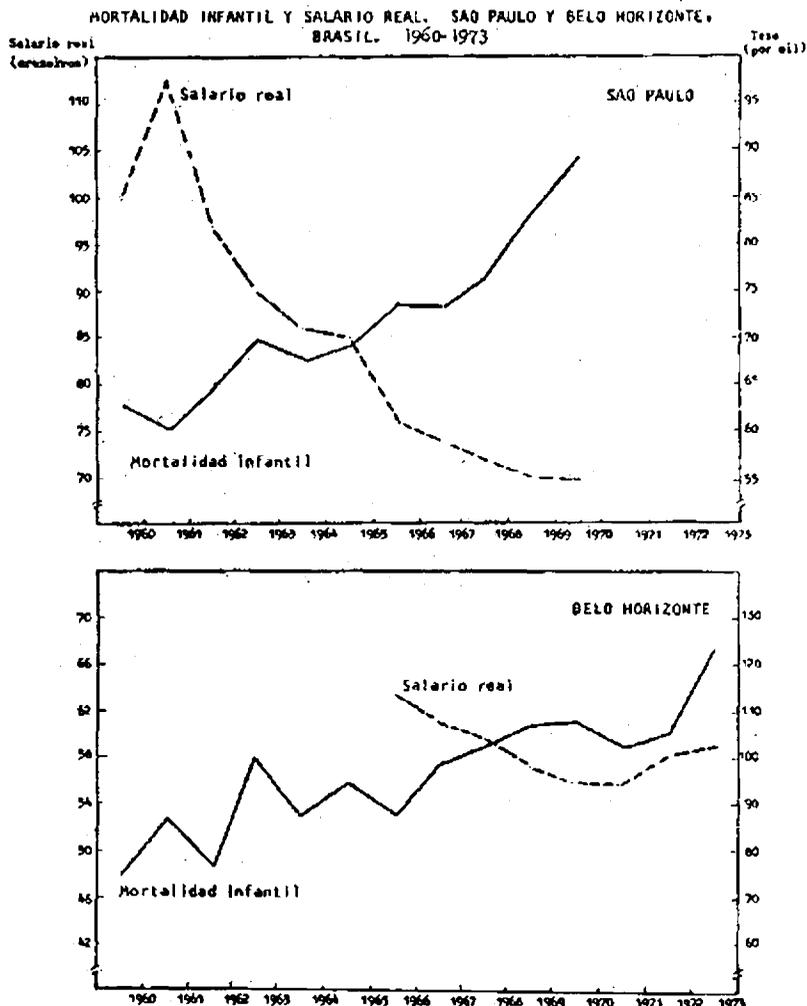
Carvalho<sup>22</sup> ha hecho estimaciones de la esperanza de vida al nacimiento para Brasil por tramos de ingreso, basadas en la mortalidad en la niñez estimada por el método de Brass con los datos censales de 1970. La esperanza de vida del grupo de menor ingreso ( $e = 49,9$  años) es inferior en 12,1 años a la del mayor ingreso ( $e = 62,0$  años). A pesar de la heterogeneidad de la mortalidad entre regiones, ella es sistemáticamente decreciente a medida que el ingreso se eleva. Considerando las regiones, las diferencias entre subpoblaciones se extreman: la esperanza de vida va de 42,8 años en el grupo de menor ingreso de la región Nordeste Central a 66,9 años en los grupos más acomodados de la región Sur, que es una de las más avanzadas. El autor hace notar

que, en las regiones de menor mortalidad, hay una tendencia a mayores diferencias absolutas de la esperanza de vida por nivel de ingreso.

En el mismo país, Wood<sup>23</sup> ha estudiado el curso de la mortalidad infantil en dos ciudades mayores de Brasil (gráfico 1). En la década del 60 la tasa ha aumentado entre 1960 y 1970 en 40 por ciento en Sao Paulo y en 68 por ciento en Belo Horizonte entre 1960 y 1973. El aumento persiste aún después de haber corregido las tasas por errores en el registro de la residencia. En ambas ciudades (salvo el año 1961 para Sao Paulo) se observa simultáneamente un descenso

Gráfico 1

22



Fuente: Wood, C., *Imunidade de mortalidade infantil e distribuição de renda: estudo sobre Belo Horizonte e São Paulo. Síntese sobre o progresso de pesquisas demográficas no Brasil*. Rio de Janeiro, 7-9 Junho, 1976.

del salario real mínimo, que el autor considera que es causa del aumento de la mortalidad. Se estima que la proporción de la población que tiene un ingreso inferior al salario mínimo es de 46 por ciento en Belo Horizonte y de 43 por ciento en Sao Paulo. Wood hace notar que el gran desarrollo económico de Brasil en 1960-1970 se ha acompañado de una distribución regresiva del ingreso: el 5 por ciento más rico de la población ha **aumentado** su participación en el ingreso total en 72 por ciento, en tanto que la situación no ha mejorado en las tres cuartas partes de la población que tienen menores ingresos.

## 2. Mortalidad y nivel de educación

El nivel que el individuo ha alcanzado en el sistema formal de educación es otra variable extensamente usada en el estudio de la mortalidad diferencial. Entre otros investigadores, Preston,<sup>24</sup> ha calculado una regresión múltiple basada en el estudio transversal de 120 países alrededor de 1970, la cual indica que un aumento del 10 por ciento en la proporción de alfabetos está asociado a un incremento de 2 años en la esperanza de vida al nacimiento. La educación tiene un efecto directo en algunos determinantes de la mortalidad; la mortalidad del niño, por ejemplo, está influida por las creencias y valores que la madre tenga sobre el cuidado de su hijo y el comportamiento ante sus enfermedades. Pero, por sobre todo, la educación está correlacionada con otros indicadores del nivel de vida y sus diferencias expresan el acceso dispar que tiene el hombre a los beneficios sociales y económicos, fundamentalmente determinados por la clase social a que pertenece.

Behm et.al.<sup>25</sup> han analizado el riesgo de morir entre el nacimiento y los dos años de edad en 13 países latinoamericanos en función de la educación de la madre. Algunos de los resultados se resumen en el cuadro 8 y el gráfico 2. Los países tienen niveles de mortalidad muy diferentes, pero en todos ellos se observa que el riesgo de morir del niño en esta edad desciende de modo marcado y monótonamente a medida que la educación de la madre aumenta. De este modo, los hijos de mujeres analfabetas tienen un riesgo que es 3,5 a 5 veces mayor que los de mujeres que han alcanzado diez y más años de educación. En los países de mayor mortalidad las diferencias absolutas de la mortalidad entre grupos de educación son mayores que en los de mortalidad más baja. Hay además una tendencia a que el descenso de la mortalidad en función de la educación se haga menos pronunciado entre los tramos de mayor educación. En los hijos de las mujeres con diez y más años de educación las diferencias de mortalidad entre países tienden a ser menores (rango de 26 en Argentina a 70 por mil en Perú). Los hijos de mujeres analfabetas y semi-analfabetas en la mayoría de los países tienen riesgos de muerte que superan 100 por mil nacidos vivos. En ocho de 14 países la mortalidad es superior a 170 por mil

en el grupo sin educación y alcanza su máximo en Bolivia, donde uno de cada cuatro nacidos no alcanza a cumplir los dos años de edad. La enormidad de estos excesos es evidente si se considera que este riesgo es sólo de 11 por mil en Suecia en 1970.

Cuadro 8  
MORTALIDAD DEL MENOR DE DOS AÑOS SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MUJER.  
PAISES LATINOAMERICANOS, 1966-1971

País	Probabilidad de morir (por mil)					Mortalidad grupo "ninguno" sobre "10 y más"
	Total	Años de estudio de la madre				
		Ninguno	1-3	4-6	7-9	
Bolivia .....	202	245	209	176	110 <sup>a/</sup>	-
Perú <sup>b/</sup> .....	169	207	136	102	77	70
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
Ecuador .....	127	176	134	101	61	46
República Dominicana	123	172	130	106	81	54
Chile .....	91	131	108	92	66	46
Colombia <sup>b/</sup> .....	88	126	95	63	42	32
Costa Rica .....	81	125	98	70	51	33
Paraguay .....	75	104	80	61	45	27
Argentina .....	58	96	75	59	39	26
Cuba <sup>a/</sup> .....	41	46	45	34	29	-

<sup>a/</sup> Corresponde a 7 y más.

<sup>b/</sup> Los tramos son: 0, 1-3, 4-5, 6-8, 9 años y más.

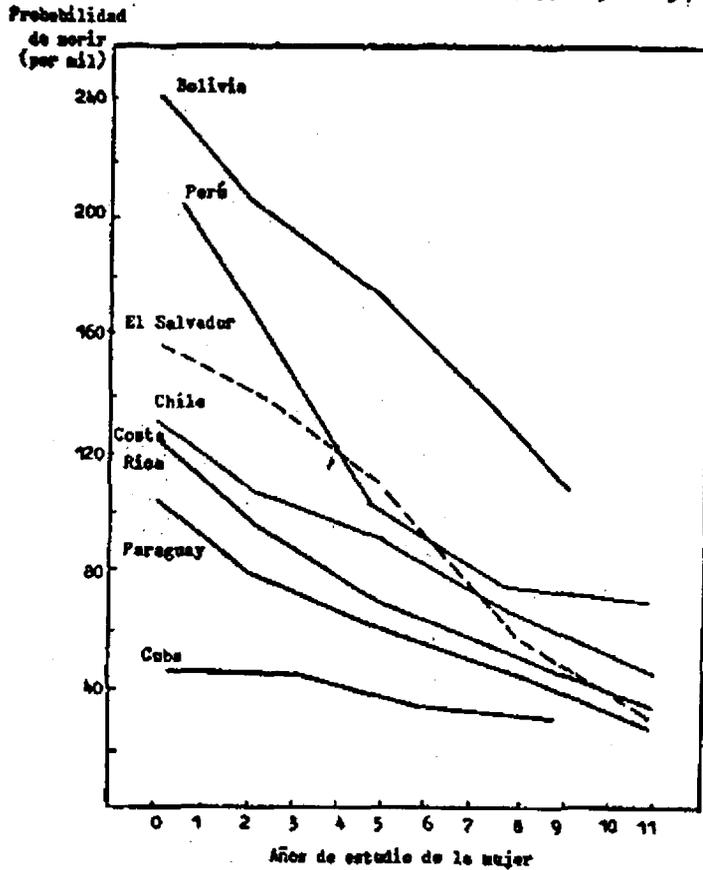
<sup>b/</sup> Los tramos son: 0-2, 3-4, 5, 6-9, 10 años y más.

<sup>a/</sup> Cifras provisionales.

Fuente: Beha, N. y Priante, D., Mortalidad en los primeros años de vida en América Latina. Notas de Población. Año VI, No. 16. Abril 1978.

Gráfico 1

MORTALIDAD DEL MENOR DE DOS AÑOS SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MUJER, PAISES LATINOAMERICANOS, 1966-1971



Fuente: Cuadro 8.

En este cuadro se han agregado estimaciones similares provisionarias para Cuba, obtenidas con los datos de la Escuela Nacional de Ingresos y Egresos de 1974. Las cifras muestran que no sólo el nivel nacional es considerablemente bajo (29 por mil), sino que las diferencias por educación son también mucho menores con un rango de 29 a 46 por mil nacidos vivos.

La significación de los contrastes descritos depende de la proporción relativa de los nacidos vivos en cada país, que son los expuestos a riesgo. Para obtener un panorama epidemiológico de la mortalidad del menor de dos años, se procedió en cada país a identificar estratos según esta mortalidad, utilizando variables geográficas (regiones población urbano/rural) y los años de estudios de la mujer. En cada estrato se estimó el número de nacidos vivos anuales (en base al promedio de hijos declarados en el censo) y las muertes esperadas en los primeros dos años de vida, de acuerdo al riesgo de morir del grupo. Los resultados para el conjunto de 12 países se muestran en el cuadro 9.

El estudio identifica en estos países un estrato de población que tiene una mortalidad relativamente baja para la región (27 a 37 por mil). Está constituida por los hijos de mujeres que han alcanzado por lo menos la educación media o superior, que es una situación de privilegio en una región donde los niveles de educación son en general bajos. La casi totalidad de estas mujeres viven en el área urbana y el 72 por ciento reside en la capital del país (o sus inmediaciones). Por su nivel de educación debe presumirse que pertenecen a grupos sociales medios y altos, que tienen un amplio acceso físico (por su residencia urbana) y económico (por su situación de clase) a los mayores recursos y servicios que se concentran en las ciudades mayores, incluyendo la atención médica. Se trata de un grupo minoritario: sólo el 5 por ciento de las mujeres de 15-49 años pertenecen al estrato. Por la estructura educacional del grupo, tienen una baja fecundidad, de tal modo que aportan únicamente el 3 por ciento del total de los nacimientos de los países. Expuestos a una mortalidad baja, estos niños contribuyen con apenas el 1 por ciento del total de defunciones de menores de dos años. El grupo tiene el valor de mostrar que en la América Latina los niños que nacen en los grupos sociales privilegiados tienen una probabilidad de sobrevivir que se acerca a la observada en los países más avanzados.

Desafortunadamente, se trata de una situación que es la excepción. El núcleo del problema de la alta mortalidad temprana del niño en América Latina está formado por los estratos de alta y muy alta mortalidad. En el grupo en que ésta es superior a 160 por mil está el 22 por ciento de las mujeres en edad fértil. Los factores que determinan una mortalidad alta también condicionan una fecundidad mayor, de tal modo que ellas contribuyen con el 28 por ciento del total de nacimientos; en ellos ocurre el 43 por ciento del total de muertes de menores de dos años. No hay mujeres de alta educación en este estrato; la

Cuadro 9

ESTRATOS DE POBLACION SEGUN EL RIESGO DE MORIR DEL NIÑO EN LOS PRIMEROS DOS AÑOS DE VIDA EN 12 PAISES LATINOAMERICANOS<sup>a/</sup> ALREDEDOR DE 1968-1970

Estrato de mortalidad	Probabilidad de morir (por mil)	Porcentaje del total incluido en el estrato		
		Mujeres de 15-49 años	Nacimientos	Defunciones de menores de dos años
TOTAL		100	100	100
Baja .....	Menos de 40	5	3	1
Mediana .....	40-79	28	20	10
Medianamente alta	80-119	26	27	22
Alta .....	120-159	19	22	24
Muy alta .....	160 y más	22	28	43

Características de los nacidos vivos del estrato

	Porcentaje según educación de la madre (años)			Porcentaje en área		Porcentaje en capital del país
	7 y más	4-6	0-3	Urbana	Rural	
Baja .....	100	-	-	98	2	72
Mediana .....	36	49	15	91	9	47
Medianamente alta	7	45	48	51	49	15
Alta .....	-	7	93	41	59	10
Muy alta .....	-	4	96	27	73	6

a/ Los países son Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana.

Fuente: Behr, N. y Primateo, B., La mortalidad en los primeros años de vida en la América Latina. Notas de Población, No. 76, Año VI, CELADE, abril de 1972.

casi totalidad son analfabetas o semi-analfabetas. El 73 por ciento reside en áreas rurales y el 6 por ciento vive en la capital del país. Este último grupo corresponde probablemente a los sectores marginados del proceso productivo en el sector urbano.

Si se suman los estratos de alta y muy alta mortalidad, se tiene un grupo que abarca el 41 por ciento de las mujeres en edad fértil. Ellas procrean la mitad de los nacimientos totales, en los cuales una mortalidad que es por lo menos diez veces superior a la de Suecia, genera dos tercios de todas las muertes de menores de dos años del conjunto de países estudiados. El grupo está formado principalmente por habitantes de Bolivia, Perú, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Honduras y El Salvador. Hay que hacer notar que el estudio no incluye, entre otros países, los dos mayores de la región: México y Brasil. Para este último, ya se ha mencionado que existen marcados contrastes de la mortalidad según el ingreso del grupo familiar.

### 3. Mortalidad y grupos étnicos

En varios países de la región (Bolivia, Ecuador, Perú, Guatemala) subsisten poblaciones indígenas numéricamente importantes. Deposadas después de la conquista de sus mejores tierras, permanecieron un largo período en un sistema servil de producción. En la actualidad persisten en ellas formas pre-capitalistas de producción o se han incorporado al mercado en condiciones en general precarías, situación que las reformas agrarias no han cambiado en profundidad.

En el estudio mencionado de Behm et al., fue posible identificar estas poblaciones con la información censal, de modo directo o indirecto, con los resultados que se indican en el cuadro 10.

Cuadro 10  
MORTALIDAD EN EL MENOR DE DOS AÑOS SEGUN GRUPOS RACIAL.  
PAISES LATINOAMERICANOS SELECCIONADOS. 1968 - 1972

País	Total	Probabilidad de morir (por mil)		
		Población indígena	Población no indígena	Sobremortalidad en la población indígena (porcentaje)
Guatemala <sup>1/</sup> .....	149	173	128	35.2
Bolivia <sup>2/</sup> .....	202	258	149	73.2
Ecuador <sup>3/</sup> .....	-	197	143	37.8

<sup>1/</sup> Variables especificadas en el censo como "indígena" y "no-indígena".

<sup>2/</sup> Población indígena: aquella que sólo habla lengua autóctona (quechua, aymara); población no-indígena: aquella que sólo habla castellano.

<sup>3/</sup> Población indígena: cantones de la sierra con predominio de población indígena en el censo de 1950. Población no-indígena: cantones de la sierra donde sólo población es minoritaria.

Fuente: Behm, H. y colaboradores, Mortalidad en los primeros años de vida en países de la América Latina. CEPRU, Serie A, No. 103, 109 y 1097. San José, Costa Rica, 1977-1978.

Todos ellos son países donde la mortalidad del menor de dos años en la población no indígena ya es alta. Aun así, la población supuestamente indígena tiene una sobremortalidad que varía entre 35 y 73 por ciento, alcanzando probabilidades de muerte tan excesivas como 173-258 por mil nacidos vivos.

#### 4. Mortalidad y clase social

Como se ha explicado anteriormente, las diferencias de la mortalidad en función de diversas variables socio-económicas no permiten explicar estas variaciones de un modo coherente y sistemático. En la hipótesis de que el fenómeno salud-enfermedad-muerte está sobre determinado por la forma en que el individuo se inserta en el proceso de producción, el camino más lógico de análisis debiera ser la identificación de los modos de producción imperantes en una sociedad dada y las clases sociales que ellos generan. Este tipo de análisis es excepcional, entre otras razones por las dificultades de identificar en la población las variables pertinentes. En este capítulo se resumen dos aproximaciones a esta línea de análisis.

Taucher<sup>26</sup> ha analizado la mortalidad infantil en Chile, 1972-1973, comparando los hijos de "obreros" con los hijos de "empleados"; los grupos "empleadores" y "trabajadores por cuenta propia" fueron excluidos. Se trata, pues, de una comparación entre trabajadores, separando aquéllos que están propiamente en el proceso de producción de bienes y en funciones manuales, de los asalariados no-manuales situados sobre todo en los sectores de servicio y que corresponde a grupos medios. Aun así, los contrastes son notorios (cuadro 11).

Cuadro 11  
MORTALIDAD INFANTIL POR OCUPACION DEL PADRE Y EDUCACION DE LA MADRE.  
CHILE, 1972-1973

Educación	Tasas por mil nacidos vivos					
	Infantil		Neonatal		Post-neonatal	
	Hijos de					
	Empleados	Obreros	Empleados	Obreros	Empleados	Obreros
TOTAL	29,8	66,9	16,8	25,6	12,9	41,2
Ninguna .....	86,2	108,6	35,0	38,0	51,3	70,6
Primaria .....	38,1	62,7	18,3	24,1	19,7	38,6
Secundaria y +	23,8	59,9	15,6	26,4	8,2	33,5

Fuente: Taucher, E., Mortalidad infantil en Chile: tendencias, diferencias y causas. CELADE, octubre de 1978.

La tasa de mortalidad infantil de los hijos de obreros duplica la del grupo empleados, y esta diferencial es mayor en la mortalidad post-neonatal (3,2 veces). Dentro de cada grupo ocupacional, el mayor nivel de la educación está asociado a una menor mortalidad, pero en los obreros el paso de una educación primaria a un nivel mayor no se acompaña de una reducción importante de la tasa, surgiendo que el efecto de la clase social es el de mayor peso. La mortalidad en los hijos de obreros analfabetos (109 por mil) es 8,6 veces mayor que la de empleados de más alta educación (23,8 por mil). En un país de educación relativamente alta en la región, los nacimientos de madres analfabetas son sólo el 7 por ciento del total, aunque generan el 13 por ciento de las muertes infantiles. El grupo de mayor significación está constituido por los hijos de obreros con alguna educación, grupo en el cual ocurre el 60 por ciento de los nacimientos y el 69 por ciento de las muertes en el primer año de vida.

Taucher estudia además las causas de muerte en los dos grupos ocupacionales, que se presentan en el cuadro 12 para la mortalidad post-neonatal. Se observa que la mayor mortalidad de hijos de obreros está vinculada a notorios excesos en aquellas causas que se considera que pueden ser total o parcialmente evitadas con el crecimiento médico actual. Ellas comprenden afecciones de origen infeccioso (en especial diarrea), afecciones respiratorias agudas y desnutrición.

Behm et. al. (27) han obtenido estimaciones de la probabilidad de morir entre el nacimiento y los dos años de edad para Costa Rica, 1965-1969, utilizando la información censal sobre ocupación y categoría ocupacional del jefe de hogar. Esta información no permite identificar exactamente clases y sub-clases sociales, pero se la ha utilizado en la mejor forma posible para aproximarse a ellas. Hubo que descartar 37 por ciento de los hogares censales porque el jefe del hogar no pertenecía a la población económicamente activa, porque buscaba trabajo por primera vez o no estaba bien precisada la información sobre ocupación; también se excluyeron parte de los trabajadores por cuenta propia, en los cuales la clasificación de clases sociales no era factible. Los resultados se presentan en el cuadro 13.

Cuadro 12

## MORTALIDAD POST-NEONATAL: CAUSAS DE MUERTE SEGUN GRUPO OCUPACIONAL DEL PADRE. CHILE, 1972-1973

Grupos de causas de muerte	Tasas por 100 000 nacidos vivos		
	Hijos de:		Mortalidad obreros/empleados
	Empleados	Obreros	
Mortalidad reducible .....	937	3 243	3.5
De origen infeccioso ...	385	1 233	3.2
Afecciones respiratorias	462	1 683	3.6
Desnutrición .....	41	227	5.6
Accidentes .....	49	100	2.0
Mortalidad no evitable ....	120	124	1.0
Mal definidas .....	136	589	4.3
Otras .....	71	128	1.8
<b>TOTAL</b>	<b>1 263</b>	<b>4 083</b>	<b>3.2</b>

Fuente: Tenaber, E., Mortalidad infantil en Chile: tendencias, diferencias y causas. CELADE, Octubre de 1976.

La categoría llamada "burguesía media y alta" está constituida por un 16 por ciento de propietarios agrícolas o del sector industrial o comercial, 36 por ciento del personal gerencial o directivo y 48 por ciento por profesionales de mayor "status". El grupo no está formado exclusivamente por propietarios de los medios de producción, pero seguramente incluye a los más importantes de ellos. La mortalidad de sus hijos es 20 por mil, que es el nivel existente en EE. UU. en 1970.

Cuadro 13

PROBABILIDAD DE MORIR ANTES DE LOS DOS AÑOS DE EDAD, A PARTIR DEL NACIMIENTO,  
SEGUN "CLASES SOCIALES" APROXIMADAS, COSTA RICA, 1968-1969

"Clases sociales" y su composición aproximada	Probabilidad de morir (por mil)
TOTAL PAIS	80
<u>Burguesía alta y medio alta</u> .....	20
Grupos gerenciales y directivos superiores en el sector privado financiero, comercial y agrícola y del sector estatal. Profesionales de más alto status. Proprietarios agrícolas.	
<u>Grupos medios</u> .....	39
Empleados de oficina y vendedores en el comercio. Maestros en la enseñanza, otros profesionales técnicos. Proprietarios de comercio al por menor.	
<u>Proletariado (en su mayoría urbano)</u> .....	80
Operarios y jornaleros del sector secundario y terciario.	
Obreros probablemente calificados (educación 7 y más años) .....	46
Obreros probablemente no calificados:	
con 4-6 años de educación .....	73
con 0-3 años de educación .....	102
<u>Trabajadores agrícolas</u> .....	92
Proletarios agrícolas. Campesinos semi-proletarizados. Pequeños propietarios.	
con 4-6 años de educación .....	80
con 0-3 años de educación .....	112

Fuente: Beha y colaboradores. Resultado preliminar de un estudio de fecundidad (método hijos propios) en Costa Rica. CELADE, 1976.

Los "grupos medios" están formados en su mayoría por asalariados que están ligados indirectamente al proceso de producción y que trabajan especialmente en el sector prestación de servicios y comercialización, donde desempeñan un trabajo no-manual; tienen un nivel medianamente alto de educación (el 61 por ciento tiene 7 o más años de estudio). El 47 por ciento de esta categoría son empleados de oficina y vendedores de tiendas o comercio. El 35 por ciento son profesionales o técnicos no incluidos en la categoría anterior, la mayoría de los cuales son profesores primarios. La mortalidad del grupo (39 por mil) duplica la del grupo anterior.

El "proletariado", fundamentalmente urbano, está formado por obreros y jornaleros del sector secundario y terciario. En general este grupo es el que coincide mejor con una clase social. La mortalidad de sus hijos (80 por mil) vuelve a duplicar la del grupo precedente. El nivel de educación, que probablemente expresa su grado de calificación como fuerza de trabajo, distingue subgrupos que tienen una mortalidad variable entre 46 y 102 por mil; este último subgrupo alcanza así el nivel de mayor mortalidad existente en el trabajador rural.

El grupo de "trabajadores agrícolas" tiene un 67 por ciento de asalariados agropecuarios, con un nivel de educación substancialmente menor que el proletariado urbano (22 por ciento son analfabetos y 38 por ciento tienen sólo 1-3 años de estudio). El tercio restante comprende agricultores proletarios que son empleados o trabajadores por cuenta propia, los cuales tienen un nivel educacional semejante a los asalariados agrícolas. No ha sido posible distinguir las categorías que habrían sido significativas para el análisis (campesinos que son pequeños propietarios, campesinos proletarizados, proletarios, marginales). El grupo tiene la más alta mortalidad del país (99 por mil), que sube a 112 por mil en los analfabetos o semi-analfabetos, riesgo que es 5,6 superior al de la media y alta burguesía.

Con todas las limitaciones que se han mencionado sobre esta categorización en clases sociales, los resultados son significativos. Costa Rica es un país de mortalidad relativamente baja en la región, que ha tenido importantes descensos en los últimos decenios. La política social ha logrado extender sus beneficios, en especial en educación y salud, a la mayor parte de la población. Aun así, se observan marcados contrastes en la mortalidad en los primeros años de vida, la más sensible a las condiciones de vida. Los productores directos tienen una mortalidad que es 4-5 veces mayor que la del grupo más privilegiado. Este último alcanza los niveles existentes en los países más avanzados. Los grupos medios se han beneficiado más que los trabajadores manuales. El proletariado tiene una menor mortalidad que la clase trabajadora rural: está favorecido por su residencia de predominio urbano, donde el desarrollo capitalista es más avanzado, y tiene probablemente una organización sindical más poderosa que la mayor parte del sector agrario.

## COMENTARIOS GENERALES

La realización de un análisis globalizador de los determinantes socio-económicos de la mortalidad en América Latina tiene varias limitaciones. Los países de la región tienen claras diferencias en la etapa de desarrollo histórico en que se encuentran diversos modos de producción. Por otra parte, hay una gran heterogeneidad de la mortalidad entre los distintos países y en diferentes poblaciones dentro de cada país. Por último, la revisión de la información disponible en la región señala que ella no es sistemática ni completa, en particular en las categorías de análisis que son más importantes. A pesar de todo, los datos disponibles permiten llegar a algunas conclusiones importantes.

Cualquiera que sea el indicador que se utilice, los diferenciales que se detectan indican que alrededor de 1970 existían en la región considerables contrastes socio-económicos de la mortalidad, de tal modo que los grupos con más riesgo tienen tasas 4-5 veces mayores que los menos expuestos. Diferenciales de este tipo han sido descritos repetidamente, incluso en los países más avanzados. Lo importante es que en América Latina ellos son mucho más acentuados que los existentes en los países industrializados en la actualidad y que se parecen más a los que existieron en ellos en el pasado. (Nizard y Vallin <sup>28</sup>, Antonovski <sup>29</sup>). Por otra parte, como estos marcados contrastes existen en países que aún tienen una mortalidad elevada, los grupos más expuestos alcanzan elevadísimos niveles de riesgo. Esto significa que en pleno siglo XX, en el cual se han logrado espectaculares progresos en las técnicas para reducir la mortalidad, estas poblaciones están viviendo en condiciones similares a las que existieron en Europa hace casi un siglo atrás. Lo que es peor, estas poblaciones no son minoritarias: en muchos países comprenden una proporción considerable de la población total.

Esta situación tiene marcada influencia en determinar los niveles actuales de la mortalidad en la región y en sus perspectivas futuras. La reducción de la brecha en mortalidad que separa América Latina del mundo más avanzado requerirá que estos contrastes socio-económicos de la mortalidad se reduzcan de modo drástico y que se logren substanciales bajas de la mortalidad en los extensos sectores de la población que están expuestos a los mayores riesgos.

Aunque en los estudios que se han analizado la variable clase social aparece especificada sólo por excepción, todo indica que la mortalidad está estrechamente vinculada a ella. Los grupos con mayor riesgo de morir están formados por la clase trabajadora, en relación con las más precarias condiciones de vida que ella tiene. Esta situación está originada en el sistema de relaciones sociales de producción que prevalecen en el área, el cual origina por parte de algunos sectores sociales, un proceso de concentración y acumulación de los medios de producción, del progreso tecnológico y del valor generado por el trabajo, en desmedro del grupo antes mencionado.

A pesar de ello, el desarrollo del sistema capitalista en América Latina (a menudo mencionado como el proceso de modernización) está vinculado sin duda alguna a una reducción de la mortalidad. Este desarrollo es más acentuado en el sector urbano, donde también la mortalidad tiende a ser menor. Este proceso puede tener varias explicaciones. El sistema necesita, por una parte, crear un mercado interno y también le es vital la reproducción de la fuerza de trabajo. De este modo, el desarrollo del sistema productivo y su modernización, amplía la oferta y estimula el consumo de bienes; a la vez, las políticas de salarios y de beneficios sociales (seguridad social, salud educación) mejoran en forma relativa las condiciones de vida del trabajador. A ello contribuye asimismo el fortalecimiento de las organizaciones de los trabajadores, que pueden así presionar por el incremento de beneficios económicos y sociales.

En el sector agrario la mortalidad es, en general, mayor. Como lo explica el informe de CEPAL-FAO, el desarrollo capitalista está aquí asociado a la concentración de los recursos productivos (en especial la tierra y la modernización tecnológica), en desmedro de los pequeños propietarios, lo que conlleva un proceso de proletarización progresiva del campesinado. Por otra parte la concentración de recursos financieros y técnicos en el sector agro-exportador (que es básico para el desarrollo económico en algunos países) los resta del sector productor de alimentos básicos, formado en su mayoría precisamente por medianos y pequeños agricultores. Debido a ello, disminuye la oferta interna de alimentos y se incrementa la necesidad de importarlos, lo que crea una nueva forma de dependencia. Este es otro mecanismo que dificulta superar la desnutrición que prevalece en la población rural y afecta a su mortalidad.

En el seno de este complejo y dinámico proceso, la mortalidad en América Latina ha tenido importantes y variables descensos en las últimas décadas. Que este avance es claramente insuficiente lo muestran los niveles y diferenciales de la mortalidad que se han mencionado anteriormente. Hay también otros hechos que son fuente de preocupación en esta evolución. La Organización Panamericana de la Salud <sup>30</sup> evaluó el cumplimiento de las metas que se habían fijado para la reducción de la mortalidad en el menor de cinco años para el decenio 1961-1971 en la región. Encontró que este cumplimiento había sido satisfactorio en la edad 1-4 años; pero que en la mortalidad infantil se había alcanzado sólo el 21 por ciento de la meta en Mesoamérica y el 36 por ciento en la América del Sur. Montoya <sup>31</sup> proyectó las tendencias de la mortalidad infantil observadas en los países latinoamericanos en 1950-1971. Encontró que, para alcanzar una reducción del 50 por ciento, se requerían más de 25 años en seis países y entre 11 y 25 años en otros once. Accinelli y Muller <sup>32</sup> hacen notar con inquietud que el incremento histórico de la esperanza de vida en la Argentina se ha detenido entre 1960-1970, cuando la esperanza de vida alcanzó 66 años. Ya se ha mencionado un aumento de la tasa de mortalidad infantil en ciudades importantes de Brasil, para igual decenio.

Gwatkin <sup>33</sup> ha analizado el curso histórico de las ganancias promedio anuales de la esperanza de vida al nacimiento en el mundo avanzado y en diversas regiones del Tercer Mundo, en relación con el nivel de esta esperanza en diversos períodos. Cuando la esperanza de vida es aproximadamente 51-52 años, encuentra que América Latina tiene incrementos de 0,60 años, que son mayores que los observados en Europa Oriental y del Sur (0,54 años) y en la Europa Occidental (0,38 años). Pero a medida que aumenta la esperanza de vida, en la América Latina el incremento tiende a reducirse (0,36 años cuando — 57,7), en tanto que en Europa tiende a aumentar, alcanzando 0,71 años cuando — 62,4 años en la Europa Sur-Oriental. En las regiones más avanzadas la tendencia a una menor velocidad en el ascenso sólo ocurre al aproximarse a una esperanza de 70 años. Gwatkin concluye que "la mortalidad, particularmente la infantil y de la niñez, tiende ahora, en grandes áreas del Tercer Mundo, a una tasa de declinamiento que es progresivamente más lenta, y que es muy posible (y quizás probable) que esté en camino de estacionarse a niveles significativamente mayores que los que ahora existen en el Occidente". Hace notar además que los descensos marcados de la mortalidad que se han observado en algunos países (Taiwan y Corea del Sur, por ejemplo), parecen ser más bien una situación de excepción.

En esta comparación, conviene hacer notar las diferencias en los respectivos contextos históricos. Los países capitalistas avanzados han logrado una espectacular reducción de la mortalidad, entre otras razones, porque han podido hacer pleno uso del extraordinario progreso tecnológico en la prevención y tratamiento de las enfermedades en el siglo XX. La elevación en el nivel de vida en estos países ha sido favorecido por el dominio de extensos imperios coloniales y, en la actualidad, por ser la sede de poderosas economías centrales. En América Latina, por el contrario, el desarrollo capitalista se encuentra aún en algunos países en una etapa en la cual el proceso de acumulación se produce con extrema dureza (extracción de una plusvalía absoluta) y, por otra parte, se trata de economías periféricas dependiente de economías centrales, con las cuales tienen que compartir su proceso de acumulación. El informe de CEPAL ha subrayado el papel de las transnacionales a este respecto.<sup>a/</sup>

¿Cuál es el rol que la atención médica puede tener en la reducción de la mortalidad en las condiciones que se han descrito? Este aspecto se trata en otro tema de la Reunión; aquí se discute brevemente para completar la visión global del problema que se quiere alcanzar. Desde la segunda mitad de la década del 40 se dispone de nuevos y poderosos medios para la prevención y tratamiento de un número de enfermedades, en especial infecciosas, que han abierto enormes posibilidades para el control de la mortalidad.

a/ Belmar, con datos basados en un informe al Senado de EE. UU., señala que entre 1960 y 1972, las inversiones netas de capital norteamericano en América Latina alcanzan \$4000 millones de dólares, en tanto que los dividendos obtenidos por EE. UU., suman \$13000 millones en igual período. (Belmar, R., *The health of Latin America: a case study in the impact of dependency upon the health of nations*). (No publicado).

Las reducciones que se observaron en la mortalidad en el Tercer Mundo a partir de 1950 hicieron pensar que la mortalidad se había liberado en cierto modo de sus determinantes socio-económicos y que la brecha con el mundo avanzado podría reducirse substancialmente aunque el desarrollo no alcanzará progresos similares en estas áreas. El curso ulterior no ha confirmado estas predicciones optimistas, a pesar del indudable avance que se ha logrado.

Las razones de esta evolución se encuentran, en primer lugar, en las limitaciones que impone a la efectividad de las técnicas de salud la persistencia de condiciones adversas a la salud del hombre en su ambiente físico y social, tales como las que se han descrito anteriormente para América Latina. Pero además de ellas, la efectividad de la tecnología de prevención y tratamiento de las enfermedades depende del grado en que ellas sean efectivamente aplicables y de la cobertura que alcancen en la población. El sector salud de los países latinoamericanos, encargados de esta tarea, no puede ser ajeno a las restricciones que el sistema global le impone. De ello resulta que, a pesar de indudables progresos, los sistemas de salud de la región se concentran en los mayores sectores urbanos, dan prioridad a una medicina hospitalaria (es decir, tardía y costosa) y distribuyen sus beneficios discriminadamente por clase social. De este modo las poblaciones más expuestas a los riesgos de enfermar y morir es la que obtiene una atención más tardía y deficiente, si es que la obtiene. La Reunión de Ministros de Salud Pública de las Américas <sup>34</sup> en 1972, señala: "Nuestro problema consiste en proveer de servicios al 37 por ciento de los habitantes que en la actualidad no recibe atención de ninguna especie" ... cuya "gran mayoría vive en medio rural o en las poblaciones marginales de las grandes ciudades". "La tarea que nos espera en la década que iniciamos nos indica claramente que sin un cambio sustancial en las estructuras tradicionales no será posible abrir la brecha para convertir en realidad la cobertura que entraña el derecho a la salud". Por otra parte, como Hansluwka <sup>35</sup> lo ha hecho notar, una vez que se han obtenido bajas relativas desde una alta mortalidad mediante programa de salud de relativo bajo costo, el progreso mantenido no solo requiere una infraestructura más compleja de salud, sino de paralelos mejoramientos en los sectores económico y social. "Si el ambiente socio-económico subyacente se mantiene, la tasa de ulteriores reducciones puede disminuir o estacionarse".

En suma, el análisis de los determinantes socio-económico de la mortalidad en América Latina muestra que se requiere por una parte impulsar decididamente el uso amplio y eficiente del conocimiento actual en el sector salud, superando las barreras que hoy lo limitan y discriminan. Pero también indica que es un factor muy decisivo la modificación de las estructuras sociales y económicas que son la raíz profunda de la alta mortalidad existente en amplios sectores de la población y de sus limitados progresos.

Los hechos muestran que, en una época en que la preocupación por los derechos humanos se ha generalizado, en América Latina se vulnera día a día el más elemental de los derechos del hombre: el derecho a vivir. Es oportuno reproducir aquí una cita hecha por Antonovsky <sup>36</sup>. En el hundimiento del Titanic, en 1912, murió el 3 por ciento de las pasajeras de la primera clase, el 16 por ciento en la segunda y el 45 por ciento en la tercera clase. En el barco imaginario que es la América Latina hay 345 millones de pasajeros, sujetos a riesgos diferenciales por clase social tanto o más crueles que los del Titanic. Anualmente se echan por su borda casi un millón de cadáveres de niños menores de cinco años, que todo hace pensar que no debieran morir, y que provienen en su mayoría de la "tercera clase". Nuestra responsabilidad es mostrar, a los niveles políticos de decisión y a los pueblos mismos, de modo objetivo y con las armas que nos da la ciencia, la magnitud de este monstruoso genocidio y las causas profundas que lo originan.

#### BIBLIOGRAFIA

1. CEPAL, *Tendencias y proyecciones a largo plazo del desarrollo económico de América Latina*. E/CEPAL/1027, 3 de marzo de 1977.
2. OIT, *El problema del empleo en América Latina y el Caribe: situación, perspectivas y políticas*. Santiago, Chile, noviembre 1975.
3. Somoza, J., *América Latina: situación demográfica alrededor de 1973 y perspectivas para el año 2000*. CELADE, Serie No. 128, Enero 1973.
4. Laurell, C., *Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social*. Rev. Centroamericana de Ciencias de la Salud, Año 3, No. 6, Enero-Abril 1977.
5. Cordelro, H. et. al. *Los determinantes de la producción y distribución de la enfermedad*. Rev. Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, No. 84, Abril-Junio 1976.
6. CEPAL, *Población y desarrollo en América Latina*. Fondo de Cultura Económica, 1975.
7. Cueva, A., *El desarrollo del capitalismo en la América Latina*. Ed. Siglo XXI, 1971.
8. Carvalho, J. A. et. al. *Renda e concentracao de mortalidade no Brasil*. CE-DEPLAR, Juulo 1977.
9. Castillo, G. et. al. *Evaluación de la mortalidad infantil en la República Mexicana durante el periodo 1930-1970*. Evaluación y Análisis. Serie III, No. 1, 1975.
10. Taucher, E., *Mortalidad infantil en Chile: tendencia, diferenciales y causas*. CELADE, Octubre 1978.

11. Behm, H. y Rosero, L., *La mortalidad en los primeros años de vida en países de América Latina: Ecuador 1969-1970*. CELADE, Serie A, No. 1031, 1977.
12. Ortega, A. Rincón, M. *Encuesta Demográfica Nacional de Honduras, Fascículo IV (Mortalidad)*. CELADE, Serie A, No. 129, agosto 1975.
13. Behm, H. y Primante, D., *Mortalidad en los primeros años de vida en países de la América Latina*, Notas de Población No. 16, Año VI, CELADE, abril 1978.
14. CEPAL *El desarrollo social en las áreas rurales de América Latina*. Notas sobre la economía y el desarrollo de América Latina. No. 276, agosto 1978.
15. Del Canto, J. et. al. *Componentes de los problemas socioeconómicos y nutricionales y crecimiento demográfico en Centroamérica*. Conferencia sobre Interacción entre agricultura, ciencia y tecnología de alimentos y nutrición. Ciudad de Guatemala, 6-10 noviembre 1978.
16. Hernández, M. et. al. *Effect of economic growth on nutrition on a tropical community*. Ecology of Food and Nutrition. Vol. 3, 1974.
17. Valverde, V. et. al. *Relationship between family land availability and nutritional status*. Ecology of Food and Nutrition. Vol. 6, No. 1, 1977.
18. Beghin, I. et. al. *Desnutrición, desarrollo nacional y planificación*. Conferencia Internacional sobre "Propuestas prácticas para combatir la desnutrición". Cairo, Egipto, 25-29 mayo 1977.
19. Teller, Ch. et. al. *Población y nutrición: Implicaciones de la dinámica socio-demográfica para políticas nacionales de alimentación y nutrición*, XI Congreso Internacional de Nutrición, Río de Janeiro, Brasil, 27 de agosto a 1 de septiembre de 1978.
20. Arruñada, M. et. al. *Diferenciales socio-económicos de la mortalidad infantil, Capital Federal, Argentina, 1976*. (inédito).
21. Behm, H. et. al. *Mortalidad en los primeros años de vida en países de América Latina*. CELADE, Serie A. No. 1024-1032 y 1036-1039, 1976-1978.
22. Carvalho, J. et. al. "Ingreso y concentración...", *op.cit.*
23. Wood, Ch. *Tendencia de mortalidade infantil e distribuição de renda: estudo sobre Belo Horizonte e São Paulo*. Simposio sobre o progresso da pesquisa demografica no Brasil. Rio de Janeiro, 7-9 de Junho, 1976.
24. Preston, S., *Mortality, morbidity and development*. Paper presented to the Seminar on Population and Development in the ECWA Region, September, 1978.
25. Behm, H. et. al. "Mortalidad en los primeros...", *op.cit.*
26. Taucher E., "Mortalidad Infantil...", *op.cit.*
27. Behm, H. et. al. Resultados provisionarios obtenidos en una investigación sobre fecundidad mediante el método de hijos propios, en Costa Rica (CELADE).

28. Nizard, A. y Vellin, J., *Influence du developement sur la mortalité, différentielle*. IUSSP. Congrés International de la Population, México, 1977.
29. Antonovsky, A., *Social class, life expectancy and overall mortality*. Millbank Memorial Fund Quarterly, Vol. XLV, No. 2, April, 1967.
30. Organización Panamericana de la Salud. *Hechos que revelan progreso en salud*. Publicación científica No. 227, setiembre 1971.
31. Montoya, C. *Levels and trends of infant mortality in the Americas*. World Health Statistics Report, Vol. 27, No. 12, 1974.
32. Accinelli, M. et. al. *Un hecho inquietante: la evolución reciente de la mortalidad en la Argentina*. CENEP, 1977.
33. Gwatkin, D. *The end of an era: a review of the literatura and data concerning Third World mortality trends*. Overseas Development Council, July 1978.
34. Organización Panamericana de la Salud. *III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*. Documento Oficial No. 123, setiembre, 1973.
35. Hansluwka, H. *Health, population and socio-economic development*. In: population growth and economic development in the Third World. IUSSP, 1977.
39. Antonovsky, A., "Social class...", *op.cit.*