

**REVISTA
CENTROAMERICANA
DE CIENCIAS DE LA SALUD.**

**MAYO — AGOSTO
1977
AÑO 3
NUMERO 7**

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

MORTALIDAD EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA EN LOS PAISES DE LA AMERICA CENTRAL

HUGO BEHM ROSAS¹

En este trabajo se presentan algunos de los resultados obtenidos en la investigación sobre la mortalidad en los primeros años de vida en la América Latina, la cual está en desarrollo en el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).² Las estimaciones se obtuvieron mediante el método de Brass (variante Sullivan) a partir de la información sobre hijos tenidos vivos e hijos sobrevivientes declarada por las mujeres en el último censo de población. La mortalidad se expresa como la probabilidad de morir entre el nacimiento y los dos años de edad, por mil nacidos vivos.

La mortalidad es, por cierto, un modo en extremo burdo de evaluar las alteraciones del proceso de crecimiento y desarrollo del niño, puesto que sólo muestra el daño más severo que puede sufrir este proceso. Aun así, la epidemiología de la muerte temprana aporta una información muy significativa para los propósitos de este Seminario, referente a las condiciones dispares y adversas de la salud del niño en la región centroamericana y algunos de sus factores determinantes.

El gráfico 1 señala que Centroamérica se ubica en la América Latina en niveles de alta mortalidad. En Nicaragua, Honduras, Guatemala y El Salvador el riesgo de muerte varía entre 138 y 149 por mil nacidos vivos; Costa Rica tiene un riesgo definitivamente menor (81 por mil). Esta mortalidad representa un neto exceso sobre las cifras que han sido alcanzadas por otros países latinoamericanos, como es el caso de Cuba (46 por mil). Por otra parte, si se las compara con la respectiva mortalidad de Estados Unidos y Suecia, se observa que, alrededor de 1968, el riesgo de morir en los primeros dos años de vida a que estaban expuestos los recién nacidos en la mayoría de los países centroamericanos era ocho veces mayor que en los países más avanzados.

Es de interés analizar comparativamente la mortalidad en la población urbana y rural, que son regiones que plantean problemas de atención médica diferentes y que a menudo difieren en sus condiciones de vida.

1. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE-San José). Trabajo presentado al Seminario "Consideraciones histórico-sociales sobre el crecimiento y desarrollo del niño en Centroamérica". Sta Bárbara de Heredia, 4-9 julio 1977.
2. Behm, Hugo y colaboradores. *Mortalidad en los primeros años de vida en los países de la América Latina*. CELADE, Serie A, No. 1024 al 1032. 1976-1977. Las cifras para Nicaragua, Honduras y Guatemala son provisionales.

En este sentido, el análisis de datos censales tiene dificultades, derivadas tanto de sus deficiencias como de las definiciones de urbano y rural. Con todo, en el estudio se comprueba que predomina una sobremortalidad rural, que en Honduras alcanza a 32 por ciento, en Guatemala a 34 por ciento y en Costa Rica a 53 por ciento. Tales diferencias son especialmente significativas si se considera que en estos países la población rural es mayoritaria. En Nicaragua y El Salvador, en cambio, ambas tienen una mortalidad similarmente alta.

Los resultados de mayor interés en la investigación son los que se refieren a la relación entre la mortalidad temprana del niño y la condición socio-económica del hogar en que él ha nacido. Para estos fines se ha utilizado como indicador el nivel de instrucción de la mujer, variable que pone en evidencia los marcados contrastes de mortalidad, los cuales se presentan en el cuadro 1 y el gráfico 2. Los hijos de mujeres analfabetas mueren en general con una frecuencia tan alta que uno de cada seis nacidos fallece antes de los dos años de edad. Nuevamente, Costa Rica se sitúa en un nivel inferior (125 por mil) que, aun así, es bastante alto. El riesgo de morir del niño disminuye ostensiblemente a medida que el nivel de educación de la mujer aumenta, para alcanzar en todos los países un valor variable entre 30 y 48 por mil en los hijos de mujeres que han logrado cursar 10 o más años de estudio. La mortalidad de los hijos de mujeres analfabetas es, en cada país, entre 3,5 y 5,3 veces mayor que la de los niños nacidos en el grupo con más alta educación. Los contrastes de la mortalidad temprana por grupos de educación, en especial de la mortalidad infantil, han sido descritos también en países avanzados. Lo que aquí interesa destacar es que en Centroamérica ellos son mucho más marcados y se establecen a niveles de riesgo mucho mayores que en los países industrializados.

Pero no sólo se trata de que existen considerables contrastes en la mortalidad del niño en estos países, sino que las poblaciones expuestas a ellas son de tamaño muy diverso. Para analizar este aspecto se identificaron en cada país estratos de creciente mortalidad en el menor de dos años, utilizando todas las variables analíticas disponibles (divisiones administrativas del país, regiones urbana o rural y nivel de educación). En cada uno de ellos se estimó la proporción de mujeres en edad fértil, nacidos vivos y defunciones de menores de dos años sobre el total nacional. Los resultados se muestran en los cuadros 2 y 3 y en el gráfico 3, para El Salvador y Costa Rica. Aunque los niveles de mortalidad son bastante diferentes en estos dos países, hay características comunes que se resumen a continuación.

El estrato donde la mortalidad del niño ha alcanzado su menor nivel, constituido por los hijos de las mujeres de mayor educación y que residen de preferencia en la capital del país, es, desgraciadamente, una fracción menor del respectivo total del país. Sólo el 5-17 por ciento de las mujeres en edad de procrear, están incluidos en él. Por las características socio-económicas que estas mujeres tienen, su fecundidad es a

la vez menor, de tal modo que se estima que ellas aportan tan sólo el 2-8 por ciento del total nacional de nacidos vivos. Expuestos a un riesgo de muerte relativamente bajo (36-37 por mil), las defunciones que se producen en los primeros dos años de vida en este grupo alcanzan sólo al 1-4 por ciento del total. Es evidente que este grupo no es el componente principal del problema de la alta mortalidad temprana en cada uno de estos países. Además, su existencia atestigua que es posible obtener reducciones considerables de esta mortalidad en la región centroamericana si se cumplen determinadas condiciones.

El núcleo epidemiológico del problema está constituido por los hijos de las mujeres analfabetas o semi-analfabetas, en especial en las áreas rurales. Ellas alcanzan al 41-46 por ciento de las mujeres de edad fértil. Debido a la propia característica del grupo, la fecundidad es alta, de tal modo que esta mujeres contribuyen probablemente con el 52-58 por ciento de los nacidos vivos del país. Tales niños están expuestos a un alto riesgo de muerte, que alcanza a 156-184 por mil en El Salvador y a 89-116 por mil en Costa Rica. Porque son más y porque mueren con frecuencia, los niños nacidos de este grupo de mujeres analfabetas o semi-analfabetas aportan entre el 58 y el 71 por ciento del total de defunciones de menores de dos años.

Las características de la situación que se acaba de reseñar derivan de estimaciones indirectas basadas en una muestra del censo, lo que ha limitado el número de categorías analíticas y cruces factibles de hacer. Por otra parte, hay razones para pensar que el método ha subestimado la mortalidad en algunas regiones, preferentemente rurales. Es muy probable que en un análisis más exhaustivo se lleguen a detectar contrastes aun más marcados entre subpoblaciones que puedan ser identificadas con más detalle.

Debido a que la investigación se basa en datos censales de población, no ha sido posible utilizar la variable clase social, que es una categoría de análisis más significativa y que permite situar el análisis de la mortalidad en un contexto explicativo más amplio. No obstante, es razonable pensar que hay una gruesa correspondencia entre la clase social y los grupos extremos definidos por el nivel de educación. Es más probable que el grupo de baja o nula educación corresponda, en el agro, a sectores que están aún en una economía pre-capitalista de subsistencia o bien que hayan iniciado el proceso de proletarización. En las ciudades, este grupo debe incluir preferentemente a trabajadores manuales de menor nivel, que sólo pueden ofrecer su fuerza de trabajo al mercado. En el otro extremo y tratándose de países donde el nivel de educación es en general bajo (con la notoria excepción de Costa Rica), es más verosímil que la minoría de mujeres que han logrado alcanzar la educación media o superior y que residen en la ciudad capital, pertenezcan a sectores que poseen los medios de producción o bien a estratos superiores de las capas medias que también se benefician, con prioridad sobre otros, en la distribución de bienes y servicios.

Por otra parte, el estudio de los limitados indicadores censales disponibles sobre nivel de vida (referentes en general a las condiciones de la vivienda, la educación y algunas características de la población económicamente activa) muestran en su distribución geográfica, una relación inversa con el nivel de la mortalidad en los primeros dos años de vida. Los indicadores más favorables se observan en las regiones metropolitanas, donde esta mortalidad es claramente menor.

Si se acepta (por lo menos para los grupos extremos) la correspondencia del nivel de educación de la mujer con la clase social a que ella presumiblemente pertenece, debe concluirse que el riesgo de que ocurra una alteración letal del proceso de crecimiento y desarrollo del niño está fundamentalmente determinado por esta condición de clase de la familia en que el niño nace. Y que la modificación de las estructuras económicas que determinan tal condición es el factor crucial para reducir la alta mortalidad que hoy prevalece en la región y los extremos contrastes de mortalidad que se han descrito.

Como se comprende, este mismo contexto estructural impone severas restricciones a la efectividad de las medidas específicas que el sector salud puede implementar para proteger la salud del niño en condiciones tan adversas. Y, a la vez, determina que la oferta de los sistemas de salud sea también discriminada. De este modo, prevalece la situación contradictoria de que las poblaciones mayoritarias, expuestas a mayores riesgos, tengan precisamente menor o ningún acceso a las atenciones de salud. El Plan Decenal de Salud para las Américas, aprobado en la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas en 1972³ señala que "nuestro problema consiste en proveer de servicios al 37 por ciento de los habitantes que en la actualidad no reciben atención médica de ninguna especie". "Podemos afirmar que la gran mayoría de ese 37 por ciento vive en el 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."

Unos pocos datos pueden ilustrar la situación existente en los países estudiados. En El Salvador, de acuerdo con los datos de la Organización Panamericana de la Salud,⁴ la ciudad capital San Salvador disponía de 10,7 camas hospitalarias por mil habitantes en contraste con 1,1 camas en el resto del país. De modo similar, el número de médicos por 10.000 habitantes era 13,9 en áreas metropolitanas y sólo 0,6 médicos en el resto del país.

3. *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Documento Oficial No. 118, enero de 1973.

4. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de la salud en las Américas*, 1965-68. Publicación Científica No. 207, setiembre, 1970.

En Costa Rica el sector salud ha hecho progresos notorios, con un Seguro Social de alta cobertura y, en años recientes, el desarrollo de un Programa de Salud de Comunidades Rurales. Aún así, las cifras para 1973 muestran un significativo contraste regional entre la magnitud de los daños de salud expresados por la mortalidad y la distribución geográfica de los recursos y atenciones de salud.

	Región Central (capital)	Región del Pacífico Secc 5
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	29.1	48.2
Tasa de mortalidad 1-4 años (por mil habitantes)	1.0	3.3
Camas de hospital (por mil habitantes)	7.3	1.8
Médicos (por 10.000 habitantes)	11.6	3.0
Auxiliares de enfermería, (por 10.000 habitantes)	24.8	4.9
Consultas externas hospitalarias (per. cápita)	2.8	1.4

En suma, la investigación realizada muestra que, a pesar del descenso de la mortalidad, en los países centroamericanos prevalece un alto riesgo de morir del recién nacido en sus primeros dos años de vida, que expresa el daño final ocasionado por frecuentes y serias alteraciones del proceso de desarrollo y crecimiento del niño. Este riesgo aparece estrechamente asociado con el nivel de educación de la mujer, que se interpreta como un grueso indicador de su clase social. Las estructuras económicas y sociales que determinan estas clases, que crean condiciones adversas al desarrollo normal del niño y limitan la plena aplicación del conocimiento existente para el cuidado de la salud del niño, surgen como el elemento crucial en la génesis de las desfavorables condiciones de la mortalidad que el estudio ha puesto en evidencia.

CUADRO 1

PROBABILIDAD DE MORIR ENTRE EL NACIMIENTO Y LOS DOS AÑOS DE EDAD SEGUN EL NIVEL DE EDUCACION DE LA MUJER EN PAISES DE LA AMERICA CENTRAL, 1966-1970

Años de instrucción de la mujer	Probabilidad de morir (por mil)				
	Costa Rica 1968-69	Honduras 1969-70	El Salvador 1966-67	Nicaragua 1966-67	Guatemala 1968-69
TOTAL DEL PAIS	81	138	145	149	149
Ninguno	125	169	158	168	169
1 — 3	93	128	142	142	125
4 — 6	70	98	111	115	85
7 — 9	51	61	58	73	58
10 y más	33	35	30	48	44

5. Ministro de Salud, Departamento de Estadística, Unidad de Planificación. *Informaciones estadísticas, Anuario 1974*. Sistema Hospitalario Nacional, Unidades Sanitarias y otros programas de salud.

CUADRO 2

ESTRATOS DE MORTALIDAD SEGUN LA PROBABILIDAD DE MORIR ENTRE EL NACIMIENTO Y LOS DOS AÑOS DE EDAD Y ESTIMACION DE LOS NACIDOS VIVOS Y DEFUNCIONES DE MENORES DE DOS AÑOS, POR ESTRATOS, COSTA RICA, 1968-1969

Estratos de mortalidad	Probabilidad de morir (per mil)	Mujeres incluidas en el grupo		Distribución porcentual estimada de:		
		Residencia Area Región*	Años de instrucción	Mujeres de 15-49 años (censo)	Nacidos vivos	Defunciones de menores de dos años
TOTAL	82			100	100	100
Baja	36	Urbana Capital Rural	7 y más 7 y más	17	8	4
Mediana-mente baja	53	Urbana Capital Rural Urbana Central Rural Urbana Rural Costera	4-6 4-6 7 y más 7 y más 4-6 7 y más	32	25	17
Mediana	75	Urbana Capital Urbana Urbana Costera Urbana	1-3 Ninguno 7 y más 4-6	10	9	8
Mediana-mente alta	89	Rural Capital Urbana Central Rural Rural Urbana Urbana Costera Rural	1-3 1-3 4-6 1-3 Ninguno 1-3 4-6	28	36	39
Alta	116	Rural Capital Rural Central Urbana Costera Rural Rural	Ninguno Ninguno Ninguno 1-3 Ninguno	13	22	32

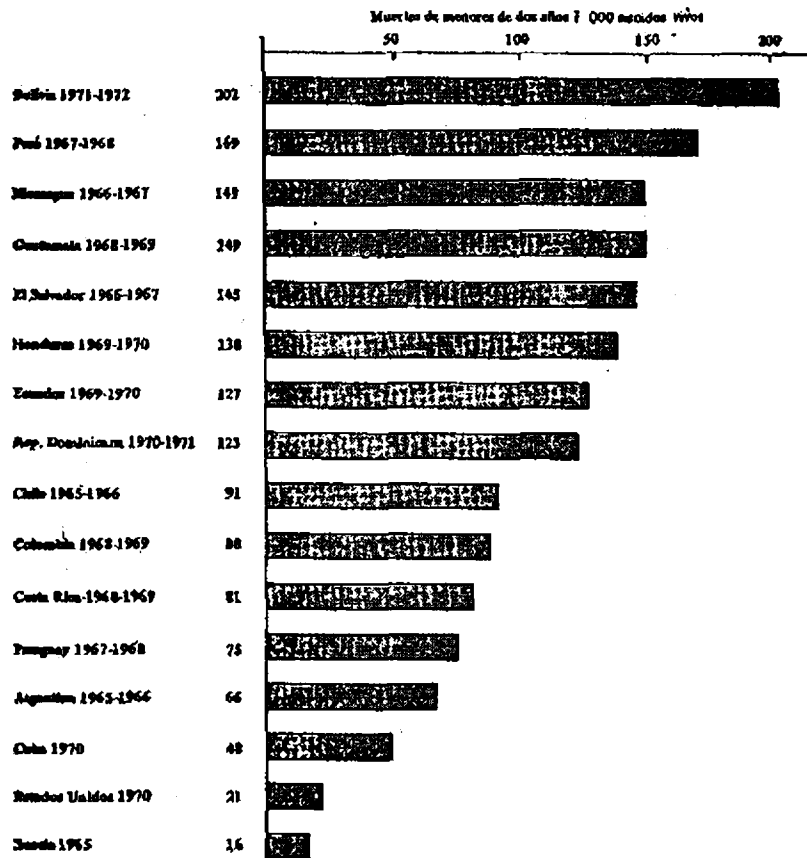
* Capital: San José y Heredia.
Central: Alajuela y Cartago.
Costera: Guanacaste, Puntarenas y Limón.

CUADRO 3

ESTRATOS DE POBLACION SEGUN LA PROBABILIDAD DE MORIR ENTRE EL NACIMIENTO Y LOS DOS AÑOS DE EDAD Y ESTIMACION DE LOS NACIDOS VIVOS Y DE LAS DEFUNCIONES DE MENORES DE DOS AÑOS EN CADA ESTRATO. EL SALVADOR, 1966-1967

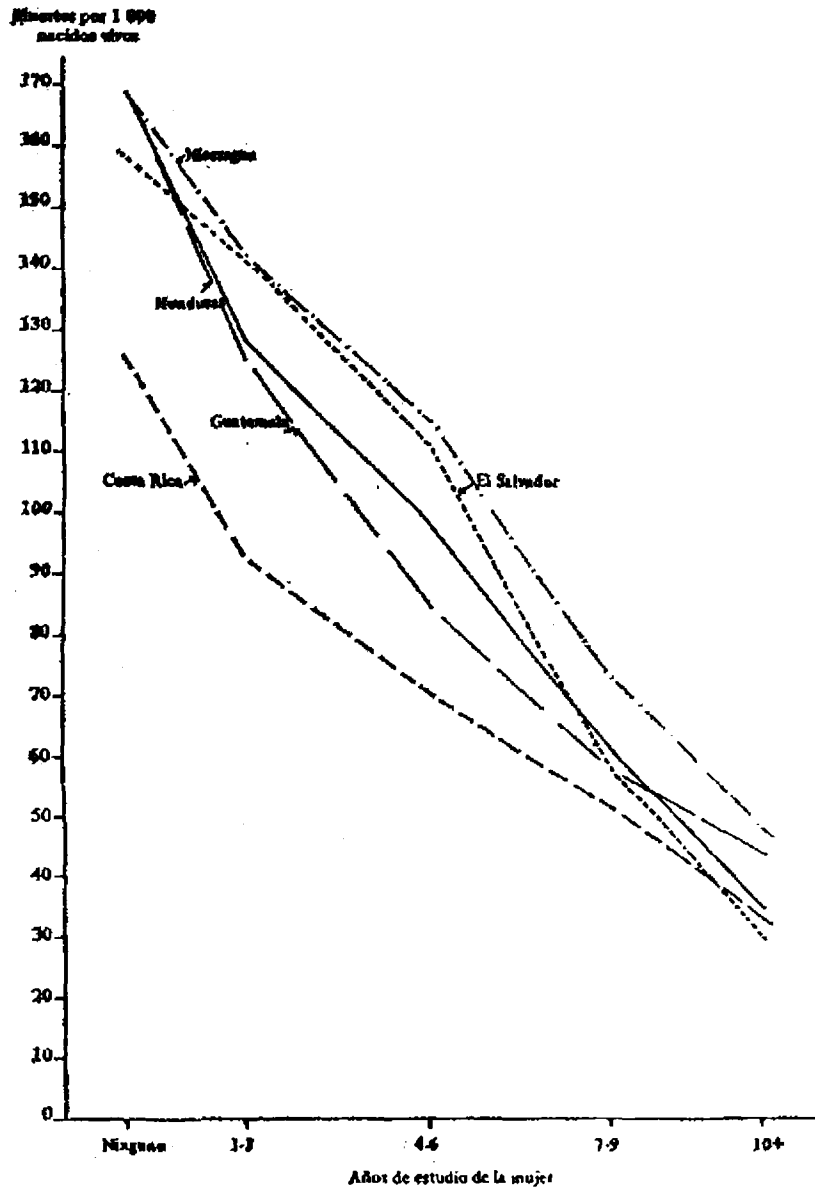
Estratos de población según mortalidad	Probabilidad de morir (por mil)	Mujeres incluidas en el grupo		Porcentaje estimado en el estrato de		
		Años de instrucción	Región geográfica	Mujeras de 15-49	Nacidos vivos	Defunciones de menores de dos años
TOTAL	145			100	100	100
Baja	37	7 y más	San Salvador urbano	5	2	1
Medianamente baja	60	7 y más	Resto país	4	2	1
Mediana	111	4 - 6	San Salvador urbano	20	17	13
			Resto país			
Medianamente alta	142	1 - 3	San Salvador urbano	25	27	27
			Resto país			
Alta	156	Ninguno	Resto país	45	49	54
Muy alta	184	Ninguno	San Salvador urbano	3	3	4

Gráfico 1
MORTALIDAD DE MENORES DE DOS AÑOS EN PAÍSES DE LA AMÉRICA LATINA
"ALREDEDOR DE 1968"



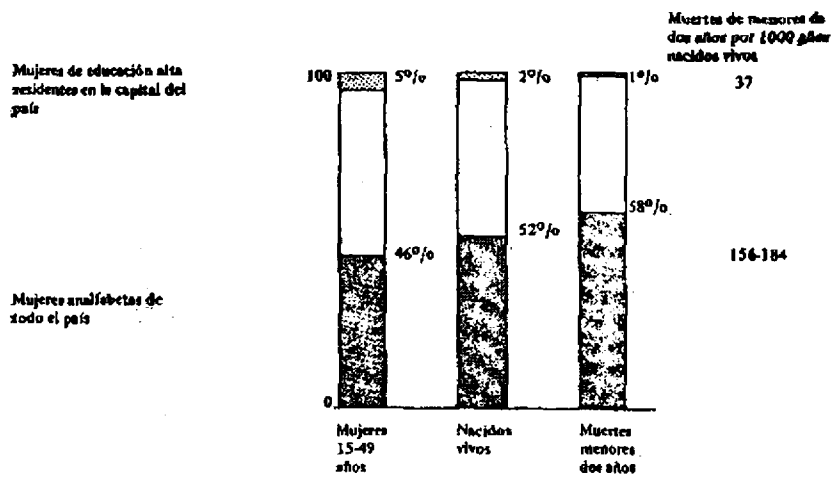
♦ Las cifras para Nicaragua, Honduras y Guatemala son provisionales.
 Fuente: Behar, Hugo y colaboradores, Mortalidad en los primeros años de vida en los países de América Latina. Centro Latinoamericano de Demografía, 1976-1977.

Gráfico 1.
MORTALIDAD EN MENORES DE DOS AÑOS, SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION
DE LA MUJER, EN PAISES CENTROAMERICANOS, ALREDEDOR DE 1968*

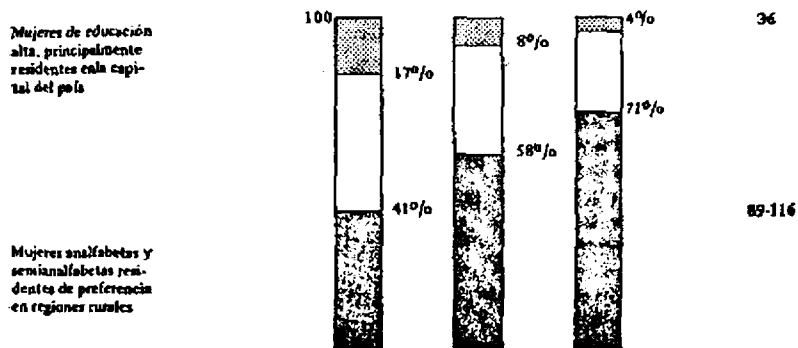


* Las cifras para Nicaragua, Honduras y Guatemala son provisionales.
 Fuente: Behm, Hugo y colaboradores. *Mortalidad en los primeros años de vida en países de la América Latina*. CELADE, 1976-1977

EL SALVADOR 1966-67



COSTA RICA 1968-69



Fuentes: Behm, Hugo y colaboradores. Mortalidad en los primeros años de vida en países de la América Latina. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). Serie A, No. 1024 y 1026, 1976-77.