

REVISTA SALUD Y CAMBIO

En los años 1990 se crea y publica en forma cuatrimestral la revista *Salud y Cambio*, una iniciativa del Grupo de Investigaciones y Capacitación en Medicina Social GICAMS, siendo editor Alfredo Estrada, médico terapeuta familiar. En su Consejo Editorial contaba con un grupo de destacados salubristas nacionales, y había convocado un Consejo Editorial Internacional incluyente de connotados extranjeros: Berlinguer, Watzkin, Franco y otros, y chilenos cuya trascendente obra había sido cercenada por el exilio, como es el caso de Hugo Behm. De este último reimprimimos en esta ocasión uno de sus artículos clásicos, hoy de difícil ubicación.

Se inicia la publicación en “Primavera de 1989”, con artículos críticos del estado de la salud chilena en la época, la detección de desigualdades entre servicio médico público y el sistema de Isapre, comparaciones con aspectos de salud pública en otros países, escritos por académicos de Estados Unidos, Europa, Latinoamérica, y nacionales, que en pocos años generaron un mosaico de informaciones, reflexiones y sugerencias en torno a diversos temas y problemas de la Salud Pública.

Los editoriales de *Salud y Cambio*, en su mayoría escritos por el Dr. Alfredo Estrada, reclamaban insistentemente acerca de la inequidad de nuestro sistema de salud, las distorsiones que producía el sistema de Isapre, el refuerzo necesario de la medicina primaria y comunitaria. No por ello dejaba de relevar temas más acotados que se volvían más visibles desde el retorno a la democracia: violencia familiar, drogas, mercado de salud.

La estructura física de *Salud y Cambio* era modesta, de financiamiento precario que anunciaba una muerte precoz. Los limitados medios económicos no fueron óbice para enriquecer la tapa y las páginas interiores con iconografías de variado origen, desde fotos de archivo pertinentes al temario de la revista, hasta estéticas reproducciones de Escher, Rodin y, especialmente, Magritte. Como una planta joven que reemerge al sol después de años de tenebrosa sequía, y es capaz de erguirse para mirar el mundo más allá de sus confines en reconstrucción, *Salud y Cambio*, fiel a Benjamin, construía con los escombros.

Miguel Kottow L.
Escuela de Salud Pública
Universidad de Chile

LAS DIFERENCIAS SOCIALES ANTE LA MUERTE INFANTIL EN AMÉRICA LATINA¹

RESUMEN

Utilizando como ejemplo investigaciones sobre las diferencias sociales de la sobrevivida infantil realizadas en países representativos de América Latina, se muestra que estas diferencias son frecuentes y marcadas, de tal modo que extensos grupos de la población están aun expuestos a excesivos riesgos. Estas inaceptables disparidades son, por ello, parte sustancial de la deficiente situación de salud en América Latina. Las condiciones estructurales que determinan estas diferencias en salud señalan el ineludible marco político del problema. No obstante, hay evidencia que la respuesta social del sector público de salud puede contribuir a reducir significativamente tales diferencias. Para ello se requiere la decisión política de fortalecer el sector y una estrategia para superar sus múltiples deficiencias. Las instituciones privadas que operan en salud con fines de lucro, no tiene la posibilidad de mejorar la situación de salud de los sectores económicos más desfavorecidos. Los estudios sobre la pobreza han mostrado que estas poblaciones son numéricamente importantes en América Latina. Por tanto, la privatización del sector salud no es la respuesta al problema.

A pesar de las repetidas declaraciones de organismos nacionales e internacionales sobre sus intenciones de alcanzar la equidad y erradicar la pobreza, las diferencias sociales ante la vida y la muerte son una porfiada y dramática realidad en la mayor parte del mundo en que vivimos. Desde luego, son enormes las diferencias del ingreso entre los países. En la región de las Américas, en tanto que el ingreso (corregido) per cápita es de US \$ 21 mil dólares en Estados Unidos. Los 104 millones de habitantes de los países más pobres deben sobrevivir con 2.340 dólares.¹

Más significativo aún es el modo injusto en que se reparte la riqueza en la población de cada país, asunto que debiera ser objeto preferente de las políticas nacionales. En la América Latina se ha estimado que el quinto más rico de la población tiene ingreso veinte veces mayor que el quinto más pobre.²

Tales contrastes se originan en la estructura misma de estas sociedades. En ellas, la forma en que una persona se inserta en el proceso productivo es un determinante de sus condiciones familiares de vida y de las condiciones de su

HUGO BEHM ROSAS¹
INGRID BEHM A.²

¹ Médico. Especialista en
Salud Pública

² Psicóloga. Salud Pública.
Profesor Asociado,
Universidad de
Costa Rica

¹ Publicado en *Salud y Cambio*, Año 6, N°19, 1995

propio trabajo; afecta asimismo el grado en que esta persona puede participar en las decisiones políticas que intenten mejorar tal situación. Los contrastes que así se generan en las condiciones de vida de diversos grupos sociales determinan, a su vez, diferencias en su situación de salud. ¿Cuál es la magnitud y significación de estos contrastes sociales de la salud en América Latina? ¿De qué modo afecta en ellos la respuesta que los sistemas nacionales de salud intentan dar a la situación existente?

En este artículo se comentan algunos resultados de la línea de investigación sobre mortalidad infantil desarrollada en el centro Latinoamericano de demografía (CELADE).³ Por cierto la muerte es un burdo indicador del nivel de salud; aun así, es una información útil y siempre disponible. Tales estudios se han facilitado por la aplicación del método originalmente ideado por un demógrafo (Brass), que permite obtener estimaciones de la mortalidad infantil basadas en la proporción de hijos fallecidos que las mujeres declaran en censos de población y encuestas. Es así posible obtener estimaciones específicas de mortalidad según las variables socioeconómicas disponibles en esas fuentes.

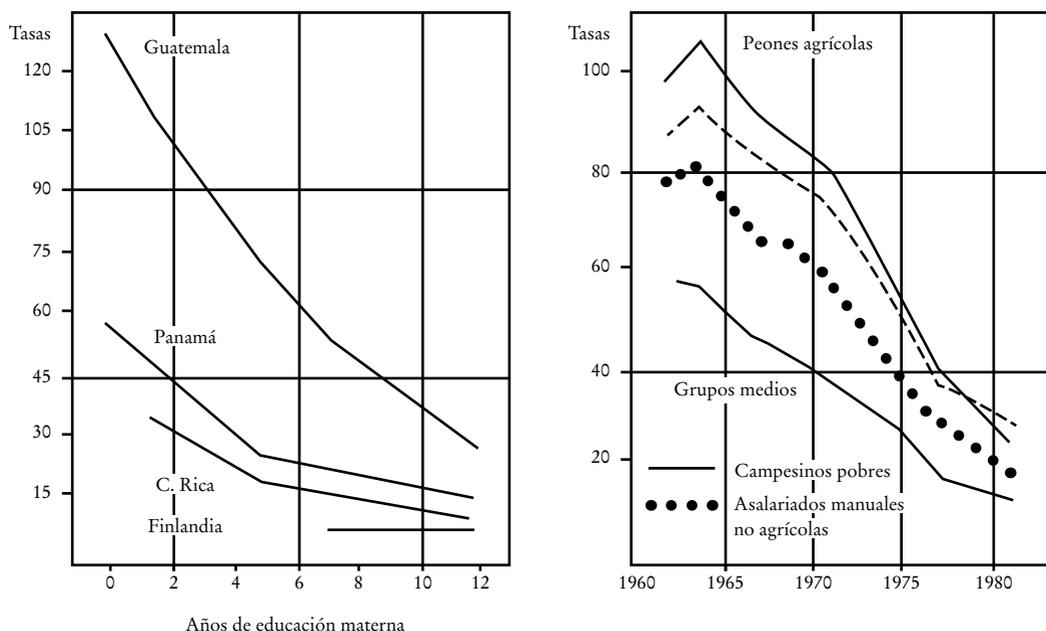
LOS CONTRASTES SOCIALES DE LA MUERTE INFANTIL EN CENTROAMÉRICA

Los países centroamericanos que se han seleccionado en el gráfico representan bien la heterogeneidad de los contrastes, alrededor de 1990, en la totalidad de América Latina. Se ha utilizado aquí la educación materna como un indicador de las condiciones de vida de la familia.

Se ve que las diferencias sociales de la mortalidad infantil son importantes y generalizadas. En Guatemala, país de alta mortalidad, la tasa alcanza a 130 por mil en los hijos de madres analfabetas (mayormente indígenas), en tanto que se ha reducido ya a 29 de los grupos sociales en mejores condiciones. En Panamá, que está en una etapa más avanzada, el contraste entre estos mismos grupos ha disminuido a 60 y 15 por mil, respectivamente. En Costa Rica, con una tasa nacional de 20 por mil, la reducción llega a 35 y 11 por mil. Finlandia muestra que la meta de una uniforme y baja mortalidad infantil no es una utopía.

La significación de estos contrastes de la mortalidad depende de la distribución de los

Mortalidad infantil por grupos sociales



expuestos por grupos sociales. Las estimaciones hechas señalan que en países de alta mortalidad infantil, como Guatemala, el 81% de los nacimientos y el 89% de las muertes del país ocurren en los grupos de más baja educación. Por el contrario, el mayor nivel de vida de Costa Rica hace que solo el 12% de los niños nazcan en los grupos sociales más postergados, en los cuales se registra el 21% de las muertes infantiles. Es evidente que la existencia y magnitud de grupos sociales de bajo nivel de vida es un componente crucial del problema de la excesiva mortalidad en esta edad.

LA DINÁMICA DE CAMBIO DE ESTOS DIFERENCIALES

En Costa Rica, donde se dispone de más y mejor información, se ha podido estudiar este proceso de cambio en el curso de casi veinte años, periodo en el cual la mortalidad infantil se redujo de casi 80 a 20 por mil.⁴ Este curso ilustra en cierto grado, las diversas situaciones epidemiológicas que hoy existen en los países latinoamericanos. Se ha utilizado el grupo ocupacional del padre como indicador de la condición del hogar.

A comienzo de la década del 60, en el seno de una mortalidad alta y con grandes contraste, los grupos más expuestos son los hijos de campesinos pobres y de peones agrícolas, con tasas persistentes y cercanas a 90 por mil. En los sectores medios, de residencia preferentemente urbana, se ha iniciado que la transición a menores tasas, que se reducen a 44 por mil en 1970. Esta evolución se observa también entre los hijos de asalariados manuales no-agrícolas, pero ellos aun mueren con una frecuencia de 63 por mil. La tasa nacional es alta (68 por mil).

En la década 70 coinciden en Costa Rica dos procesos relevantes: un periodo de bonanza económica y una respuesta política de extensión del sistema de salud a las comunidades rurales, que eran las que tenían mayor mortalidad. La espectacular baja de las tasas que ocurren en esta década (de 68 a 20 por mil) tiene tres características importantes. El descenso se extiende a todos los grupos ocupacionales y es más intenso

en aquellos que inicialmente tenían mayores tasas. Por ello las diferencias sociales ante la muerte infantil han disminuido de 42 a 17 puntos por mil.

Considérese que los 10 países latinoamericanos de mayor mortalidad infantil, en los cuales ocurre el 55% de los nacimientos regionales, recién alcanzaron hacia 1990 la tasa promedio que Costa Rica tuvo en 1961-72. Y en esa época se ve en el gráfico, las diferencias sociales de la mortalidad eran aun considerables. Es razonable pensar que el problema de estos contrastes es grave y generalizado en la región.

LOS CONTRASTES SOCIALES DE LA MUERTE INFANTIL SON PERSISTENTES

Costa Rica, junto con Chile, se encuentra entre los países latinoamericanos en regresión más avanzada de la mortalidad infantil: ambos países alcanzan una tasa cercana a 14 por mil en 1993. La utilización de todas las variables disponibles en el estudio de Costa Rica permitió elaborar un panorama nacional de la sobrevivencia infantil por grupos sociales para 1980, cuando la tasa era de 20 por mil. Se logró alcanzar entonces tal nivel porque ya el 55% de los nacimientos ocurría en los grupos de menor riesgo, constituidos por sectores económicos medios y altos, asalariados manuales no agrícolas (siempre que la madre tenga más de 7 años de instrucción), vivienda en buenas condiciones, residencia de predominio urbano. En estos grupos a la tasa era menor que 17 y alcanza en algunos subgrupos a 7 por mil.

No obstante, persiste un grupo minoritario, (29% de los nacimientos) en el cual la mortalidad llega hasta 36 por mil. Son los hijos de los peones agrícolas, los campesinos pobres y los asalariados no-agrícolas, cuyas madres tienen muy incompleta instrucción; en estos grupos, el 41% de las viviendas está en mal estado y la residencia es mayoritariamente rural.

Aún en 1993 hay un grupo de 10 cantones cuya mortalidad infantil tiene un exceso de 80% sobre la tasa nacional, grupo en

Salud infantil e ingreso familiar

	Ingreso muy bajo	Ingreso alto
Condiciones de vida		
Vivienda deficiente	20%	5%
Madre con < 3 años de escolaridad	29%	0%
Desarrollo físico de la madre		
Estatura < 150 cms.	16%	5%
Peso pregestacional <50 kg.	37%	19%
Atención prenatal		
Nunca consultó	13%	0,2%
Consulta después del 5° mes	26%	3%
Promedio de consultas	5	9
Salud infantil		
Bajo peso al nacer	15%	6%
Aumento peso promedio hasta 9-15 meses	5,7kg.	6,5kg.
Desnutrición (talla/edad) 2° año	25%	3%
Hospitalización por diarrea	16%	1,5%
Hospitalización por IRA	16%	2%
Mortalidad (tasas por mil)		
Infantil	80	17
Neonatal	34	15
1-11 meses	46	2

Fuente: Victoria C. Et al *Epidemiología de la desigualdad* 1992

el cual ocurre el 10% de los nacimientos y concentra el 18% de todas las muertes de esta edad.⁵

Estas disparidades están asociadas a una diferente estructura por causa de la mortalidad. En Costa Rica en 1988-89, en el tercio de población que está en peores condiciones de vida, la tasa de mortalidad infantil tenía un exceso de 39% respecto al tercio con mejor nivel. El exceso se concentra en la tasa posneonatal, que llega a duplicarse. Las muertes por enfermedades diarreicas tienden a concentrarse en este grupo más expuesto. Hay un 21% de mayor mortalidad por infecciones respiratorias agudas, así como por causas perinatales y anomalías congénitas. En cierto grado, estos grupos más postergados de la sociedad muestran la persistencia de problemas de salud que han sido superados ya en el resto del mismo país. Esta dualidad epidemiológica es aun más acentuada en otros países de la región.

El somero macro análisis de los contrastes sociales de la salud en varios países se ha

hecho utilizando la mortalidad infantil. Es conveniente citar aquí una investigación que ilustra con mayor detalle la génesis y determinantes de estas diferencias en el nivel de salud del niño, que en último termino se expresan en contrastes de la mortalidad. Se trata de un estudio longitudinal de 6 mil niños, que fueron observados durante cuatro años en Brasil.⁶ Algunos de sus resultados se resumen en el cuadro adjunto, donde se comparan dos grupos de ingresos familiares extremos: muy bajo y alto.

En el grupo de ingreso insuficiente es evidente el deterioro en las condiciones familiares de vida y el deficiente desarrollo físico de la madre, que constituyen factores de riesgo para el niño. Los hijos nacidos en tales condiciones muestran atraso en el desarrollo fetal y postnatal, enferman con más frecuencia y, finalmente, mueren con una tasa casi 5 veces superior a la de los niños nacidos en familias de mayor nivel económico. El análisis de la utilización de la atención de los servicios de salud muestra que ella fue menor precisamente en el grupo expuesto a mayores riesgos.

LA SIGNIFICACIÓN DE LAS DIFERENCIAS SOCIALES ANTE LA MUERTE INFANTIL

Aun en los países más avanzados han sido descritas diferencias de la mortalidad por grupos sociales, tanto en el niño como en el adulto. Lo que le da especial gravedad al problema en América Latina (y otras regiones subdesarrolladas) son las características epidemiológicas que ellas revisten en estos países. Desde luego los contrastes con muy acentuados y en algunos países los grupos expuestos a mayor riesgo tiene tasas hasta 4 veces mayores que los de menor mortalidad. Tales diferencias se establecen en países donde la tasa nacional es ostensiblemente excesiva. De este modo, en algunos países de América Latina, los hijos de campesinos pobres, de peones agrícolas, de poblaciones llamadas marginales en las ciudades mayores, de indígenas (entre otros grupos), están muriendo en años recientes con las mismas altas tasas que fueron observadas en países más avanzados en los años 1920 y 1930.

Peor aún, los grupos sociales sometidos a mayor riesgo constituyen en estos países una proporción significativa de la población nacional. En Centroamérica, entre el 57% y el 81% de los nacimientos entre los países mayor mortalidad ocurren en mujeres de nula o muy baja educación. Un indicador más general sobre la magnitud de las poblaciones expuestas en América Latina es la aterradora magnitud de la pobreza, de acuerdo a estimaciones de la CEPAL.⁷ Se estima que en 1990, el 46% de la población (196 millones) está en el nivel de pobreza y que el 22% (94 millones) sobrevive en una condición aun más apremiante: la indigencia. El problema es particularmente grave en el sector rural y en las poblaciones indígenas (donde alcanza hasta 90%).

DIFERENCIAS SOCIALES ANTE LA MUERTE Y RESPUESTA SOCIAL EN SALUD

Por cierto, el modo tan dispar en que transcurre la vida y ocurre la muerte en nuestras sociedades, que se constituye así como problema

para el sector salud, no puede subsanarse por la sola actividad de este sector. Sus raíces se encuentran en la estructura misma de estas sociedades y en sus relaciones con las economías centrales y variados intereses transnacionales. Subsanan tales determinaciones es parte de una larga lucha que los hombres libran por construir una sociedad más humana que la que hoy prevalece en el mundo.

En este marco de análisis ¿cuál ha sido la respuesta social en salud ante estas dispares necesidades? Excluyamos por un momento su componente cultural (aquel que todo pueblo da a las necesidades que percibe en el proceso de salud-enfermedad) y consideramos solo la respuesta social organizada. Superadas las actividades iniciales de beneficencia dirigida a los "pobres", esta respuesta organizada ha sido en América Latina primordialmente estatal. Fueron los Estados los que empezaron por el control de las epidemias más amenazantes, siguieron con la creación de redes de hospitales y después incluyeron el riesgo de enfermedad e invalidez en la seguridad social (lo que significó un financiamiento solidario). Así se constituyeron sistemas públicos para la atención de salud de creciente cobertura y de muy variada organización, alcance y eficiencia. Puesto que estos sistemas no perseguían el lucro, sino que eran una respuesta política a necesidades que no podían desatenderse, pudieron en cierto grado incorporar principios cada vez más elaborados de la atención de salud (integralidad, equidad, financiamiento solidario, participación social, et.). Con todas sus muchas limitaciones, esta respuesta estatal ha hecho posible que millones de latinoamericanos accedan a una atención que de otro modo no habrían podido financiar.

Por otra parte, conviene hacer notar que se registran descensos de la mortalidad infantil en todos los países donde han sido investigados. Y este descenso se ha extendido aun a los grupos sociales en condición más deficiente. Por cierto, las tasas son aun altas, los contrastes entre grupos son enormes, los riesgos en los grupos más expuestos son inaceptablemente altos y la velocidad del descenso es insuficiente. Pero la mejoría de sobrevivencia infantil parece una realidad

generalizada a escenarios epidemiológicos muy diversos. No se ha determinado el peso que tengan las actividades del sector salud (entre otras) en influir esta tendencia. La experiencia de Costa Rica –muy singular– señala que una política decidida del sector, dirigida a los grupos de mayor riesgo, en el seno de condiciones socioeconómicas favorables, puede tener un impacto importante. También es excepcional, pero decidora, la experiencia de Cuba que, en el seno de una profunda transformación de su sociedad, ha logrado extender un sistema de salud de alta calidad a toda la población. A pesar de sus penurias económicas, este país ha alcanzado en 1993 la menor tasa de mortalidad infantil de la región: 9,4 por mil.⁸

La respuesta organizada y de predominio estatal es sin duda una alternativa que debiera tener prioridad en el contexto latinoamericano. Por cierto, una condición fundamental es avanzar en la superación de las numerosas deficiencias de estos sistemas. Y, en particular, reducir la actual inconsistencia que hace que los grupos sociales más expuestos sean precisamente los que reciben menor beneficio del sistema. El cuadro “Salud Infantil e Ingreso Familiar” aporta un ejemplo, entre otros muchos, de esta inconsistencia. Solo un sistema público de salud puede establecer esta meta de justicia social en su política.

Por el contrario, una corriente hoy generalizada en la región propugna que se disminuya la participación estatal (en estas y otras actividades), con la tesis que las empresas privadas, que persiguen el lucro, son sistemas más eficientes en el cuidado de la salud de la población.

Una experiencia instructiva a este respecto es la de EE.UU., la cual ha sido extensamente analizada a propósito del reciente intento de una reforma del sector salud en ese país. El presidente Clinton, al justificar su reforma hizo notar que el sistema de salud norteamericano, en que predomina el sector privado, es el más caro del mundo. Y que es profundamente injusto, porque al menos 30 millones de habitantes no tienen posibilidades de acceso a sus beneficios y muchos más la tienen sujeta a restricciones. Estados Unidos, es

uno de los países más ricos del mundo. En él se origina la mayor parte de los progresos en el conocimiento científico y tecnológico en salud, y allí están algunos de los centros médicos de mayor nivel del mundo. A pesar de ello, los índices de salud nacionales no descuellan en el grupo de países avanzados (ocupa en 1990 el lugar 20° entre los países de menor mortalidad infantil).⁹ Esto depende en parte de la existencia de importantes diferencias en las condiciones de vida y salud entre grupos sociales. Basta citar (usando de nuevo el indicador de mortalidad) que en 1990 la población negra tiene una sobrevivencia al nacimiento 7 años menor que la blanca y una mortalidad infantil que duplica la de esta última (17 por mil versus 7,7 por mil).¹⁰

El movimiento de reforma del sector que se propugna internacionalmente en los países latinoamericanos debe preocuparnos a todos. El caso de Chile es un caso paradigmático. La creación del Sistema Nacional de Salud constituyó hace 43 años una experiencia pionera en la región. Bajo el imperio de una dictadura militar, se redujeron substancialmente los recursos del servicio a partir de 1975 y se estimuló el desarrollo de empresas privadas de seguros médicos. El poder alcanzado por estas empresas ha hecho que persistan en el periodo posdictadura. Sin embargo, los gobiernos se han esforzado en reparar el daño producido en el sector público de salud. Este proceso ha resultado ser largo y difícil, por la cuantía de los recursos necesarios y por las restricciones que el modelo económico (cuyas metas son prioritarias) impone al gasto social. A ello se suman la gravedad de la crisis organizativa del sistema y los cambios en los valores que trae consigo la competencia de una medicina empresarial. ¿Es este el porvenir que espera a los esfuerzos por desarrollar los sistemas públicos de salud en los otros países, donde los contrastes en la salud y la vida son mucho más angustiosos que en Chile?

Las evidencias que se han aportado señalan que las desigualdades sociales ante la muerte infantil son una parte sustancial del problema de la mortalidad excesiva en esta edad en la región latinoamericana. Más allá de las muertes

usadas como indicador, esta realidad significa negar, año a año, el goce de una vida plena a millones y millones de latinoamericanos. Modificar los determinantes estructurales de esta situación podrá ser tarea de largo aliento y complicada estrategia, pero es el marco político que no puede ser ignorado.

Pero hay también tareas inmediatas y específicas para todos los actores sociales del sector salud, ahora que vivimos tiempos en que ahondan las diferencias en el desarrollo, tanto entre como dentro de los países. Se requiere meditar y poner en acción las estrategias que hagan factibles el fortalecimiento progresivo del sistema público y la superación de sus múltiples ineficiencias.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Publicación Científica N° 549, Vol I, 1994.
2. *Ibíd.*
3. Behm H. La mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice. CELADE, UNICEF, INCAP, LC/DEM/CR/R.11 Costa Rica, septiembre 1990.
4. Behm H. Los grupos sociales de riesgo para la sobrevida infantil. 1960-1984. CELADE, Ministerio de Salud y Universidad de Costa Rica, CIDA (Canadá). Serie A, N° 1049, Costa Rica 1987.
5. Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud. Semana Epidemiológica. N° 9, Semana N° 52. Costa Rica, diciembre 1994.
6. Victoria C, Barros F y Vaughan J. Epidemiología de la desigualdad. OPS, Serie Paltext N° 27, 1992.
7. CEPAL. El perfil de la pobreza en América Latina a comienzos de los años 90. LC/L 716 (Conf. 82/6), noviembre, 1992.
8. Ministerio de Salud Pública, Cuba. Informe Estadístico Anual, 1994.
9. UNICEF. Estado mundial de la infancia, 1992.
10. *Ibíd.* 1.