

"LA CLASE SOCIAL, COMO FACTOR CAUSAL EN LA MORTALIDAD
INFANTIL, MANAGUA NICARAGUA, 1982"

TESIS DE GRADO PARA OPTAR A LOS TITULOS DE MAESTRIAS
EN EPIDEMIOLOGIA Y ADMINISTRACION EN SALUD, EN EL
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD.

PRESENTADO POR:

JOSE DE JESUS GAMEZ RODRIGUEZ

CARLOS MARTINEZ GUEVARA

MINISTERIO DE SALUD, NICARAGUA.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.

MANAGUA, OCTUBRE 1983.

T
11
G184
1993
B.2

PRIMERA PROMOCION:

"DR. OSCAR DANILLO ROSALES"

DEDICADA A LOS "HEROES Y MARTIRES DE LA SALUD"

TUTOR:

DR. FRANCISCO ROJAS OCHOA

"AÑO DE LUCHA POR LA PAZ Y LA SOBERANIA"

I N D I C E

	pág.
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
2.- ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION.....	3
3.- OBJETIVOS.....	10
4.- MARCO TEORICO	
4.1.- El hombre es un ser social.....	12
4.2.- La producción material, base de la vida social.....	15
4.3.- La sociedad, la naturaleza y su acción recíproca.....	19
4.4.- Las clases sociales.....	23
4.5.- El fenómeno de salud-enfermedad-muerte.....	27
4.6.- La mortalidad infantil, particularidad del fenómeno salud-enfermedad-muerte.....	40
4.7.- Nicaragua, Estado y clase sociales.....	49
5.- HIPOTESIS.....	69
6.- VARIABLES.....	70
7.- MATERIAL Y METODO.....	73
8.- RESULTADOS.....	78
9.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	95
10.- RESUMEN.....	99
11.- REFERENCIAS.....	100

P R O L O G O :

El presente trabajo, representa para nosotros, el primer esfuerzo en la investigación, de manera formal.

En el se reflejan sin lugar a dudas los avances y limitaciones que tenemos después del año de estudio, en el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud. Año que nos ha permitido clarificar muchos aspectos en la salud de nuestros pueblos. Oportunidad que no imaginamos en Nicaragua antes del triunfo de la Revolución.

Este logro del MINSA, en coordinación con la UNAN y el CNES; ha sido posible, solo por el esfuerzo del pueblo organizado, que precisamente durante este año, ha tenido que combatir la agresión imperialista en su máxima expresión. Y es por ese hecho que nosotros nos sentimos más comprometidos con este heróico pueblo de Nicaragua y ante el que hemos adquirido el compromiso de defender la salud de la nueva sociedad Nicaraguense, así como el triunfo de la Revolución Popular Sandinista.

Por otro lado, queremos agradecer a todos los compañeros que de alguna manera nos han ayudado en la elaboración de este trabajo, especialmente a los compañeros estudiantes del Instituto Nacional "Rigoberto López Perez" alumnos del 5º año de Secundaria, quienes colaboraron en la encues

ta realizada, demostrando el porque la Juventud de nuestro pueblo es la Vanguardia en la Revolución, y la esperanza de la nueva sociedad. Haciendo posible en la práctica la consigna ¡ Sin una Juventud Dispuesta al Sacrificio no hay Revolución!.

Agradecemos también a los compañeros de la División Nacional de Estadísticas e Informática su fraternal colaboración. Y por último al compañero internacionalista Dr. Francisco Rojas Ochoa, tutor de este trabajo quien de manera clara y responsable, nos ha señalado nuestros errores como debe hacerlo un verdadero Internacionalista. Hubiese sido una gran ventaja que el protocolo de la investigación lo hubieramos realizado con la asesoría de él. Esperamos que en el segundo intento que realizaremos, para este trabajo, él se encuentre aún en el país y nos ayude desde un principio.

Los autores.

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad infantil, como particularidad del fenómeno de salud-enfermedad-muerte, frecuentemente es considerada como indicador socioeconómico por reflejar de algún modo las condiciones de vida de una sociedad.

Las impresionantes cifras de mortalidad general e infantil que se informan oficialmente por parte de la OMS, OPS, UNICEF, muestran sin lugar a dudas, la magnitud del problema en nuestros países llamados del "tercer mundo". Históricamente se han intentado distintas explicaciones para este problema, frecuentemente tratando de ocultar lo que es imposible esconder; es decir, el papel de los factores socioeconómicos en este fenómeno.

Las grandes diferencias en la frecuencia de la mortalidad infantil, entre los países desarrollados y los subdesarrollados es sin lugar a dudas, explicada por la abismal distancia en el desarrollo socioeconómico que existe entre estos países.

Se habla frecuentemente de las diferencias entre los distintos grupos sociales y se tratan de explicar a partir de variables como: estado civil de los padre, educación de los mismos, ingreso familiar, número de hijos, etc., todos los cuales si bien es cierto intervienen en

el fenómeno, dependen directamente de la situación de clase de los padres y se convierten en factores intervinientes dialécticamente, pero determinados también por la situación de clase.

Influye la situación de clase de los padres, en la ocurrencia de la mortalidad infantil?

preguntas?
Cómo actúa la situación de clase de los padres, en la ocurrencia de la mortalidad infantil?

Cómo la relación dialéctica; entre situación de clase de los padres y conciencia de clase, influye en la ocurrencia de la mortalidad infantil?

Qué diferencias cuantitativas y cualitativas, existen entre las distintas clases, en relación al fenómeno salud-enfermedad-muerte y particularmente, en la mortalidad infantil?

Qué ventajas tiene el clasificar el fenómeno de salud enfermedad muerte por clases sociales?

Estas preguntas trataremos de responder, con esta investigación, particularizando en Nicaragua y dentro de ésta en Managua para 1982.

El problema en definitiva se plantea así:

La clase social como factor causal en la mortalidad infantil, Managua Nicaragua, 1982.

2.- ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

Entre los 122 millones de niños que nacen en la tierra aproximadamente cada año, alrededor del 10% morirán antes de su primer cumpleaños.(1). Pero la mortalidad no se distribuye al azar, ni tiene el mismo peso en todos los países y en las diferentes clases sociales.

El cuadro número 1 nos muestra, las enormes diferencias existentes entre los países, en los que respecta a las tasas de mortalidad materna e infantil. El cuadro número 2 nos muestra la relación entre la mortalidad infantil y el desarrollo socioeconómico en el mundo, correspondiente a mediados del período 1970-1979.

Las diferencias existentes entre los países en desarrollo y los desarrollados, evidencian una relación directa de mortalidad infantil y el desarrollo socioeconómico alcanzado, como se muestra en el cuadro número dos. Sin lugar a dudas, la abismal diferencia entre el desarrollo socioeconómico de los países desarrollados y los subdesarrollados, tiene su explicación en el injusto orden económico internacional, impuesto por las grandes potencias imperialistas a nuestros países.

Esta injusticia se refleja claramente en la mortalidad infantil. Pero las diferencias existen también dentro de

los países: en Dakar; Senegal, la tasa de mortalidad infantil era de 57 por mil nacidos vivos, en comparación con 247 por mil nacidos vivos en ciertas zonas rurales. En Sri Lanka, las tasas de algunos distritos eran tres veces mayores que en otros. En todos los países se observan diferencias en las tasas, en relación con los grupos sociales. En Filipinas la tasa de mortalidad infantil era de 98 por mil nacidos vivos en el grupo de campesinos, en comparación con 40 por mil nacidos vivos, en el grupo de personal profesional, administrativo y dirigente.(2).

La mortalidad en América Latina, ha experimentado notorios descensos en décadas recientes, pero tiene aún evidentes excesos sobre los niveles alcanzados en regiones más avanzadas. La relación de la muerte, con las condiciones socioeconómicas, es bien conocida, aunque el modo de acción y la influencia relativa de los distintos factores intervinientes es asunto no bien dilucidado.(3).

La CEPAL en su informe de 1977 sobre la situación socioeconómica en América Latina, en el período 1970-75; hace notar que el desarrollo en la región ha desmentido la imagen que se tenía en los años cincuenta; esto es, que "un progreso continuo basado en la industrialización, asociado a determinadas reformas socioeconómicas, gestaría una transformación social, con metas más igualitarias".

El progreso económico ha sido importante, las tasas de crecimiento del producto interno por habitante fueron del 2.6% y se aceleraron a 3.7% en el período 1966-1973. Tal crecimiento se ha acompañado de una desigual distribución de sus frutos, porque la propiedad de los medios de producción, como el progreso científico-técnico y la modernización han tendido a concentrarse.(4).

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.. 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.(5).

El reconocimiento de las potencialidades del materialismo dialéctico e histórico para el trabajo en múltiples esferas de las disciplinas técnico-sanitarias inició una tendencia invisible de unificación entre la observación de lo social y de lo biológico, entre la investigación de los objetos de estudio de la economía política, por ejemplo, la indagación de los problemas más específicos de la ciencia de la salud.(6).

El pensamiento científico social, surgido en el campo de la salud y en los países de organización capitalista, se ha afianzado contemporaneamente, sobre la base de las condiciones objetivas de algunos países que han favorecido la conformación de centros de análisis, crítica y producción científica.

Desde Europa, por ejemplo han alcanzado una considerable difusión bibliográfica los trabajos de los grupos francés, italiano e inglés. En EUA la producción científica originada especialmente en los grupos de John Hopkins, Columbia, New York y otros y en Canadá los grupos de Toronto, han contribuido notablemente a la fundamentación y ampliación del conocimiento en esta área.(7).

En América Latina diversos grupos de estudio irrumpieron a partir de la década de los setenta, con una rica producción científica, comprometida con las necesidades históricas de transformación.

Las diferencias de la mortalidad infantil en función de distintos indicadores socioeconómicos, no permiten explicar las variaciones de un modo coherente y sistemático.

En la hipótesis de que el fenómeno salud-enfermedad-muerte, está sobredeterminado por la forma en que el indi

viduo se inserta en el proceso de producción, el camino más lógico de análisis debe ser la identificación de los modos de producción y sobre todo el que impera en una sociedad dada y las clases sociales que ellos generan.(8).

Nosotros nos proponemos con este trabajo aportar un elemento más de apoyo, a esta valiosa visión del fenómeno de salud-enfermedad-muerte, seguros que de ella obtendremos una comprensión más científica del fenómeno y con ello podremos tener mejores instrumentos teórico-prácticos que nos permitan conocer y transformar los perfiles de salud-enfermedad-muerte en nuestras sociedades.

Por otro lado es necesario, pensamos, sentar una base, que nos ayude a valorar cuantitativamente los avances que en materia de salud va teniendo la Revolución Popular Sandinista, en relación con los diferentes grupos y clases sociales. Es necesario tener algunos datos de comparación que nos permitan demostrar científicamente como el carácter del proceso revolucionario favorece la disminución de las tasas de mortalidad infantil, en las clases históricamente explotadas, debido a los cambios estructurales que en favor de los trabajadores se consiguen día a día en la Nicaragua Libre.

Así mismo queremos aportar con este estudio, elementos de apoyo que nos permitan incluir en los registros de natalidad y mortalidad, preguntas para clasificar estos fenómenos por grupos y clases sociales. Pensamos sin lugar a dudas, que las diferencias encontradas actualmente, son debidas al errastre de la miserable economía que impuso el dictador Somoza al pueblo de Nicaragua y también pensamos, que los cambios estructurales que la Revolución Popular Sandinista implementa, disminuirán cada vez más estas diferencias entre los grupos y clases sociales, hasta lograr que los trabajadores tengan iguales tasas de morbi-mortalidad, que el resto de grupos y clases sociales. Así, tener información a este respecto, nos permitirá de manera objetiva valorar estos cambios en la salud del pueblo y demostrar a la reacción interna y externa que la Revolución Popular Sandinista es hecha por y para el pueblo trabajador.

CUADRO N° 1

Tasas Nacionales de Mortalidad

Materna e infantil en el mundo durante 1973 -- 1977+

Tasas	Niveles máximos (1)	Niveles mínimos (2)	Relación entre (1y2)
Mortalidad* perinatal	120	12 a 15	8-10:1
Mortalidad* infantil	200	8 a 10	20-25:1
Mortalidad en la niñez**	45	0.4 a 1	45-75:1
Mortalidad materna***	1000	5 a 10	100-200:1

Fuente: Sexto informe sobre situación sanitaria mundial, 1973
1977.

+ estimaciones de la OMS basadas en distintas fuentes.

* tasas por mil nacidos vivos;

** tasas por mil habitantes.

*** tasas por cien mil nacidos vivos.

CUADRO N° 2

Mortalidad infantil y desarrollo socioeconómico en el mundo
1970-1979

	Mortalidad infantil por 1000 nac. vivos	Consumo energetico diario por persona(MJ)	PNB por habitante US.
Países desarrollados.	22	14.2	5,200
Países menos adelantados.	109	9.2	470
Entre ellos grupos de inferior desarrollo.	156	8.4	140

Fuente: la misma.

3.- OBJETIVOS

3.1.- OBJETIVO GENERAL

Aportar al conocimiento de la relación entre, salud-enfermedad-muerte y los grupos y clases sociales.

3.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.2.1.- Contribuir a evaluar las diferencias que de mortalidad infantil hay entre los grupos y clases sociales en Nicaragua.

3.2.2.- Aportar información que pueda ser utilizada por otras investigaciones para evaluar el impacto de los cambios en la estructura económica y social, en relación con el fenómeno salud-enfermedad-muerte.

3.2.3.- Aportar elementos de juicio para lograr que en los registros de natalidad y mortalidad se incluyan preguntas que nos permitan clasificar este fenómeno de salud-enfermedad-muerte por grupos y clases sociales.

4.- MARCO TEORICO

- 4.1.- EL HOMBRE ES UN SER SOCIAL.
- 4.2.- LA PRODUCCION MATERIAL BASE DE LA VIDA SOCIAL.
- 4.3.- LA SOCIEDAD, LA NATURALEZA Y SU ACCION RECIPROCA.
- 4.4.- LAS CLASES SOCIALES.
- 4.5.- EL FENOMENO DE SALUD-ENFERMEDAD-MUERTE.
- 4.6.- LA MORTALIDAD INFANTIL, PARTICULARIDAD DEL FENOME
NO SALUD-ENFERMEDAD-MUERTE.
- 4.7.- NICARAGUA, ESTADO Y CLASES SOCIALES.

4.1.- EL HOMBRE ES UN SER SOCIAL

El hombre es, en forma inmediata ser de la naturaleza, vivo, real, sensible, objetivo. (9). A diferencia de los seres naturales animales, la especificidad del hombre como ser natural, reside en que es un ser activo, consciente. No solo es producto del medio circundante, sino, en cierto sentido su artífice. Así pues, la conciencia es una característica sustancial del hombre. Y, como se sabe la conciencia es desde un comienzo producto social. (10).

El hombre no es simplemente parte de la naturaleza, un organismo viviente con su inherente organización corpórea, sino el producto supremo de la naturaleza viva, un ser natural de índole especial. L. Seve indica con acierto: El hombre es un ser natural, pero es un "ser humano natural" un ser cuya esencia consiste en el conjunto de relaciones sociales. (11).

La dialéctica del desarrollo de la sociedad y del hombre, como miembro de la sociedad, levanta la contradicción de lo natural y de lo social en el hombre. Lo natural se convierte en el hombre en algo natural distinto, el organismo del hombre pasa a ser un organismo humano. (12).

En la jerarquía de formas de movimiento de la materia, la forma superior es lo social, siendo lo biológico lo que inmediatamente le precede. Las formas más elevadas de movimiento de la materia, surgen históricamente más tarde que las inferiores y se basan en éstas.

En el hombre lo natural es elevado por lo social, pero no se descarta, sino, actúa en todas las etapas de su vida.(13).

La mediatización y la transformación de lo biológico natural por lo social tiene por base y mecanismos de realización, la actividad específicamente humana, ante todo la laboral, productiva, que es la que crea las formas biosociales de existencia y de desarrollo del hombre.

Si se separa convencionalmente en el hombre, el organismo y el individuo, y se considera que el primero está fundamentalmente condicionado por lo biológico y el segundo por lo social, en realidad en el hombre, las estructuras biológicas del individuo desarrollado no constituyen su base, sino, en mayor o menor medida su producto. En su totalidad el hombre es producto de la historia, y el organismo en cierto grado producto de la historia. El organismo humano experimenta a través del individuo, la influencia de la historia, de lo social.(14).

En la genética también se resalta en la actualidad, de manera cada vez más definida la mediatización de lo biológico por lo social, se muestra la importancia de los mecanismos de su transformación en el comportamiento del hombre. Sin embargo, existen esfuerzos por reducir lo social, y así la biologización de los fenómenos sociales, alcanza formas extremas, por ejemplo, en la llamada sociobiología, en la que se hacen generalizaciones extraordinariamente amplias, que colocan en general la esfera de la cultura

humana en una determinada dependencia del control genético. En este camino al reduccionismo, se pretende ubicar a la Etica, como un conjunto de riesgos congénitos resultado de los cuales pueden darse fenómenos sociales como las guerras y otros. El Marxismo rechaza todo intento reduccionista y analiza los fenómenos en su real movimiento dialéctico, donde los factores biológicos obran en forma mediatisada y transformada, o sea "levantada". (15).

4.2.- LA PRODUCCION MATERIAL BASE DE LA VIDA SOCIAL

Es fácil comprender que la sociedad, no puede existir sin producción de bienes materiales, necesarios para la vida del hombre. El anterior enunciado fué reconocido ya antes de Marx y Engels. Pero los fundadores del comunismo científico descubrieron que el sistema de todas las relaciones sociales depende regularmente del modo de producción, de los bienes materiales. En el proceso de producción, los hombres, no se limitan a crear productos materiales, a proporcionar los medios de subsistencia. Al producir bienes materiales, los hombres producen y reproducen con ello sus propias relaciones sociales. Por eso el estudio de la producción social, de su estructura, de los elementos que la componen y de sus nexos recíprocos, de las leyes generales de la producción y la reproducción de la vida material de la sociedad, permite calar hondo en la esencia del proceso histórico, descubrir los profundos mecanismos sociales que funcionan en la vida de la sociedad.

4.2.1.- FORMACION SOCIOECONOMICA

El modo de producción está vinculado a todos los demás fenómenos y procesos sociales. El nexo de los fenómenos sociales con la producción, puede ser bien directa, bien más o menos remota pero existe.

Y el descubrimiento de este nexo es un rasgo importantísimo de la concepción materialista del mundo. Cualquiera que sean los fenómenos sociales estudiados, el estado o la nación, la ciencia o la moral, el lenguaje o el arte, el proceso de salud-enfermedad-muerte, etc., no pueden ser comprendidos a partir de sí mismos, sino únicamente como fenómenos originados por la sociedad, y que corresponden a determinadas necesidades sociales. Por cuanto el género de vida de los hombres de una u otra sociedad, se caracteriza en su base por el modo de producción, todos los demás fenómenos sociales, dependen, en última instancia, de él y dimanar de él. Todos los aspectos de la vida están vinculados orgánicamente entre sí y subordinados, en fin de cuenta a las relaciones de producción. El modo de producción es la base económico material de la sociedad, de la formación socioeconómica que determina toda su estructura interna. Por eso, define Lenin a la formación socioeconómica como un "organismos social" único, cabal, o sea como un sistema de fenómenos y relaciones sociales unidas internamente y dependientes los unos de los otros.(16).

Toda sociedad se caracteriza por un tipo determinado de relaciones sociales, son una clase especial de conexiones e interacciones, que existen solo en la sociedad y surgen en el proceso de la actividad social de los hombres, es decir de su actividad en el terreno de la producción, la política, la vida espiritual, etc. Estas relaciones son denominadas sociales no solo porque existen

únicamente en la sociedad sino también porque se forman con la interacción de grandes masas de hombres, grupos y clases sociales. Las relaciones sociales son muy diversas: económicas, políticas, jurídicas, sociopsicológicas, orgánicas, morales, etc.

Lenin decía que Marx, al aplicar el materialismo a la historia, dividió todas las relaciones sociales en materiales e ideológicas, constituyendo estas últimas la superestructura de las primeras. (17). La delimitación de las relaciones materiales e ideológicas permite acercarse a la definición de los conceptos que caracterizan la estructura y la originalidad cualitativa de cada formación socioeconómica. La base y la superestructura son conceptos correlativos. (18).

La base es la estructura económica de la sociedad, el conjunto de relaciones de producción de una sociedad concreta. El concepto de base expresa la función social de las relaciones de producción como fundamento económico de los fenómenos sociales que se encuentran fuera del ámbito de la producción material.

Las relaciones de producción, siendo la forma de las fuerzas productivas materiales, constituyen a la vez el contenido de las formas de la superestructura.

La superestructura comprende tres grupos de fenómenos sociales. Primero las ideas sociales, los estados de ánimo, los sentimientos sociales, la ideología y la psicología.

gía social. Segundo, las distintas organizaciones e instituciones: el estado, los tribunales, la iglesia, los servicios de salud, etc. Tercero, las relaciones de superestructura(ideológicas). Por consiguiente, la superestructura es el conjunto de ideas, instituciones y relaciones sociales que tienen como fundamento una base económica dada.(19). La superestructura está determinada por la base.

Pero tiene a la vez una independencia relativa con respecto a su base, por cuanto es siempre una fuerza activa que influye en todos los aspectos de la vida social, incluida su base. La función social de la superestructura consiste en defender, proteger, fortalecer y desarrollar su base. En la sociedad dividida en clases antagónicas, la superestructura asegura el dominio político e ideológico de la clase que ocupa la posición dominante en la economía. La superestructura socialista asegura el poder de los trabajadores, en el que la clase obrera desempeña el papel dirigente; sirve para fortalecer y fomentar la economía socialista, para crear las relaciones comunistas. Además de la base y la superestructura, la formación socioeconómica está compuesta de otros muchos elementos de la vida social (el modo de vida, la familia, etc.); pero son precisamente la base y la superestructura las que determinan la especificidad de la formación como un organismo social íntegro.

4.3.- LA SOCIEDAD, LA NATURALEZA Y SU ACCION RECIPROCA

La producción material ofrece la clave para comprender tanto la estructura interna de la sociedad como sus conexiones mutuas con el medio exterior: la naturaleza que nos rodea. La producción es, ante todo, un proceso de interacción entre la naturaleza y la sociedad.

El proceso de la producción, tomado en su aspecto más general, es la acción de los hombres sobre los objetos y las fuerzas de la naturaleza, con el fin de conseguir y crear los medios que necesita para vivir: alimentos, vivienda, etc. Este proceso presupone la actividad del hombre, o el propio trabajo orientado a los objetos del trabajo. El trabajo humano es la actividad orientada a un objetivo concreto como resultado de la cual se crea un objeto, que según Marx existía ya antes en la imaginación del hombre, es decir de manera ideal.(20).

Así pues, el trabajo humano se diferencia de la actividad incluso de los animales más desarrollados en que, primero, representa una influencia activa del hombre sobre la naturaleza y no una simple adaptación a ella como es peculiar a los animales; segundo en que presupone el uso sistemático, y lo que es principal, la fabricación de instrumentos de producción; tercero, en que el trabajo es una actividad conciente del hombre orientada a un fin concreto; cuarto, en que desde el comienzo mismo tiene carác

ter social y es inconcebible fuera de la sociedad.(21).

A consecuencia de ello, el desarrollo social se diferencia del biológico. El hombre se desarrolla como un ser social sin que se produzcan cambios radicales en su naturaleza biológica. De ahí dimana así mismo la diferencia del carácter y del ritmo de ambos procesos. En la vida social se producen cambios en plazos absolutamente insuficientes para que se efectúen transformaciones más o menos considerables en la evolución de las especies biológicas (excepuando claro está, los cambios que tienen lugar en la naturaleza bajo la acción del propio hombre). Además, el desarrollo biológico se hace en muchos casos cada día más lento, a medida que una determinada especie de organismos se especializa y adapta al medio ambiente. Por el contrario, el desenvolvimiento de la sociedad a lo largo de su historia se acelera, en general, a pesar de los altibajos y oscilaciones y retrocesos temporales de distintos tipos.(22).

Todo sistema material presupone un tipo concreto de conexión entre los elementos que lo componen, la especificidad de la vida social está condicionada por el nexo productivo, económico. Todas las formas de relaciones sociales, cristalizan, en última instancia, sobre la base de las relaciones que establecen los hombres en el proceso de la producción; las relaciones de producción que cimentan el organismo social, y determinan su unidad.

La sociedad se rige por sus propias leyes específicas, esto no significa, que la sociedad se desarrolla aislada-mente de la naturaleza. El desarrollo de la sociedad es inconcebible sin ciertas premisas naturales.

Entre ellas figuran en primer término, las condicio-nes naturales que rodean a la sociedad, llamadas de ordi-nario medio geográfico, y la organización corporal de los propios hombres, que forman la población.(23).

La influencia de las condiciones geográficas está media-tizada siempre por las condiciones sociales, en primer lu-gar por el nivel de desarrollo de la producción. Con el desenvolvimiento de ésta, disminuye relativamente la de-pendencia de la sociedad respecto de las condiciones natu-rales. La ampliación de los vínculos y la disminución de la dependencia respecto de las condiciones naturales son dos procesos condicionados por el acrecentamiento de la acción del hombre sobre la naturaleza.

El influjo de la naturaleza en la sociedad, tiene un carácter completamente espontáneo, pero el influjo de la sociedad sobre la naturaleza, es siempre el resultado de la lucha consciente de los hombres por su existencia.

Sin embargo, a la par con el cambio racional de la na-turaleza, la actividad de los hombre tiene así mismo con-secuencias imprevistas por ellos, que en muchos casos cau-sa más tarde un daño enorme. La interacción de la socie-dad y la naturaleza, en la etapa actual, se distingue por

una peculiaridad: toda la superficie del globo terrestre es campo de acción del hombre, que rebasa incluso los límites de la tierra y se extiende al espacio cósmico. Pero paralelamente a la ampliación de la actividad del hombre, crece también el peligro de su influencia incontralada sobre el medio natural, resultados accesorios que alteran el equilibrio entre distintos procesos de la naturaleza: la contaminación de las aguas, el aire, etc., que ponen en peligro su propia existencia. Sin embargo, el culpable de esta amenaza no es el hombre en general, sino la subordinación de su actividad a consideraciones egoistas, al afán de lucro o al practisismo estrecho, la imprevisión; característica de las sociedades capitalistas.

Así pues la influencia del hombre en la naturaleza depende del nivel de las fuerzas productivas, del carácter del régimen social, del nivel de desarrollo de la sociedad y de los propios hombres.

4.4.- LAS CLASES SOCIALES

Las clases sociales son grandes grupos de hombres en que está dividida la sociedad. Su origen es la división del trabajo en el seno de la sociedad, y esta división presupone el aislamiento de los productores ocupados en tipos distintos de producción y el intercambio entre ellos de los frutos de su trabajo. Al principio pasan a ser ramas especiales del trabajo la ganadería y la agricultura; después, el trabajo artesanal se separa del agrícola, y por último, el trabajo intelectual se separa del manual. A la par, con la división social del trabajo, y con el intercambio, se desarrolla la propiedad privada de los medios de producción que sustituyen a la propiedad comunal. Como resultado de ello, en la sociedad surgen grupos sociales que ocupan un lugar diferente en la producción social; las clases. Aparece la desigualdad social: la sociedad se divide en ricos y pobres, en explotadores y explotados.

"Las clases son grupos de hombres que se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción social históricamente determinado; por las relaciones en que se encuentra con respecto a los medios de producción (relaciones que las leyes refrendan y formulan en su mayor parte); por el papel que desempeñan en la organización social del trabajo y, consiguientemente, por el modo y la proporción en que perciben la parte de riqueza

social de que dispone. Las clases son grupo humanos, uno de los cuales puede apropiarse del trabajo de otro por ocupar puestos diferentes en un régimen determinado de economía social. (24).

El lugar que ocupan en un sistema de producción históricamente determinado significa, primero que cada clase debe ser estudiada en conexión con un determinado modo de producción, que le ha dado vida; y segundo, que cada modo de producción antagónico, crea su propia división específica de la sociedad en clases (la esclavitud en esclavistas y esclavos; el feudalismo, en señores feudales y siervos; el capitalismo en capitalistas y proletarios).

Dentro de cada sistema de producción, las clases ocupan un lugar diferente, e incluso diametralmente opuestos, condicionado por la relación en que se encuentra con respecto a los medios de producción. Las relaciones de producción en una sociedad dividida en clases antagónicas, son relaciones de explotación, dominación y subordinación. Esto se debe a que la clase dominante tiene el monopolio de los medios de producción: es decir, le pertenecen todos o por lo menos los más importantes, en tanto que las clases oprimidas carecen de ellos.

De las relaciones de las clases con respecto a los medios de producción, depende así mismo el papel que desempeñan en la organización social del trabajo.

Unas clases (en sociedades divididas en clases antagónicas) dirigen la producción, la economía y todos los asuntos públicos y se dedican principalmente al trabajo intelectual; otras en cambio, soportan sobre sus espaldas todo el peso del trabajo manual duro y forzado. Las clases se diferencian entre sí por el modo y la proporción en que perciben la parte de riqueza social de que disponen. Esta diferencia entre las clases tiene, sin duda, una importancia sustancial; sin embargo no es su rasgo determinante. La división en clases, cuya base es el régimen económico de la sociedad, se refleja en su régimen político y en su vida espiritual. La división en clases impregna toda la vida pública de la sociedad clasista, de arriba abajo, y afecta a todo el sistema de relaciones sociales. Estas últimas se dividen en materiales e ideológicas. Unas y otras, las clases están vinculadas entre sí por determinadas relaciones económicas que permiten a los explotadores apropiarse del trabajo de los explotados. El conjunto de estas relaciones forma precisamente la estructura de clase de la sociedad y constituye la base material económica, de la lucha de clases.

En la sociedad dividida en clases antagónicas, son clases fundamentales las engendradas por el modo de producción que domina en ellas y sin las cuales es inconcebible. En las relaciones y en las luchas de estas clases, se manifiesta la contradicción fundamental del modo de

producción correspondiente. Además de las clases fundamentales, en la estructura social hay también habitualmente, clases no fundamentales o transitorias, condicionadas por la conservación de restos de los modos de producción precedentes, o por la existencia de gérmenes del nuevo modo de producción, que tienen la forma de tipos especiales de economía.

Los ideólogos de la burguesía, afirman que con la Revolución Científico Técnica, desaparece el proletariado; por aumentar el número de intelectuales y empleados al disminuir el número de personas ocupadas en la producción y aumentar en los servicios. Primero, la Sociología burguesa, aplica erróneamente el término proletariado, solo a los trabajadores manuales. Marx con el concepto de obrero colectivo, abarca a los trabajadores manuales como a los intelectuales, tanto a los que participan en el proceso productivo directamente, como a los que desempeñan diversas funciones auxiliares. Es verdad que el sector servicios ha aumentado con la RCT, pero en él, también se reproduce la estructura de la sociedad capitalista. Los que trabajan en él, no quedan fuera de la división de la sociedad en clases, sino que se incorporan a las clases y sectores sociales en que están divididas cuantos participan en la industria y agricultura. La composición clasista de la sociedad, se distingue por una gran complejidad, además las clases, no son grupos cerrados, hay en ellos el paso de personas.

4.5.- EL FENOMENO DE SALUD-ENFERMEDAD-MUERTE

4.5.1.- ORIGEN Y DESARROLLO HISTORICO

Desde que el hombre existe sobre la superficie de la Tierra, ha padecido enfermedades. Los múltiples datos que nos da la paleopatología, otorga un indiscutible fundamento real, a lo que sin ello no pasaría de ser una plausible conjetura.(25).

Cómo el hombre prehistórico se enfrentó con la realidad de sus afecciones patológicas?, no lo sabemos. Cuáles fueron las principales enfermedades que le afectaron?, también hasta ahora resulta un enigma. Sin embargo, las condiciones higiénico sanitarias, que en esa época pudieron existir podemos imaginarlas. Si pensamos que el escaso desarrollo de las fuerzas productivas y por ende, del conocimiento humano sobre la realidad, le daban al hombre en ese tiempo un nivel de vida muy bajo.

Las explicaciones teóricas, que históricamente se han dado al fenómeno de salud-enfermedad-muerte, se encuentran directamente relacionadas, con el desarrollo que en ese momento histórico presentan las fuerzas productivas en una formación económico social históricamente determinada, por la unidad dialéctica de las fuerzas productivas con las relaciones sociales de producción. (26).

4.5.2.- RELACION CON LA PRODUCCION MATERIAL

La ciencia como esfera de la actividad humana, surge en la sociedad dividida en clases y también condicionada por el desarrollo de las fuerzas productivas y sus respectivas relaciones de producción; la ciencia tiene por tanto un carácter clasista.

En este sentido, la explicación que sobre el fenómeno de salud-enfermedad-muerte, ha dado el hombre históricamente, se encuentra directamente influido por el carácter clasista de la ciencia.

En la sociedad esclavista surgen las clases sociales y con ello un concepto clasista de la salud y de la atención médica, que habrá de persistir en todas las sociedades divididas en clases.(27). Para el esclavista se desarrolla un tipo de medicina basada en los griegos, en el amor a la belleza y en el culto a la perfección física; el esclavo no considerado como hombre sino como "animal parlante", como medio de trabajo; recibía otro tipo de atención a cargo de otro tipo de médico, y orientada por el interés de asegurar la supervivencia de la clase explotada.

En el feudalismo, el enfermo es un "desviado" ajeno al bien y "poseído por el diablo"; que debe sufrir el designo divino. La medicina está muy ligada a las instituciones religiosas; la religión es la forma de conciencia

social predominante en la época.(28).

En la sociedad capitalista, se produce un desarrollo acelerado de las fuerzas productivas y de la industria, produciendo un crecimiento vertiginoso de las ciudades, las que no cuentan, con una infraestructura sanitaria adecuada. La medicina que se le da a la clase explotada es la preventiva y el burgués dejó para sí la atención curativa y de mayor nivel, con carácter privado; en ella la atención médica es una empresa privada y como tal aparece regida por las leyes del mercado, dejando para las clases explotadas la atención médica dada por las instituciones de caridad, mal dotadas y peor financiadas.(29).

La concepción individualista de la enfermedad, es resultado por un lado, del escaso desarrollo de las ciencias sociales y por el otro, del carácter clasista de la atención médica desarrollada desde el esclavismo y agudizada en su máxima expresión durante el capitalismo.

El desarrollo del método clínico y su implantación en las instituciones de enseñanza de la medicina, permiten a las clases explotadoras, desarrollar ampliamente el carácter comercial de la atención médica. Este método está fundamentado en la concepción biologisista de la enfermedad; en donde pretende ocultarse la influencia de los factores socioeconómicos en el perfil de salud-enfermedad-muerte. Posteriormente se ha desarrollado la visión ecologisista del fenómeno, en donde se fundamenta que la

salud-enfermedad-muerte, es resultado de la acción del medio ambiente sobre el hombre, encontrando esta visión su máxima expresión, en el principio de la multicausalidad donde se da un lugar a los factores socioeconómicos, pero se pretende devaluar su verdadero papel.

Una explicación teórica del fenómeno de salud, desarrollado por la epidemiología, es la que lo explica como un fenómeno colectivo que ocurre en grupos sociales y no solo en el individuo. Su método permite dar respuestas que solucionen problemas de salud en grandes colectivos. Esta explicación sin lugar a dudas es un gran avance, aún cuando se continúe en ese enfoque ecologistas sin dársele la verdadera importancia a los factores económico-sociales. Esta visión del fenómeno coincide con los intereses de clase de los grupos dominantes, los que han implantado esta teoría, en las instituciones de enseñanza de la medicina, reproduciendo una visión incompleta que impide al profesional de la salud, relacionar este fenómeno con la base económica de la sociedad.

Sin embargo el conocimiento epidemiológico se desarrolla alrededor del esfuerzo por explicar y transformar los problemas de salud-enfermedad en su dimensión social.

Este esfuerzo se ha incrementado de manera importante como parte de la lucha de los explotados por transformar su realidad. Esta tendencia busca explicar el proceso, des

de un nivel de mayor integridad, y en su estudio sistematizado incluye:

a) Los procesos estructurales de la sociedad, que por hallarse en la base misma del desarrollo de la colectividad, permiten explicar la aparición de condiciones particulares de la vida.

b) Los perfiles de reproducción social, la reproducción económica o de las relaciones sociales, la reproducción ideológica, la reproducción de las relaciones con el medio ambiente y la reproducción de las características biológicas de los hombres.

c) La comprensión integral de los fenómenos biológicos que conforman los patrones típicos, de salud-enfermedad-muerte de esos grupos e individuos. En las relaciones sociales, está presente la afirmación que Engels hiciera; según la concepción materialista de la historia, el factor que en última instancia determina la historia es la producción y reproducción de la vida real; de esta interacción en el hombre repercute en situaciones de producción y su ubicación en las estructuras sociales de cada formación económica y social; por lo que afirmamos que: la salud es una categoría biológica y social, que está en unidad dialéctica con la enfermedad y expresa el nivel de bienestar físico, mental y social del individuo y de la sociedad, en cada momento histórico de su desarrollo. (30).

En consecuencia la patología humana representa un fenómeno socialmente condicionado en muchos aspectos: biológicos en su forma y social en su contenido.

Realmente podemos pensar que hay elementos suficientes para afirmar que la situación cualitativamente diferente y peculiar del hombre, en el mundo de lo viviente, condicionado por su doble carácter (biológico y social), tiene como una de sus consecuencias un cambio igualmente profundo de su patología.

No es posible comprender el carácter de la patología del hombre considerandolo aislado de los cambios que tienen lugar en la sociedad y de la estructura socioeconómica de ella.

Existen múltiples trabajos que señalan de manera empírica la relación existente entre los factores socioeconómicos y el perfil de salud-enfermedad-muerte en la sociedad, encontrando dentro de ella grandes diferencias en los distintos grupos sociales. Desgraciadamente hay escasos trabajos que relacionen directamente a las clases sociales y el perfil salud-enfermedad-muerte. Actualmente se trabaja en varios países de América Latina en esta dirección, es muy probable que pronto tengamos trabajos más concluyentes sobre esta relación base económica de la sociedad y superestructura; con el proceso de salud-enfermedad-muerte.

4.5.3.- SERVICIOS DE SALUD

4.5.3.1.- Origen y Desarrollo Histórico:

Las explicaciones que sobre el fenómeno-salud-enfermedad-muerte se han dado históricamente, han determinado el tipo de respuesta. Estas han estado esencialmente modeladas por cada tipo de formación económicasocial. Así en la comunidad primitiva la solución estaba regida por conceptos místico mágicos; en el esclavismo primera sociedad dividida en clases, surge el concepto clasista de la atención médica caracterizado por el desinterés de garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo ya que ésta era fácilmente repuesta; en el feudalismo la medicina se desarrolla lentamente y el señor recibe atención médica personal, en tanto los siervos recurren a curanderos y comadronas y aparece la atención por caridad en monasterios, cárceles y hospicios; en el capitalismo la fuerza productiva como mercancía se desarrolla aceleradamente al ritmo de la industrialización, la burguesía se deja a la atención curativa de mayor nivel y a los proletarios se les deja la preventiva que nace de la necesidad de garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo.

4.5.3.2.- RELACION CON LA PRODUCCION MATERIAL

Durante el capitalismo, la industrialización trajo co-

no consecuencia el crecimiento de las ciudades, sin condiciones de infraestructura sanitaria adecuada. Esto originó en los barrios marginados una serie de epidemias, que por un lado amenazaban incluso la vida de los burgueses y por otro lado afectaba la producción al escasear la fuerza de trabajo. En un principio la fácil reposición de ésta, por trabajadores fuera del nexo capitalista; no planteaba la necesidad de reproducir la fuerza de trabajo y por tanto de crear servicios de salud. Sin embargo la escasez de trabajadores del nexo no capitalista, plantea la necesidad en grado creciente de garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo y con esto surgen los servicios de salud, como la salud pública en 1872-75 y el seguro social en Alemania.(31).

Es en el capitalismo también, donde la salud se convierte en una mercancía, conformándose alrededor de ella, grandes empresas que lucran con la salud de las grandes mayorias. Agudizándose así en su máxima expresión, el carácter clasista de los servicios de salud.

4.5.4.- PERFIL DE SALUD-ENFERMEDAD-MUERTE A NIVEL MUNDIAL

4.5.4.1.- Población:

La población mundial en 1975, alcanzó los 4 mil millones, casi se triplicó en los últimos 80 años en relación a los 1600 millones que había en 1900. En 1980; 3 de cada 4 habitantes vivían en el mundo subdesarrollado. Mientras las poblaciones de las regiones desarrolladas, crecerán hasta el año 2000 a un ritmo promedio de 0.6%, en el mundo subdesarrollado será de 2.1% al año, es decir tres veces más rápido.(32).

4.5.4.2.- Ingresos:

Según estimaciones basadas en los datos del Banco Mundial, el PNB per cápita, en un seleccionado grupo de 19 países desarrollados capitalistas, ascendió en 1980 a la suma de 6658 dólares, mientras 63 países denominados de "ingresos medios", un promedio de 903 dólares, y otros 33 países llamados de "bajos ingresos", un promedio de 168 dólares. En términos de este indicador, por tanto la brecha que separa actualmente a habitante promedio de los países más desarrollados, del poblador medio de alguno de los países más pobres, se traduce en un PNB per cápita 40 veces superior.(33).

4.5.4.3.- Hambre:

Más de 500 millones de seres humanos pasan hambre hoy en el mundo, casi en su totalidad, son habitantes de nuestros países subdesarrollados. La desnutrición crónica alcanzaba en 1975, según FAO el 22% de la población de Africa, el 27% de la del lejano Oriente, el 13% de la América Latina y el 1% de la del cercano Oriente. Según datos recientes de la propia FAO, 40 millones de personas, la mitad de ellos niños; mueren cada año de hambre y desnutrición.

Según OPS un millón de niños mueren cada año en América Latina producto del hambre y la desnutrición. El hambre es la causa directa o el principal factor asociado, del 38% de las muertes de los niños menores de un año y del 70% de las de 1-4 años de edad, en esa región del mundo subdesarrollado que es la menos crítica desde el punto de vista alimentario.

Se producen en el mundo alimentos suficientes, sin embargo, hay gente que vive con hambre y hay gente que muere de hambre. Pero, la solución no depende solo de la búsqueda de respuestas técnicas o científicas para el aumento de la producción y la productividad, en la esfera alimentaria sino que está indisolublemente unida a la solución de problemas estructurales, fundamentales de las economías de una gran mayoría de los países subdesarrollados y del actual orden económico internacional, que

impide una distribución equitativa de los alimentos tan to a nivel nacional, entre los diferentes grupos de población e ingresos, como a nivel internacional.

Casi todas las proyecciones concluyen, que aumentará la brecha entre los países subdesarrollados y los desarrollados. Las proyecciones en materia de consumo per cá pita de cereales son igualmente sombrías. Mientras, que en el mundo desarrollado un persona consumía promedio un 180% más de cereales al año (incluidos los que se trans forman en carne, leche, huevo) que el habitante de los países subdesarrollados, esa diferencia será en el año 2000 del 237%. (34).

4.5.4.4.- Salud:

La insalubridad, las enfermedades y la desatención de la salud son otros aspectos fundamentales que, caracterizan la dramática situación social de los países subdesarrollados. Mientras que en los países desarrollados la esperanza de vida al nacer fluctúa entre los 72 y los 74 años; en el mundo subdesarrollado no sobrepasa los 55 años. Mientras en los países desarrollados un hombre de 45 años ha alcanzado la plenitud de su vida, en otros es ésta la edad máxima a que puede aspirar.

Según datos de la OMS, la mortalidad infantil que en 1981 fluctuaba entre 10 y 20 muertos por cada 1000 na cidos vivos en los países desarrollados en conjunto,

ascendía a una cifra al menos 10 veces superior en los países más pobres.

Según datos de la OMS de cada 1000 niños nacidos vivos en los países más pobres, aproximadamente 200 mueren antes de cumplir un año de edad, otros 100 antes de los 5 años y solo 500 llegarán a cumplir 40 años.

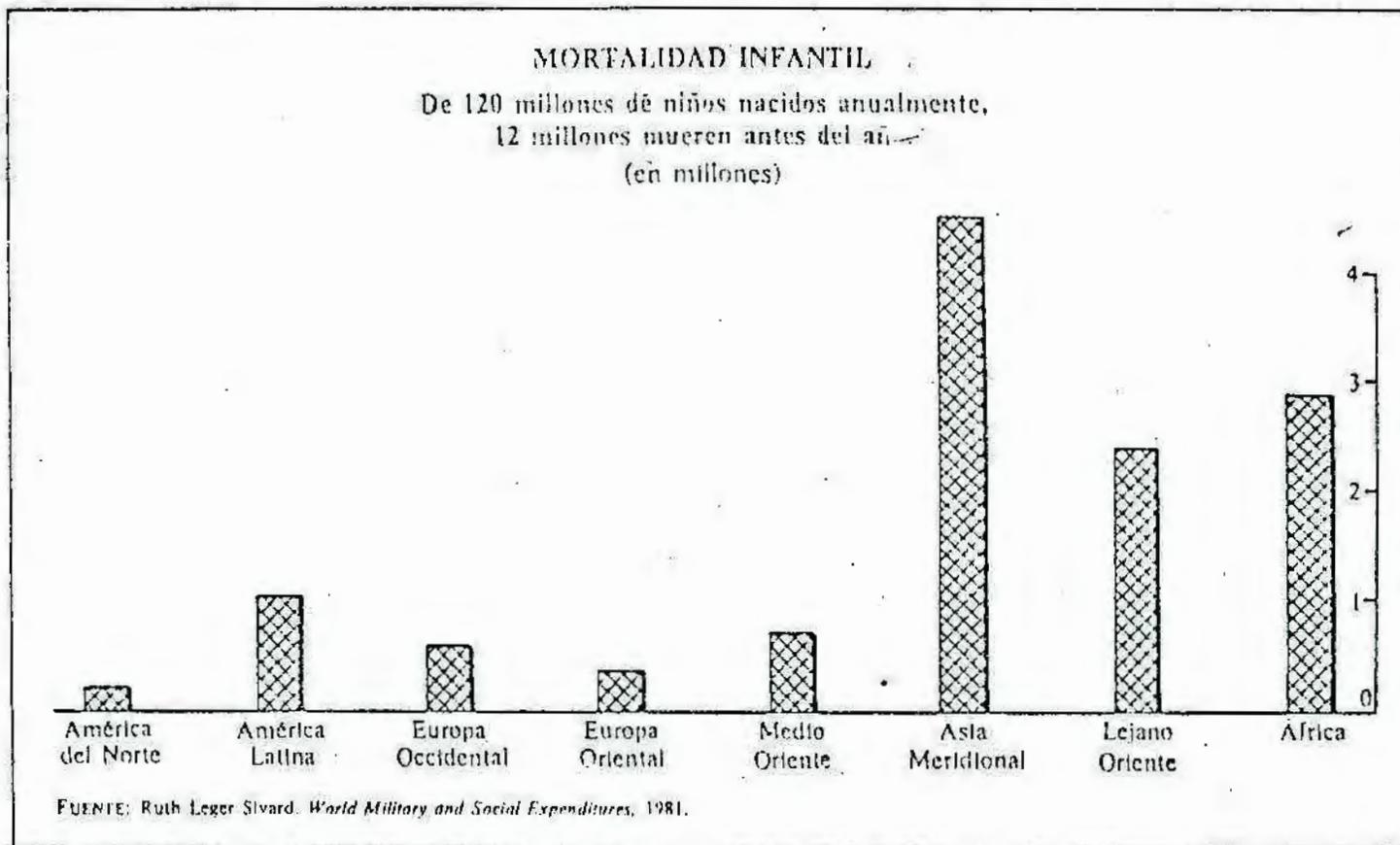
Nueve de cada 10 niños en los países más pobres no reciben jamás en su primer año de vida el más elemental servicio de salud, y mucho menos son inmunizados contra las enfermedades más frecuentes de la infancia. En los países subdesarrollados, la desnutrición, la insalubridad y las enfermedades infecciosas y parasitarias, vinculadas estrechamente a factores de atraso socioeconómico, son la causa mayoritaria de las defunciones infantiles. El paludismo mata un millón de niños al año en el continente Africano. Cada día 35 mil niños menores de 5 años mueren víctimas de enfermedades diarreicas, casi todos en los países subdesarrollados. Solamente en América Latina estas enfermedades provocan alrededor de 200 mil muertes al año. La póliomielitis enfermedad erradicada en los países más desarrollados, siguen cobrando anualmente, decenas de víctimas infantiles entre la población de los países subdesarrollados donde aún no se aplican programas de inmunización masiva. El UNICEF estima que el 90% de las vidas de los pequeños que mueren en los países subdesarrollados pudieron evitarse con programas adecuados de in-

munizaciones, nutrición, atención perinatal, abastecimiento de agua potable, saneamiento ambiental y educación nutricional y de salud de las madres.

Solamente en cinco países desarrollados, ejercen su profesión 120 mil médicos procedentes de países subdesarrollados. La población de estos últimos dispone globalmente de un promedio de 10-14 camas hospitalaria por cada 10 mil habitantes en comparación con 95 en el mundo desarrollado. Según estimados para 1980, los países desarrollados invierten 244 dólares de su presupuesto anual en la atención de la salud de cada uno de sus habitantes, en tanto el gasto público per cápita en los países más pobres es de 1.7 dólares al año, es decir, 144 veces menos. En términos de porcentaje del PNB las cifras son del 3.9% para los desarrollados; contra el 1% en los subdesarrollados.

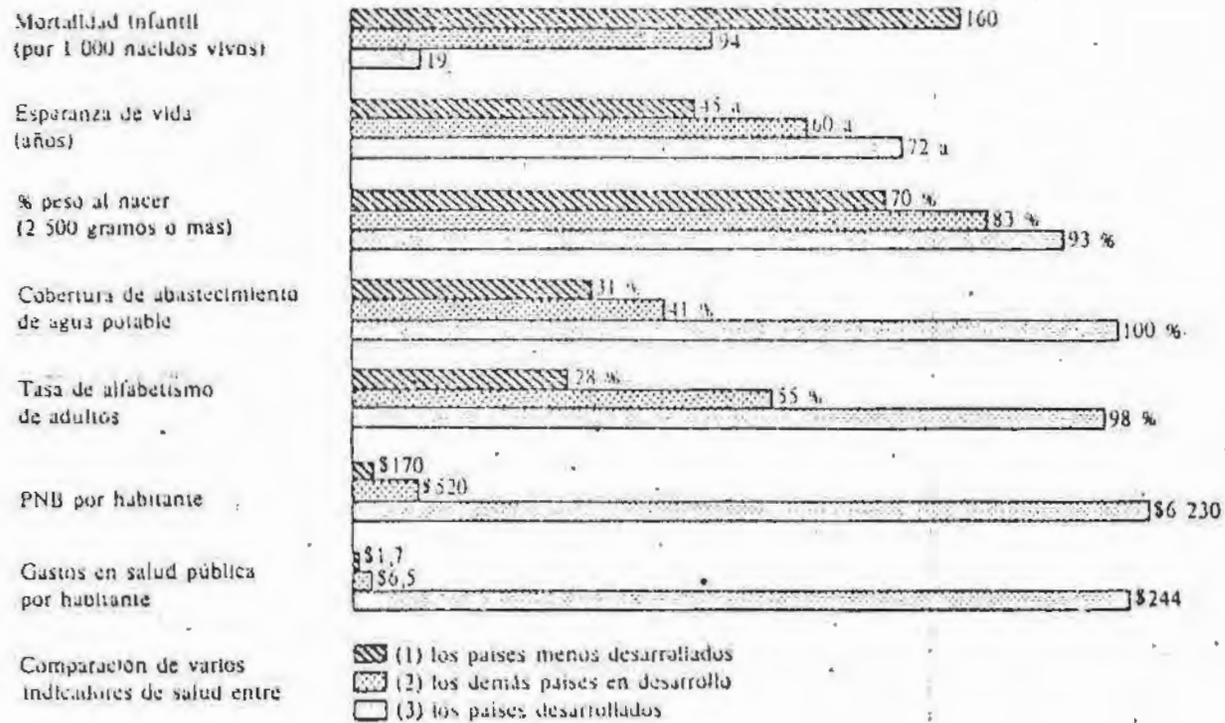
En tanto la salud no sea considerada como un derecho fundamental del hombre y no se reconozca la responsabilidad del Estado en la atención y cuidado de la salud, y no desaparezcan las desigualdades en la distribución de los recursos para la salud a escala nacional e internacional y también no se luche frontalmente contra la pobreza el hambre y la insalubridad, poco será lo que podrá lograrse en el mejoramiento de la salud humana en el mundo subdesarrollado.

CUADRO No. 3



CUADRO No. 4

INDICADORES DE SALUD E INDICADORES SOCIOECONÓMICOS AFINES



FUENTE: OMS. *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Ginebra, 1981.

4.6.- LA MORTALIDAD INFANTIL, PARTICULARIDAD DEL FENOMENO
SALUD-ENFERMEDAD-MUERTE.

La muerte como fenómeno individual, puede definirse como la desaparición de toda evidencia de vida, en cualquier tiempo después que el nacimiento ha tenido lugar.(35). Pero esta concepción biológica es insuficiente para explicar por si sola la mortalidad a un nivel colectivo.

La mortalidad infantil en una población, es función de la frecuencia con que ocurre la enfermedad y de la probabilidad de morir del enfermo. Numerosos estudios han mostrado la relación de la enfermedad y muerte con variables tales como el ingreso económico, la alimentación el saneamiento, la educación, la atención médica etc., pero en realidad la distribución no igualitaria en la población de todos los componentes, que también guardan una relación entre sí, son la expresión visible de una cadena causal que se genera en la organización social económica y política.(36).

No cabe duda que la situación es menos afortunada de lo que podría esperarse. Esto evidencia, que su origen está determinado en la práctica social del hombre, al apropiarse y transformar los recursos naturales que genera relación con otros hombres para producir y apropiarse del producto generado. Esto es expresado a nivel de una formación socioeconómica concreta en la articulación de

diversos modos de producción, de los cuales uno es dominante en un desarrollo determinado de las fuerzas productivas, todo lo cual determina entre otras cosas la eficiencia de transformar la naturaleza en beneficio propio, y genera 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 la muerte.(37).

La explicación de los contrastes de la mortalidad no pueden encontrarse en el análisis de variables demográficas convencionales como urbano-rural , ni de algunos indicadores socioeconómicos, sino que requiere el uso de categorías que identifiquen la inserción del individuo, en el proceso social de la producción.(38).

En Centro América diversos estudios indican gran eterogeneidad entre estos países, BEHM agrupa a estos, en dos sub-regiones por ejemplo, la subregión sur formada por Costa Rica y Panamá que comprende solo el 18% de la población estimada para toda Centro América para 1980, su esperanza de vida se estima en 70.8 años, para 1980-1985, que solo difiere en 4.5 años de lo proyectado para Suecia en ese quinquenio. Por el otro lado en la subregión norte Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua, la situación es notablemente desfavorable. Así su esperanza de vida bordea apenas los 60 años.(39).

BEHM ha estudiado el riesgo de morir en los primeros dos años de vida de la población urbana y rural, de doce

países Latinoamericanos. En dos tercios de estos, existe un exceso del 30.6% de riesgo de morir rural con respecto al urbano. En los países de mayor mortalidad, esto significa que de cada 5 o 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.(40). vease cuadro Nº 5.

Los contrastes entre países de América Latina son muy heterogeneos en el riesgo de morir, varía entre 202 por mil nacidos vivos en Bolivia y 38 por mil en Uruguay. (ver cuadro Nº 6). Se estima que más de la mitad de América Latina está expuesta a una mortalidad superior a 120 por mil que es doce veces mayor que la existente en Suecia.(41).

Al estudiar la mortalidad de cada uno de ellos en relación con las características de su estructura social y económica, tenemos grandes contrastes, así entre países de baja mortalidad está Argentina en el cual el desarrollo capitalista ha sido precoz y más avanzado que en otra región. Por la ausencia de una estructura feudal previa fué posible el desarrollo de una basta agricultura moderna de exportación; la fuerza de trabajo se benefició de una inmigración Europea importante, que logró obtener condiciones salariales favorables y aportó patro-

nes de vida y consumo con la que obtienen una esperanza de vida al nacer, para 1970-75 de 68.2 años. Entre los países de alta mortalidad está Honduras cuya economía ha estado dominada por el enclave extranjero agroexportador (banano), el cual ha distorciónado el progreso del resto del país; su esperanza de vida alcanza solo 53.5 años y los indicadores socioeconómicos son en extremo desfavorables.(42).

4.6.1.- MORTALIDAD INFANTIL Y ALGUNOS INDICADORES SOCIOECONOMICOS.

El nivel que el individuo ha alcanzado en el sistema formal de educación es otra variable extensamente utilizada en el estudio de la mortalidad diferencial. La educación tiene un efecto directo en algunas determinantes de la mortalidad; la mortalidad del niño, por ejemplo, esta influida por las creencias y valores que la madre tenga sobre el cuidado de su hijo y el comportamiento ante sus enfermedades. BEHM y col., han analizado el riesgo de morir entre el nacimiento y dos años de edad en 13 países Latinoamericanos en función de la educación de la madre. (ver cuadro N°7). Los países tienen niveles de mortalidad muy diferentes, pero todos ellos muestran que el riesgo de morir desciende de modo marcado y sistemáticamente 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 las mujeres que han alcanzado 10 y más años de educación.

Wood ha estudiado el desarrollo de la mortalidad infantil en dos ciudades mayores de Brasil. En la década del 60 la tasa a aumentado entre 1960 y 1970 en el 40% en Sao Paulo; y en el 68% en Bello Horizonte entre 1960-73. El aumento persiste aún después de haber corregido las tasas por errores en el registro de la residencia. En ambas ciudades se observa simultaneamente un descenso del salario real mínimo, que el autor considera es la causa del aumento de la mortalidad.(43).

En el estudio mencionado de Behm y col., la población supuestamente indígena, tiene una sobremortalidad que varía entre el 35 y el 73% y alcanza probabilidades de muerte tan excesivas como de 173 a 258 por mil nacidos vivos.

4.6.2.- MORTALIDAD INFANTIL Y CLASES SOCIALES.

Las diferencias de la mortalidad en función de distintas variables socioeconómicas no permiten explicar estas variaciones de un modo coherente y sistemático. En la hipótesis de que el fenómeno salud-enfermedad-muerte, está sobredeterminado 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 cla-

ses sociales que ellos generan. Taucher ha analizado la mortalidad infantil en Chile(1972-73), comparando los hijos de los obreros, con los hijos de los empleados; los grupos empleadores y trabajadores por cuenta propia fueron excluidos. La tasa de mortalidad infantil en los hijos de obreros duplica a la del grupo empleados y este diferencial es mayor en la mortalidad postneonatal 3.2 veces. La mortalidad en los hijos de obreros analfabetas(109 por mil) es 8.6 veces mayor que la de los empleados de más alta educación(23.8 por mil).(44).

Behm y col., han obtenido estimaciones de la probabilidad de morir entre el nacimiento y los dos años de edad en Costa Rica en 1968-69. En la categoría llamada "burguesía media y alta", encontró que la tasa de mortalidad de sus hijos es de 20 por mil, que es el nivel existente en los EUA, en 1970. En el "proletariado" fundamentalmente urbano, la mortalidad de sus hijos(80 por mil) cuadruplican al grupo de la burguesía. En los trabajadores agrícolas se encontró la más elevada mortalidad del país(99 por mil), que sube a 112 por mil en los analfabetos o semianalfabetos, riesgo que es 5.6 superior al de la burguesía.(45). véase cuadro N°8.

4.6.3.- CAUSAS DE MUERTE.

Normalmente, se ha empleado el término "causa de muerte", para designar cualquier enfermedad, síndrome, estado morboso, o condición patológica que intervenga directamente o indirectamente en el proceso de muerte. (46).

La OMS, ha definido como "causa básica":

- a) A la enfermedad o lesión, que inició la cadena de acontecimientos patológicos, que condujeron directamente a la muerte.
- b) Las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.

Como "causa contribuyente":

Cualquier otra identidad morbosa significativa, que hubiera influido desfavorablemente en el curso del proceso patológico, contribuyendo así al resultado letal, pero que no estuviera relacionado con la enfermedad o estado patológico que causó la muerte directamente. (47).

El conocimiento de las enfermedades o violencias que determinan violentamente la muerte, es aún insuficiente, porque a la omisión en el registro de la defunción, se suma la imprecisión de la causa debido a la falta o deficiencia de la atención médica y la respectiva certificación del deceso. (48).

Reviste importancia la asociación e interrelación de las causas de defunción. Por ejemplo en el grupo neonatal

las defunciones ocurridas, pueden ser debidas a factores prenatales; maternos o fetales, condiciones presentes durante el nacimiento, condiciones postnatales o combinaciones de cualquiera de estos factores. Entre estos factores prenatales maternos algunos están relacionados con el propio embarazo, y algunos con otras afecciones. (49). No obstante estas otras afecciones de la madre, pueden estar íntimamente ligadas con estados obstétricos o prenatales mórbidos para el feto o recién nacido.

Como hemos observado hasta aquí, todas las causas de muerte mencionadas, tienen un caracter meramente biológico. Pero aun en el grupo neonatal, donde predominan los factores perinatales, no puede negarse que los factores biológicos registrados, tienen en su esencia un origen social, por ejemplo: el riesgo de morir de un niño con fácil acceso al servicio de emergencia pediátrica no es el mismo riesgo que el del niño que no tiene acceso a dicho servicio; ahora bien, la accesibilidad a los servicios de salud, no es un factor biológico, sino que está determinado por la situación económico social (situación de clase), que tiene la familia del menor.

Los factores biológicos se articulan en el contexto social, en la tesis de que las causas sociales desencadenan y transforman los factores biológicos y que sus valores relativos dependen de la etapa histórica, puesto que el proceso de enfermedad-muerte 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.

* Por tanto si lo social subordina y transforma a lo biológico, y lo social esta basado en la producción de bienes materiales, debe ser el estudio de los cambios estructurales el camino a seguir; por cuanto las diferencias entre las clases sociales, son las que determinan el perfil de salud-enfermedad-muerte de una sociedad. Así en el estudio del fenómeno salud-enfermedad-muerte, la unidad de análisis debe ser la Clase Social.

4.7.- NICARAGUA ESTADO Y CLASES SOCIALES

4.7.1.- ESTADO Y CLASES SOCIALES ANTES DEL 19 DE JULIO DE 1979.

El resultado de la sistemática intervención imperialista a todo lo largo de la historia del estado Nicaragüen^{se}, ha venido conformando su doble naturaleza de estado burgués e intermediario de la dominación imperialista. Es decir, cumple la función de garantizar la explotación capitalista y la supeditación del país a los intereses imperialistas yanquis.

Antes de extenderse el cultivo del café, Nicaragua se encontraba en un estado de desarrollo económico, similar al de las sociedades de régimen mercantil simple. La introducción del cultivo de café a mediados de 1844-48, inicia en Nicaragua, una serie de transformaciones sociales, políticas y económicas muy importantes, que la llevarían a introducirse al mercado mundial. El apoyo que recibe por parte de las autoridades de la época genera a los latifundistas, grandes facilidades para despojar a los pequeños propietarios de sus tierras y la conversión de estos pequeños productores en asalariados. Este proceso de descomposición del campesino, hacia el asalariado agrícola o a las formas de salario marginal, adquirió un ritmo acelerado en la última década del siglo 19 y las primeras del 20.(50).

Sandinista cuya guerra antiimperialista tenía un profundo sentido clasista, derogó todas las leyes de mediación y en algunos casos fueron devueltas tierras usurpadas a los pequeños productores. Con la lucha Sandinista que implicó el dominio de una extensa zona en el Norte de Nicaragua se fue reconstituyendo poco a poco una nueva capa de productores, minifundistas en su mayoría, campesinos dedicados al cultivo de subsistencia. El asesinato de Sandino en 1934 por Somoza, favoreció nuevamente la expansión latifundista. En 1946 el Boom algodonero, impulsó más el proceso expropiatorio y la descomposición del campesinado.

El desarrollo del capitalismo, por la vía de la agricultura monoexportadora, indujo a un mayor grado de polarización y diferenciación entre las clases dominantes y dominadas, situando en los extremos de la explotación a la burguesía agroexportadora y los nuevos grupos comercial-industriales que se le desprendieron, de frente ambos, contra el polo representado por los trabajadores agrícolas de las plantaciones de café, algodón, caña de azúcar y banano, y junto de ellos los sectores obreros un tanto más reducidos pero más progresivos, fuerte y beligerante.(51).

En Nicaragua la burguesía no asume las funciones administrativas y políticas sobre el estado, dejando todo al gremio de Somoza, que con la represión militar se convier

te dentro del estado, en el representante más directo de los intereses imperialistas. Así la burguesía queda como dependiente y subordinada al imperialismo y a la dictadura.(52). El clan Somoza en esencia, se apoderó de la economía del país, privando a los Nicaraguenses de los derechos y de las garantías elementales, iniciando entonces la época de la dictadura más larga y sangrienta de América Latina, que llegó a su fin el 19 de Julio de 1979 con el triunfo de la Revolución Popular Sandinista.

4.7.2.- SERVICIOS DE SALUD EN NICARAGUA, ORIGEN Y DESARROLLO HISTORICO.

En nuestro país, el interés por la extensión de cobertura en atención integral de la salud a las grandes mayorías no existía, a principios de siglo actual el tipo de servicios que proporcionaba el estado, como tal, era inexistente y esta función era ejercida como un remanente medieval y colonial, administrada por órdenes religiosas que atendían con escasos recursos, a la población desprotegida económicamente, y de ésta solo una pequeña parte podía atenderse. Los grupos y clases dueños de los medios de producción, acudían a la medicina privada.

La rápida reposición de la fuerza de trabajo por la gran reserva rural, que se encontraba fuera del nexo capitalista de la producción, no exigía preocuparse por la

salud y la reproducción de la fuerza de trabajo, que así poco a poco era, más y más depauperada. Esta explotación y depauperación de la fuerza de trabajo, trajo como consecuencia la agudización de los conflictos sociales entre explotados y explotadores, iniciando así el estado tímidamente la atención médica y social, apareciendo como una respuesta política, las juntas locales y nacionales de asistencia y previsión social, ubicadas las primeras en las principales zonas conflictivas del país, como parte del aparato antiguerrillero que preparó el estado Somocista.

Así las políticas de salud, del estado correspondían a tres objetivos: el primero, era el de mantener a corto plazo las condiciones de sobreexplotación y dejar que la mayor parte de la población económicamente activa de la población rural, cambiara su vida por un mísero ingreso que no lograba reproducirlo, a la vez que le hacía soportable la crisis al capital. En otras palabras se trataba de la destrucción parcial de la fuerza de trabajo. El segundo era el de preparar a mediano plazo, la fuerza de trabajo de relevo, concentrando desde ese entonces el esfuerzo en el desarrollo de programas de salud, para la atención casi exclusiva de la niñez. El tercero, para desarrollarse hasta un largo plazo, era la reducción del crecimiento vegetativo de la población, a través del control natal y la planificación familiar, para evitar los problemas de la explosión demográfica y del ajuste de la

fuerza de trabajo a los nuevos ejes de acumulación, ya más modernizados.(53).

Con el incremento de la clase obrera por la "industrialización" del país, y la lucha por las mejoras laborales, económico sociales; surge la necesidad de crear el INSS en 1957, setenta años después de haber aparecido en Alemania, la primera ley de seguros de enfermedad.(54). El 30% de los asegurados, correspondía al sector productivo y el resto era del sector servicios, en su mayoría empleados estatales.

En conclusión la atención en Nicaragua ha pasado por tres etapas distintas:

La primera de caridad en la época colonial.

La segunda de salubridad pública

La tercera del seguro social.(55).

Todas enmarcadas en la política de amortiguar las protestas populares en los distintos momentos históricos. De ahí podemos desprender que la situación de salud-enfermedad-muerte, de la población explotada fué verdaderamente dramática, como consecuencia de la depauperación de la fuerza de trabajo y el desinterés por reproducirla.

4.7.2.4.- PERFIL DE SALUD- ENFERMEDAD- MUERTE.

En Nicaragua, antes del triunfo de la Revolución Popular Sandinista, las condiciones de sobreexplotación nos dan la clara explicación de las condiciones de salud del pueblo. La forma como se insertó la economía, en el período de la postguerra, con un carácter agroexportador; y posteriormente la "industrialización", basada en la importación de capital; llevó a una subordinación de la fuerza de trabajo, a cualquier forma de capital. Así como al desempleo y falta de acceso a los medios de producción, que no permitían una adecuada reproducción y desarrollo de la fuerza de trabajo. Esto llevó a indicadores de salud verdaderamente alarmantes. La salud fué uno de los sectores más desatendidos tanto asistencial como administrativamente, debido al nulo interés por asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo, que era fácilmente recuperable en el nexo no capitalista rural.

La población para 1976 fué calculada en 2,400,000 habitantes de los cuales el 52% eran de la zona rural. La tasa de natalidad varió de 46.8 por mil en 1970 a 48 por mil en 1977.(56).

Según CELADE, la esperanza de vida al nacer era de 51.2 años para los hombres y 54.57 para las mujeres, estimación que la OPS/OMS calificó de muy optimista. En las áreas más desatendidas bajó hasta 45 años.

Según datos oficiales, del 54% al 68% de la población estaba subalimentada.(57). En 1965 había un 66.3% con desnutrición proteico-calórica en los menores de 5 años. Se reporta que la prevalencia de bocio era del 32% en el grupo encuestado y el 6.4% de carencia de vitamina A.(58).

Para 1970 las tasas más altas de morbilidad eran de las enfermedades: malaria, enfermedades diarreicas, infecciones gonococcicas, sífilis y otras.(59). Según el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria: hubo en 1972, 9595 casos y en 1975 18,164 casos.(60).

Reportes oficiales dicen que hacían falta 150 mil viviendas más de las existentes, en el 82.4% de las rurales, no había servicio sanitario y solo el 5.8% recibían agua domiciliaria. Más del 50% de la población nacional era analfabeta y en el campo esto llegaba al 69%.(61).

Según CELADE la mortalidad general, para 1970, era de 16 por mil habitantes y en 1977 de 8,2 por mil. La tasa de mortalidad infantil reportada oficialmente en 1970-74 es de 52.4 por mil nacidos vivos, contra 120 x mil calculada por CELADE para 1974-77.(62).

Entre las causas de defunción por enfermedades infecciosas están: las enfermedades diarreicas, influenza, neumonías, tétanos, bronquitis, sarampión, paludismo, tosferina, tuberculosis, tifoidea, disentería bacilar, parasitosis y otras.(63). El auge del algodón, dió a la economía un realzo

fundamental. La entrada de divisas al país se incrementó notablemente, no así las condiciones de vida de los trabajadores, que estando en el campo a 40° C., sufriendo tolvaneras que afectan su salud; más que beneficio se encontraron con otra afección: la intoxicación por el uso indiscriminado de insecticidas. Siendo víctimas de esto inclusive los niños, ya sea por ser expuestos directamente al ser llevados por sus madres, al lugar de trabajo o bien por las altas concentraciones de insecticidas en la leche materna.

Esta dramática situación de salud, se agudizó con el terremoto de 1972, donde la ayuda internacional fué desviada a favor de los intereses somocistas. Esta situación se mantiene hasta que la lucha del pueblo logra derrocar a la dictadura el 19 de julio de 1979, con el triunfo de la Revolución Popular Sandinista.

4.7.3.- ESTADO Y CLASES SOCIALES DESPUES DEL 19 DE
JULIO DE 1979.

El triunfo de la Revolución inicia en Nicaragua la destrucción del estado somocista, fenómeno que habrá de irse consolidando parcialmente. La primera gran muestra del estado popular, es la formación del Ejército Popular Sandinista que integra en sus filas a obreros y campesinos; es decir, un ejército surgido del pueblo y para defender al pueblo. Esto es sin lugar a dudas, el paso más importante que habrá de garantizar el poder popular.

Por otro lado la creación del Consejo de Estado, significa un paso fundamental en la institucionalización de la Revolución Popular Sandinista y del pluralismo político; organismo colegislativo surgido por iniciativa del Frente Patriótico de la Revolución. En él se encuentran representados las distintas organizaciones político-gremiales, organismos de masa, que aseguran la participación de todos los sectores nacionales, entre los cuales el 65% corresponden a organizaciones populares como los CDS. Es el Consejo de Estado un foro de debate ideológico, político, donde se demuestra el pluralismo político.

Además la creación de instituciones como el INRA, cuyo papel es asegurar el funcionamiento de la Reforma Agraria, demuestra la decisión política del Gobierno Revolucionario de entregar las tierras a quien las trabaja.

El Sistema Nacional Unico de Salud creado el 8 de agosto de 1979, es también una respuesta concreta a lo expresado por el F.S.L.N., de velar por la salud del pueblo, derecho que se ganó con el triunfo de la Revolución. Todos estos logros han sido mantenidos y solidificados, a pesar de las constantes agresiones, del imperialismo yanqui y sus títeres de gobiernos vecinos, con ayuda de la ex guardia nacional. Pero aún así la decisión del F.S.L.N., vanguardia del pueblo, es la de garantizar un verdadero pluralismo político y la democracia popular. En este sentido la aprobación de la ley de Partidos Políticos, muestra sin lugar a dudas el cumplimiento de lo planteado por el Gobierno Revolucionario al tomar el poder el 19 de julio de 1979. Esta ley de Partidos asegura la participación de las organizaciones políticas que buscan el beneficio de las grandes mayorías, enmarcadas siempre en los principios democrático, popular y antiimperialista. Donde no hay lugar para los somocistas, para los vende patria, ni tampoco para los que quieran explotar al pueblo. Aún más, las crecientes agresiones imperialistas han llevado a la discusión de la Ley de Servicio Militar Patriótico presentada por la Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional y aceptada en el Consejo de Estado, donde se observó la beligerancia de las organizaciones populares en su decisión de defender el poder popular.

Uno de los elementos fundamentales de la Unidad Nacional, promovida por el Gobierno de Reconstrucción Nacional, es el fortalecimiento de la economía mixta.

La economía mixta se compone de cuatro sectores:

- a) Sector Privado tipo empresarial.
- b) Sector Estatal.
- c) Sector cooperativo en la ciudad y el campo.
- d) Sector campesino y artesanal.

El sector privado en conjunto, controla el 75% de la producción nacional, dejando aproximadamente el 25% al sector público.

Lo importante de la economía mixta Nicaraguense no es el peso relativo de los distintos sectores, sino la integración de todos ellos en un esfuerzo, coordinado para mejorar la vida de la mayoría de los Nicaraguenses. El Gobierno de Reconstrucción Nacional, reconoce que cada sector tiene algo particular que aportar a este proceso.

El Estado ha asumido la administración de todo el comercio exterior y de la banca en el país, siguiendo el mandato de la Junta expresado en el programa de Gobierno de Julio de 1979.(64).

4.7.3.1.- SERVICIOS DE SALUD Y LOGROS DESPUES DEL 19 DE JULIO DE 1979.

Creado el SNUS, se inicia la ruptura de la anarquía existente y se trazan las tareas más apremiantes, garantizando el acceso de toda la población a los servicios. Se establecen programas de atención a las personas y al ambiente, tales como el programa de atención Materno-infantil, el de Higiene y Epidemiología enmarcados en el concepto más global de la atención primaria, acompañados del aumento de la infraestructura para una verdadera ampliación de cobertura y otras características basadas en las principales directrices emanadas de la Junta de Gobierno y que deben irse desarrollando armónicamente con los demás sectores socioeconómicos.(65). Expresando así los intereses comunes a la nación frente a limitaciones internas y externas producto de nuestra historia.

En la Nicaragua de hoy la salud es más que un derecho, es una necesidad primordial de la sociedad en su conjunto, así entonces; hasta 1983 después de 4 años de Revolución, observamos una mejor organización de los servicios caracterizada por la regionalización desde 1980, que ha favorecido una mejor utilización de los recursos tanto humanos como materiales, ofreciendo la posibilidad de recibir atención médica en todos los rincones del país.

Un principio fundamental de la Revolución es la parti

cipación popular en la Administración del estado, que en Salud se concretiza por un lado con la creación de las Jornadas Populares de Salud y por otro lado con la formación de los Consejos Populares de Salud donde participan las distintas organizaciones de masa. Así en las Jornadas Populares de Salud, las vacunaciones masivas a la niñez hicieron que para 1982 no se presentaran ningún caso de Poliomielitis en todo el país y disminuyeran importantemente el resto de enfermedades prevenibles por vacuna; la Tosferina de 2469 casos en 1980(registrados), bajó a 12 casos en 1982, donde el registro de enfermedades de notificación obligatoria ha mejorado notablemente.

En lo que se refiere a la cobertura de los servicios se ha dado un gran salto, así tenemos que para 1982 se efectuaron 6.3 millones de consultas médicas, alcanzando la razón de 2.1 consultas médicas por habitante. Brindándose el 60% en los Centros y Puestos de Salud, lo que manifiesta una mejor utilización de los recursos. Lo que permite dar atención en los lugares históricamente desprotegidos.(66).

La falta de un adecuado sistema de información, hasta finales de 1981, impide conocer la morbilidad de la población en general. Existiendo datos sólo sobre atención hospitalaria y enfermedades de notificación obligatoria. A finales de ese año se implementa el Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, donde se pretende

obtener información de nacimientos y defunciones a nivel nacional, sin embargo hasta ahora no se tienen datos concluyentes.

Aun cuando no lo podemos demostrar estadísticamente, pensamos que los programas implementados desde el 19 de julio de 1979 ha influido de alguna manera en la morbimortalidad. Por ejemplo en el programa de Atención integral al niño se han incrementado el número de controles brindados hasta un 100% en relación a los primeros años después del triunfo, esto ha permitido captar un gran número de niños con riesgo de caer en desnutrición y no solo eso sino iniciar una alimentación complementaria, que asegura su desarrollo y crecimiento.

Por otro lado en los datos extraídos de los egresos hospitalarios, desde 1980 la mortalidad infantil hospitalaria era de 92.5 por mil egresos y para 1982 de 78 por mil egresos.(67), lo que muestra un notorio descenso. (ver cuadro Nº 9).

La población de Nicaragua para 1981 fue estimada en 2,823 979 habitantes, con una tasa de crecimiento de 3.4 como promedio anual en la década 1970-80. Este crecimiento se basa en una alta tasa de natalidad que se calcula en 45.7 por mil habitantes en 1980. Una tasa de mortalidad general de 11.4 por mil habitantes y de mortalidad infantil de 101.7 por mil nacidos vivos.(68).

CUADRO Nº 5

Probabilidad de morir entre el nacimiento y los 2 años de edad en población Urbana y población Rural, países seleccionados Latino Americano alrededor de 1968 - 1970.

País	Probabilidad de morir (por mil)		Porcentaje de sobre mortalidad Rural	Porcentaje de Población Rural
	Urbano	Rural		
Bolivia 1971-72	166	224	34.9	62
Perú 1965-67	132	213	61.4	40
Nic. 1966-67	143	152	6.3	65
Guatem. 1968-69	119	161	35.3	64
Salvador 1966-67	139	148	6.5	60
Hondura 1969-70	113	150	32.7	69
Ecuador 1969-70	98	145	48.	59
R.Dom. 1970-71	115	130	13.	60
Chile 1965-66	84	112	33.3	25
Colombia 1968-69	75	109	45.3	36
C. Rica 1968-69	60	92	53.3	59
Paraguay 1967-68	69	77	11.6	63

FUENTE: BEHN H. Mortalidad en los primeros años de vida en países de America Latina (ELADE Serie A. Nº 1024 a 1032 y 1036 a 1039 1976 - 1978.

CUADRO Nº 6
 PROBABILIDAD DE MORIR ENTRE EL NACIMIENTO Y LOS DOS AÑOS DE EDAD EN PAISES
 DE AMERICA LATINA, ALREDEDOR DE 1968-1970

País	Nacidos vivos estimados b/			Defunciones estimadas de menores de dos años c/			
	Probabi- lidad de morir a/ (por mil)	Miles	%	Obser- vadas	Exceso d/		
					Espe- radas	Número	Porcentaje
Bolivia 1971-1972	202						
Haití 1971	176	994	9,5	176498	20874	155624	88,2
Perú 1967-1968	169						
Nicaragua 1966-1977	149						
Guatemala 1968-1969	149	611	5,8	89261	12831	76430	85,6
El Salvador 1966-1967	145						
Honduras 1969-1970	140						
Brasil 1970	133						
Ecuador 1969-1970	127	4054	38,7	535596	85134	450462	84,1
Rep. Dominicana 1970-1971	123						
Chile 1965-1966	91						
Colombia 1968-1969	88	3355	32,1	289633	70455	219178	75,7
México 1970	85						
Costa Rica 1968-1969	81						
Paraguay 1967-1968	75						
Argentina 1965-1966	58	1451	13,9	81047	30471	50576	62,4
Panamá 1970	58						
Venezuela 1971	52						
Cuba 1970	48						
Uruguay 1970	38						
América Latina	112	10465	100,0	1172035	219765	952270	81,2
Estados Unidos 1970	21						
Italia 1972	11						

CUADRO Nº 7

MORTALIDAD DEL MENOR DE 2 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	10 y más	
Bolivia	202	245	209	176	110a/	-	-
Perúb/	169	207	136	102	77	70	3,0
Nicaragua	149	168	142	115	73	48	3,5
Guatemala	149	169	135	85	58	44	3,8
El Salvador	145	158	142	111	58	30	5,3
Honduras	140	171	129	99	60	35	4,9
Ecuador	127	176	134	101	61	46	3,8
República Dominicana	123	172	130	106	81	54	3,2
Chile	91	131	108	92	66	46	2,0
Colombia c/	88	126	95	63	42	32	3,9
Costa Rica	81	125	98	70	51	33	3,8
Paraguay	75	104	80	61	45	27	3,9
Argentina	58	96	75	59	39	26	3,7
Cuba d/	29	46	45	34	29	-	-

a/ Corresponde a 7 y más

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

c/ Los tramos son: 0, 1-3, 4-5, 6-8, 9 años y más.

d/ Cifras provisionarias.

Fuente: Behm, H. y Primate, D. Mortalidad en los primeros años de vida en América Latina.

Notas de Población. Año VI, Nº. 16, Abril, 1978.

CUADRO Nº8

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 país	80
Burguesía alta y medio alta	20
Grupos gerenciales y directivos superiores en el sector privado financiero, comercial y agrícola y del sector estatal. Profesionales de más alto status. Propietarios agrícolas.	
Grupos medios	39
Empleados de oficina y vendedores en el comercio Maestros en la enseñanza, otros profesionales técnicos. Propietarios de comercio al por menor.	
Proletario (en su mayoría urbano)	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
Trabajadores agrícolas	99
Proletarios agrícolas. Campesinos semiproletarizados Pequeños propietarios	
Con 4-6 años de educación	80
Con 0-3 años de educación	112

~~Fuente: Behm y otros. Resultados previsorios de un estudio de fecundidad~~

MORTALIDAD HOSPITALARIA POR TODAS LAS CAUSAS Y POR GRUPOS DE EDAD.

TASAS POR 1,000 EGRESOS

CUADRO Nº 9a

1 9 8 0

EDADES	EGRESOS	DEFUNCIONES	%	TASA
0-27 días	6,408	1174	21,0	183,2
28d-11m	18,848	1161	20,8	61,6
1 - 4 año	15,949	718	12,9	45,0
5-14	12,809	296	5,3	23,1
15-49	107,777	1047	18,8	9,7
50 y más	16,226	1176	21,1	72,4
TOTAL	178,017	5572	100	31,3
		DEFUNCIONES EN MENORES DE 1 año	41,8	92,5
		DEFUNCIONES EN MENORES DE 15 años	60,0	62,0

1 9 8 1

EDADES	EGRESOS	DEFUNCIONES	%	TASA
0-27 días	6,663	1079	22,7	162,0
28d-11m	18,324	829	17,5	45,2
1 - 4 años	15,052	402	8,5	26,7
5-14	13,240	213	4,5	16,0
15-49	118,923	944	19,9	7,9
50 y más	18,375	1279	26,9	69,6
TOTAL	190,577	4746	100	24,9
		DEFUNCIONES EN MENORES DE 1 año	40,2	76,4
		DEFUNCIONES EN MENORES DE 15 años	53,2	47,4

C U A D R O No. 9b

MORTALIDAD HOSPITALARIA POR TODAS LAS CAUSAS Y GRUPOS DE EDAD

1 9 8 2

TASAS X 1000 EGRESOS

EDADES	EGRESOS	DEFUNCIONES	%	TASA
0 - 27 d	8,402	1,154	24.5	137.3
28d - 11m	17,520	864	18.5	49.6
1 - 4 A	16,160	342	7.3	21.2
5 - 14A	13,523	196	4.2	14.5
15 - 49 A	122,251	905	19.2	7.4
50 y más	18,808	1,240	26.3	66.0
T O T A L	196,664	4,706	100	24.0

- 1 año	25,922.	2,023	43.0	78.0
- 15 años	55,605	2,561	54.4	46.0

Fuente: DINEI = MINSA
Nlc. 1982

5.- HIPOTESIS

- 5.1.- El perfil de salud-enfermedad-muerte de una formación económico social, está determinado por el grado de desarrollo de las fuerzas productivas y por las relaciones sociales de producción históricamente determinadas.
- 5.2.- El perfil de salud-enfermedad-muerte en una clase social, está determinado por el lugar que ocupa en un sistema de producción social históricamente determinado; por las relaciones en que se encuentra con respecto a los medios de producción; por el papel que desempeña en la organización social del trabajo y consiguientemente por el modo y proporción en que percibe la parte de riqueza social de que dispone.
- 5.3.- La clase o grupo social a que pertenece el menor de un año, es el factor que determina el riesgo y modo de morir del niño antes de cumplir un año de edad.

6.- VARIABLES6.1.- CONCEPTUALIZACION.6.1.1.- CLASES Y GRUPOS SOCIALES.

- 6.1.1.1.- Burguesía.- Serán burgueses aquellos que sean dueños de los medios de producción; que desempeñan un trabajo predominantemente intelectual y que obtengan sus ingresos por cuenta propia y trabajo ajeno.
- 6.1.1.2.- Producción Mercantil Simple.- Serán aquellos dueños de los medios de producción, que desempeñan un trabajo predominantemente manual y que obtengan sus ingresos, por cuenta y trabajo propios.
- 6.1.1.3.- Otros asalariados.- Aquellos que no sean dueños de los medios de producción, que desempeñen un trabajo predominantemente intelectual y perciban sus ingresos por salario.
- 6.1.1.4.- Proletariado.- Aquellos que no son dueños de los medios de producción, que desempeñan un trabajo predominantemente manual y que obtienen sus ingresos por salario.
- 6.1.1.5.- Trabajo predominantemente intelectual.- Llama

mos así, al trabajo que para su realización, exige de un gran esfuerzo mental.

6.1.1.6.- Trabajo predominantemente manual.- Aquel que para su realización, exige un esfuerzo predominantemente físico.

6.1.1.7.- Cuenta propia.- Llamamos así, al hecho de ser dueño de los medios de producción.

6.1.1.8.- Trabajo propio.- Aquel que realiza el individuo y además es dueño de los medios de producción.

6.1.1.9.- Trabajo ajeno.- Llamamos así, aquel trabajo realizado, que produce ganancia al dueño de los medios de producción y es remunerado con un salario.

6.1.2.- MORTALIDAD

6.1.2.1.- Defunción.- Todo aquel caso registrado en un certificado de defunción del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales.

6.1.2.2.- Mortalidad infantil.- Será toda aquella defunción que reporte una edad al morir entre 0 días y 11 meses.

6.1.2.2.1.- Mortalidad neonatal temprana.- La defunción, que reporta una edad al morir menor de 7 días.

6.1.2.2.2.- Mortalidad Neonatal Tardía.- Toda aquella defunción que reporte una edad al morir entre 7 y 27 días.

6.1.2.2.3.- Mortalidad Postneonatal.- Toda aquella defunción que reporte una edad al morir entre 28 días y 11 meses.

6.1.3.- CAUSA BÁSICA DE MUERTE

Toda aquella enfermedad, accidente o violencia, codificada en el certificado de defunción, según la Clasificación Internacional de Enfermedades.

6.1.4.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Son aquellas enfermedades, comprendidas entre el número 001 y el 139, incluyendo los números 320-322, 480-486 y 487 de Clasificación Internacional de Enfermedades.

6.1.5.- ENFERMEDADES NO INFECCIOSAS

El resto de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

7.- MATERIAL Y METODO

7.1.- DISEÑO.

Utilizamos un estudio de casos y controles, llamado por algunos autores retrospectivos.

7.2.- UNIVERSOS.

7.2.1.- UNIVERSO DE CASOS.

Niños fallecidos antes de cumplir un año de edad, registrados en el SINEVI, con fecha de nacimiento entre el primero de Enero y el 30 de Junio de 1982; con padres residiendo en la zona urbana de Managua.

7.2.1.1.- Muestra de Casos.- Cien niños y una lista de 20 considerados de reemplazo.

7.2.1.1.1.- Procedimiento de muestreo.- De un universo de 287 casos, por azar simple se obtuvieron 100 certificados de defunción. Número mínimo que se obtuvo al aplicar la formula: $n = 4 \cdot p \cdot q / P^2$ (69). Donde $p = 1$; obtenido por el razonamiento de que por lo menos 1 de cada 100 fallecidos fuera de la burguesía, esto debido a la falta de antecedentes sobre esta información. $Y, P = 2$.

7.2.2.- UNIVERSO DE CONTROLES.

Niños nacidos vivos registrados en el SINEVI, con fechas de nacimiento, entre el primero de Enero y el 30 de Junio de 1982; cuyos padres residan en la zona urbana de Managua y que esten vivos hasta la fecha de recolección de la información, o que hallan muerto después de cumplir un año.

7.2.2.1.- Muestra de Controles.- 200 correspondientes a la muestra de casos, más 40 correspondientes a los casos de reemplazo.

7.2.2.1.1.- Procedimiento de muestreo.- Esta muestra fue tomada convencionalmente; pareando dos controles por cada caso, que fueran iguales a estos en: mes de nacimiento, sexo y área de salud.

7.3.- PROCEDIMIENTO DE LA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En una primera etapa, nuestra fuente de información fueron los certificados de defunción y nacimientos para casos y controles respectivamente. Donde se obtuvo la información general necesaria para poder localizarlos.

En una segunda etapa se realizó una encuesta, llevada a cabo por estudiantes del 5º año del Insti-

tuto "Rigoberto López Pérez" de Managua; que fueron preparados previamente para el manejo de los formularios. Se realizó antes de implementar la encuesta en forma definitiva, una prueba piloto.

7.3.1.- TIPOS DE DATOS.

Los formularios contienen preguntas que nos permiten clasificar al responsable del menor por grupo o clase social; según propiedad o no de los medios de producción, tipo de trabajo ya sea predominantemente manual o intelectual, y por el modo y proporción en que obtienen la parte de riqueza social de que disponen. Incluye preguntas sobre la causa de muerte del menor y otras enfermedades contribuyentes, así como datos sobre la madre del menor; estado civil, escolaridad, ocupación, número de hijos. Además de datos generales de identificación como: Nombre del menor, edad y sexo; nombres de la madre y del padre; dirección y área de salud; fecha de nacimiento, edad del menor al morir y fecha de defunción.

7.3.1.1.- Resumen de la información:

7.3.1.1.1.- Distribución de los fallecidos, por clases y grupos sociales en el grupo estudiado.

7.3.1.1.2.- Distribución de los fallecidos, entre 0-6 días de edad, por clases y grupos sociales en el grupo estudiado.

7.3.1.1.3.- Distribución de los fallecidos, entre 7 y 27 días de edad, por clases y grupos sociales, en el grupo estudiado.

7.3.1.1.4.- Distribución de los fallecidos, entre 28 días y 11 meses de edad, por clases y grupos sociales, en el grupo estudiado.

7.3.1.1.5.- Distribución de los fallecidos, por causas, clases y grupos sociales, en el grupo estudiado.

7.3.1.1.6.- Distribución de los fallecidos, entre 0-6 días de edad, por causas, clases y grupos sociales, en el grupo estudiado.

7.3.1.1.7.- Distribución de los fallecidos, entre 7 y 27 días de edad, por causas, clases y grupos sociales, en el grupo estudiado.

7.3.1.1.8.- Distribución de los fallecidos, entre 28 días y 11 meses de edad, por causas, clases y grupos sociales, en el grupo estudiado.

- 7.3.1.1.9.- Distribución de los fallecidos, por grado de escolaridad de la madre, clases y grupos sociales en el grupo estudiado.
- 7.3.1.1.10.- Distribución de los fallecidos, por estado civil de la madre, clases y grupos sociales, en el grupo estudiado.
- 7.3.1.1.11.- Distribución de los fallecidos, por trabajo o no de la madre, clases y grupos sociales, en el grupo estudiado.
- 7.3.1.1.12.- Distribución de los fallecidos, por número de hijos de la madre, clases y grupos sociales en el grupo estudiado.
- 7.3.1.1.13.- Distribución de los fallecidos, por edad al morir, clases y grupos sociales, en el grupo estudiado.
- 7.3.1.1.14.- Distribución de los fallecidos, por sexo, clases y grupos sociales, en el grupo estudiado.

8.- RESULTADOS

En la encuesta realizada, de los 120 casos buscados, logramos encontrar a 59 para un 49.2%; el resto 61, no se encontraron o sea el 50.8%. Como puede observarse el porcentaje de no encontrados es mucho mayor que el 20% que habíamos calculado. Las principales causas de no haber encuestado a los 61 casos fueron las siguientes:

En un 8% no quisieron contestar la encuesta; 5 casos.

En los 56 restantes; no se localizó a los familiares, debido a la imprecisión de las direcciones anotadas en el certificado de defunción; dentro de este porcentaje también se incluyen algunos casos que habían cambiado de domicilio. Pensamos que la gran mayoría de los no encontrados, pertenecen a la clase proletaria y al grupo de producción mercantil simple, apoyados en las características de los barrios a donde nos refieren las direcciones, por ejemplo: Acahualinca, La Fuente y otros barrios de la carretera norte, donde el sistema de direcciones no está bien definido. Este fenómeno es muy similar para el grupo que tomamos como control, donde el porcentaje de no encuestados es de 59.1%.

Esto reduce considerablemente la muestra, lo que dificulta aún más la interpretación de los resultados.

El desconocimiento de la distribución por clases y grupos sociales de la población de Managua, nos ha impedido

conocer la proporción que representan los fallecidos, en el universo de las clases y grupos estudiados.

La mala elección del grupo de control, impidió que realmente se hiciera un estudio de casos y controles, ya que los grupos no son comparables.

TABLA N° 1

DEFUNCIONES EN MENORES DE UN AÑO, POR CLASES Y GRUPOS SOCIALES
EN LOS CASOS Y CONTROLES ESTUDIADOS. MANAGUA 1982.

Clases y grupos Sociales.	C A S O S		C O N T R O L E S		Total casos y controles
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje	
Burguesia.	-	-	1	2%	1
Otros Asalariados.	8	14%	10	21%	18
Producción Mercantil Simple.	12	20%	8	16%	20
Proletariado.	39	66%	30	61%	69
Total.	59	55%	49	45%	108

TABLA Nº 2

DEFUNCIONES. DE 0-6 DIAS, POR CLASES Y GRUPOS SOCIALES EN
LOS CASOS ESTUDIADOS, MANAGUA 1982.

Clases y Grupos Sociales	D e f u n c i o n e s	
	Número	Porcentajes
Burguesía	-	-
Otros Asalariados	4	12%
Producción Mercantil Simple.	5	15%
Proletarios.	24	73%
Total.	33	100%

TABLA N° 3

DEFUNCIONES DE 7-27 DÍAS, POR CLASES Y GRUPOS SOCIALES, EN LOS CASOS ESTUDIADOS. MANAGUA 1982.

Clases y grupos Sociales.	Defunciones	
	Numero	Porcentaje
Burguesía.	-	-
Otros Asalariados.	3	37.5%
Producción Mercantil Simple.	2	25%
Proletariado.	3	37.5%
Total.	8	100%

TABLA Nº 4

DEFUNCIONES DE 28 DIAS A 11 MESES DE EDAD, POR CLASES Y GRUPOS SOCIALES, EN LOS CASOS ESTUDIADOS. MANAGUA 1982.

Clases y grupos Sociales.	D e f u n c i o n e s	
	Numero	Porcentaje
Burguesía.	-	-
Otros Asalariados.	1	5%
Producción Mercantil Simple.	5	28%
Proletariado.	12	67%
Total.	18	100%

TABLA No 5

DEFUNCIONES POR CAUSAS, CLASES Y GRUPOS SOCIALES
EN CASOS ESTUDIADOS MANAGUA 1982

Clases y Grupos Sociales	Enfermedades Infecciosas		Enfermedades no Infecciosas		Total
	Nº	%	Nº	%	
Burguesía	-	-	-	-	-
Otros Asalariados	1	12	7	88	8
Producción Mercantil Simple	2	17	10	83	12
Proletarios	9	23	30	77	39
Totales	12	20	47	80	59

TABLA N° 9

DEFUNCIONES EN MENORES DE UN AÑO, POR GRADO DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE
CLASES Y GRUPOS SOCIALES, EN CASOS ESTUDIADOS, MANAGUA 1982

Clases y Grupos Sociales	Total de Casos	Analfabetas		0 - 4º Primaria		5º - 6º Primaria		Cualquier Año Secundaria		Cualquier Año Superior		No Contestaron	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Burguesía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros Asalariados	8	-	-	-	-	2	25	2	25	4	50	-	-
Producción Mercantil Simple	12	3	25	3	25	3	25	2	17	-	-	2	8
Proletario	39	4	10	14	36	5	13	14	36	1	2.5	1	2.5
Total	59	7	12	17	29	10	17	18	30	5	8.5	2	3.5

TABLA N° 10

DEFUNCIÓNES DE LOS MENORES DE UN AÑO, POR ESTADO CIVIL DE LA MADRE, CLASES Y GRUPOS SOCIALES. EN LOS CASOS ESTUDIADOS. MANAGUA 1982.

Clases y grupos Sociales.	Unidas		Solteras		Casadas		Divorciadas		Viudas		Total.
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Burguesia.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros Asalariados.	2	25%	1	12.5%	5	62.5%	-	-	-	-	8
Producción Mercantil Simple.	4	33%	5	42%	2	17%	1	8%	-	-	12
Proletariado.	9	23%	14	36%	15	38%	1	3%	-	-	39
Total.	15	25%	20	34%	22	37%	2	4%	-	-	59

TABLA N^o 11

DEFUNCIONES DE LOS MENORES DE UN AÑO, POR OCUPACION DE LA MADRE, CLASES Y GRUPOS SOCIALES, EN LOS CASOS ESTUDIADOS MANAGUA 1982.

Clases y grupos Sociales.	T r a b a j a		N o T r a b a j a		Total.
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje	
Burguesía.	-	-	-	-	-
Otros Asalariados.	4	50%	4	50%	8
Producción Mercantil Simple.	6	50%	6	50%	12
Proletariado.	13	33%	26	67%	39
Total.	23	39%	36	61%	59

TABLA Nº 12

DEFUNCIONES DE LOS MENORES DE UN AÑO, POR NUMERO DE HIJOS DE LA MADRE, CLASES Y GRUPOS SOCIALES. EN LOS CASOS ESTUDIADOS. MANAGUA 1982.

Clases y grupos Sociales.	0 - 4 hijos		5 - 8 hijos		más de 8		No especificaron.		Total.
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Burguesía	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros Asalariados.	5	62.5%	-	-	1	12.5%	2	25%	8
Producción Mercantil Simple.	8	67%	3	25%	-	-	1	8%	12
Proletariado.	29	74%	1	3%	-	-	9	23%	39
Total.	42	71%	4	7%	1	2%	12	20%	59

TABLA Nº 13

Clases y grupos Sociales.	DEFUNCIÓNES POR EDAD AL MORIR, CLASES Y GRUPOS SOCIALES. EN LOS CASOS ESTUDIADOS. MANAGUA 1982.						Total.
	0 - 7 días		7 - 27 días		28 días - 11 meses		
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	
Burguesía.	-	-	-	-	-	-	-
Otros Asalariados.	4	50%	3	37%	1	13%	8
Producción Mercantil Simple.	5	42%	2	17%	5	41%	12
Proletariado.	24	62%	3	8%	12	30%	39
Total.	33	56%	8	14%	18	30%	59

TABLA N^o 14

DEFUNCIONES DE LOS MENORES DE UN AÑO, POR SEXO CLASES Y GRUPOS SOCIALES, EN LOS CASOS ESTUDIADOS.

MANAGUA 1982.

Clases y grupos Sociales.	V A R O N E S		M U J E R E S		Total
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje	
Burguesía.	-	-	-	-	-
Otros Asalariados.	3	38%	5	62%	8
Producción Mercantil Simple.	7	58%	5	42%	12
Proletariado.	20	51%	19	49%	39
Total.	30	51%	29	49%	59

8.1.- INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Por las limitaciones descritas anteriormente, las explicaciones a las diferencias entre los distintos grupos de estudio, son realmente difíciles; por cuanto desconocemos la proporción que representan estos casos en el universo de cada clase y grupo social.

Podemos observar que siempre hay mayor número de fallecidos en el proletariado, lo que puede deberse a que realmente exista una mayor probabilidad de morir, por pertenecer a esta clase, hecho que no podemos comprobar con este trabajo.

En cuanto a las causas de muerte encontradas, se observa que predominan las enfermedades no infecciosas en todos los grupos y clases sociales, y en las distintas edades, salvo en el grupo de 28 días a 11 meses, donde en el proletariado predominan las enfermedades infecciosas.

Dentro del proletariado observamos que hay más defunciones en el grupo de 0-6 días, donde predominan las causas no infecciosas.

La no significancia estadística, se debe a una incorrecta elección del grupo control; ya que mientras los casos son fallecidos, los controles son vivos y esto los hace no comparables.

Aun con los resultados obtenidos, la hipótesis planteada no se niega, por que la práctica social demuestra que

hay importantes diferencias en la probabilidad de morir, entre las clases y grupos sociales. Y lo que se busca es que con estudios empíricos se cuantifiquen estas diferencias.

9.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1.- En el problema planteado, pensamos que no existió coherencia, entre los objetivos del trabajo y la metodología utilizada, que nos permitiera realmente concluir el trabajo satisfactoriamente. Debido a que el problema estudiado, es eminentemente social, lo que amerita una metodología adecuada, aplicando el método dialéctico de la investigación, y no un diseño como el utilizado; donde caímos en un reduccionismo en la investigación.

9.2.- Los resultados obtenidos en el trabajo, no afectan de ninguna manera, la concepción teórica del problema, seguimos pensando que es el desarrollo de las fuerzas productivas y su interacción con las relaciones sociales de producción; lo que determina las características del perfil Salud-Enfermedad-Muerte, en una formación económico social históricamente determinada, y que dentro de esta las diferencias entre los grupos y clases sociales en relación con la propiedad o no de los medios de producción; son el factor que determinan los distintos perfiles de salud-enfermedad-muerte.

9.3.- Para cumplir con los objetivos planteados, se debe conformar un equipo multidisciplinario, que permita abordar el fenómeno de una manera más integral, aplicando el método dialéctico de la investigación. Se proponen a continuación dos formas para realizar el trabajo:

- a) Con un diseño de tipo prospectivo, que tome el universo de nacidos vivos, para una fecha y lugar de terminados; investigando en estos la clase y grupo social a la que pertenecen, (lo que nos permitirá conocer el número de nacidos vivos para cada clase y grupo social). Posteriormente se determinará de estos, cuantos fallecieron antes de cumplir un año de edad, así obtendremos las tasas de mortalidad infantil para cada clase y grupo social.
- b) También con un diseño prospectivo, partiendo de una fecha y en un lugar determinado; se captarán a todos los nacidos vivos durante un año, determinándose a que clase o grupo social pertenecen. Se les seguirá en el tiempo por un año, para saber cuales de ellos fallecieron antes de cumplir un año de edad. Pudiendo así determinar las tasas de mortalidad infantil por clases y grupos sociales.

9.4.- Pensamos que en realidad el estudio de este fenómeno y su relación con las diferencias de clases y grupos sociales, es complejo pero necesario. Y no debe abandonarse el esfuerzo de cuantificar las

diferencias, aún cuando sabemos que estas, tienden a disminuir, por los logros obtenidos desde el 19 de julio de 1979; ya que el conocimiento de esas diferencias, nos permitirá dirigir mayores esfuerzos para mejorar el perfil de salud-enfermedad-muerte del o los grupos y clases sociales donde se determinen peores condiciones socioeconómicas.

9.5.- Se podría objetar que la clase social, es una categoría demasiado amplia, como para poder definir de modo significativo, situaciones diferenciales de salud enfermedad. Pero el análisis del perfil por clase no se agota ahí, ya que partiendo de ellos se establecen las fracciones que las componen y así sus diferencias cuanti-cualitativas. Optar por el análisis de clase social, del proceso salud-enfermedad-muerte, no significa dejar a un lado la exploración de las condiciones concretas de vida y trabajo, lo que implica valorar sobre problemas como ingreso, educación, migración, proceso de trabajo, etc., pero ya como características de la clase y no como atributos individuales de las personas. La clasificación por grupos y clases sociales es realmente difícil, pero creemos que aplicando dialécticamente las cuatro diferencias básicas que señala Lenin entre las clases sociales; realmente es posible conocer a que clase pertenecen los individuos.

9.6.- En cuanto a la fuente de información creemos, que las direcciones plasmadas en los certificados de defunciones y nacimientos, del SINEVI, son muy poco confiables lo que hace que esta fuente no sea utilizable por el momento para investigaciones de este tipo.

9.7.- Pensamos que no es recomendable utilizar este tipo de diseños estadísticos en la investigación social.

9.8.- Es necesario, profundizar en el conocimiento del método dialéctico y su aplicación concreta en el fenómeno salud-e.fermedad-muerte.

9.9.- Se recomienda que se implemente algún mecanismo que garantice una mejor calidad de la información en cuanto a los datos de identificación en los certificados del SINEVI.

9.10.- Creemos que bien vale la pena, a manera de prueba, introducir en los formatos de certificados, preguntas que nos permitan clasificar estos fenómenos de natalidad y mortalidad por clases y grupos sociales.

10.- RESUMEN

Se intenta estudiar el problema, de las diferencias entre las clases y grupos sociales, en relación con el fenómeno salud-enfermedad-muerte, bajo la hipótesis de que el perfil de este fenómeno en una formación económica social históricamente determinada, depende del desarrollo de las fuerzas productivas y su interacción con las relaciones sociales de producción existentes. De que las diferencias entre las clases y grupos sociales, por el lugar que ocupan en un sistema de producción social; son el factor determinante de los perfiles de salud-enfermedad-muerte existentes en una sociedad.

Se estudian 120 fallecidos menores de un año de edad, con sus respectivos controles, en un diseño retrospectivo; encontrándose en el trabajo operativo de la encuesta, serias dificultades por la imprecisión de las direcciones registradas en los certificados del SINEVI, hecho que repercutió negativamente en los resultados obtenidos.

Se concluye que el diseño utilizado, no es el apropiado para la investigación de fenómenos sociales, como este, que es necesario profundizar en el estudio del método dialéctico de la investigación y su aplicación concreta en el estudio del fenómeno salud-enfermedad-muerte. Se proponen dos alternativas de diseño, para realizar el trabajo con éxito. Se recomienda una revisión, de los datos registrados en SINEVI, para mejorar su calidad.

11.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Organización Mundial de la Salud, Sexto informe sobre la situación sanitaria mundial, 1973-77, primera parte. Ginebra 1982. pág. 143.
- 2.- Idem. pág. 144.
- 3.- Behm Hugo. Determinantes Económicas y Sociales de la Mortalidad en América Latina. Rev Cub Adm 6:1, 1980.
- 4.- Idem. pág. 2.
- 5.- Idem. pág. 3.
- 6.- Breilh Jaime; Granda Edmundo. Investigación de la Salud en la Sociedad. Quito 1982. pág. 1.
- 7.- Idem. pág. XIV.
- 8.- Behm Hugo. Op. Cit. pág. 18.
- 9.- Marx K. Manuscritos de 1844 (Economía política y Filosofía) Buenos Aires, 1968. pág. 201-202.
- 10.- Shorojova E. Sobre la naturaleza innata y la esencia social del hombre. Folleto del CIES, 1982. pág 54.
- 11.- Idem. pág. 54.
- 12.- Idem. pág. 55.
- 13.- Idem. pág. 56.
- 14.- Idem. pág. 55.

- 15.- Frólov I. En los umbrales del tercer milenio; Rev. Ciencias Sociales de la URSS. Academia de Ciencias de la URSS Nº 1 1983. pág. 33-44.
- 16.- Konstantinov F. y otros. Fundamentos de Filosofía Marxista-Leninista. Materialismo Histórico. pág. 75.
- 17.- Idem. pág 79.
- 18.- Idem. pág. 80.
- 19.- V.I. Lenin. Una gran iniciativa. Obras en tres tomos pág. 228.
- 20.- Konstantinov. F. Op cit. pág. 34.
- 21.- Idem. pág 35.
- 22.- Idem. pág. 35.
- 23.- Idem. pág. 23.
- 24.- V.I. Lenin. Op cit. pág. 228.
- 25.- P. Lain E. Historia de la Medicina. Salvat 1978 pág. 3.
- 26.- Capote Mir R.; H Villar. La Salud, Marco Conceptual y Social en la República de Cuba. Rev Cub Adm 6:3, 1980.
- 27.- Idem. pág. 262.
- 28.- Idem. pág. 262.
- 29.- Idem. pág. 262.
- 30.- Capote Mir R. ed al. La Administración de la Salud y el Modelo de Especialista de primer grado. Rev Cub Adm 4, 1978. La Habana Cuba, pág. 298.
- 31.- Diercksens W. La Reproducción de la Fuerza de Trabajo y la Salud. Rev Centroamericana de Ciencias de la Salud, mayo-agosto Costa Rica 1979.

- 32.- Castro Fidel. La Crisis Económica y Social del Mundo. Informe a la Septima Cumbre de Países No Alineados. Of. de publicaciones, del Consejo de Estado, La Habana Cuba pág. 179.
- 33.- Idem. pág. 185.
- 34.- Idem. pág. 187.
- 35.- Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina. Mortalidad. Tomo 1 pág. 23.
- 36.- Behm H. Op cit. pág. 3.
- 37.- Idem. pág. 3
- 38.- Behm H. Op Cit. Rev. Centroamericana de Ciencias de la Salud. 1979 enero-abril. pág. 78.
- 39.- Behm H. Mortalidad en América Central: Realidad y Perspectivas. CSUCA Nº 19 1982.
- 40.- Behm. H. Determinantes Económicas y Sociales de la Mortalidad en América Latina. Rev CSUCA enero-abril 1979, pág. 73.
- 41.- Idem. pág. 75.
- 42.- Idem. pág. 76.
- 43.- Behm. H. Op Cit. Rev Cub Adm 6:1 1980. pág. 13.
- 44.- Idem. pág. 18.
- 45.- Idem. pág. 20.
- 46.- Puffer-Serrano. Características de la Mortalidad en la Niñez; OPS/OMS 1973. pág. 80.
- 47.- Idem. pág. 80.
- 48.- Behm H. Op Cit Nº 38.
- 49.- Puffer-Serrano. Op Cit. pág. 80.

- 50.- Weelock Roman J. Imperialismo y Dictadura. Edit. Ciencias Sociales. Cuba, 1980. pág. 16.
- 51.- Idem. pág. 104.
- 52.- Weelock Roman J.; Carrión L. Apuntes Sobre el Desarrollo Económico y Social de Nicaragua. Centro de Publicaciones "Silvio Mayorga" Managua, 1980. pág. 14.
- 53.- Nuñez Soto O. Las Políticas de Salud del Estado de Nicaragua. Rev. CSUCA Nº 11, septiembre-diciembre 1978.
- 54.- MINSA. Salud: Políticas, Logros y Limitaciones. Nicaragua Libre. Diciembre 1980. pág. 18.
- 55.- Idem. pág. 18.
- 56.- MSP. Informe Sobre el Estado de Salud en Nicaragua, 1974-77. pág. 10.
- 57.- UNASEC. Comité Nacional Agropecuario, Unidad de Análisis Sectorial, Situación y Problemas del Sector Agropecuario de Nicaragua. Cap. 8 Managua, 1974. pág. 140.
- 58.- MSP. JNAPS, INSS, JLAS. Diagnostico del Sector Salud en Nicaragua. Managua, 1977. pág. 23.
- 59.- United States. Agency for International Development. Misión To Nicaragua. Health Sector Assesment for Nicaragua, 1976. pág. 90.
- 60.- Op. Cit. pág. 140.
- 61.- MINSA. Informe de la Situación Encontrada en el Sector Salud al Triunfo de la Revolución Popular Sandinista. Managua, 1979.

- 62.- MSP. Informe Sobre el Estado de Salud en Nicaragua, 1974-77 pág. 4.
- 63.- OPS/OMS. Proyecto de Mejoramiento de los Servicios Rurales de Salud, Nicaragua, 1977. pág. 140.
- 64.- SNUS. Tres Años de Revolución, Managua 1982. pág. 7.
- 65.- Guido Lea. La Salud en Nicaragua. Rev. CSUCA, enero-abril 1982.
- 66.- MINSA. Plan de Salud 1983. pág. 24.
- 67.- Lazcano F. y otros. Mortalidad Hospitalaria. Nicaragua, 1980-82.
- 68.- SNUS. Op. Cit.
- 69.- Fayad Camel. Estadísticas Médicas y de Salud. Edit. Pueblo y Educación.