
VIDA Y MUERTE EN EL MEDITERRÁNEO. ALGUNAS CLAVES SOCIOLOGICAS SOBRE SUS POBLACIONES

M.^a Teresa Algado Ferrer
Universidad de Alicante

RESUMEN

El Mediterráneo se nos presenta como un área de estudio de gran interés para los científicos sociales dada su gran interacción, dinamismo y complejidad cultural y social. Los países que componen el área mediterránea comparten muchos aspectos que les unen, pero también existen entre ellos importantes diferencias que les separan. Desde el punto de vista demográfico nos encontramos con desequilibrios entre una ribera norte cuyos países, con alguna excepción, han acabado su transición demográfica, y unas riberas sur y este que, salvo alguno de los países, todavía están en plena transición de un sistema demográfico antiguo a otro moderno. Este trabajo se centra en el análisis de las desigualdades en materia de salud, supervivencia y mortalidad entre los distintos países del Mediterráneo. Para el análisis comparativo se manejan índices de mortalidad relacionados, en algunos casos, con variables económicas y culturales, con la intención de reflejar no sólo las desigualdades que todavía persisten en el área mediterránea, sino también para resaltar los progresos, nada despreciables, que en las riberas sur y este se vienen produciendo en las últimas décadas. Una perspectiva comparativa y diacrónica es esencial para comprender el curso de las sociedades mediterráneas.

1. INTRODUCCIÓN

En las sociedades occidentales, en el contexto europeo al menos, podemos decir que los conflictos de clase del siglo XIX y principios del XX han dado paso o se han transformado en los conflictos interétnicos, pluriculturales, como

consecuencia de los movimientos migratorios y de las desigualdades entre países pobres y ricos. No se quiere decir con esto que los desequilibrios demográficos y las desigualdades existentes entre las riberas del Mediterráneo sean los únicos factores causantes de estos movimientos migratorios, pero sí uno de los factores determinantes. Lo cierto es que la oposición a la que asistimos hoy entre un fuerte crecimiento de la población en la ribera sur y una situación de estancamiento demográfico en la ribera norte, entre un mundo que además de prolífico es pobre y un mundo rico que no tiene asegurada la renovación de su población, contribuye a que los viejos fantasmas del racismo y la xenofobia hagan su aparición.

Llamado «el gran lago de los desequilibrios demográficos» por los demógrafos franceses Dumont y Sauvy (1984), el Mediterráneo se nos presenta como un escenario civilizatorio de estudio magnífico dada su profunda complejidad política, cultural, económica y demográfica. La disparidad entre una ribera norte de economía fuerte y demografía débil y una ribera sur de demografía fuerte y economía débil, como señalan Boustani y Fargues (1990), convierte actualmente al *mare internum nostrum* en un río de fractura demográfica y de fuerte potencial. Las corrientes migratorias de personas y familias desde el sur hacia el norte, y de capitales y tecnología desde el norte hacia el sur, fenómenos candentes en la actualidad, podrían, sin embargo, contribuir en un futuro a la consecución de su equilibrio.

En este trabajo se va a abordar el estudio de un aspecto concreto de esas desigualdades que, de alguna manera, contribuyen y van a contribuir a los movimientos de la población en las cuencas mediterráneas: las desigualdades relacionadas con la salud, la morbilidad y la mortalidad. Se intenta ofrecer, pues, una descripción estructural, una imagen «de fondo» del mar de nuestras civilizaciones, al centrarnos en los desequilibrios y desigualdades que guardan relación con la salud, la enfermedad y la muerte y que van a ser determinantes en el futuro de la fecundidad y en el crecimiento de la población. Porque si bien es cierto que la situación en estos aspectos ha mejorado en todos los países, no significa, sin embargo, que las desigualdades hayan desaparecido.

Los aspectos relacionados con la salud y la mortalidad, a diferencia de los relacionados con la fecundidad, están menos implicados con los factores religiosos y culturales y más con el desarrollo social o la calidad de vida de los distintos países. El mayor o menor acceso a los servicios básicos y médicos, el grado de deterioro del medio ambiente, la vida en zonas rurales o urbanas, el distinto nivel de renta per cápita o el nivel educativo de la población son factores más sensibles a la hora de analizar la salud o la mortalidad diferencial en estos países. Efectivamente, los habitantes de las zonas rurales tienen una salud más deficiente y una mortalidad más alta que los residentes en las ciudades, al tener un menor y más difícil acceso a los servicios primarios de salud. También es importante la relación existente entre las condiciones medioambientales y climáticas con la salud y la mortalidad, pues muchas enfermedades, como por ejemplo la malaria o la tuberculosis, guardan una estrecha relación con esas condiciones de vida y medioambientales (Lutz, 1994).

Los datos que en este trabajo se presentan para el análisis comparativo de todos los países del Mediterráneo proceden del Fondo de Población de las Naciones Unidas. La fuente de información de los datos más recientes es el último Informe disponible sobre el Estado de la Población Mundial (1998). También se ofrecen datos de algunos países de la ribera sur (Egipto, Túnez y Marruecos) y de la ribera este (Turquía y Jordania), lamentablemente no de todos, procedentes de los Estudios Comparativos de los Demographic and Health Surveys (DHS) (1997), que desde hace unas décadas vienen recogiendo una información esencial sobre contracepción, cuidados maternos o salud infantil en países en desarrollo. Para este trabajo se ha utilizado concretamente el Estudio sobre Inmunización en la Infancia.

2. MARCO DE REFERENCIA

El marco de referencia del que partimos es el de la cuenca o *ecumène* mediterránea, con su ribera norte, el sur de Europa, y sus riberas sur y este, el norte de África y el Oriente Medio, y siempre teniendo en cuenta las diferencias existentes no sólo entre las riberas, sino también dentro de ellas.

Entre los países de la ribera norte del Mediterráneo incluimos a Portugal, España, Italia, Croacia, Bosnia-Herzegovina, Eslovenia, Yugoslavia, Macedonia, Albania, Grecia y Malta (países de Europa meridional) y Francia (Europa occidental). Desde el punto de vista demográfico, los países del norte del Mediterráneo han acabado su primera transición; ya se habla de que han iniciado una segunda transición demográfica, más cualitativa que la anterior, caracterizada por bajos niveles de mortalidad y de natalidad y por la aparición de nuevas formas familiares y nuevos estilos de vida. La mayoría de estos países poseen unas estructuras de edad envejecidas, un crecimiento de población casi nulo o negativo, y una fecundidad muy débil, incluso por debajo del reemplazo generacional. Sus esperanzas de vida son altas, sobre todo las femeninas, y muestran unas pautas demográficas cada vez más parecidas a las de los países del norte y centro de Europa. Las pautas demográficas de los países que hoy forman la antigua Yugoslavia y Albania son la excepción en este conjunto.

Entre los países de la ribera sur del Mediterráneo incluimos a Marruecos, Argelia, Túnez, Libia y Egipto (países de África septentrional). *Entre los países de la ribera este* incluimos a Turquía, Chipre, Siria, Líbano, Israel y Jordania (países de Asia occidental). Desde el punto de vista demográfico, los países del sur y este del Mediterráneo se encuentran en plena transición no sólo demográfica, sino también política y social; poseen estructuras de población jóvenes, un crecimiento muy rápido de su población, una fecundidad y mortalidad infantil todavía altas y una esperanza de vida baja en comparación con los países europeos. De religión musulmana sunnita mayoritariamente, son algunos de los actuales nuevos inmigrantes de Europa. Las pautas demográficas de Israel y Chipre serían la excepción en este conjunto al acercarse a las pautas demográficas europeas. También se observan diferencias entre las regiones del Maghreb y del Mashrek.

3. LA DESIGUALDAD ANTE LA MUERTE

Como señala G. F. Dumont, al comparar el nuevo ritmo demográfico con el antiguo, «en el siglo XX, la mortalidad ha retrocedido en tres frentes: mortalidad infantil, mortalidad en el parto y mortalidad en la adolescencia. Y si a esto añadimos el descenso de la mortalidad después de los años cincuenta, el resultado global es un extraordinario incremento de la esperanza de vida» (Dumont, 1995: 49). A la evolución y al análisis comparado de estos tres frentes en el Mediterráneo dedicaremos las páginas que siguen. Para ello utilizaremos índices como la esperanza de vida al nacer, la tasa de mortalidad materna o la tasa de mortalidad infantil. No se proporcionan datos sobre las tasas brutas de mortalidad, pues al resultar influidas por la estructura por edades de la población, a efectos comparativos su interés es escaso.

3.1. *La desigualdad ante la supervivencia*

Los desequilibrios entre las riberas del Mediterráneo en lo que respecta a la supervivencia, aunque todavía persisten, sin embargo, desde las últimas décadas son cada vez menos importantes. *La esperanza de vida al nacer* es el índice que se va a utilizar para analizar y comparar el pasado y el presente de las posibilidades de supervivencia en estos países. Partimos de los datos de 1950, al ser la fecha a partir de la cual se disponen de datos fiables para el conjunto de la población del Mediterráneo.

La esperanza de vida al nacer ha registrado, en las últimas décadas, ganancias importantes en todos los países del Mediterráneo, tanto para los varones como para las mujeres, en especial para éstas. Los aumentos en la supervivencia se han producido como consecuencia de la reducción de la mortalidad a todas las edades, pero fundamentalmente por la reducción de la mortalidad infantil. Este aumento en la esperanza de vida ha sido importantísimo en los países de las riberas sur y este del Mediterráneo, si tenemos en cuenta que durante los años cincuenta tenían esperanzas de vida muy bajas, en torno a los 40 años, con las únicas excepciones de Israel, Chipre y Líbano, que superaban los 50 años. La situación de la salud era deplorable y bastante parecida a la que tenían a principios de siglo países como España o Italia. Mientras tanto, la mayoría de los países europeos había sobrepasado ya, por aquellas fechas, los 60 años de esperanza de vida. En la tabla 1 se puede apreciar la evolución, desde 1950 hasta la actualidad, de la esperanza de vida al nacer en los países de la cuenca del Mediterráneo.

TABLA 1

Evolución de la esperanza de vida al nacer (1950-1996)

<i>Países</i>	<i>1950-55</i>	<i>1980-85</i>	<i>1996</i>
Portugal	59,3	73,3	75,3
España	63,9	76,5	78,0
Francia	66,5	75,6	78,8
Italia	66,0	75,6	78,3
Malta	65,9	72,7	76,9
Croacia			72,3
Bosnia-Herzegovina			73,2
Eslovenia			73,5
Yugoslavia	58,1	71,9	72,6
Macedonia			72,5
Albania	55,2	71,6	71,0
Grecia	65,9	75,6	78,1
Marruecos	42,9	60,7	66,6
Argelia	43,1	62,5	68,9
Túnez	44,6	65,3	69,6
Libia	42,9	60,7	65,7
Egipto	42,4	60,6	66,0
Turquía	43,6	64,1	69,1
Chipre	67,0	75,7	77,6
Siría	46,0	65,0	68,9
Líbano	56,0	67,0	69,9
Israel	65,4	75,4	77,6
Jordania	43,2	66,0	69,7

FUENTE: ONU (1989). Datos de 1996: Fondo de Población de Naciones Unidas, *Estado de la Población Mundial, 1998*, Nueva York, 1998.

Como puede apreciarse por los datos expuestos, los progresos en la esperanza de vida, en el período 1950-80, fueron más rápidos en los países de las riberas sur y este (cuya esperanza de vida en los años cincuenta se situaba por debajo de los 50 años) que en los países de la ribera norte (en los que la esperanza de vida era ya en los años cincuenta superior a los 60 años), cuya progresión fue más modesta. Por ejemplo, durante ese período la esperanza de vida en Turquía, Jordania y Túnez aumentó veinte años, mientras que en Italia y Francia sólo aumentó nueve años. Así pues, las riberas sur y este del Mediterráneo pasaron de tener 44 años de esperanza de vida media entre 1950-55 a 62 años entre 1980-85 (un aumento de 18 años), mientras que los países de la ribera norte pasaron de 64 a 74 años en el mismo período (un aumento de 10 años). Lo mismo podemos decir respecto del período que va de 1980-85 hasta 1996, en el que los países de la ribera norte incrementaron sólo un año su esperanza de vida, mientras que los de la ribera sur y este la incrementaron en

5,4 y 9,5 años, respectivamente. El descenso de la mortalidad ha sido muy importante en todos los países del sur y este. Por ejemplo, en países como Argelia y Turquía la esperanza de vida ha aumentado cerca de 26 años durante el período 1950-96, y algo más de 26 años en Jordania.

Según el esquema de *la teoría de la transición epidemiológica*, las poblaciones pasan de «los tiempos de las pestes y las hambrunas a los de las enfermedades sociales» como consecuencia del control de las enfermedades infecciosas. Estos importantes progresos registrados en la esperanza de vida de los países menos desarrollados del Mediterráneo se debieron, sobre todo, a la acción de las técnicas médicas y sanitarias (vacunas, antibióticos, DDT) de lucha eficaz contra las grandes endemias y a las acciones preventivas, como por ejemplo el programa de vacunación masiva lanzado en 1974 por la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, la ralentización del ritmo de progreso de la esperanza de vida en los países desarrollados es debida a que, una vez controladas las enfermedades infecciosas, es necesaria la aplicación de nuevas armas que sean capaces de acabar con otro tipo de enfermedades (cáncer o enfermedades cardiovasculares, entre otras) más propias de las sociedades modernas.

Según los datos de 1996, podemos decir, respecto a los países europeos mediterráneos de la ribera norte, que su esperanza de vida es parecida a la de los países del centro y norte europeos, si bien ligeramente más baja. El país con la esperanza de vida más alta es Francia, seguido de Italia, Grecia y España. Albania, por el contrario, y los países de la antigua Yugoslavia son quienes tienen una esperanza de vida más baja en el norte del Mediterráneo. En cuanto a los países de las riberas sur y este, la esperanza de vida media es bastante más baja que la de los países europeos, aunque ligeramente superior a la media de los países menos desarrollados en el contexto mundial. Exceptuando a Chipre e Israel, con niveles parecidos a los del norte aunque inferiores a los de los países más desarrollados, los países con más alta esperanza de vida son Líbano, Jordania y Turquía, todos ellos pertenecientes a la ribera este. La esperanza de vida al nacer más baja la registran Libia y Marruecos, pertenecientes a la ribera sur.

3.2. *La desigualdad ante la muerte ligada al género*

Si introducimos la variable género podemos observar que la supervivencia de las mujeres es superior a la de los varones en todos los países del Mediterráneo, sin excepción de ninguno de ellos, como consecuencia de la mayor probabilidad de defunción de los varones a todas las edades. Estas diferencias de género en torno a la muerte son, pues, comunes a todo el mundo dados los factores biológicos y sociales causantes de que las mujeres, por lo general, vivan más tiempo. Sin embargo, estas diferencias ante la muerte entre los hombres y las mujeres del Mediterráneo son más marcadas en los países europeos del norte que en los del sur y este, en los que las mujeres tienen una mayor probabilidad de defunción en algunos momentos de su vida, ya sea por recibir una

menor atención en los primeros años de la misma o por el riesgo al que están sometidas como consecuencia de su mayor fecundidad. Así pues, mientras que la esperanza de vida media de las mujeres de los países europeos del norte del Mediterráneo supera en 6,7 años a la de los hombres, en el resto de los países las diferencias en la esperanza de vida por sexo son pequeñas: la esperanza de vida media de las mujeres de las riberas sur y este sólo supera en 4,3 y 3 años, respectivamente, a la de los hombres. En la tabla 2 y en el mapa 1 se pueden observar las diferencias existentes en la esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres de los distintos países del Mediterráneo.

TABLA 2

Esperanza de vida al nacer, por género, en los países del Mediterráneo (1996)

<i>Países</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Portugal	71,8	78,9
España	74,5	81,5
Francia	74,6	82,9
Italia	75,1	81,4
Malta	74,6	79,1
Croacia	68,1	76,5
Bosnia-Herzegovina	70,5	75,9
Eslovenia	68,8	78,1
Yugoslavia	69,8	75,3
Macedonia	70,3	74,7
Albania	68,0	74,0
Grecia	75,5	80,6
Marruecos	64,8	68,5
Argelia	67,5	70,3
Túnez	68,4	70,7
Libia	63,9	67,5
Egipto	64,7	67,3
Turquía	66,5	71,7
Chipre	75,4	79,8
Siria	66,7	71,2
Líbano	68,1	71,7
Israel	75,7	79,5
Jordania	67,7	71,7

FUENTE: Fondo de Población de Naciones Unidas, *Estado de la Población Mundial, 1998*, Nueva York, 1998.

MAPA 1
Esperanza de vida en el Mediterráneo, 1997



NOTA: Esperanza de vida: años de vida que espera vivir un recién nacido de un año dado, de mantenerse constantes las tasas de mortalidad de ese año.

Yugoslavia, Eslovenia, Croacia, Albania.

Túnez, Líbano, Jordania, Argelia, Siria, Turquía, Egipto, Libia, Marruecos.

Portugal, Bosnia.

Grecia, Italia, Francia, Malta, España.

Israel, Chipre.

FUENTE: *Programa de Sociología y Cultura del Mundo Mediterráneo*, Dpto. de Sociología I y Teoría de la Educación, Universidad de Alicante. Elaboración a partir de *Estado de la Población Mundial, 1998*, Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1998.

En todos los países del norte del Mediterráneo, la esperanza de vida masculina está por encima de los 70 años, con la excepción de los países de la Europa del este, los de la anterior Yugoslavia y Albania. La esperanza de vida masculina más alta la tienen Grecia e Italia. Respecto de la esperanza de vida femenina se puede constatar que países como Italia, Francia y España tienen una esperanza de vida muy alta, los tres superan los 81 años. Los países de Europa del este son los que tienen la esperanza de vida femenina más baja de entre los países europeos. Al comparar la esperanza de vida de los hombres y de las mujeres de los países de la ribera norte del Mediterráneo se puede comprobar que la esperanza de vida de las mujeres supera en 8,3 años a la de los hombres (en Francia), en 7,1 años (en Portugal) y en 7 años (en España).

En cuanto a los países del sur y este del Mediterráneo, la esperanza de vida masculina, con la excepción de Israel y Chipre, no alcanza los 70 años. Los varones de Marruecos, Libia y Egipto tienen la esperanza de vida más baja del Mediterráneo, mientras que la más alta corresponde a los varones de Túnez y Líbano. Por lo que respecta a la esperanza de vida de las mujeres, de nuevo Israel y Chipre, con pautas más parecidas a las de los países europeos, tienen la esperanza de vida femenina más alta de estos países, seguidos de Líbano, Jordania y Turquía. Las mujeres de Marruecos, Libia y Egipto tienen la esperanza de vida más baja del Mediterráneo. Si comparamos la esperanza de vida de los hombres y de las mujeres de los países de las riberas sur y este mediterráneas, podemos constatar que si bien en todos ellos son superiores las de las mujeres, sin embargo, las diferencias son pequeñas. Solamente en Turquía y Siria la esperanza de vida femenina es superior a la masculina en más de 5 años.

La variable *lugar de residencia* es importante tenerla en cuenta a la hora de analizar la mortalidad según el género, sobre todo en los países del sur y este mediterráneos, en los que las desigualdades entre las zonas rurales y urbanas todavía persisten (diferentes tasas de fecundidad, diferentes niveles de educación, desigual acceso a los cuidados de atención primaria, entre otras). Por ejemplo, en Egipto, la diferencia en la esperanza de vida al nacer entre los hombres y las mujeres, en las zonas urbanas, era de 2,3 años, a favor de las mujeres, en 1976 y de 3 años en 1986. Por el contrario, la diferencia en las zonas rurales era de 3,1 en 1976 y de 2,3 en 1986 (Yousif *et al.*, 1996). Estos datos ponen de manifiesto que en las zonas urbanas de estos países las diferencias de género se amplían a favor de las mujeres, siguiendo las pautas de los países desarrollados del norte, como consecuencia de las menores tasas de fecundidad urbana y por las mayores posibilidades de acceso a la educación y a los servicios sanitarios, mientras que en las zonas rurales las diferencias entre la esperanza de vida de hombres y mujeres pueden incluso que se reduzcan.

3.3. *La desigual mortalidad materna*

La todavía alta fecundidad, unida a las peores condiciones de vida y al menor acceso a los servicios de atención primaria, dan lugar a que de nuevo podamos observar en las orillas del Mediterráneo importantes desigualdades en un tipo de mortalidad que sólo afecta a las mujeres, la mortalidad debida a la maternidad, que es considerada, sobre todo en las zonas rurales de los países del sur y este mediterráneos, uno de los más importantes problemas de salud pública. Las mujeres durante el embarazo, en y después del parto forman, en los países del sur y este del Mediterráneo, un grupo de alto riesgo de mortalidad. A través de los tres índices, presentados en la tabla 3, podemos analizar estos desequilibrios. Por un lado, se exponen las diferentes tasas de mortalidad derivada de la maternidad (número de defunciones de mujeres por cada 100.000 nacidos vivos) y, por otro, el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado, variables muy relacionadas entre sí. También se aportan datos sobre las tasas de alumbramientos de madres adolescentes (entre 15 y 19 años).

Como puede observarse, *las tasas de mortalidad materna* (defunciones de mujeres como consecuencia de trastornos relativos al embarazo, el parto y complicaciones conexas durante los 42 días posteriores al mismo) de los distintos países del Mediterráneo reflejan los tremendos contrastes que existen entre ellos. Las tasas de los países del norte son muy bajas, con la única excepción de Albania. En estos países, el parto, de alto riesgo en el antiguo régimen demográfico, ha pasado a ser controlado y racionalizado en el nuevo. Por el contrario, los países del sur y este, con la excepción de Israel y Chipre, tienen unas tasas altísimas de mortalidad derivada de la maternidad. Las tasas más altas las encontramos en Marruecos y Líbano.

Respecto a la *proporción de partos atendidos por personal sanitario capacitado* (Naciones Unidas se refiere a los partos atendidos por médicos, enfermeras, parteras diplomadas o parteras tradicionales que puedan diagnosticar y tratar, además de partos normales, complicaciones obstétricas), nos encontramos de nuevo con importantes diferencias. Mientras que en los países del norte prácticamente la totalidad de las mujeres son atendidas en el momento del parto por personal capacitado, en países como Marruecos, Líbano o Egipto, menos del 50% de las mujeres que dan a luz lo hacen con ayuda de alguna persona preparada para ello. Túnez y Jordania son los países con un nivel de atención materna más satisfactorio. En muchas de estas sociedades, al considerarse el parto como algo cotidiano y que no entraña riesgo alguno, se acude con frecuencia a parteras sin ningún tipo de cualificación. No es de extrañar la alta tasa de mortalidad materna de Marruecos cuando sólo el 40 por 100 de las mujeres son atendidas en el parto por personal capacitado. Las diferencias territoriales son importantes: en Marruecos sólo el 10 por 100 de las mujeres rurales reciben asistencia de un profesional, mientras que el 56 por 100 de las mujeres urbanas lo reciben (Livi-Bacci, 1996).

TABLA 3

*Mortalidad materna (1), alumbramientos en adolescentes (2)
y partos atendidos por personal capacitado (1996)*

<i>Países</i>	<i>Tasa de mortalidad debida a la maternidad</i>	<i>Alumbramientos de mujeres de 15 a 19 años</i>	<i>Porcentaje partos atendidos por personal capacitado</i>
Portugal	15	22	98
España	7	10	96
Francia	15	9	99
Italia	12	8	100
Malta	0	13	—
Croacia	—	32	—
Bosnia-Herzegovina	—	31	—
Eslovenia	13	28	100
Yugoslavia	—	—	—
Macedonia	—	44	93
Albania	65	14	99
Grecia	10	18	99
Marruecos	372	37	40
Argelia	160	26	77
Túnez	170	17	90
Libia	220	110	76
Egipto	170	62	46
Turquía	180	59	76
Chipre	5	31	—
Siria	180	57	67
Líbano	300	32	45
Israel	7	19	99
Jordania	150	49	87

(1) Defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

(2) Alumbramientos por cada mil mujeres de entre 15 y 19 años de edad.

FUENTE: Fondo de Población de Naciones Unidas, *Estado de la Población Mundial*, 1998, Nueva York, 1998.

Hemos incluido datos sobre *alumbramientos de mujeres entre 15 y 19 años*, aunque en este trabajo no se aborde el estudio de la fecundidad, pues la mortalidad materna está muy relacionada con la maternidad precoz. Los países del sur y este del Mediterráneo se caracterizan por un calendario temprano tanto de la nupcialidad como de la fecundidad, a diferencia de los países del norte, de calendario tardío. Según los datos expuestos, se puede apreciar la carga de la fecundidad sobre las mujeres jóvenes en los países del sur y este mediterráneos, especialmente en Libia, Egipto o Turquía, en contraste con la de los países más desarrollados de la ribera norte. Desde el punto de vista de la salud, las madres

adolescentes tienen mayores riesgos de muerte por causas relacionadas con la maternidad. Según Naciones Unidas, entre las embarazadas de 15 a 19 años el riesgo de defunción derivado de la maternidad es cuatro veces superior al que corren las mujeres embarazadas de 25 a 29 años.

Cabe esperar, sin embargo, en cuanto a la mortalidad materna, que a medida que se retrase la edad de contraer matrimonio y la de tener hijos, se desarrollen los programas de planificación familiar y aumente el uso de anti-conceptivos, el descenso de la fecundidad contribuya a una reducción de la mortalidad debida a la maternidad. Igualmente, el mejor y mayor acceso a los servicios sociales y sanitarios, la disposición de servicios de atención obstétrica que hagan frente a las complicaciones del embarazo y del parto, y la generalización de la atención a los partos por parte de personal capacitado, contribuirán sin duda a esta reducción.

3.4. *La desigualdad ante la muerte según la edad: la mortalidad infantil y la mortalidad en la infancia*

La esperanza de vida al nacer está fuertemente ligada a *la mortalidad infantil* y ésta, a su vez, es un indicador muy sensible del desarrollo social de los países. La mortalidad infantil influye de forma decisiva en la esperanza de vida, pues una disminución de poco más de 20 puntos en la mortalidad infantil aumenta en 5 años la esperanza de vida. También es importante tener en cuenta que la reducción de la mortalidad infantil ha sido, al menos en los países desarrollados, una de las causas de la posterior reducción de la fecundidad. Por tanto, todas las medidas encaminadas a reducir la mortalidad infantil contribuirán, directa o indirectamente, a la reducción de la fecundidad y, por consiguiente, a la del crecimiento de la población.

Los cambios registrados en todos los países del Mediterráneo desde los años cincuenta hasta la actualidad, en lo que respecta a la mortalidad infantil, son probablemente los más espectaculares. Sin embargo, las diferencias entre los países del Mediterráneo todavía subsisten. En 1950, los países árabes, recién independizados o próximos a su independencia, tenían una tasa de mortalidad infantil (defunciones de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos en un año dado) cercana a 250 por mil. Uno de cada cuatro niños que nacían moría antes de cumplir su primer aniversario. Sólo la zona central del llamado «creciente fértil», y en concreto Líbano, tenía una tasa de mortalidad más baja (Boustani y Fargues, 1990). Pero no eran sólo los países del sur y el este los que tenían unas tasas muy altas de mortalidad infantil en los años cincuenta, sino que los países europeos del Mediterráneo también las tenían, aunque bien es verdad nada comparable con aquéllos. La tasa de mortalidad infantil más alta de los países del norte, en esos años, correspondía a países socialistas como Yugoslavia y Albania. Estos países, aunque han ido controlando su mortalidad desde los años cincuenta, lo han hecho más tarde y de forma más

rápida que el resto de los países europeos. Entre los países del sur y del este eran Egipto y Turquía los que en los años cincuenta tenían las tasas de mortalidad infantil más altas. Las únicas excepciones, por aquellas fechas, las encontramos de nuevo en Chipre e Israel, cuyas tasas de mortalidad infantil ya eran parecidas a las de los países europeos. A través de la tabla 4 se puede apreciar la evolución de la mortalidad infantil en los países del Mediterráneo. En el mapa 2 se presentan las diferentes tasas de mortalidad infantil de los países del Mediterráneo correspondientes a 1996.

TABLA 4

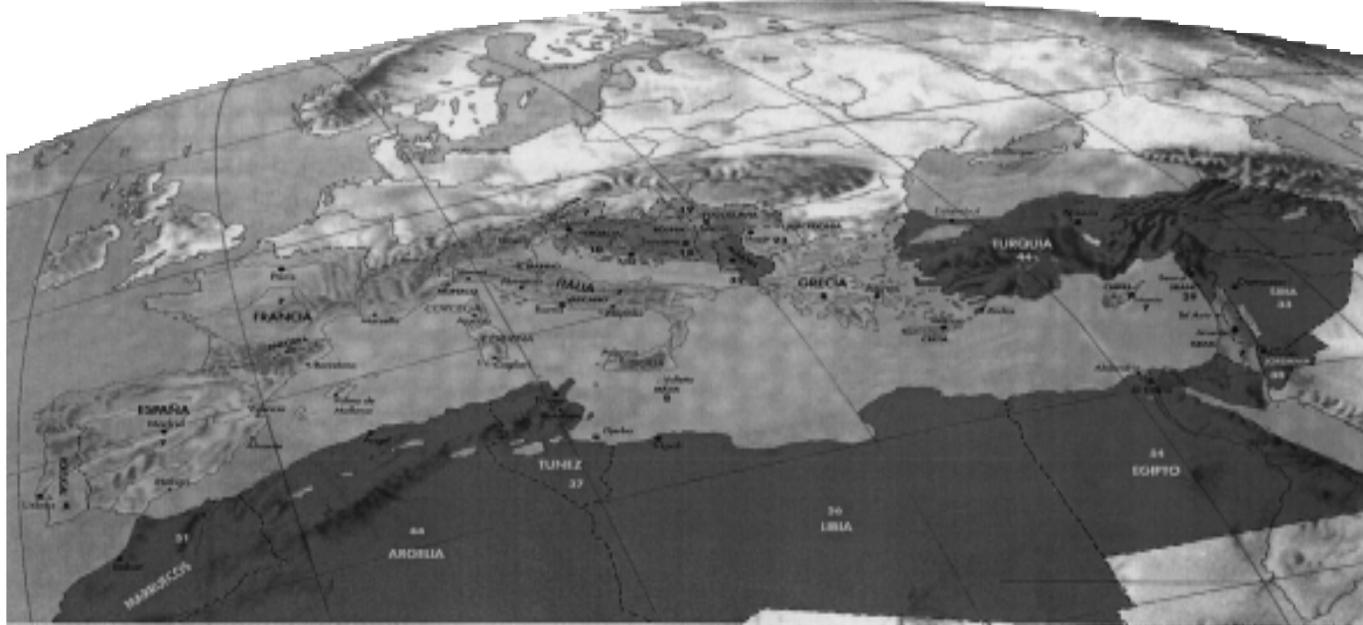
*Evolución de la tasa de mortalidad infantil (1950-1996)
(defunciones 0-365 días/1.000 nacidos)*

<i>Países</i>	<i>1950-55</i>	<i>1980-85</i>	<i>1996</i>
Portugal	91	17	8
España	62	9	7
Francia	45	8	7
Italia	60	11	7
Malta	75	11	8
Croacia			10
Bosnia-Herzegovina			13
Eslovenia			7
Macedonia		23	
Yugoslavia	128	25	19
Albania	145	40	32
Grecia	60	15	8
Marruecos	180	82	51
Argelia	185	74	44
Túnez	175	71	37
Libia	185	82	56
Egipto	200	85	54
Turquía	233	76	44
Chipre	53	15	7
Siria	160	48	33
Líbano	87	39	29
Israel	41	14	7
Jordania	160	44	30

FUENTE: ONU (1989). Datos de 1996: Fondo de Población de Naciones Unidas, *Estado de la Población Mundial, 1998*, Nueva York, 1998.

Actualmente, en los países europeos mediterráneos, la mortalidad de los niños antes de cumplir su primer año de vida ha llegado a niveles muy bajos, con la excepción de los países de la antigua Yugoslavia y Albania (sobre todo

MAPA 2

Mortalidad infantil en el Mediterráneo, 1997

NOTA: Mortalidad infantil: defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos.

- | | |
|--|---|
| ■ Grecia, Portugal, Malta, Eslovenia, España, Francia, Italia. | ■ Israel, Chipre. |
| ■ Yugoslavia, Bosnia, Croacia. | |
| ■ Albania. | ■ Libia, Marruecos, Egipto, Turquía, Argelia, Túnez, Siria, Jordania, Líbano. |

FUENTE: Mayte ALGADO, *Programa de Sociología y Cultura del Mundo Mediterráneo*, Universidad de Alicante. Elaboración a partir de *Estado de la Población Mundial, 1998*, Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1998.

esta última), cuyas tasas superan la media de las regiones más desarrolladas, que en 1996 era de 9 por mil; incluso la media europea, de 12 por mil. Sin embargo, en los países del sur y este mediterráneos, con la excepción de Israel y Chipre, las tasas de mortalidad infantil son todavía altas, aunque por debajo de la media de las regiones menos desarrolladas, que en 1996 era de 63 por mil. Las tasas más altas de mortalidad infantil las tienen Marruecos, Libia y Egipto, países que, como ya vimos, también registraban niveles bajos de esperanza de vida.

Parecido análisis podríamos hacer respecto de *la mortalidad en la infancia*. La tasa de mortalidad en la infancia (defunciones de niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos en un año dado) refleja, mejor que la tasa de mortalidad infantil, los efectos de las enfermedades, incluso de aquellas que podrían prevenirse con una mejor nutrición y mediante la puesta en práctica de programas de inmunización.

A través de los datos de la tabla 5 se pueden comparar las diferentes tasas de mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años. Los contrastes entre y dentro de las riberas del Mediterráneo siguen siendo espectaculares. Por lo que respecta al grupo de países de la ribera norte, son de nuevo los países de la Europa del este, especialmente Albania, los que registran las tasas más altas de mortalidad, comparadas con las de los países más desarrollados del grupo, esto es, Francia, Italia o España. La ribera sur (países de África septentrional) es la que alcanza las tasas de mortalidad en la infancia más altas del Mediterráneo, siendo de nuevo Marruecos, Libia y Egipto los países más afectados por este tipo de mortalidad.

El tener los datos de la mortalidad en la infancia según el género nos permite un nuevo análisis comparativo. El único denominador común a todos los países del Mediterráneo, sin excepción, es la mayor mortalidad que registran los niños varones respecto de las niñas. La mortalidad al nacer, en la primera semana y en los primeros años de vida es menor en las niñas que en los niños, al estar expuestas las primeras a una mortalidad menor, mientras que los niños varones experimentan riesgos superiores no sólo al nacer, sino a todas las edades. Ahora bien, mientras que en los países más desarrollados del norte del Mediterráneo la diferencia entre la mortalidad de los niños y de las niñas es pequeña, en los países menos desarrollados del sur y este, sin embargo, la mortalidad de los niños es mucho más alta que la de las niñas.

Boustani y Fargues (1990) señalan que la mortalidad en el mundo árabe se ha caracterizado, tradicionalmente, en que a partir de la segunda semana, y sobre todo del segundo mes, no es la naturaleza sino la calidad de los cuidados prestados a los niños la que determina la probabilidad de supervivencia, con lo que el niño (de mayor valor para esta sociedad) tiene una mortalidad inferior a la niña hasta los 3 ó 4 años, en que, de nuevo, la naturaleza vuelve a actuar. En los países árabes del Mediterráneo, sin embargo, hemos podido comprobar (tabla 5) que, pese a todo ello, la mortalidad antes de los 5 años de vida es mayor en los niños que en las niñas.

TABLA 5

*Tasa de mortalidad en la infancia (por género)
(defunciones en menores de 5 años/1.000 nacidos) (1996)*

<i>Países</i>	<i>Niños</i>	<i>Niñas</i>
Portugal	14	10
España	10	9
Francia	9	7
Italia	10	8
Malta	13	10
Croacia	21	13
Bosnia-Herzegovina	22	16
Eslovenia	14	8
Yugoslavia	31	25
Macedonia	46	37
Albania	50	47
Grecia	10	10
Marruecos	85	76
Argelia	66	60
Túnez	58	55
Libia	98	89
Egipto	84	77
Turquía	77	65
Chipre	15	12
Siría	51	39
Líbano	47	36
Israel	11	10
Jordania	51	40

FUENTE: Fondo de Población de Naciones Unidas, *Estado de la Población Mundial, 1998*, Nueva York, 1998.

Las mejoras sanitarias y sociales en los países del sur y este del Mediterráneo son, sin duda alguna, un hecho constatable, aunque todavía haya países con cifras muy altas de mortalidad de lactantes y en los primeros años de vida. A la reducción de la mortalidad ha contribuido no sólo la ayuda recibida de los países desarrollados, sino también los efectos derivados del petróleo, el equipamiento sanitario y, sobre todo, el mayor acceso al agua potable. En este sentido ha sido decisiva la acción de los distintos gobiernos, sobre todo a partir de la Conferencia mundial de 1978, al desarrollar la atención primaria junto con acciones directas, programas de salud maternal e infantil (campañas de vacunación, por ejemplo) basados en tecnología sencilla y de bajo coste, y acciones indirectas (higiene, educación o planificación familiar, entre otras), y aunque todavía está por comprobar cuál ha sido el impacto demográfico de esos pro-

gramas, lo cierto es que ya han contribuido a la reducción de la mortalidad infantil (Yousif *et al.*, 1996: 24).

Los aspectos relativos a la salud y a la mortalidad de los niños guardan una estrecha relación con la *inmunización* (vacunación) de éstos. Por ello, en las páginas siguientes se presentan algunos de los resultados obtenidos por los Estudios Comparativos sobre Inmunización Infantil (Demographic and Health Surveys, 1997) realizados en diversos países en vías de desarrollo, en los que se analiza la historia de inmunización de los niños hasta 23 meses de edad, mediante los datos procedentes de sus propias tarjetas de vacunación. Estos estudios, lamentablemente, sólo incluyen a cuatro países del sur y este del Mediterráneo: Egipto, Jordania, Marruecos y Turquía. De los cuatro países investigados, en Egipto sólo el 55 por 100 de los niños pudieron enseñar al entrevistador la tarjeta de vacunación, el 64 por 100 en Jordania, el 65 por 100 en Marruecos y el 42 por 100 en Turquía.

A partir de los datos extraídos de esas tarjetas, y también del recuerdo de las madres, se puede saber si los niños tienen inmunización completa, es decir, si se les han administrado todas las vacunas o si no tienen ninguna vacuna. Los datos de la tabla 6 nos muestran que en estos cuatro países no estaban inmunizados todos los niños, sino que, por el contrario, el porcentaje de niños que no habían recibido ninguna vacuna en los dos primeros años de vida era importante.

TABLA 6

Inmunización de niños menores de un año (porcentajes)

	<i>Niños de 12-23 meses.</i>		<i>Niños de 0-11 meses.</i>	
	<i>Inmunización completa</i>	<i>Ninguna vacuna</i>	<i>Inmunización completa</i>	<i>Ninguna vacuna</i>
Egipto	67,4	3,8	57,2	0,8
Jordania	87,9	2,1	74,7	0,6
Marruecos	75,7	6,2	63,4	0,8
Turquía	64,2	3,1	58,6	0,7

FUENTE: DHS, *Childhood Immunization*, 1997.

Aunque, en un principio, la reducción de la mortalidad infantil dependa más de la importación de lo que se entiende por «cultura sanitaria» (equipamientos sanitarios, agua potable o relación de médicos por habitantes), más tarde, sin embargo, son los factores sociales y culturales de cada país las variables clave para explicar la reducción de la mortalidad infantil. Una de esas variables es el *lugar de residencia*. La vida en las ciudades ha sido decisiva en

este aspecto, al tener mayores y mejores dotaciones sanitarias y mayor acceso a servicios básicos de salud; no en vano son los países más urbanizados los que tienen la mortalidad infantil más débil. Aunque existen pocos datos para poder comprobar estas diferencias, valga de ejemplo el citado por Livi-Bacci (1996): en el período 1991-95, la tasa de mortalidad infantil en zonas urbanas de Egipto era 88 por mil, y en zonas rurales 163 por mil. En Marruecos estas diferencias, aunque menores, eran de 79 y 137 por mil, y en Túnez, país algo más homogéneo, de 62 y 85 por mil.

En los Estudios Comparativos (DHS) sobre Inmunización Infantil también pueden constatarse estas diferencias según el lugar de residencia rural o urbano (tabla 7). La proporción de niños con tarjeta de vacunación era mucho más alta en las zonas urbanas que en las rurales. En algunos países como Turquía, la diferencia es espectacular.

TABLA 7

Inmunización de niños según el lugar de residencia (porcentajes)

	<i>Proporción de niños con tarjeta de vacunación según</i>	
	<i>Residencia urbana</i>	<i>Residencia rural</i>
Egipto	57	54
Jordania	66	59
Marruecos	73	62
Turquía	52	27

FUENTE: DHS, *Childhood Immunization*, 1997.

Una segunda e importante variable a tener en cuenta en el análisis de la mortalidad infantil es la *educación de las madres*, pues la reducción de la mortalidad infantil depende, en buena medida, del nivel educativo que poseen las mujeres. La educación y escolarización de la mujer es uno de los factores más eficaces para la salud de los niños: los países con una escolarización menor de las mujeres tienen unas tasas de mortalidad infantil superiores a las de aquellos países con una mayor escolarización femenina. Para Boustani y Fargues (1990), la correlación es perfecta: allí donde la alfabetización de las mujeres es baja, la mortalidad infantil es elevada, por lo que la apertura de escuelas para las jóvenes será tan beneficiosa como la construcción de hospitales. En la tabla 8 se presentan, para su comparación y relación, la tasa de mortalidad infantil (1996) y algunos indicadores de educación, según género, como las tasas brutas de matriculación en primaria y secundaria (número de estudiantes matriculados en cada nivel por cada 100 personas del grupo de edades apropiado) (UNESCO, 1995) y la proporción de analfabetos entre los adultos (perso-

nas mayores de 15 años) (UNESCO, 1997), recogidos por el Fondo de Población de Naciones Unidas.

TABLA 8

Relación entre mortalidad infantil y educación (según género)

<i>Países</i>	<i>TMI (1996)</i>	<i>Indicadores de educación</i>		
		<i>Matriculación prim. bruta var./muj.</i>	<i>Matriculación secund. bruta var./muj.</i>	<i>% analfabetos + de 15 años var./muj.</i>
Portugal	8	122/118	—	8/13
España	7	105/105	105/115	2/4
Francia	7	107/105	100/104	—
Italia	7	98/101	81/81	1/2
Malta	8	109/106	91/84	—
Croacia	10	86/85	73/81	—
Bosnia-Herzegovina	13	—	—	—
Eslovenia	7	96/96	88/91	—
Macedonia	23	89/88	53/55	—
Yugoslavia	19	71/73	64/65	—
Albania	32	95/97	84/72	—
Grecia	8	97/98	100/98	2/5
Marruecos	51	85/60	40/29	43/69
Argelia	44	111/96	66/55	26/51
Túnez	37	122/110	51/42	21/45
Libia	56	107/104	—	12/37
Egipto	54	105/89	81/69	36/61
Turquía	44	107/98	74/48	8/28
Chipre	7	101/102	96/101	—
Siria	33	112/101	54/43	14/44
Líbano	29	120/116	71/76	5/10
Israel	7	95/96	84/91	—
Jordania	30	94/95	52/54	7/21

FUENTE: Fondo de Población de Naciones Unidas, *Estado de la Población Mundial, 1998*, Nueva York, 1998.

En esta tabla 8 pueden apreciarse, por un lado, los desequilibrios existentes, entre los países mediterráneos, en los niveles de escolarización y en las tasas de analfabetismo y, por otro, las desigualdades en cuanto al género. Así pues, si en países como Francia o España la proporción de mujeres matriculadas en secundaria es incluso superior a la de los varones, en muchos países del sur y este la proporción de mujeres matriculadas en secundaria es muy baja y muy por deba-

jo de la de los varones. A través de los datos de la tabla también se pone de manifiesto cómo los países con mayor mortalidad infantil (Marruecos y Egipto) son también los que poseen porcentajes mayores de analfabetismo femenino y porcentajes pequeños de matriculación femenina en niveles secundarios. Sin embargo, dados los niveles de matriculación que pueden actualmente apreciarse en la escuela primaria, tanto en niños como en niñas, es de esperar, de cara al futuro, una mayor preocupación por la salud de los niños y una mejora en los niveles de salud de la población de los países del sur y este del Mediterráneo.

Como señalan Yousif y otros (1996), desde la perspectiva demográfica, la educación de las mujeres ha sido identificada como la mejor variable para explicar el descenso de la fecundidad en los países en proceso de transición. Aunque existe menos información empírica de los efectos de esta variable sobre la mortalidad, sin embargo, la experiencia en los países industrializados y en los en vías de desarrollo apunta hacia la existencia de diferencias en la mortalidad según la educación: los hombres y las mujeres con niveles educativos más altos viven más que los menos educados, y lo mismo puede decirse respecto a la mortalidad infantil según el nivel educativo de los padres. La explicación se encuentra en la mejor información, los estilos de vida más saludables y el mejor acceso a los cuidados de salud que poseen las personas con mayor educación. También Livi-Bacci (1996), al hablar de la mortalidad infantil en algunos países del Mediterráneo, hacía referencia a que los niños de mujeres con educación secundaria tenían una mortalidad entre un tercio y la mitad de aquellos otros niños nacidos de mujeres sin educación.

La educación de las niñas y de las mujeres no sólo es, pues, importante para cambiar los comportamientos en torno a la procreación, sino que es un factor decisivo para mejorar la salud de la familia y reducir la mortalidad de los recién nacidos. Esto puede también constatarse a través de los resultados de las investigaciones sobre Inmunización Infantil (DHS), que se presentan en la tabla 9, al observarse que los niños de madres con nivel de educación secundario o más alto tenían, en todos los países analizados, tarjetas de vacunación en mayor proporción que los niños cuyas madres carecían de educación.

Dada la importancia que tiene la vacunación completa de los niños en los primeros años de vida para reducir la morbilidad y la mortalidad, no es extraño que los hijos de madres con estudios primarios o secundarios completos tengan una mortalidad menor al estar inmunizados en mayor medida que los hijos de madres con estudios incompletos o sin estudios.

La edad de la madre en el momento del nacimiento de sus hijos ha sido también una variable que los Estudios sobre Inmunización han tenido en cuenta a la hora de establecer diferencias entre la proporción de niños con tarjetas de vacunación o sin ellas. Los niños de madres más jóvenes (menos de 20 años) tenían tarjetas de vacunación en mayor proporción que los niños de madres mayores (más de 35 años), como puede observarse en los datos expuestos en la tabla 10.

TABLA 9

Niños con tarjeta de vacunación según la educación de la madre (porcentajes)

	<i>Proporción de niños con tarjeta de vacunación de madres con</i>	
	<i>Ninguna educación</i>	<i>Educación secundaria y más</i>
Egipto	53,7	54,7
Jordania	55,8	66,1
Marruecos	64,6	67,0
Turquía	28,3	49,7

FUENTE: DHS, *Childhood Immunization*, 1997.

TABLA 10

Niños con tarjetas de vacunación según la edad de la madre (porcentajes)

	<i>Proporción de niños con tarjeta de vacunación de madres con</i>	
	<i>Menos de 20 años</i>	<i>Más de 35 años</i>
Egipto	60,3	51,2
Jordania	68,9	55,4
Marruecos	63,6	60,6
Turquía	39,8	24,1

FUENTE: DHS, *Childhood Immunization*, 1997.

Según estos datos, se puede pensar que las madres más jóvenes son las más escolarizadas y, por tanto, mejor informadas sobre las necesidades de sus hijos en materia de salud, y con más posibilidades de acceder a los servicios de salud.

El género del recién nacido se suele incluir como una variable independiente a la hora de analizar la desigual atención que éste recibe. Los Estudios sobre Inmunización Infantil también observan diferencias en los cuidados y atenciones que se prestan al recién nacido según sea niño o niña, como puede verse en la tabla 11.

Según los datos de los países investigados, con la excepción de Jordania, los niños tenían tarjetas de vacunación en mayor proporción que las niñas. Turquía es el país que presenta las mayores diferencias. En algunos países, las niñas y las mujeres reciben peor alimentación, lo que les ocasiona problemas de

salud en el embarazo y el parto, y se les proporciona menor atención médica que a los varones. También la práctica tradicional de la mutilación genital femenina, practicada normalmente por curanderos sin anestesia ni medios antisépticos, ocasiona efectos dañinos sobre la salud de las niñas y de las mujeres en muchos de estos países.

TABLA 11

Inmunización de niños según su género (porcentajes)

	<i>Proporción de niños con tarjeta de vacunación según el sexo del recién nacido</i>	
	<i>Varón</i>	<i>Mujer</i>
Egipto	55,6	54,8
Jordania	63,7	64,4
Marruecos.....	66,0	64,8
Turquía	43,4	39,4

FUENTE: DHS, *Childhood Immunization*, 1997.

Existe, por último, una estrecha relación entre la variable *nivel de recursos* y la mortalidad infantil. El PNB per cápita es el criterio principal que se utiliza en los indicadores seleccionados del desarrollo mundial para clasificar las economías. Según el *Informe sobre el desarrollo mundial, 1998-99* del Banco Mundial, las economías se clasifican en tres categorías según el ingreso, atendiendo al nivel del PNB per cápita (en 1997): de ingreso bajo, de \$785 o menos; de ingreso mediano, de \$786 a \$9.655; y de ingreso alto, de \$9.656 o más. También se ha establecido una subdivisión en el nivel de \$3.125 del PNB per cápita, para distinguir entre las economías de ingreso medio-bajo y de ingreso medio-alto (Banco Mundial, 1999).

En la tabla 12 se presentan, para su comparación, las tasas de mortalidad infantil (1996) y el Producto Nacional Bruto per cápita (PNB) (total de bienes y servicios producidos), en dólares USA (cifras correspondientes a 1997; Banco Mundial, 1999), de los países del Mediterráneo.

Según estos datos, los países europeos del norte del Mediterráneo, con la excepción de los países de Europa del este, pertenecen a economías de ingreso alto. Por el contrario, los países de la ribera sur y este del Mediterráneo, con la excepción de Israel, con ingresos superiores a la mayoría de los europeos, pertenecerían al grupo de economías de ingreso medio-alto (Turquía y Líbano), y al de ingreso medio-bajo, el resto de los del este (Siria y Jordania) y todos los del sur, sin excepción. Aunque el nivel de riquezas de un país no lo explique todo, en los países ricos los niños mueren menos que en los países pobres.

Como se puede apreciar a través de los datos expuestos en la tabla 12, los países con niveles bajos de Producto Nacional Bruto son los que, en mayor medida, presentan tasas de mortalidad infantil mayores (caso de Portugal, Grecia y algunos países de Europa del este como Albania, en la ribera norte, y de Egipto y Marruecos en la ribera sur).

TABLA 12

Relación entre mortalidad infantil (TMI) y PNB per cápita

<i>Países</i>	<i>TMI (1996)</i>	<i>PNB \$ per cápita (1997)</i>
Portugal	8	10.450
España	7	14.510
Francia	7	26.050
Italia	7	20.120
Malta	8	—
Croacia	10	4.610
Bosnia-Herzegovina	13	—
Eslovenia	7	9.680
Macedonia	23	1.090
Yugoslavia	19	—
Albania	32	750
Grecia	8	12.010
Marruecos	51	1.250
Argelia	44	1.490
Túnez	37	2.090
Libia	56	—
Egipto	54	1.180
Turquía	44	3.130
Chipre	7	—
Siria	33	1.150
Líbano	29	3.350
Israel	7	15.810
Jordania	30	1.570

FUENTE: Los datos de la TMI: FNUAP, *Estado de la Población Mundial, 1998*, Nueva York, 1998. Los datos del PNB: Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial, 1998-1999*, Madrid: Mundi-Prensa, 1999.

Aunque, como señala Livi-Bacci (1996), la supervivencia y la salud no son sólo asunto de dinero, sino de educación, de servicios básicos y de cuidados médicos básicos, el aumento del nivel de vida de las poblaciones es un factor clave para la mejora de las mismas. Una renta superior permite a los países no sólo reducir la incidencia de las enfermedades, al desarrollar acciones preventivas masivas o construir centros hospitalarios, sino también atenuar sus conse-

cuencias posteriores. De hecho, los progresos registrados desde los años cincuenta en la esperanza de vida y en la mortalidad infantil se deben, en gran parte, a la aplicación de las modernas técnicas médicas y sanitarias.

4. CONCLUSIONES

Para realizar su transición demográfica, los países de la ribera norte del Mediterráneo han necesitado un siglo para la reducción de la fecundidad y dos para la reducción de la mortalidad. En cuanto a la morbilidad, aunque se haya podido producir un incremento de las enfermedades de tipo crónico asociadas al envejecimiento de la población, sus recursos en atención sanitaria y hospitalaria son suficientes. Con alguna excepción, existe en estos países una cobertura universal en cuanto a salud, educación y seguridad social y un incremento importante del gasto público en esos apartados.

Sin embargo, ha habido que esperar a las primeras décadas del siglo xx para que los países del sur y del este mediterráneos iniciaran su transición demográfica (en cuanto a descenso de la mortalidad), registraran sus progresos en salud, educación y nivel de vida, e iniciaran su industrialización y su proceso urbanizador. En estos países, la morbilidad todavía es alta en diagnósticos como el de las enfermedades infecciosas y parasitarias, y todavía cuentan con importantes problemas en la distribución de los servicios sociales, fundamentalmente en lo que respecta a la salud, educación o seguridad social. El gasto público en salud y seguridad social es todavía bajo y no existe una protección social universal. Los países de las riberas sur y este del Mediterráneo están todavía en proceso de transición, y la fecundidad es el fenómeno determinante del nuevo y posible escenario demográfico. Pero, como señala Dominique Tabutin, «no existe un camino único, ni una sola explicación de la transición [...] Cada sociedad tiene su pasado, su historia, sus modelos culturales, su estratificación social y sus estructuras económicas y familiares» (Tabutin, 1995: 34).

A modo de conclusión, podemos decir que aunque las desigualdades, por lo que respecta a la supervivencia, todavía persisten entre las riberas del Mediterráneo, sin embargo, los progresos en el descenso de la mortalidad han sido muy importantes en la segunda mitad del siglo xx en todos los países del área mediterránea, y fundamentalmente en los países del sur y este. Las ganancias en la esperanza de vida al nacer de estos países han sido espectaculares en las últimas décadas, como ha podido apreciarse a través de los datos expuestos. La esperanza de vida más baja del Mediterráneo la tienen actualmente Libia, Egipto y Marruecos. Otra conclusión a la que se puede llegar es que la esperanza de vida al nacer femenina es superior a la masculina en todos los países. Ahora bien, estas diferencias son más acusadas en los países del norte, en los que las mujeres sobrepasan en más de 8 años a los varones, y menos importantes en los del sur y este, en los que las mujeres viven, como mucho, 5 años de media más que los varones.

Los desequilibrios entre los países mediterráneos son más acusados al analizar la mortalidad de las mujeres ocasionada por los embarazos y partos. Las diferencias son muy significativas y guardan relación con la mayor precocidad y más alta fecundidad de las mujeres del sur y este, y con la menor atención que éstas reciben en los partos por parte de personal capacitado. Si introducimos la variable lugar de residencia rural o urbano observamos que las diferencias dentro de un mismo país son todavía significativas al tener, en el medio rural, menor acceso a los servicios de atención primaria.

Por lo que respecta a la mortalidad infantil y a la mortalidad en la infancia, aunque la evolución desde 1950 hasta la actualidad haya sido espectacular en todos los países del Mediterráneo, fundamentalmente en los países del sur y del este, sin embargo, los desequilibrios siguen existiendo al mantener algunos de ellos niveles todavía muy altos. Las tasas más altas, tanto de mortalidad infantil como de mortalidad en los menores de 5 años, se encuentran actualmente en Libia, Egipto y Marruecos. La variable residencia en un área rural o urbana todavía es decisiva al analizar las fuertes diferencias territoriales existentes en la probabilidad de supervivencia de los niños en los primeros años de vida y en los cuidados en materia de salud. Igualmente son significativas las diferencias entre los países del área mediterránea al considerar el nivel educativo de las mujeres y el nivel de recursos.

Las desigualdades en materia de salud, morbilidad y mortalidad entre las riberas del Mediterráneo van a seguir dependiendo de las variables citadas tales como la vida en el medio rural o urbano, el nivel de vida, o haber nacido hombre o mujer. La alfabetización de las mujeres y la vida en las ciudades, fundamentalmente, incluso más que la tasa de médicos o el equipamiento en agua potable, tan importantes en la protección de la infancia, han sido y seguirán siendo las variables fundamentales en la reducción de la mortalidad en estos países. Es de esperar que con los programas de salud materna e infantil (campañas de inmunización) que los gobiernos están desarrollando, con las mejoras en el estatus y en el nivel educativo de las mujeres, y con el descenso de sus tasas de fecundidad, los descensos en la mortalidad en general, materna e infantil desciendan sustancialmente y que, de cara al futuro, las diferencias en la cuenca mediterránea disminuyan.

En el gran teatro del mundo mediterráneo, culturas y civilizaciones marcan un arco fértil de creatividad en formas religiosas, artísticas, filosóficas, científicas, técnicas, sociales y de estilos de vida. El corazón de la cultura creadora y práctica, aplicada a la vida, ha recorrido como un inmenso latido este mar de las civilizaciones de Oriente a Occidente. La economía y la política han forjado el lado oscuro y el arte de lo posible. Las actuales sociedades son el fruto de todo este complejo contradictorio, trágico y magnífico.

BIBLIOGRAFÍA

- BANCO MUNDIAL (1999): *Informe sobre el desarrollo mundial, 1998-1999. El conocimiento al servicio del desarrollo*, Madrid: Mundi-Prensa.
- BOUSTANI, R., y FARGUES, Ph. (1990): *Atlas du Monde Arabe*, París: Bordas.
- BRAUDEL, F. (1987): *El Mediterráneo*, Madrid: Espasa-Calpe.
- CAGIANO DE AZEVEDO, R. (ed.) (1994): *Migration and development co-operation*, Strasbourg: Council of Europe Press.
- CENTRE DE LA MÉDITERRANÉE MODERNE ET CONTEMPORAINE DE L'UNIVERSITÉ DE NICE (1990): *La Transition démographique dans les pays méditerranéens*, Actes du Colloque, 25-27 mai, 1988 à Grasse, Nice.
- CLIQUET, R. L. (1991): *La deuxième transition démographique: réalité ou fiction?*, Estrasburgo: Consejo de Europa.
- COURBAGE, Y. (1992): «Démographic Transition among Muslims in Eastern Europe», en *Population*, vol. 4.
- (1995): «Fin de l'«explosion» démographique en Méditerranée?», en *Population*, 50, n.º 1.
- (1996): «La croissance démographique et l'immigration et leurs effets sur la sécurité économique arabe», en *Conférence Méditerranéenne sur la Population, les Migrations et le Développement*, Palma de Mallorca, octubre.
- COURBAGE, Y., y FARGUES, P. (1992): *L'Avenir démographique de la rive sud de la Méditerranée: Algérie, Egypte, Maroc, Syrie, Turquie, Tunisie. Projections de la population et de l'emploi et réflexions sur la migration*, París: INED.
- COURTOT; JOANNON, R., y KOLODNY, M. (1995): «Dynamiques actuelles de la population dans les pays méditerranéens», en *Méditerranée*, n.º 1-2.
- DHS (1997): *Childhood Immunization*, Demographic and Health Surveys Comparative Studies, n.º 22, Mariland: Macro International Inc., marzo.
- DI COMITE, L. (dir.) (1987): *La demografia dell'Africa mediterranea*, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Ricerche sull'Economia Mediterranea.
- DUMONT, G.-F. (1995): *El festín de Cronos. El futuro de la población en Europa*, Madrid: Rialp.
- DUMONT, G.-F.; SAUVY, A., et al. (1984): *La montée des déséquilibres démographiques*, París: Económica.
- FARGUES, Ph. (1986a): «Le monde arabe: la citadelle domestique», en A. Bourguiere y M. Segalen (eds.), *Histoire de la Famille*, París: Armand Colin, tomo 2.
- (1986b): «Un siècle de transition démographique en Afrique Méditerranéenne», en *Population*, 42, n.º 2.
- (1989): «Inmigrati et autoctoni nell'Europa Mediterranea: una solidarieta demografica», en *Le migrazioni dell'Africa Mediterranea verso l'Italia*, Atti del Convegno, Milano, 1988, Giuffrè Editore.
- (1992): «Démographie et politique dans le monde arabe», en *Population*, n.º 2, marzo-abril.
- LEVY, M.-L. (1979): «La Transition démographique en Occidente», en *Population et Sociétés*, Bulletin de l'INED, n.º 127, septiembere.
- LIVI-BACCI, M. (1988): *Ensayo sobre la historia demográfica europea. Población y alimentación en Europa*, Barcelona: Ariel.
- (1996): «The Population in The Mediterranean in Historical Perspective», en *Mediterranean Conference on Population, Migration and Development*, Palma de Mallorca, octubre.
- LIVI-BACCI, M., y MARTUZZI VERONESI, F. (1990): *Le Risorse umane del Mediterraneo*, Bologna: Il Mulino.
- LUTZ, W.: «World population trends: Global and regional interactions between population and the environment», en L. ARIZPE et al., *Population and Environment: Rethinking the Debate*, Boulder (CO): Westview Press.
- MEKSI, E., y DALLA ZUANNA, G. (1994): «La mortalité générale en Albanie (1950-1990)», en *Population*, 3.
- MESLÉ, F. (1991): «La mortalité dans les pays de l'Europe de l'Est», en *Population*, 46, 3.

- DE MIGUEL, J., *et al.* (1993): *Demographic Imbalances Between Countries of the Mediterranean Basin*, Council of Europe, European Population Committee, Strasbourg, noviembre (mimeo).
- MORERAS, J. (1995): «Mar de migracions», en *La Mediterrània*, Barcelona: CIDOB Ed., n.º 51, febrer.
- MUSALLAM, B. F. (1983): *Sex and Society in Islam. Birth control Before the Nineteenth Century*, England: Cambridge University Press.
- NACIONES UNIDAS (1998): *Estado de la Población Mundial, 1998*, Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).
- POURSIN, J. M. (1990-1991): «La Démographie de l'Islam», en *Comentaire*, n.º 52, hiver.
- ROUDI, N. (1988): «The Demography of Islam», en *Population Today*, n.º 3.
- SAUVY, A. (1953): *L'Europe et sa population*, París: Editions Internationales.
- (1987): *L'Europe submergée. Sud-Nord dans 30 ans*, París: Dunod.
- TABUTIN, D. (1992): *Les transitions démographiques en Afrique du Nord, théories, faits et facteurs*, Document pour le Séminaire à l'UFR de Sciences Sociales de Paris V (mimeo).
- (1995): «Un demi-siècle de transitions démographiques dans les régions du Sud», en *Transitions Démographiques et Sociétés*, Caire-Quetelet: Luovain-la Neuve.
- TABUTIN, D.; EGGERICKX, T., y GOURBIN, C. (dirs.) (1995): *Transitions démographiques et sociétés*, Chaire Quetelet, 1992; Université Catholique de Louvain, Institut de Démographie, Louvain-La Neuve: Academémie/L'Harmattan, 1995.
- TAPINOS, G. (1996): «Development, Cooperation and International Migration: The European Union and the Maghreb», Mediterranean Conference on Population, Migration and Development, Palma de Mallorca, Estrasburgo: Consejo de Europa.
- WEEKS, J. (1988): «The Demography of Islamic Nations», en *Population Bulletin*, n.º 4, dec.
- YOUSIF, M.; GOUJON, A., y LUTZ, W. (1996): *Future Population and Education Trends in the Countries of North Africa*, Lanxenburg, Austria: The International Institute for Applied Systems Analysis.

ABSTRACT

The Mediterranean appears, for social scientists, like an interesting and interdisciplinary study area because their interaction, dynamism and cultural and social complexity. The set of nations bordering the Mediterranean sea have a lot of things that they share, but there are also many and important differences among them. Under the demographic perspective, we may find some keys differences between the Northern countries, that they had yet finished the demographic transition, and the Eastern and Southern countries, with some exceptions, that they are already coming from an old demographic system to a modern one. This research centers on the comparative analysis of the inequalities in the matters of health, survival and mortality among the countries of the Mediterranean basin. We shall use some mortality indicators like life expectancy, maternal mortality and infant mortality, in order to reflect the imbalance among the Mediterranean countries as well as to emphasize the substantial progresses in the East and South shores during the last decades. A comparative and diachronic perspective is essential in order to understand the course of Mediterranean societies.