

Carlos García Molina y Héctor H. Hernández Bringas Coordinadores

# Mortalidad, salud y discurso demográfico

CIM





**MORTALIDAD, SALUD Y DISCURSO DEMOGRÁFICO**



**Carlos García Molina y Héctor H. Hernández Bringas**  
**Coordinadores**

**MORTALIDAD, SALUD Y DISCURSO DEMOGRÁFICO**

**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias**  
**Cuernavaca, Mor., 1996**

HB1321    **García Molina, Carlos Antonio, coord.**  
G37        **Mortalidad, salud y discurso demográfico./ Carlos A. García Molina y Héctor H. Hernández Bringas, coords.. — Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias., 1996.**  
            **261 p.**  
            **ISBN: 968-36-5119-4**  
            **1. Mortalidad 2. Demografía. 3. Salud. I. Hernández Bringas, Héctor, coord.**

Catalogación en publicación: Lic. Martha A. Frias, Biblioteca del CRIM

Portada: Gelsen Gas

1a. edición: 1996

ISBN: 968-36-5119-4

DR Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM  
Av. Universidad s/n, Circuito 2, Col. Chamilpa  
Cuernavaca, Mor.

Impreso y hecho en México

## TABLA DE CONTENIDO

<b>PRESENTACIÓN.</b> <i>Carlos García Molina</i> .....	9
<b>I. EL TIEMPO Y EL MOVIMIENTO EN DEMOGRAFÍA. LAS MEDIACIONES COMO PROPUESTA METODOLÓGICA.</b> <i>Hugo Zelman Merino</i> .....	13
<b>II. LA PRÁCTICA DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA RELACIÓN ENTRE REPRODUCCIÓN Y SALUD: APUNTES PARA SU ANÁLISIS.</b> <i>Juan Guillermo Figueroa Perea</i> .....	45
<b>III. LAS NECESIDADES DE SALUD Y LAS PROPUESTAS DE SOLUCIÓN: NOTAS PARA LA DISCUSIÓN.</b> <i>Oliva López A. y José Blanco Gil</i> .....	79
<b>IV. CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS PARA UN ESTUDIO COMPARATIVO DE SALUD MATERNO-INFANTIL ENTRE MIGRANTES.</b> <i>Alberto Palloni</i> .....	99
<b>V. EL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN CONTEXTOS DE CRISIS SOCIOECONÓMICA: DISCUSIÓN RECIENTE SOBRE SUS DETERMINANTES.</b> <i>Héctor H. Hernández Bringas</i> .....	127
<b>VI. CAUSAS DE MUERTE COMO INDICADORES INDIRECTOS DE NECESIDADES EN SALUD. UNA INTERPRETACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA.</b> <i>Carlos García Molina</i> .....	167
<b>VII. SALUD MATERNO-INFANTIL ENTRE LA POBLACIÓN TRABAJADORA EN TIJUANA. UN ESTUDIO DE CASO.</b> <i>Norma Ojeda de la Peña</i> .....	219





## **PRESENTACIÓN**

El Programa de Investigación "Población y Sociedad" del CRIM-UNAM se ha propuesto desarrollar una serie de actividades académicas tendientes al fortalecimiento multidisciplinario de sus líneas de investigación. Para ello viene desarrollando seminarios de discusión inscritos dentro de una concepción autocrítica de la demografía, donde la reflexión, la discusión, el intercambio de planteamientos teórico-metodológicos y los resultados de investigación pretenden abrir caminos multidisciplinarios en los estudios de población, superando así el "paralelismo infructuoso" que se ha creado entre la demografía y los estudios de población.

Superar este paralelismo implica integrar innovadoramente el análisis demográfico dentro de una perspectiva de construcción del conocimiento multidisciplinario, donde las variables e indicadores demográficos puedan ser objeto de lecturas más amplias y sirvan como base en la construcción de referentes empíricos sobre la relación entre población y sociedad. Creemos que la demografía como disciplina necesita adecuarse a los nuevos tiempos, donde la realidad sociodemográfica sigue siendo sometida a un juicio político en términos de que nuestros procesos de poblamiento obstaculizan el desarrollo (ahora desde la perspectiva neoliberal), sin tener en cuenta las múltiples mediaciones entre población, economía y sociedad.

En esta perspectiva, la mortalidad supera el status de variable y es concebida como un recorte conceptual de los riesgos de muerte; mientras este último es un concepto abstracto, no observable, la mortalidad es un resultado particular y observable del proceso salud-enfermedad: es una de las formas materiales que pueden asumir los riesgos de muerte. A un nivel más empírico están las muertes individuales, procesos biológicos específicos que forman parte de un colectivo epidemiológico. Con base en ello y como agregados, se pueden construir

índices y tasas que expresen la frecuencia y velocidad del cambio del fenómeno en relación con el tiempo.

En este sentido, una tasa bruta de mortalidad es sólo un indicador de cómo se da ésta. Y si bien la mortalidad es resultado de líneas de vida particulares, éstas asumen un significado estático, no dinámico, ya que únicamente expresan un resultado peculiar del proceso salud-enfermedad, pero no están unidos a él. En otras palabras, la muerte como hecho biológico y sus índices de ocurrencia interesan para el conocimiento sociodemográfico no por lo que son, sino por lo que fueron: la expresión de una desigualdad social ante el derecho a la salud y a la vida.

Esta forma de concebir la enfermedad es dinámica e histórica, depende de cómo la población estructura sus opciones en salud de acuerdo a sus condiciones de vida determinadas por la desigualdad social. Estas opciones en salud están determinadas estructuralmente de acuerdo a:

- la adscripción a un grupo social
- la forma como es irradiada la población por los beneficios del desarrollo social
- el nivel de prioridad asignado a dicho grupo por el Estado en su política social, y
- el nivel de apropiación individual de que la salud es una necesidad básica

Este nivel de apropiación individual es producto de una reconstrucción social que, en el caso de la mujer, está sobredeterminado doblemente por la desigualdad de género.

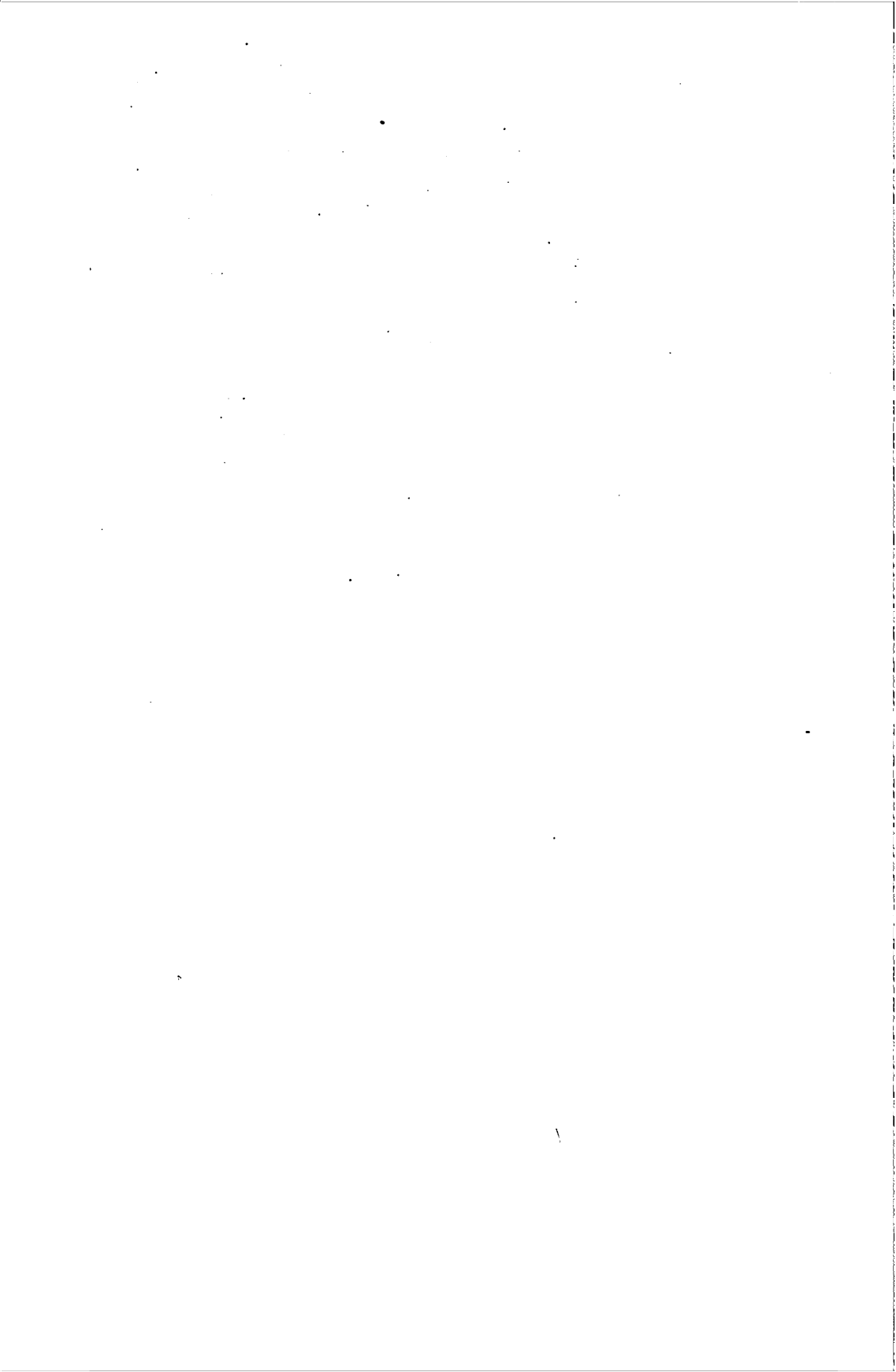
En otros términos, el proceso de salud-enfermedad es altamente diferencial según grupos sociales. Sin embargo, entre los límites que impone lo social, existen otras entidades mediadoras como la política social, los patrones conductuales y la estructura y uso de servicios en salud que permiten ser utilizadas con distintas racionalidades psicosociales. Estas diferencias

particulares generan múltiples formas individuales de enfrentar el proceso salud-enfermedad y es lo que aquí se define como estructura de opciones en salud.

En este sentido, la temática “población y salud” se abre no solamente a los análisis clásicos de morbilidad y mortalidad general sino que también recoge la salud materno-infantil y las necesidades en salud. Con esta idea, el CRIM realizó en agosto de 1994 un seminario sobre “Investigación multidisciplinaria en población y salud”. Asistieron investigadores nacionales y extranjeros que estaban realizando investigación en el área o cuyos aportes teórico-metodológicos se dirigieran en dicho sentido.

Este libro recoge los principales aportes del seminario y aunque no es un proyecto-libro en el sentido de que haya sido estructurado y desarrollado por capítulos de acuerdo a un plan preconcebido, presenta los tres componentes básicos de la práctica multidisciplinaria: reflexiones teórico-metodológicas acerca del área de estudio; propuestas de investigación con ejes articuladores que requieren de desarrollos transdisciplinarios y productos de investigación que sin ser el resultado de los procedimientos anteriores, pretenden insertarse en ellos.

*Carlos García Molina.*  
*Enero de 1996*



## I. EL TIEMPO Y EL MOVIMIENTO EN DEMOGRAFÍA. LAS MEDIACIONES COMO PROPUESTA METODOLÓGICA.

*Hugo Zemelman Merino \**

El trabajo pretende ser una reflexión sobre las mediaciones que tienen lugar entre fenómenos; problema que es muy significativo para dar cuenta del proceso de constitución de las relaciones de determinación, así como de los fenómenos o procesos involucrados en esas relaciones, para poder aprehender su movimiento más allá del propio recorte temporal de su observación.

El origen de la reflexión se puede encontrar en la preocupación por avanzar en la construcción de propuestas teórico-metodológicas que contribuyan a enriquecer el análisis de los procesos socio-históricos; pero también en el reto particular que define el análisis de los fenómenos demográficos.

Comenzamos con una aproximación a las mediaciones como lógica para razonar la construcción de relaciones entre fenómenos; en otras palabras proporcionando su perfil general. En seguida procuramos confrontar cuestiones del análisis demográfico desde la perspectiva de las mediaciones, para llegar a formular observaciones críticas sobre el razonamiento constructor propio de dicha disciplina.

En términos generales, se pretende discutir tanto las posibilidades como dificultades que en el plano metodológico plantean las mediaciones, en la perspectiva general de encontrar alternativas para la construcción de conocimiento en el marco de las ciencias sociales. En el presente trabajo nos limitamos a consideraciones epistémico-metodológicas para diferenciar a éstas de las metodológico-operativas, que no son todavía parte de nuestro cometido.

\* Investigador de El Colegio de México

## **1. La mediación como lógica de razonamiento**

El lugar de la mediación en la discusión metodológica está definido por el problema de las relaciones que se puedan establecer entre los fenómenos. Las mediaciones son una forma para rescatar la complejidad de estas relaciones: por ejemplo, en cuanto representación de realidad empírica ¿qué es lo que involucra la relación A-B, tanto de A como de B?. Lo que en definitiva supone discutir el concepto mismo de determinación.

Un razonamiento orientado a la búsqueda de determinaciones supone, desde su base, la posibilidad de una concordancia entre una estructura conceptual y un fenómeno-objeto, lo cual se traduce en un particular coeficiente, que es parte de una relación que llamamos de asociación. En cambio, si lo que se privilegia no es tanto una concordancia, o correspondencia, sino que el reconocimiento de la complejidad del fenómeno - objeto, tenemos que manejarnos con un concepto diferente de relación.

El reconocimiento de la complejidad del fenómeno-objeto consiste en aprehender sus diferentes dimensiones. En efecto, a este respecto, conviene señalar que no se puede reducir el recorte de observación a un solo nivel de la realidad, ni a un solo momento, en la medida en que aceptemos que todo fenómeno resulta ser una concreción donde se articulan distintos niveles de realidad y de momentos. De esta manera, en todo fenómeno se tiene que distinguir entre lo que lo puede determinar, y lo que, a su vez, el fenómeno puede determinar: esto es, su doble condición de producto y de producente.

En esta dirección, resulta evidente que en todo fenómeno descrito en determinados parámetros de observación, se contiene un dinamismo, un cierto movimiento, que obliga a considerar los desafíos de la dimensión propia de su condición de producente. Este desafío es el que llamamos la función de inclusión. Consideración que lleva a complejizar el concepto de determinación según el manejo que se haga del tiempo.

La determinación tiene que considerar su propio movimiento, el cual denominamos de transitividad, que obliga a trabajar con un concepto abierto de límite conceptual. El límite, entonces, no refiere solamente a un contenido, sino también a un ámbito histórico-contextual que le da sentido, en el que el límite conceptual se ubica. El movimiento interno de las determinaciones se resuelve precisamente a través de las mediaciones: las determinaciones están cerradas y abiertas a su movimiento.

El cierre constituye una articulación dada en base a coordenadas particulares, mientras que la apertura de las determinaciones refiere a su concreción desde la exigencia del despliegue temporal o transitividad. Mientras que la articulación dada es una concreción que conforma el marco para formular relaciones del tipo A-B, la situación de despliegue temporal, en tanto implica la posibilidad de inclusiones no determinadas, se relaciona con la lógica de lo indeterminado.

Desde esta perspectiva, la idea fundamental que subyace es que la realidad de cualquier problema (*fenómeno, objeto*) se tiene que concebir como la concreción de lo transitivo, ya que ambas modalidades de razonamiento, ya sea la concreción articulada en un momento, o bien su despliegue, por ser expresiones del concepto de límite abierto, no se pueden manejar separada sino conjuntamente.

La transitividad (o movimiento) subordina la exigencia del momento como forma de recorte, pues para ella lo fundamental es que el tiempo trasciende al momento por referirse a la transición de un momento a otro.<sup>1</sup> En lo expresado se contiene el desafío de tener que abordar el proceso de cómo llega a darse el momento, no restringiéndose a su simple constatación como situación dada, de manera de romper con la referencia a parámetros definidos

1 Es posible que las consideraciones metodológicas sobre la mediación se correspondan con una forma de abordar la realidad que sea relevante solamente para aquellos problemas, o tópicos, susceptibles de reconstruirse desde sus procesos constitutivos.

y reemplazarlos por la exigencia de ritmos temporales. El ritmo es una modalidad de recorte donde el parámetro temporal apunta a un límite que incorpora, a su vez, a un ámbito de realidad que lo excede.

Así entendido, el límite se refiere a un contenido posible de abrirse a lo no incluido; apertura del límite que constituye la misma necesidad de lo no dado. Esta necesidad consiste en concebir a lo dado como base de inclusividades posibles, las cuales expresan una posibilidad de contenido de lo dado considerando su despliegue temporal.

En este sentido, la mediación permite explicitar la función del límite como conexión entre lo dado y la posibilidad de inclusión; conexión que se refiere a un momento de lo constitutivo, ya que no se circunscribe a la determinación de un producto. De ahí, entonces, que la mediación implica una relación de transitividad entre los momentos; transitividad entre A y B que descansa en la necesidad a partir de lo no acabado de A.

Lo anterior significa que cualquier relación "A-B" expresa a la concreción de la conexión "-----" como posibilidad entre niveles de realidad y de momentos, entendidos como secuencia. Concreción "-----" que no se restringe a ser función de parámetros predeterminados, por cuanto crea sus parámetros en la medida en que la concreción al ser despliegue temporal, representa una necesidad de tiempo y espacio mediante la cual alcanza su objetivación. En términos metodológicos, lo anterior plantea la cuestión de alternativas para la construcción del objeto de estudio: a) éste puede ser función de parámetros o bien b) que el objeto plantee sus parámetros en términos de su propia exigencia de objetivación.

La concreción como despliegue, a la vez que como articulación, constituye una mediación entre tiempos y espacios, entre la dimensión vertical y la longitudinal, entre la condición de producto y de producente del fenómeno. De ahí que la definición de un fenómeno no se puede reducir a su condición



de producto en base a determinados parámetros; de ahí que las mediaciones rompan con la lógica de variables en cuanto ésta se circunscribe a lo dado-producto. Por consiguiente, cuando se trata de comparar la mediación, al estar asociada con la idea de movimiento constitutivo, alude a lo transitivo entre los momentos, lo que no se puede confundir con lo que es comparar dos momentos simplemente como contrapuestos cronológicamente.

Ahora bien, trabajar desde la exigencia de concreción y despliegue del problema, significa abordar y resolver cuestiones, tales como:

i) el modo de hacerse presente del movimiento histórico en el fenómeno-objeto;

ii) el carácter reduccionista o abierto de los parámetros, según los cuales se lleva a cabo el análisis;

iii) el uso del tiempo en la determinación del recorte;

iv) la relación del recorte con la complejidad de planos del momento en que se analiza el objeto de estudio; y finalmente,

v) la relación entre mediación y variable.

No obstante, antes que nada debemos aclarar que estas exigencias de concreción y despliegue nos plantean un concepto diferente de objetividad. Un rechazo a limitarnos a un concepto de objetividad en términos estrictos de parámetros tiempo-espaciales predeterminados, lo que lleva a enfrentar la cuestión de cuáles son las modalidades que puede revestir la objetividad.

En efecto, A contiene posibilidades de especificación (a,b,c), según determinadas coordenadas de tiempo y espacio; por eso es que se puede cuestionar una determinada objetividad

que sea función de parámetros particulares a partir de nuevos ángulos de razonamiento que reflejen el movimiento del límite. Lo dicho obliga a resolver cuestiones relacionadas con la función que cumple el tiempo para objetivizar la relación de conocimiento, ya sea en la perspectiva de la concreción en una articulación dada, o bien desde el despliegue longitudinal del tiempo.

Examinemos a continuación lo que se puede rescatar como experiencia metodológica de los estudios demográficos.

## **2. El referente demográfico**

Las reflexiones que expondremos se fundamentan en una lectura de los trabajos presentados en la IV Conferencia Latinoamericana de Población: *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, que tuviera lugar en México, en 1993. Al considerar la vastedad de la bibliografía incluida en los volúmenes publicados, y por no tratarse de un estado del arte, hemos seleccionado solamente algunos trabajos, en cuya lectura hemos concentrado el análisis. Sin embargo creemos que las cuestiones que se revelan pueden ser apreciadas como de carácter general. Nuestro propósito no ha sido una evaluación de los trabajos, pues no tenemos autoridad para ello, ni tendría sentido hacerlo; más bien, el objetivo ha consistido en plantear problemas metodológicos tomando como base de referencia al material demográfico, pero en la perspectiva global de las Ciencias Sociales. Ello porque los temas no son exclusivos de la demografía, sino que más bien hacen parte de los desafíos metodológicos pendientes de ser abordados en el conjunto de las ciencias humanas. Los cuales debemos comenzar por plantear en su formulación más abstracta, para poder avanzar en su resolución operativa, tanto cuantitativa como cualitativa.

Nos detendremos en algunos tópicos que nos parecen centrales para establecer una relación entre demografía y discusión teórico-epistemológica, en la perspectiva de que antes

de llegar a resoluciones metodológicas operativas, debemos hacer el esfuerzo de plantearnos los problemas fundantes de un razonamiento constructor de conocimiento concreto.

### *El momento histórico*

El concepto de transición demográfica ofrece una ambivalencia de significaciones, ya que puede constituir “una teoría del cambio, paradigma descriptivo, expresión genérica”, lo que expresa la dificultad de conceptualización del momento histórico que influye sobre la dinámica social, al permear sus distintos planos de manifestación. En efecto, el concepto es indistintamente utilizado ya sea para dar cuenta del “juego de relaciones para explicar las interacciones entre cambio demográfico y sociedad”, o bien como “modelo del cambio demográfico independientemente de la validez de las explicaciones” o, finalmente como “referencia a un cierto tipo de cambio demográfico y a otros tipos de cambio” (*Livi-Bacci, 1993*)

Esta ambivalencia en la conceptualización refleja la complejidad propia del referente al que se busca denotar. Ello porque no sólo presenta dificultades su especificación, sino además porque alude a una complejidad externa, dado que el fenómeno en su contenido está conformado por una articulación de dinámicas. “La transición se desarrolla como una serie de ajustes y reacciones: es difícil definir el punto de inicio y el punto de término” (*Livi-Bacci, Ibid, p. 15*). Una ilustración de la compleja articulación dinámica que se contiene en la transición se encuentra en el señalamiento de que “un descenso de la mortalidad determina un aumento del número de hijos sobrevivientes, con lo que se produce una disminución de los recursos per-cápita y en una frustración en las expectativas de mejor nivel de vida” (*Ibid, p. 15*).

Desde una perspectiva epistémico-metodológica, tendríamos que preguntarnos acerca de la naturaleza de la relación de

conocimiento que está implícita en la construcción anterior: ¿se alude con el concepto de transición demográfica a un proceso *transformado ya en un objeto* o, más bien, se refiere a *un campo problemático susceptible de distintas teorizaciones posibles*, según la articulación que se reconozca entre los procesos implicados?

Debemos partir señalando que los retos se manifiestan en diferentes planos: en el de la teorización orientada a construir una explicación, o en el de la forma de razonamiento, pero entendida ésta, no como lógica cognitiva, sino como encuadre categorial desde el que se pueden desarrollar diferentes ángulos teóricos para apropiarse de esa realidad problemática (en este caso la transición demográfica), que no está claramente delimitada.

En efecto, si el ángulo alude a un campo problemático, entonces se plantea la pregunta de cuál sería su contenido; más aún, ¿cuántos fenómenos se pueden llegar a distinguir dentro de la problemática? y, ¿cuáles pueden ser las consecuencias derivadas de las distintas modalidades de articulación entre los procesos, y de qué depende ésta?

La articulación dinámica que se contenga en los límites del campo problemático plantea desafíos metodológicos, el principal de los cuales consiste en no reducirlo a esquemas simplistas que se resuelvan en fáciles y falsos analogismos. La profundización en el conocimiento de estas dinámicas sugiere, en relación al parámetro de tiempo, problemas respecto a la direccionalidad que pueden asumir los procesos.

Así por ejemplo, “la idea de transición tiene referencias con una dirección determinada, del desorden al orden, del desperdicio a la economía” (*Livi Bacci, Ibid, p. 14*). Por ejemplo, el planteamiento de un proceso de “biologización de la muerte” y el de “antibiologización de la reproducción”, alude a diferentes problemáticas temporales: el primero se refiere a “un progreso hacia un cierto estándar biológico de sobrevivencia, mientras que en el segundo se observa un distanciamiento

creciente de la fecundidad natural”; de ahí que “en estos procesos... media una antinomia sobre el tiempo”, pues mientras que en “la mortalidad se pasa de un estándar de uniformidad social semi-generalizado a otro de desigualdad,... en la fecundidad se reconoce una trayectoria inversa: de cierta diferenciación en el conocimiento y práctica reproductiva, a una uniformidad normativa” (*Gómez de León, 1993*)

Ahora bien, si consideramos separadamente los dinamis-mos antes señalados podemos concluir que nos colocamos ante transiciones entre estadios; en cambio, si abordamos estos dinamis-mos como proceso constitutivo de un fenómeno que los incluye, como es el de la transición demográfica, entonces nos colocamos ante un proceso cuya direccionalidad resulta de esta articulación: la desigualdad creciente en los patrones de mortalidad en contraposición a una uniformidad normativa en los de fecundidad. En este sentido, la realidad del fenómeno deviene en ser un resultado de esta articulación, la cual no es mecánica (vgr: como podría ser el caso de su reducción simple a relaciones entre tasas), sino que necesariamente incorpora las mediaciones (sociales, económicas, culturales, psicológicas) que operan entre ambos procesos: el de mortalidad y el de fecundidad, las que determinan lo que resulta *efectivamente* de esta articulación. De lo anterior, importa destacar metodológicamente la idea de trabajar con un concepto de proceso fundado en las dinámicas compuestas por esta articulación, lo que lleva a destacar los aspectos que tienen que ver con el cómo se constituye el proceso antes que reducirlo a ser el producto (o resultado) de dinámicas particulares.

En realidad, una tendencia genérica resulta de una interrelación entre procesos con sus propios ritmos temporales, que no puede simplificarse a menos que enfrente el riesgo de su desconocimiento; complejidad que obliga a examinar el tipo de relaciones del fenómeno con otros fenómenos pertenecientes a otras articulaciones. (Un ejemplo de lo que decimos es la formulación de que “el descenso en la mortalidad fue un resultado

mucho más gradual (mejoría en las disponibilidades de alimentos, medidas de higiene y salud pública), (mientras que) la caída en la fecundidad se debió a un cambio de comportamiento en las parejas, que ocurrió en unas pocas generaciones". (*Pérez Brignoles, 1993*).

Lo que decimos no puede restringirse a los límites de una pura descripción, o bien a establecer enlaces funcionales, ya que refiere al vínculo entre articulaciones, cada una compleja pero abierta en sus relaciones con las otras; articulaciones que no se circunscriben a simples relaciones de función o de concomitancia histórica.

Lo anterior responde a la exigencia de que el examen del movimiento no puede limitarse al análisis de relaciones por concomitancia, susceptibles de traducirse en coeficientes de correlación, como tampoco a una relación restringida a la determinación de relaciones entre una variable principal y otra dependiente.

Por ejemplo, si consideramos lo que ocurre entre mortalidad y fecundidad no estamos exclusivamente limitados a variables, sino que enfrentamos verdaderas articulaciones complejas para cada uno de los fenómenos, las que plantean tener que dar cuenta de relaciones entre universos de observación sin restringirse a concomitancias entre variables en función de parámetros particulares.

Más aún, en la medida en que al interior de estos universos de observación se contienen elementos heterogéneos entre sí, la relación que pueda establecerse entre ellos debe considerar la diversidad de parámetros temporales y espaciales que expresen la dinámica constitutiva de la relación, sin limitarse a una relación que se privilegie según parámetros particulares. Precisamente, la exigencia de lo constitutivo consiste en considerar a las diferentes dinámicas con sus diversidades de tiempo y espacio.

En verdad, ¿cuál es el punto de interferencia entre la mortalidad y la fecundidad en el ejemplo antes citado? ¿Entre

salud-higiene-condiciones de vida, y entre las pautas de nupcialidad? Es evidente que si simplemente se establece una relación de correlación puede que sea, sin perjuicio de su constatación empírica, muy limitada en su capacidad para dar cuenta de lo que, en efecto, significa una correlación entre estas dimensiones. ¿Qué dice realmente entre el descenso de la mortalidad, en base a un incremento de la salud, y fecundidad en función de una determinada pauta de nupcialidad? Equivale a una concomitancia entre productos sin que se ahonde en el proceso constitutivo interno, por lo tanto, dejando de lado el carácter de producente tanto de la mortalidad como de la fecundidad: esto es, las posibilidades de concreción que se contienen en uno y otro.

Por consiguiente, reducir el fenómeno a su condición de producto no permite trascender la idea de relación como expresión de coexistencia entre fenómenos en tanto productos, sin profundizar en las articulaciones particulares de las que son parte. Desde esta perspectiva, mortalidad y fecundidad deben ser conceptualizadas como manifestaciones empíricas, esto es, indicadores de un proceso subyacente más complejo, el cual, en la medida en que se incluya en el análisis, nos permitiría trascender el límite conceptual del fenómeno como simple producto —o indicador— para llegar a formular un análisis más real de su proceso constitutivo.

De modo que poder entender estas relaciones, que son propias de la articulación concreta de la mortalidad y de la fecundidad, permite comprender las potencialidades de procesos que allí se pueden contener. Por esta razón, nos situamos ante las siguientes alternativas para conocer las consecuencias de los fenómenos mencionados: superar el esfuerzo de hacerlo en base a procesos aislados (vgr: salud o pautas de nupcialidad para llevar a cabo el análisis desde la perspectiva de las articulaciones dinamizadoras entre estos fenómenos. En este sentido, falta una demografía que trascienda la simple lógica de correlación, en una lógica de composición de las heterogéneas

dinámicas sociales. Idea de composición que obliga incorporar dimensiones psicológicas y antropológicas al análisis demográfico.

### ***Composición de dinámicas heterogéneas***

La idea fuerza de la composición de dinámicas se puede sintetizar en el siguiente enunciado: entender la dinámica como articulación de factores dinamizadores pertenecientes a distintos niveles de realidad. Estos factores tienen una función articulante en términos de su capacidad de inclusividad de otros factores.

Es necesario precisar a qué responde esta heterogeneidad de factores. En primer lugar, diremos que sus diferencias pueden explicarse porque pertenecen a distintos campos disciplinarios, aunque en definitiva, más allá de lo afirmado, sus diferencias pueden estar relacionadas con el carácter de su función articulante: lo que llamamos modalidades de esta función de articulación.

Se podrían distinguir diferentes modalidades según criterios como los siguientes: I) el espacio-temporal, de acuerdo con el cual factores coyunturales están incluidos en factores dinamizadores propios de períodos históricos; o bien, los que tienen que ver con puntos espaciales y los que se refieren a campos espaciales; y II) factores que son resultado/producto y factores que son virtuales/potenciales.

Con lo dicho se plantea que el examen del movimiento de los fenómenos debe llevarse a cabo desde los puntos de relación que conjuguen a los distintos procesos implicados, obligando a manejarse con parámetros que no sean estrictamente los propios de uno solo de los procesos; más aún, no reducir el fenómeno a parámetros que lo definan como simple producto, en la medida en que también puede asumir el carácter de producente, condición que rebasa los límites de aquellos otros parámetros.



Ahora bien, ¿qué relación hay entre momento histórico y contenido del fenómeno? ¿acaso su aprehensión para que sea congruente con su complejidad debe llevarse a cabo desde el movimiento? ¿es el movimiento un atributo de la misma conexión del concepto con la realidad empírica u observable? De ser así, se plantea la problemática de la adecuación/inadecuación del referente empírico que coloca en el primer plano la discusión metodológica sobre la necesidad de no agotar el *indicatum* en el indicador, puesto que siempre está planteado un margen de indeterminación del indicador, que se va resolviendo durante la continua reconstrucción de esa conexión entre conceptos y realidad empírica.

Si se pretende resolver esta cuestión a través de un sistema de indicadores, entonces el sistema tiene que ser capaz de traducir la complejidad del *indicatum*; complejidad que no se reduce a cuestiones de equilibrio o compensaciones entre indicadores, o en desequilibrios o disfunciones, ya que remite al problema de la objetividad del *indicatum*.

Lo que decimos supone tener un concepto de *indicatum*, que, para no ser una aporía (contradicción sin resolución), requiere de una forma de razonar que sea congruente con el carácter indeterminado del *indicatum*. Esto implica que no prejuzgue sobre su naturaleza, lo que plantea la necesidad de una estructura de categorías capaz de dar cuenta de distintas modalidades de objetividad. En este sentido, planteamos la conveniencia de una articulación dinámica entre niveles y momentos de la realidad, de manera que puede expresar la exigencia de objetivación de cualquier situación dada de un fenómeno particular.

### *La cuestión de los parámetros*

Lo que hemos expuesto obliga a poner la atención en la articulación interna que caracteriza al fenómeno, en vez de limitar su observación a aspectos aislados del mismo. No obstante, hay

que tener claro el riesgo asociado a este hecho: cuidarse de caer en la inercia de considerar acríticamente que la articulación puede persistir más allá de los parámetros que conforman su espacio histórico. Esto sucede cuando dicha articulación se conceptualiza como sistema en base a la persistencia de los parámetros, como puede ilustrar el “poner la atención en el funcionamiento del sistema en vez de concentrarse, por separado, en los factores de transición de mortalidad, por un lado, y de fecundidad, por el otro” (*Livi-Bacci., op.cit*); más bien, se trata de considerar estas exigencias de análisis como ángulos de razonamiento antes que como contenidos teóricos cerrados.

Así, en vez de trazar una teoría sobre los equilibrios entre dinámica demográfica y economía, cabe plantear las diferentes significaciones que puede llegar a asumir el concepto de equilibrio: por ejemplo, puede ser un equilibrio en función de la mortalidad o de la migración, o bien un equilibrio en términos de la nupcialidad.

En lo que decimos se contiene el problema de buscar enfoques integrados, pero salvando la diferencia entre lo que es un abordaje metodológico de lo que es propiamente una teorización. Pensemos en la búsqueda de las ciencias sociales latinoamericanas “por explicar el proceso de cambio en la región dentro de un enfoque histórico-estructural” (*Patarra, 1990*), que adoptó visiones integradoras o comprehensivas para explicar las diferencias de la fecundidad y de la mortalidad; enfoque que privilegia “la visión del proceso de desarrollo urbano y la desigualdad social...” (*Benítez Zenteno, 1993*). En efecto, la dinámica socio-demográfica sólo se puede comprender considerando el conjunto de planos sociales (con sus tiempos y espacios) en que el fenómeno se despliega atendiendo a su constitución compleja. No obstante, la cuestión metodológica consiste en que antes de transformarse en objeto de teorización a la dinámica socio-demográfica, se requiere de un enfoque epistémico-metodológico para dar cuenta de su complejidad.

A este respecto, cabe recordar que las interrelaciones entre población y desarrollo a nivel global sirven para explicar el avance en la transición demográfica en tanto que contexto, “pero no son suficientes para comprenderlos a nivel de grupos sociales, ni para la formulación de instrumentos de política y metodología que permita mayores avances” (*Samaniego, 1993*). Por eso, la relación con el fenómeno no puede inicialmente concebirse como objeto en el marco de una teorización posible que lo encuadre, sino como un campo problemático. Se podría rescatar lo que se ha dicho en cuanto a la comprensión de estas interrelaciones a nivel de grupo social, en base a tres elementos: “nivel de vida para estratificar la población; el hogar como unidad de análisis; y las interrelaciones entre variables demográficas y las de desarrollo como mecanismo de transmisión inter-generacional de la desigualdad, es decir, a través del mercado de trabajo” (*Samaniego, op.cit.*).

Es solamente partiendo de este reconocimiento de la complejidad que se pueden definir las posibilidades de su teorización. El único camino para poder construir relaciones teóricas inclusivas y comprensivas, como las que pretende N. Patarra y otros investigadores inquietos por alcanzar mayor profundidad en el análisis, es partir problematizando el fenómeno.

La prueba de esta necesidad de problematización, esto es, de no reducir el fenómeno a una estructura conceptual previamente establecida, reside en el hecho probado de que es el movimiento de la realidad el que conforma la necesidad de nuevas categorías de razonamiento; lo que constituye una expresión de la conveniencia de establecer una debida distancia respecto de la “realidad del fenómeno”; especialmente porque en la relación con éste media la presencia de determinados apriori conceptuales.

Este distanciamiento se manifiesta al construir una relación de conocimiento que configura un ángulo de razonamiento categorial, antes que reducirlo a un objeto teórico por complejo que se pretenda que sea.

Una ilustración del surgimiento histórico de las categorías son los llamados “nuevos estadios de vida que han sido gradualmente reconocidos históricamente. Sus características primero fueron observadas en la vida del individuo. Después en la sociedad, y finalmente recibieron reconocimiento público y fueron institucionalizados”(Hareven, 1992, p. 17). Aunque la verdadera relevancia del carácter histórico de las categorías está dado en que refiere a uno de los problemas más complejos del análisis socio-histórico: la continuidad o discontinuidad de los fenómenos. Así por ejemplo, tenemos el caso de la persistencia de las funciones económicas y de bienestar, que incluso “después de que el lugar del trabajo se ha desplazado fuera del hogar”, plantean una distinta cualificación de la familia, especialmente de su relación con el mundo del trabajo“ (Hareven, *op cit.*, p. 30). Todo lo cual alude al problema de la historicidad del fenómeno y, por lo tanto, al manejo del tiempo.

La dirección anterior es relevante para comprender la relación entre significado y número, pues el número (un coeficiente) puede no servir para dar cuenta de la discontinuidad del fenómeno, en cambio sí el significado, especialmente en los análisis cuantitativos. Lo que implica un serio problema hermenéutico en el abordaje de la relación entre indicador e *indicatum* (problema al que volveremos más adelante cuando nos refiramos a la relación entre mediación y variable); ya que, como decíamos, la cuestión del indicador - *indicatum* plantea la necesidad de entender las distintas modalidades que puede asumir la objetividad, lo que concierne al problema de la continuidad/discontinuidad del fenómeno.

Es indudable que lo expuesto se relaciona con las transformaciones semánticas del indicador, en la medida en que no se reduzca a la teoría en tanto ésta implica un límite en función de un contenido dado. Pero si pensamos el contenido a partir de la dialéctica determinación-indeterminación, permite pensar que el significado dado de un indicador sea posible de resignificarse

en otro contexto. Lo indeterminado consiste en esa posibilidad de resignificaciones.

La relación indicador-*indicatum* en función del indicador nos proporciona un concepto de objetividad reducido al indicador, pero que, a su vez, es función de un corpus teórico. Aunque también puede darse que el *indicatum* sea concebido como un indeterminado - determinable, pero donde su determinación sea función del indicador teórico. En este caso el indicador es un ángulo de lectura que debe ser cuestionado desde la exigencia de lo indeterminado del *indicatum*; lo que supone pensar al indicador pero sin reconocer en él un límite cerrado. En esta situación, el indicador se abre a los desafíos del *indicatum*, en cuanto éste implica la posibilidad de otros recortes diferentes al del indicador aceptado: lo que da lugar a otros indicadores, o bien a distintas significaciones del mismo indicador.

Con respecto a la discusión anterior, surge la cuestión de la inferencia en cuanto: a) limitarse al indicador como premisa de razonamiento; o b) procurar recuperar desde el indicador al *indicatum*. Esta segunda alternativa supone reconocer que la relación indicador-*indicatum* puede asumir modalidades como las siguientes:

i) ser una relación de inclusión: esto es, que el indicador es un modo de concreción del *indicatum*; lo que implica considerar al indicador como una conjugación de exclusiones e inclusiones;

ii) relación de transferencia o de reducción: esto es, que el indicador es un reflejo del *indicatum*; lo que significa considerar al indicador como una determinación/excluyente, de manera que las inclusiones son propias de otras determinaciones, pero sin relación entre sí.

La primera situación (i) se corresponde con una lógica de mediaciones, mientras que la segunda (ii) con una lógica de coeficiente o de factores. En ambos casos se plantea una

particular forma de relación entre número y significado, según estas diferentes modalidades:

a) en la situación i) se contiene una exigencia de especificidad que se traduce en que el *denotatum* del número conforma un *indicatum* complejo; por lo tanto, la relación entre número y significado es función de esta exigencia de especificidad. Exigencia que se funda en relaciones de inclusión que incorporen a las mediaciones como expresiones del proceso constitutivo de la propia relación; inclusividad que no puede entenderse como un continuo, ya que contiene a las discontinuidades de los fenómenos. En este sentido, la idea de relaciones inclusivas no puede confundirse con un concepto de totalidad cerrada, autocontenida, sino como expresión de una apertura metodológica;

b) en la situación ii), número y significado se identifican en base a ser ambos función de un sistema que, como tal, es el orden de los universos posibles en términos de una base común, sin potencialidad de articularse.

Procuremos sintetizar estas consideraciones en una formulación más abstracta. Podríamos concluir, respecto del papel de los parámetros en la construcción del objeto de estudio, en la siguiente proposición: el objeto no puede ser construido en función de un tiempo y espacio que responda a las exigencias de una particular opción teórica; por el contrario, el objeto ha de ser parte de una relación de conocimiento que refleje a la realidad como un campo de posibilidades, objetivamos que, como tal, plantea sus propias exigencias de tiempo y espacio, no necesariamente coincidente con las propias de la opción teórica.

### ***El fenómeno como objeto, y su situación***

La cuestión que subyace a esta discusión es la relación entre el fenómeno, transformado en objeto, y el momento histórico en que tiene lugar esta construcción. El fenómeno es objeto en

función de determinadas posibilidades teóricas; pero también el fenómeno *es su situación* en un momento. El papel de la relación de conocimiento es trascender la percepción estrictamente teórica, para poder llegar a captar la situación del problema.

La situación del problema expresa su articulabilidad, la que entendemos como diferente al contexto, en tanto el contexto se refiere a la necesidad objetiva de plantearse un problema; en cambio, la situación se refiere a la exigencia de determinación histórica del problema: esto es, a su especificidad que resulta de su articulación histórica. En este sentido, el objeto de estudio representa la resolución de la cuestión suscitada por la situación acerca de su articulabilidad histórica: esto es, su recorte cognitivo. En otras palabras, el objeto *es la versión teórica de esta especificidad*; vale decir, su generalización. Lo que supone resolver lo que se comprende por generalizable que, desde esta perspectiva, representa la posibilidad de que a partir de una formulación del objeto puedan llegar a formularse nuevos enunciados que sean pertinentes para diferentes contextos. O sea, para diferentes requerimientos de lo necesario de plantearse como problema.

### ***Manejo de la dimensión temporal***

Una de las implicaciones más claras del tiempo es su función para rescatar la historicidad del fenómeno, no simplemente reducirse a situarlo en determinadas coordenadas; problema que se relaciona con la capacidad del investigador para reconstruir la complejidad del fenómeno, antes que descomponerlo en dimensiones analíticas susceptibles, incluso de estudiarse por separado.

En este sentido, cabe citar la crítica que en los estudios de la transición demográfica se formula sobre el “sesgo que ha imprimido el interés exclusivista en la fecundidad”, en la medida en que ha contribuido a acotar “el horizonte temporal

del análisis circunscribiéndolo a épocas recientes” al dejar fuera la consideración de los cambios en la mortalidad, los cuales “se extienden sobre un horizonte más vasto que el marcado por el inicio del declive de la fecundidad...” (*Gómez de León, op.cit., p. 57*). Lo anterior es importante, pues si la temporalidad puede ser distinta según una dimensión u otra, considerarlas por separado o articuladamente tiene consecuencias sobre el modo de construir el recorte de observación, por lo tanto sobre la propia definición del fenómeno que se busca estudiar.

Pero, más aún, el tiempo cumple la función de permitir rescatar la tendencia de un proceso más allá de sus concreciones coyunturales, de manera que facilite reconstruir una o varias direcciones posibles que pueda asumir en el largo tiempo. La escala del momento elegido para observar y reconstruir la dinámica del fenómeno cumple una función principal para dar cuenta del giro del movimiento. Como se ha dicho “el recorte temporal significa, sin duda, amplitudes diferentes de poder cognitivo de las series históricas” (*Patarra, op cit., p. 153*). Es así como en la literatura se han planteado alternativas en el manejo del tiempo (duración, configuración de etapas, secuencias, tipos de transiciones o bien configuración de cuestiones específicas para cada etapa), tarea en la que debemos hacer una cuidadosa diferenciación entre exigencias epistémico-metodológicas y aquellas cuestiones relacionadas con el tiempo apriorísticamente exigidas por una determinada teoría.

Sin embargo, el tiempo cumple además la función de ayudar a entender cómo el fenómeno se desenvuelve dada su complejidad, que conjuga su concreción en un momento, con el despliegue que experimenta en una perspectiva longitudinal. Un ejemplo de esta conjugación se puede encontrar en los análisis demográficos preocupados por explicar el crecimiento poblacional, a partir de una declinación de la mortalidad en los estratos de edad más jóvenes, aunado a niveles altos de fecundidad, si tenemos en cuenta que la mortalidad y fecundidad



están asociadas con temporalidades diferentes. Es la articulación entre estas temporalidades la que nos permite acercarnos a lo que hemos llamado constitución del fenómeno (en este caso del crecimiento poblacional), en base de componer sus dinámicas heterogéneas sin limitarnos a la simple comparación entre dos variables con sus respectivos valores.

En efecto, la realidad no se aprehende aislando un fenómeno de otro fenómeno, sino más bien en su entrecruzamiento, lo que supone manejar simultáneamente distintas temporalidades y espacios. Nos encontramos con desafíos de esta naturaleza *constantemente*, como cuando se afirma que “es útil... distinguir entre los efectos directos y en general de corto tiempo de los cambios económicos en las variables demográficas, de una parte, y la asociación, generalmente indirecta, en el largo plazo, entre condiciones económicas y demográficas, de otra parte”. (*Hill y Palloni, 1992*). De lo que se trata es de incorporar al análisis la relación entre procesos sometidos a diferentes temporalidades, en la medida en que conforman una realidad compleja; lo que nos plantea un problema en cuanto al recorte temporal. A pesar de la conformación de momentos susceptibles de ser comparados, esta comparación no siempre permite reconstruir la dinámica del fenómeno. Para ello, el recorte de la dinámica supone tener que reconocer la exigencia, tanto de la concreción del fenómeno en un momento, como la de su despliegue transcuyuntural. Resulta claro que la inclusión de temporalidades diferentes plantea una cuestión de mediaciones entre fenómenos.

Como ilustraciones de la presencia no siempre reconocida de las mediaciones, podríamos señalar que “la asociación en el largo plazo refleja el impacto de las condiciones económicas sobre los parámetros demográficos *mediado* (subrayado nuestro) por otras variables, tales como inversión en educación o salud, y a la inversa, el impacto de las variables demográficas sobre las condiciones económicas a través de la densidad de

población, cambios tecnológicos...” (Hill y Palloni, *op.cit.*, p. 411).

Pero además de que la mediación expresa una complejidad interna a la relación entre fenómenos, también es manifestación de su historicidad. En efecto, “las evidencias que apoyan la respuesta demográfica sistemática a los ciclos económicos tiene validez solamente para los países occidentales y Europa del Norte... Para América Latina no hay estudios que apoyen la respuesta de la población a las crisis económicas en el siglo 19 y los inicios del 20” (Hill y Palloni, *op. cit.*, p. 412). Lo que sostenemos es que las mediaciones no se pueden manejar dentro de los límites de la lógica de las variables intervinientes, ya que las mediaciones se transforman en componentes de una forma de razonamiento inclusiva de niveles y momentos (coyuntura/periodo, estructuras/prácticas sociales).

El problema fundamental en el manejo del tiempo, en relación con la dinámica del fenómeno, es poder penetrar en el proceso constitutivo mismo de aquél; esto es, donde no se limite la observación a su descripción según la lógica antecedente-producto, sino que se proyecte más allá de esta condición en el eventual carácter producente del fenómeno. Es lo que exige concebir a la dinámica de una manera compleja.

La dinámica en el análisis demográfico está fuertemente asociada a criterios de rapidez y magnitud del cambio, en la medida en que las variables claves de la dinámica demográfica son fecundidad, mortalidad y migración. Por esto mismo se exige una mayor cualificación del proceso de cambio, no solamente comprenderlo como un transcurrir, sino como un proceso de especificación histórica constante del fenómeno.

Un ejemplo de lo anterior puede encontrarse en la propia demografía cuando al abordar el estudio de “las transiciones de la fecundidad y la mortalidad en relación con la urbanización”, se observan “transiciones diferenciales entre subpoblaciones con distinto grado de urbanización” y que “las migraciones juegan un papel clave” (Lattes, 1993). El argu-

mento se circunscribe todavía a los límites de “las variables claves de la dinámica demográfica: fecundidad, mortalidad y migración...” (*Heredia y Díaz, 1993*) no obstante, se agrega: “ocurre que las migraciones experimentan cambios: las migraciones siempre estuvieron relacionadas con la industrialización y la urbanización (...) pero hoy observamos desindustrialización y desconcentración de población de las grandes ciudades (...) Hasta hace poco predominaban movimientos de tipo permanente, mientras que hoy se observa el surgimiento de una gama creciente de nuevos movimientos semi-permanentes, de corta duración, que se denominan de “circulación”, con lo que se modifica la composición de las subpoblaciones haciendo más difícil el análisis de los cambios de fecundidad, la mortalidad y otros fenómenos demográficos” (*Lattes, op.cit., p. 217*). Es lo que llamamos procesos de especificación histórica.

¿Cómo entender lo cualitativo? Entendemos por cualitativo la conjugación entre la dimensión de concreción, en un momento, con la dimensión longitudinal, o de despliegue del fenómeno, conjugación donde se manifiesta la articulación entre dinámicas en las que consiste el fenómeno. Ello se expresa en que el fenómeno A se especifica en términos de (a,b,c), considerando su despliegue, el que está indeterminado en su dirección, a menos que lo teorizamos apriorísticamente. En el marco de este argumento, la contradicción cumple el papel de expresar la posibilidad de concreción del movimiento, mientras que la mediación es la concreción misma según determinadas coordenadas de tiempo y espacio. Por eso se refiere necesariamente a lo constitutivo del fenómeno.

### ***Articulación y recorte del problema***

El papel que cumple la articulación consiste en abordar el requisito de la especificidad, partiendo del propio recorte del problema, mediante la incorporación del contexto. El punto básico a este respecto es cómo trabajar con la naturaleza de las

mediaciones, a través de las cuales se concretan las relaciones del fenómeno con el contexto y de éste con el fenómeno.

El papel de las mediaciones es no perder la especificidad del fenómeno reconociendo su articulación, la cual es parte del recorte mismo del fenómeno de estudio. La pérdida de la especificidad lleva a insuficiencias teóricas, o bien a generalizaciones falaces <sup>2</sup>

Desde esta perspectiva, la inclusión de las mediaciones plantea la necesidad de un recorte articulado que conforme la base desde la que se pueda organizar la primera aprehensión del fenómeno, para transformarlo en un objeto teórico. Lo dicho es congruente con lo que más arriba decíamos acerca de la situación del fenómeno de estudio, que se traducía en su articulabilidad, y con el contexto propiamente tal, que se manifestaba en el carácter de necesidad que asume el fenómeno como objeto de estudio. La necesidad histórico-contextual subyace a la articulabilidad como exigencia epistémico-metodológica.

Una consecuencia de lo anterior es que la determinación del objeto "teorizable" tenga que llegar a considerar planos heterogéneos de realidad, sin que ello signifique negar que se trata de un objeto de estudio particular (en ningún caso total).

Con lo dicho aludimos a un problema que debe ser abordado y resuelto metodológicamente, pero que antes requiere ser planteado y aclarado en el terreno epistémico. Como se ha observado, "asociar dos procesos dinámicos, variables y con

2 Así, por ejemplo, "la interpretación del descenso de fecundidad al nivel provincial, que presentan los niveles y cambios de la fecundidad como variables dependientes..., no han sido siempre exitosas..." Se ha explicado este éxito incompleto por la insuficiencia de las variables explicativas y la existencia de algunas variables culturales no bien definidas y no incluidas en el modelo (Subrayado nuestro) (Livi-Bacci, *op.cit.*, p. 18). O bien, cada vez más en los estudios sobre la transición demográfica "con mayor preeminencia sobresale la importancia de variables culturales e ideológicas que determinan la especificidad del cambio - sobre todo de mentalidad - que significa la limitación de nacimientos" (J. Gómez de León, *op.cit.* p. 56).

determinación histórica propia, como el proceso de industrialización y el de los riesgos de muerte, no es fácil y, objetivamente, no se dispone de los indicadores ni de la metodología adecuada para hacerlo” (García, 1993). Problema que obliga a no definir un fenómeno con prescindencia de la exigencia de articulación, pues en ella descansa *la misma realidad del fenómeno*. En efecto, muchas veces éste queda postergado en su estudio por privilegiarse dimensiones situadas en distintos planos, los cuales son analizados separadamente, en tanto terminan por conceptualizarse como fenómenos y no como dimensiones constitutivas de un mismo fenómeno. Donde la ausencia de esta articulación se muestra también de manera muy clara es en el caso de las relaciones macro-micro sociales; problemática muy relevante para la construcción del conocimiento, en razón de que es posible pensar que en estas relaciones se oculta la problemática de los dinamismos constitutivos de lo social, (en particular la relación entre producto y productor), ya que es posible reconocer mejor a lo constituyente desde el plano de lo micro-social.

Las insuficiencias analíticas en esta dirección son grandes. “Tenemos... una aproximación aceptable a los componentes macro-demográficos de los grandes cambios socio-económicos experimentados por América Latina en los últimos dos siglos. Ignoramos notoriamente, en cambio, los micro fundamentos de esta gran transformación” (Pérez Brignoles, *op.cit.* p. 16). Con lo que el conocimiento corre el riesgo de limitarse a dar cuenta de grandes productos históricos, pero sin llegar a profundizar en sus dinamismos constituyentes, que son, en última instancia, los que sirven de base para transformar al conocimiento en proposiciones de acción sobre las problemáticas que ha descrito o explicado.

Lo anterior puede observarse muy claramente en el estudio de tendencias para verlas no sólo como expresiones de un producto, sino también en su mismo proceso constitutivo interno, contradictorio y heterogéneo, en el que se aprecia una

articulación de niveles micro y macro sociales. Por ejemplo, en el caso de la mortalidad, “el considerable rango de variación entre períodos de crisis y épocas de bienestar, tenía que ver *con la interacción entre diferenciales socio-económicos y ecológicos, en un contexto de impacto cíclico de las epidemias y las pérdidas de cosechas originadas en cambios climáticos y plagas*” (subrayado nuestro). (Pérez Brignoles, *op. cit.*, p. 13)

Si tratáramos de encontrar una formulación que sintetizara el argumento expuesto, podríamos decir que el movimiento de la realidad sociohistórica no se puede comprender estrictamente en función de coordenadas predeterminadas de tiempo y espacio, sino como creador de parámetros, tanto en la perspectiva del recorte propio del momento como en la del recorte longitudinal. Esto es, desde la exigencia de presente así como desde la potencialidad de su despliegue.

### ***Función metodológica de la mediación***

La idea constitutiva del movimiento obliga a subordinar cualquier exigencia teórica a la historicidad de los procesos; es decir, a considerar los modos de concreción en los diferentes momentos a lo largo de su desenvolvimiento temporal. Consideraciones cuya verdadera relevancia se aprecia en la problemática asociada con la construcción del objeto, ya que se traduce en que la delimitación del objeto incorpora la exigencia de transformaciones en articulaciones sucesivas. Lo que tiene consecuencias sobre la explicación, por cuanto esto debe considerar incorporar a las mediaciones a través de las cuales el objeto está dando cuenta del fenómeno.

La exigencia de las transformaciones en articulaciones sucesivas plantea problemas en relación con los esquemas conceptuales. ¿Se pueden, en verdad, tratar los distintos momentos del proceso con los mismos esquemas conceptuales? O, por el contrario, ¿“Cada etapa deberá ser pensada como envuelta en un conjunto distinto de dimensiones explicativas,

desde las determinaciones más próximas, pasando por las instancias mediadoras,... hasta el esfuerzo globalizante de su articulación en el movimiento demográfico con dinamismo macro-social”? (Patarra, *op.cit.*, p. 157).

Una implicación adicional de lo afirmado es que estas transformaciones están reflejando de qué manera el problema se manifiesta en distintos objetos, los que no son sino manifestación de una mayor problematización del problema inicial. Las sucesivas articulaciones problematizan al problema en sucesivos objetos de estudio, mediante la inclusión de distintas mediaciones que lo determinan en la realidad concreta de su fenomenología, la cual se despliega en distintos planos con sus respectivos tiempos y espacios.

En este sentido, podemos citar lo que se ha advertido sobre el camino recorrido por los análisis de fecundidad. “Se partió del objeto de la reproducción de las relaciones sociales, en una secuencia encadenada de articulaciones teóricas que conducían, al límite, a la necesidad de construcción de una teoría general de la dinámica de la sociedad latinoamericana..., antes de poder avanzar en la explicación del fenómeno en cuestión, esto es, la fecundidad diferencial predominante en aquel momento”. (Patarra, *op.cit.*, p. 160).

Lo que cabría observar es que ese recorrido no se puede leer teóricamente, pues ello da lugar a una suerte de disolución del objeto, especialmente si se piensa desde los límites de la disciplina (v.gr: el autor correría el riesgo de perder sus caracteres y su núcleo específico). De lo que se trata es de entender que el problema *se puede especificar en función de distintas articulaciones* (subrayado nuestro) (de planos o niveles y momentos); por lo tanto, no se trata de crear teorías inclusivas hasta llegar a una formulación general, pero en la que se ha perdido la relación con el problema inicial. Por el contrario, la cuestión a que nos referimos tiene que ver con la construcción del objeto el que, a pesar de sus articulaciones más complejas, en un mismo momento o en una secuencia, nunca es un objeto total

(como ya antes lo hemos señalado), sino siempre particular. Pues la complejidad del objeto no puede confundirse con objetos totales omnicomprensivos. Es en relación con esta complejidad que las mediaciones cumplen la función de contribuir a la especificidad histórica del problema.

Desde esta perspectiva, el objeto, y por ello la propia explicación, debe tomar en cuenta que no puede ser estrictamente función de coordenadas tiempo-espaciales, sino de una concreción que, sin perjuicio de tener lugar en determinado tiempo/espacio, crea su temporalidad y su propia espacialidad, de acuerdo con su despliegue longitudinal. En efecto, concreción y despliegue son dimensiones de lo objetivo y, por consiguiente, son parámetros de la construcción del objeto y de su apropiación racional (explicación, comprensión, descripción, etc.), ya que, como tales, definen un tiempo y un espacio. La concreción es tiempo como momento y espacio como coyuntura, mientras que en el despliegue el tiempo es ritmo y el espacio es espacialidad; es decir, contorno.

### *Mediación y variable*

Si la mediación expresa la necesidad de la concreción/despliegue, esta necesidad se refiere tanto a la reproducción de procesos como a sus discontinuidades. No se trata de reducir las mediaciones a la lógica de la variable interviniente, sino de transformarlas en una forma de razonamiento inclusiva de planos y de momentos, que permita diferenciar entre lo que es simple reproducción de un fenómeno, de su discontinuidad.

Las mediaciones, al contribuir a especificar relaciones, también permiten que se desencadenen o descontinúen procesos. En efecto, ¿qué pasa con la relación entre condiciones económicas y mortalidad? Si los factores que ejercen un papel importante en el comportamiento de la mortalidad son otros que los económicos, en razón de que existe un divorcio total entre condiciones favorables para la salud y la muerte como negación



de ésta. ¿Qué media entre crecimiento económico y mortalidad?, ¿qué procesos se generan a partir del crecimiento económico que influyen sobre la mortalidad de la población?, o ¿qué se asocia con el comportamiento de la mortalidad que, en cierto grado, la autonomiza de las condiciones económicas?, etcétera.

Esta lógica de razonamiento obliga a repensar los límites del análisis de variables (por agregación o desagregación) o, por lo menos, a considerar entre ellas la presencia de relaciones mediadas. Estas consisten en una cualificación de la relación considerando el tiempo, pero también la complejidad interna de los factores que concurren a determinar la relación. Por lo tanto, no se trata simplemente de incorporar más variables intervinientes en el marco de la relación entre variables, sino de comprender *cómo la relación se va constituyendo de conformidad con la complejidad interna de los factores relacionados*. La relación entre variables, sujeta a la lógica de productos (esto es, su cristalización en coeficientes para determinados indicadores), *queda subordinada a la lógica del producente* que, al poder seguir reconociendo al indicador como base de relaciones, *distingue entre valor numérico y su significado*, de acuerdo con el contexto que cumple la función de campo semántico en cuanto exigir resignificaciones. La cuestión de fondo es plantear *las modalidades que puede asumir la relación entre indicador e indicatum*: i) si es función estricta de la exigencia de concreción; ii) si es función de la exigencia de despliegue; o bien, iii) si es función de una conjugación entre ambas exigencias epistémico-metodológicas. Pero además, si el indicador conforma un simple *punto de relación* en que se concibe que han cristalizado ciertos procesos; o bien, si los indicadores son un *punto de articulación* en tanto conforman universos semánticos con límites definidos y excluyentes; o, por último, que conformen universos semánticos cuyos límites se abren a otros universos semánticos; esto es, que no estén reducidos, como en el caso anterior, a la delimitación sino que incluyan a lo indeterminado. Todo lo cual tiene implicaciones

sobre la construcción de indicadores y las inferencias que se puedan derivar de ellas a manera de conclusiones teóricas.

## Obras consultadas

Benítez Zenteno, Raúl. "Visión latinoamericana de la transición demográfica. Dinámica de la población y práctica política." En : *IV Conferencia Latinoamericana de Población: La transición demográfica en América Latina y el Caribe*. México, INEGI-IISUNAM. 1993, Vol. I, Primera Parte. pp. 29-53.

Bravo, Jorge. "Economic Crises and Mortality: Short and Medium-Terms Changes in Latin America." En: *El poblamiento de las Américas*. Veracruz, México, IUSSP-UIESP-ABEP-FCD-PAA-PROLAP-SOMEDE, 1992. Vol. III. pp. 439-456.

García, Carlos. "Mortalidad, crisis económica y costo de vida: análisis de coyunturas socio-demográficas." En: *Lecturas de Economía*. Medellín, Colombia, 1993. Vol. 38. pp. 120-146.

Gómez de León, José. "Consideraciones sobre la transición demográfica en Europa y América Latina". Comentarios Plenaria I. En: *IV Conferencia Latinoamericana de Población: La transición demográfica en América Latina y el Caribe*. México, INEGI-IISUNAM, 1993. Primera Parte. Vol. I. pp.54-59.

Hareven, Tamara K. "Continuity and Change in American Families and the Life Course." En: *El poblamiento de las Américas*. Veracruz, México. IUSSP-UIESP-ABEP-FCD-PAA-PROLAP-SOMEDE, 1992. Vol. II. pp. 7-40

Heredia, Rodolfo y Luz M. Díaz. "Implicaciones actuales y futuras de los cambios demográficos." En: *IV Conferencia Latinoamericana de Población: la transición demográfica en América Latina y el Caribe*. Veracruz, México, INEGI-IISUNAM. 1993. Primera Parte. Vol. I. pp.225-270.

Hill, Kenneth y Alberto Palloni. "Demographic Responses to Economic Shocks: the Case of Latin America". En: *El poblamiento de las Américas*. Veracruz, México, IUSSP-UIESP-ABEP-FCD-PAA-PROLAP-SOMEDE., 1992. Vol. III. pp. 411-437.

Lattes, Alfredo E. "Desarrollo, migración y transición demográfica en Argentina." En: *IV Conferencia Latinoamericana de Población: La transición demográfica en América Latina y el Caribe*. México, INEGI-IISUNAM, 1993. Vol. II. pp. 207-221.

Livi-Bacci, Massimo. "Notas sobre la transición demográfica en Europa y América Latina." En: *IV Conferencia Latinoamericana de Población: La transición demográfica en América Latina y el Caribe*. México, INEGI-IISUNAM, 1993. Primera Parte. Vol. I. pp.13-28.

Patarra, Neide: "Transção Demografica. Novas evidencias, velhos desafios." En: *IV Conferencia Latinoamericana de Población: La transición demográfica en América Latina y el Caribe*. México, INEGI-IISUNAM, 1993. Primera Parte. Vol. I. pp.151-166.

Pérez-Brignoles, Héctor. "América Latina en la transición demográfica, 1800-1980." En: *IV Conferencia Latinoamericana de Población: La transición demográfica en América Latina y el Caribe*. México, INEGI-IISUNAM, 1993. Primera Parte. Vol. I. pp.63-92.

Samaniego, Carlos. "Ajuste estructural, transición demográfica y desarrollo económico en America Latina." En: *IV Conferencia Latinoamericana de Población: La transición demográfica en América Latina y el Caribe*. México, INEGI-IISUNAM, 1993. Vol. II. pp. 381-396.

## II. LA PRÁCTICA DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA RELACIÓN ENTRE REPRODUCCIÓN Y SALUD: APUNTES PARA SU ANÁLISIS

*Juan Guillermo Figueroa Perea \**

### **Introducción**

Este trabajo pretende mostrar algunos elementos relevantes de una vertiente de investigación centrada en la relación “reproducción y salud” desde una perspectiva de derechos humanos. Se distingue de las visiones demográfica y médica porque no busca constatar la magnitud de las relaciones entre componentes de los patrones reproductivos y aspectos de la salud de la madre y del hijo, sino que asume tal conocimiento y reconoce la intención de analizar los procedimientos seguidos por programas gubernamentales al intervenir en la reproducción, para mejorar la salud.

Este artículo es parte de un proceso de investigación más amplio en el cual se han venido documentando diferentes aspectos de la práctica de los derechos reproductivos en su vinculación con las instituciones responsables de los programas de planificación familiar <sup>1</sup>.

Dichos programas han sido justificados en buena medida para reducir la morbi-mortalidad materna e infantil, si bien existe también un interés demográfico por alcanzar cierto equilibrio entre la dinámica demográfica y el crecimiento social y económico.

\* Profesor-investigador de El Colegio de México. En el momento en que se presentó este trabajo era Director de Investigación de la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud .

1 Por ello se dan por conocidas muchas de las situaciones sobre las cuales se construye la reflexión de este trabajo. No obstante, se hace un pequeño recuento de algunos trabajos que hemos realizado y que son el antecedente obligado de este ensayo.

En un inicio, este proceso de investigación incluyó análisis específicos sobre el ofrecimiento de los servicios alrededor de dos de los métodos anticonceptivos más utilizados por la población mexicana: los métodos hormonales y los definitivos. Ello permitió identificar importantes limitantes en las prácticas institucionales, además de caracterizar esta experiencia de acuerdo a diferentes grupos de la población. Al mismo tiempo sugirió la necesidad de indagar las causas por las cuales se daban las irregularidades encontradas, entre las que se mencionaba una falta de capacitación, pero también ambivalencias y contradicciones en las prioridades que reconocen los trabajadores de las instituciones de salud, al ofrecer sus servicios. Aparecieron diferencias al ofrecer el servicio dependiendo del grupo social de pertenencia de la población, lo cual ponía en entredicho el respeto a la persona en cuanto ser humano; paralelamente fue posible documentar procesos unilaterales de toma de decisiones por parte de los propios prestadores de servicios, particularmente en detrimento de ciertos grupos poblacionales (*Figuroa y Palma, 1986 y Figuroa, 1990*).

En un segundo momento, el análisis incursionó en un cuestionamiento más amplio referente al por qué, a pesar de la riqueza y complejidad de los programas de planificación familiar, fueron encargados en particular a las instituciones de salud; además se destacó el tipo de conflictos que surgen cuando los trabajadores de dichas instituciones privilegian criterios de evaluación institucional, como son la productividad de usuarias de los métodos, pese a la existencia de una normatividad que pretende asegurar la calidad del servicio. Ello pone en riesgo el respeto a los derechos humanos de los usuarios de tales instituciones, por privilegiar las búsquedas de las políticas y programas, incluso descuidando los procedimientos previamente normados. En ese momento se mencionó la necesidad de desmitificar el papel de los prestadores de servicios, de responsabilizar a la población en la vigilancia del quehacer institucional y en el cuidado de su propia salud, a la vez que se

comentó la necesidad de enriquecer los criterios de evaluación de los programas, con el propósito de no desvirtuar la búsqueda de los mismos. Se reconoció el carácter político del estudio sobre las relaciones entre reproducción y salud en el contexto mexicano, con el fin de dimensionar el tipo de discusiones que debían generarse en este ámbito (*Figueroa, 1991*).

En un tercer momento se trató de incorporar directamente la dimensión de los derechos humanos a esta reflexión, tratando de analizar el significado de las irregularidades encontradas bajo esta óptica; por ejemplo, en términos del no respeto a las decisiones de las personas esterilizadas, en los casos en que al parecer no habían sido tomadas en cuenta o bien, que se les brindó información fragmentada para incidir sobre sus decisiones. Al mismo tiempo se incursionó en el discurso que se maneja en los programas para tratar de justificar su búsqueda de satisfacción de las necesidades de la población, con lo que se hicieron evidentes los posibles desfases y ambivalencias de la relación entre población y prestadores de servicios de salud (*Figueroa y Aguilar, 1992; Figueroa, 1992 y Figueroa et al., 1992*). Ello confirmó la necesidad de reconceptuar el papel de las instituciones de salud en los procesos reproductivos.

Para ello se procedió a analizar algunos elementos de la normatividad de los programas de planificación familiar, con el propósito de conocer en qué medida recuperan la diversidad y las características socioculturales de la población que pretenden atender (*Figueroa y Bañuelos, 1993*). Adicionalmente, se realizó un ejercicio de análisis de los derechos reproductivos, a partir de la lógica del conflicto entre los personajes que interactúan en los programas de planificación familiar con el propósito de participar en la construcción social del concepto de derechos humanos aplicados al ámbito de la reproducción, en su relación con las instituciones de salud (*Figueroa, Aguilar e Hita, 1994*). En este proceso, el modo como se definen, instrumentan y evalúan las políticas de población y salud y los programas asociados a las mismas, apareció como un compo-

nente fundamental para la posibilidad de ejercer los derechos reproductivos.

A lo largo de los últimos meses se llevó a cabo un análisis centrado en las instituciones de salud, para ver cómo es posible imaginarse el ejercicio de los derechos reproductivos dentro de esas instituciones, ya que una de las grandes críticas a los programas que han pretendido incidir sobre la reproducción ha sido su medicalización (*Tuirán, 1988, Figueroa, 1991 y Cervantes, 1993*). En este caso se superó el análisis de personajes que interactúan, para proceder a la revisión de los procesos donde se involucran dichos personajes; a través de ellos se reconocieron importantes posibilidades de mejorar su interacción, si bien se insistió en la necesidad de buscar que no sean las instituciones de salud las únicas responsables de asegurar el carácter libre en los espacios de decisiones reproductivas de la población (*Figueroa, 1993*).

Este trabajo fue antecedido por la presentación en un Taller Nacional del Programa de Planificación Familiar y por un trabajo sobre “derechos y responsabilidades reproductivas en el espacio de la práctica médica” (*Figueroa, 1993a y 1993b*). En ellos se hace un análisis del tipo de debate nacional e internacional que tuvo lugar como preparación para las conferencias internacionales sobre derechos humanos, población y desarrollo y sobre la mujer, a celebrarse entre 1993 y 1995. Se revisaron algunas de las propuestas formuladas para repensar las políticas de población y salud, así como los programas de planificación familiar, con el fin de asegurar los derechos reproductivos, como uno de los temas más relevantes dentro de estos eventos. Se constató la necesidad de repensar, documentar y evaluar la relación de la población con las instituciones de salud y con sus trabajadores. En ambos artículos se destacan aspectos sobre el carácter conflictivo de la interacción entre población e instituciones de salud y se especifican propuestas para depurar su accionar e interactuar, en muchas de las cuales



subyace una inquietud por asegurar el respeto a los derechos humanos.

A lo largo de este proceso de investigación ha surgido como una constante el planteamiento de que, los criterios de evaluación de las instituciones de salud, han influido poderosamente en el deber ser que orienta las relaciones en el espacio de la reproducción entre trabajadores de la salud y población; por lo mismo, tales criterios constituyen un factor importante como condicionante del ejercicio de los derechos reproductivos en ese espacio. Dicha construcción operativa del “deber ser” se ha caracterizado por una sobresimplificación del proceso reproductivo al identificarlo con la medición de la fecundidad, y a la interpretación de la misma en función de medir la aceptación del uso de anticonceptivos, sin recuperar la complejidad de los procesos sociales, individuales y familiares; ello se vuelve más complejo por el proceso de medicalización de la reproducción y la salud, por las relaciones autoritarias predominantes en el ámbito de las instituciones de salud (*Illich, 1987; Tuirán, 1988; Figueroa, 1991; Cervantes, 1993*).

Trabajos diferentes a los aquí referidos concluyen que es necesario imaginarse nuevas formas de evaluar que sean acordes con la riqueza del discurso plasmado en políticas, leyes y programas de población, salud y planificación familiar en nuestro país; ello coincide con el momento actual en que se están utilizando dos nuevos conceptos: uno para repensar las relaciones entre reproducción y salud, y el otro para recuperar de una manera explícita los derechos humanos en el espacio de la reproducción: me refiero a la salud y a los derechos reproductivos.

A partir de este proceso de investigación surge la necesidad de hacer una propuesta específica para abundar más sobre el tema; en este ensayo se presenta un primer ejercicio que apunta algunas de las vertientes que podrían recuperarse para mejorar la búsqueda sobre el tema, con una inquietud constante sobre los derechos humanos (en especial los reproductivos) y toman-

do como referencia algunos de los vicios en el ejercicio de las políticas y programas institucionales, vinculados con la práctica de los derechos en el ámbito de la reproducción y de la salud.

### **Antecedentes**

En el caso de México al mismo tiempo que se cambió el Artículo 4o. de la Constitución para reconocer como una garantía individual el derecho a decidir sobre la reproducción, se oficializaron los programas de planificación familiar y se argumentó que era una responsabilidad gubernamental intervenir en el ámbito de la planificación familiar para beneficio de la población. Desde un principio eran procesos paralelos potencialmente conflictivos, ya que se cambiaron las normas institucionales respecto a la reproducción y se buscó intervenir de manera deliberada sobre ella, inmediatamente después de reconocer a nivel constitucional el derecho a decidir sobre este ámbito; en ese sentido importa ver cuáles han sido los procedimientos de dicha intervención <sup>2</sup>.

Según la literatura médica y de otras disciplinas existen ciertos componentes de los patrones reproductivos, la paridad, la edad de la mujer al tener a los hijos, la longitud de los intervalos intergenésicos e incluso la velocidad reproductiva, que pueden poner en riesgo la salud de la madre y del hijo y, en algunos casos, la mortalidad puede estar latente como uno de los riesgos en cuestión. Una de nuestras hipótesis es que en los programas institucionales se tiende a dar por obvia esta relación y por ello se justifica la intervención masiva sobre dicha reproducción, ya que pareciera que cualquier intervención beneficia automáticamente a la salud; lo que a veces no se plasma en la discusión es que esa mejoría en la salud tiene sus

2 Para tales propósitos puede consultarse *Cervantes, 1993* y *Figueroa, Aguilar e Hita, 1994*

límites, además de que existe otra diversidad de condicionantes sociales y económicos. Poco se discute en la planeación institucional que dicha reproducción es un objeto de decisiones libres por parte de las personas, más que un mero objeto de tratamiento e intervención, y que ello está basado tanto en un artículo constitucional como en una gran cantidad de declaraciones sobre derechos a nivel internacional (*Freedman e Isaacs, 1993*).

El concepto de derechos reproductivos propone algunos aspectos análogos al Artículo 4o. constitucional, en términos de tener el derecho a decidir libremente sobre la reproducción, si bien el concepto es más rico al hacer referencia a la necesidad de que existan las condiciones sociales, institucionales, estructurales y de relaciones de pareja para que dichas decisiones tengan sentido. Cuando se piensa en asegurar dichas condiciones no se trata únicamente de los beneficios sociales y de otros derechos humanos como lo pueden ser la vivienda, la alimentación, la educación y la salud, sino que incluye la necesidad de las relaciones equitativas entre los géneros; es decir, el derecho de toda persona (mujeres y varones) a tomar decisiones sobre aspectos reproductivos, y sobre los diferentes ámbitos de la vida cotidiana (*Azzolini, 1993; Cook y Plata, 1993; Correa y Petchesky, 1994; Lamas, 1994*).

Sin embargo, cuando las normas institucionales que pretenden influir sobre el espacio de los derechos a la reproducción y a la salud se incorporan a la lógica de las instituciones, caen en un terreno de relaciones autoritarias entre prestadores de servicios y población y se enfrentan a un ámbito con una jerarquía establecida y pocas veces cuestionada (*Bianco, 1991; Menéndez, 1992; Sherwin, 1992; Cervantes, 1993; Castro y Bronfman, 1993*). Lo que genera es que la reproducción y la salud se medicalizan, se vuelven padecimientos o riesgos a la salud “que deben ser combatidos por las autoridades en la materia” llámese médicos, como prototipo de los prestadores de servicios de salud (*Illich 1987, Figueroa 1991*).

Los conflictos latentes confirman la necesidad de los derechos humanos, con la inquietud de indagar cómo proceden los prestadores de servicios de salud para transformar el proceso reproductivo de la población, suponiendo que quieren asegurar los derechos de cada persona a decidir sobre el tema. ¿Cómo lo hacen en un contexto donde las personas no tienen asegurado el acceso a ciertos derechos humanos básicos que se requieren como condiciones para decidir sobre la reproducción?, ¿cómo lo hacen en un contexto de relaciones inequitativas de género, donde las mujeres tienen importantes obstáculos para tomar decisiones sobre su reproducción y donde además siguen siendo las principales responsables de resolver 'las cuestiones reproductivas'? Los artículos citados en el primer apartado documentan opiniones y referencias empíricas que muestran las contradicciones que se observan en la práctica institucional.

El problema que enfrentan los prestadores de servicios de salud es la tendencia a sobresimplificar el proceso reproductivo, medicalizándolo como mecanismo de defensa ante su complejidad multicausal; ya que si además necesitan mostrar resultados en un corto plazo, recurren a la autoridad social que se le reconoce a la práctica médica en muchos otros ámbitos de la salud. Incorporar la dinámica de la reproducción a una práctica donde la persona con quien se relaciona lo obedezca como el conocedor del tema. Ello no es falso, pero tiene sus límites y debe ubicarse en un contexto específico, ya que de no ser así es difícil asegurar un proceso donde las personas se comprometan con libertad en su espacio reproductivo. La situación se vuelve más compleja cuando la formación y capacitación de dichos prestadores de servicios no incorpora, como algo relevante, la discusión sobre derechos humanos.

Para entender la práctica de los derechos humanos se proponen al menos cuatro dimensiones que no son excluyentes entre sí: la ética, la jurídica, la política y la social. Creemos que (a) si se aseguraran los principios éticos de justicia, libertad y beneficencia (*Macklin, 1990; Cook, 1994; United Nations,*

1994), (b) si existieran —fueran conocidas y aceptadas por la población— las instancias legales para demandar el cumplimiento de las garantías individuales reconocidas en el nivel constitucional, en tanto formalización de ciertas dimensiones de la ciudadanía; (c) si se alcanzaran los mínimos de bienestar reconocidos a través de programas institucionales y de políticas públicas, y documentados como condiciones para el ejercicio de los derechos reproductivos (*Lamas, 1994; Azzolini, 1993; Dütting, 1993; Pérez Duarte, 1993; Figueroa, 1994*), y (d) si se asegurara la equidad de género y de grupos sociales, las decisiones sobre la reproducción no necesitarían de normas rígidas y menos definidas unilateralmente por las instancias gubernamentales. Sería mínima la normatividad alrededor de la reproducción, y ello simplemente con el propósito de asegurar la negociación social de las libertades individuales.

En la práctica ello no ocurre, ya que las instituciones de salud pretenden establecer límites a la práctica reproductiva de la población, asumiendo que al presionar las libertades individuales se asegura la responsabilidad en las decisiones reproductivas, sin reconsiderar el alcance de sus actividades y la participación de otras instancias sociales en la conformación de un contexto favorable para tales propósitos. Al parecer las políticas públicas han tratado de normar la reproducción a través de sus programas de planificación familiar, puesto que no han sido capaces de asegurar las condiciones mínimas para decidir sobre la reproducción. Siguen indefinidos los espacios de intervención de las instituciones de salud, lo que dificulta el ejercicio de los derechos reproductivos.

Con este panorama hemos estado buscando procesos de investigación que permitan desmedicalizar y desinstitucionalizar la reproducción y la salud, y que incursionen en la lógica de los procesos de atención en salud de las instituciones, con el fin de identificar formas alternativas para la práctica de los derechos humanos. El problema al que nos enfrentamos es la “cultura de la salud institucionalizada”.

### **La cultura de la salud institucionalizada**<sup>3</sup>

La definición del papel de los prestadores de servicios de salud, y sus niveles de responsabilidad dentro de los programas de planificación familiar, ha sido tarea de las instituciones de salud más que de las universidades, que son las partícipes y principales encargadas de su formación curricular original. Dichas instituciones académicas no han acabado de incorporar dentro de sus programas el componente de planificación familiar en parte, quizá, por un menosprecio, académicamente hablando, de los temas incluidos en él y, en parte, porque desde un principio las instituciones de salud definieron programas de capacitación, tanto para las personas que iban ingresando a las mismas, como para el personal que trabajaba en ellas. El cambio en la política de población y con ello en los programas de planificación familiar definió la revisión de lo permitido en este ámbito, así como lo que debía ser promovido, por la búsqueda de objetivos específicos.

Esta capacitación tiene un matiz muy especial, porque la ofrece la misma institución que contrata, que está comprometida a alcanzar metas en este ámbito, y que, por lo mismo, define procesos de supervisión y evaluación a partir de sus propios compromisos. No es una formación que de entrada fomente la discusión crítica sobre los supuestos de la búsqueda —como puede hacerlo una instancia académica— sino que es una formación que parece más dirección y entrenamiento para “algo que se debe hacer”. Parece un proceso de conocimiento de las responsabilidades en cuanto se acepta un trabajo al que se está incorporando, más que la reflexión ordenada, sistemática y crítica sobre algo que se puede cuestionar y poner en entredicho, a partir del propio conocimiento.

3 Adaptado de *Figueroa, 1993*

No es que ello sea imposible, pero el espacio de la capacitación parece dificultarlo, sobre todo cuando los criterios de supervisión se centran básicamente en la identificación de si la persona capacitada hace lo que se le enseñó, al margen de que esté de acuerdo con ello y, además, qué tanto cumple una norma que se centra en habilidades técnicas para el ofrecimiento de métodos, y que deja en un segundo nivel el componente de toma de decisiones de la población. Esta capacitación sigue el esquema tradicional de la práctica médica proscriptiva y prescriptiva, y fomenta las decisiones unilaterales de “los conocedores del tema”.

Debemos señalar que a través de la planificación familiar se está incursionando en el campo de la reproducción de un ser humano, es decir, la reproducción como un dinamismo básico de dicho ser, como la capacidad de trascendencia y como parte fundamental de la definición de la mujer en cuanto a su identidad genérica; por ello resulta obligatoria una conceptualización rigurosa de los procesos en que incursiona el prestador de servicios. Es difícil que ello se alcance con los cursos de capacitación ofrecidos por una institución, que básicamente lo toma como períodos de entrenamiento para ofrecer métodos anticonceptivos.

La planificación familiar no puede ser vista simple y sencillamente como un programa de distribución de anticonceptivos, sino como un proceso sociodemográfico y cultural en el cual incursionan diferentes tipos de condicionantes. Por lo anterior, la planificación familiar requiere de una serie de propuestas específicas de índole sociológica, antropológica, médica y psicológica. Esta combinación le permitiría a los prestadores de servicios ubicar el conjunto de actividades incluidas en el concepto de planificación familiar, dentro del contexto específico en el cual surgieron dichos programas en nuestro país, los cuales, entre otros aspectos relevantes, formalizaron la capacidad que tiene la población para decidir libre,

responsable e informadamente sobre el número de hijos por tener y cuándo tenerlos.

Esta propuesta no resulta tan sencilla de operacionalizar, si se retoman algunas de las condiciones que son necesarias para que una decisión se considere realmente responsable. Según la propuesta de algunos estudiosos de la ética y del derecho, se requiere de información y conocimiento y, sobre todo, de libertad para decidir sobre las propias opciones, tratando de evitar todo tipo de coacción. Esta clase de planteamientos requiere de una justificación teórica, con fundamentos filosóficos de carácter ético, los cuales regularmente no se incorporan a la lógica del discurso que se propone en las instituciones de salud que contratan a los prestadores de servicios.

Puede afirmarse que las características de la formación curricular definen, en buena medida, la interacción entre la población y los prestadores de servicios, además de los componentes adicionales que le añade la política institucional, en las cuales se desarrolla el trabajo de los prestadores de servicios. Como esta formación no hace ningún énfasis especial en la defensa de los derechos de los usuarios ni de los prestadores de servicios, la relación queda indefinida y sujeta a manipulación por parte del que tenga más poder sobre ella, lo cual regularmente ocurre con los prestadores de servicios de salud, combinado con su lectura de las políticas institucionales. Genera una gran incertidumbre la falta de una reflexión crítica y sistemática que le proporcione al estudio de la planificación familiar, las diferentes herramientas necesarias cuando se incursiona en el conocimiento de un dinamismo básico del ser humano, y cuando éste es incorporado dentro de las actividades de la práctica médica institucional.

Dado que se tienen definidas metas que suponen, de alguna manera, un comportamiento específico de la población y cambios culturales de la misma, el criterio de evaluación puede ocupar un papel importante si logra entender y plasmar la lógica del “quehacer propio del prestador”, a la vez que la lógica de



los procesos reproductivos de la población. Sin embargo, si dicha evaluación se reduce a cuantificar actividades o a medir logros a partir de metas demográficas, el espacio que se presenta resulta conflictivo desde un punto de vista de derechos referidos a la población, a la vez que a los prestadores de servicios. Cuando además las actividades de planificación familiar son objeto de tiempos restringidos para observar resultados, resulta relevante revisar qué tanto los indicadores de evaluación facilitan el accionar de los procesos donde se hayan inmersos los prestadores de servicios y la misma población.

La evaluación de la calidad de los servicios de salud ha constituido una inquietud constante a lo largo de la historia de las instituciones médicas. Su evolución, a grandes rasgos, ha pasado de lo cualitativo a lo cuantitativo, de lo técnico-médico a lo administrativo y de lo clínico a lo epidemiológico. Aunque los programas de planificación familiar no escapan a la tendencia anterior, su nacimiento ha estado ligado a la evaluación cuantitativa, propia de la tradición sociodemográfica en la que se encuentran. Adicionalmente las formas de evaluar tienden cada vez más a adoptar un carácter administrativo, donde las actividades clínicas de análisis, exploración física, correlación clínico-diagnóstica y diagnóstico-terapéutica, así como la prescripción con respeto a las indicaciones y contraindicaciones terapéuticas se sustituye por el número de pláticas, consultas, aceptantes, egresos, intervenciones quirúrgicas y otros indicadores estadístico-administrativos. Por otra parte, los programas han ido incorporando el afán de evaluar y mantener un estrecho control que prioriza el planteamiento de metas y por ende de productividad, confiando en que las metas traducen en forma cuantificable los objetivos de salud, algo a veces bastante difícil de constatar.

Los objetivos en salud y reproducción de los programas constituyen fenómenos complejos multicausales. De ahí que su traducción a unas cuantas acciones, conocidas como metas, acusan un marcado reduccionismo que sobresimplifica el pro-

ceso de la salud-enfermedad y “fetichiza” la relación médico paciente. Tal fenómeno no tendría los efectos desfavorables mencionados, si los emisores de las políticas y el personal normativo de las instituciones de salud, priorizaran el cumplimiento de normas éticas de calidad, oportunidad, equidad y calidez, antes que la cantidad y el costo de las acciones, algo que no siempre sucede. Dada la gran complejidad y multicausalidad de los procesos de salud y reproducción, los alcances de las instituciones médicas se encuentran rebasados por procesos socioeconómicos y culturales más explicativos y muy difíciles de controlar y que determinan, al parecer, el nivel de salud de la población, el comportamiento reproductivo y la propia calidad de los servicios de salud.

En el caso del trabajador de salud, sus acciones están generalmente enfocadas al manejo de eventos morbosos o a la prescripción de métodos anticonceptivos, con lo cual limitan el daño biológico y la fecundidad derivada de factores sociales y económicos. Sin embargo, al no poder participar de manera sustancial en los factores que determinan el comportamiento reproductivo o la enfermedad, su accionar se enfoca a la disminución de la trascendencia tanto de la enfermedad como de la reproducción. Esto hace que el trabajador se enfrente a una realidad frustrante en la que le es difícil participar en forma trascendente y que agota sus esfuerzos hasta desmotivarlo, enajenarlo y ritualizarlo en el cumplimiento de metas, informes y trámites burocráticos. De esta manera la relación interpersonal del médico y su paciente, tan llena de significados biológicos, psicológicos, sociales y humanistas, se fetichiza en estadísticas y recuento de acciones, que poco tienen que ver con la calidad, oportunidad, equidad y calidez de la atención que se puede prestar.

Se desarrolla un proceso de expropiación del conocimiento de la salud y la reproducción, de manera tal que ambas se medicalizan y se da paso a una relación asimétrica entre el médico y su paciente, ya que uno “lo sabe” todo y el otro “lo

ignora". Emerge así el carácter contractual de la relación, cuyo elemento más importante lo constituye la cesión de uno de los derechos más inalienables del ser humano, esto es, la capacidad de autodeterminarse. La relación "médico-paciente" de no estar constreñida en los estrechos márgenes biomédicos a los cuales se le sujeta, constituiría una de las interacciones más subversivas de la realidad social, puesto que la reproducción, la enfermedad y la salud, constituyen los hechos mediante los cuales se expresa dramáticamente la injusticia social, pero también se posibilita su transformación. Considerar esta realidad y evaluar de modo integral la atención en salud equivaldría a superar los enfoques biologicistas del proceso de salud y reproducción, para acceder a la realidad individual, familiar y social subyacente a la auténtica relación "prestador de servicios-población".

No obstante, los enfoques sociales propuestos por la investigación en el campo de la planificación familiar y la idea de recuperar la lectura de los derechos reproductivos como una opción relevante, no han permeado la lectura de la capacitación y evaluación de los programas institucionales de planificación familiar, muy probablemente por la inercia en la que están inmersos los programas de planificación familiar, y por sentir que esas propuestas cuestionan buena parte de la historia de los programas institucionales de planificación familiar en nuestro país.

En este momento se requieren formas innovadoras de evaluación que superen el nivel de los resultados, de los impactos y el listado de actividades, y que privilegien la asimilación de los procesos vitales en el campo de la reproducción, que comprometan a la población y la corresponsabilicen de la dinámica reproductiva, que puedan contextualizar el nivel de responsabilidad de los prestadores de servicios de salud e identificar qué otras instancias tienen que integrarse al proceso de asegurar el ejercicio de los derechos reproductivos, con su dinámica política y social problematizada. Para ello son nece-

sarias las referencias a la educación como ejercicio y práctica de la libertad, pero también asumiendo los riesgos de la libertad, los riesgos de construir con la población un deber ser en la reproducción, para lo cual es indispensable hacer referencia a sistemas de relaciones democráticas, de no subestimar a la población y de no asumir responsabilidades más allá de los propios espacios de decisión.

### **Recuento de algunas búsquedas de investigación**

Con el fin de incursionar en la problemática anteriormente esbozada hemos tratado de documentar cómo interactúan los prestadores de servicios de salud y la población, a propósito de la reproducción de esta última: en un principio pretendíamos entender de qué manera dichos prestadores de servicios habían participado en los cambios reproductivos tan importantes que han ocurrido en la población mexicana, a lo largo de los últimos 20 años; sin embargo, poco a poco ese interés se fue transformando en tratar de entender cómo, a partir de esa gran influencia que se ha pretendido que ejerzan dichos prestadores de servicios, se ejercen los derechos reproductivos de la población. Es decir, dando por hecho que han influido y que los programas y políticas pretenden hacerlos influir cada vez más, tratamos de incursionar en cómo la población vive sus derechos reproductivos con referencia a la población prestadora de servicios de salud, que está particularmente interesada en incidir sobre la reproducción.

Hemos descubierto que la acción de los prestadores de servicios está influida de manera importante por su formación curricular y por la forma en que establece expectativas y caracteriza derechos y obligaciones en su interacción con la población; sin embargo, también hemos tratado de entender cómo las leyes y las políticas institucionales en el campo de la salud y de la población condicionan el actuar de los prestadores de servicios, en la medida en que definen el “deber ser profe-

sional". En un principio hablábamos constantemente de los derechos de la población y de la forma en que los prestadores de servicios los respetaban o no, posiblemente influidos por su entorno institucional, pero imaginando al prestador de servicios como sujetos con una buena serie de obligaciones y a la población como titular de los derechos que estaban siendo objeto de estudio.

No obstante, al ir desglosando elementos que interactúan y factores que condicionan, hemos llegado a la conclusión de que es necesario imaginarse a la población de una manera más activa, con obligaciones a la par que derechos, si bien dichas obligaciones tienen que ser definidas y construidas en el contexto donde se mueven. Además, que los prestadores de servicios -especialmente en su interacción con la institución y las políticas, pero también en su referencia a la población- no son personas a quienes únicamente se deba evaluar por el cumplimiento de sus obligaciones, sino que deben contextualizarse, identificando sus derechos y evaluando si éstos son cubiertos por la institución donde desarrollan su trabajo. De otra manera, se corre el riesgo de caer en afirmaciones simplistas y en la suposición de que todo el actuar del prestador de servicios surge de su autodeterminación.

Decidimos aproximarnos a los derechos reproductivos, a través de un enfoque de conflictos, más que a través de la definición misma del derecho: tratamos de reconstruir una aproximación a partir de la identificación y la discusión de los conflictos que parecieran presentarse entre personajes específicos, a partir del momento en que interactúan la reproducción de la población y los programas de planificación familiar. Identificamos cuatro personajes que potencialmente podrían entrar en interacción: nos referimos a la población, los prestadores de servicios de salud, las políticas de población y salud y los investigadores. Propusimos que los conflictos pueden darse precisamente porque las lógicas, las racionalidades, los lenguajes, las expectativas y sobre todo, el uso del poder en su

interacción, pueden ser diferenciales (*Figueroa, Aguilar e Hita, 1994*). En una segunda lectura decidimos desarrollar una reflexión que más que centrarse en personajes como un todo donde se parcializan y se fragmentan algunas de sus acciones, se imagine una aproximación a partir de procesos en los que están inmersos cada uno de ellos (*Figueroa, 1993*).

Nuestra reflexión actual pretende abundar un poco sobre los espacios de interacción y conflicto en el contexto de las instituciones de salud en México, bajo un eje analítico del "derecho a la pre-ocupación" (*Vieira Pinto, 1973*), es decir, a la percepción de la posibilidad de tomar distancia del entorno que nos rodea y la posibilidad de incidir sobre el mismo y, por lo tanto, de transformarlo, a través del ejercicio de la libertad (*Freire, 1971 y 1973*). Por ello, estamos inmersos en una investigación sobre calidad de los servicios de planificación familiar, en la cual se pretenden estudiar las características de dichos servicios en un entorno de políticas y programas de población y salud, en la búsqueda de condiciones para incidir sobre la calidad de ellos, a través de la prestación de los servicios y del quehacer de la población usuaria de los mismos.

Es importante destacar como uno de los supuestos básicos de esta vertiente de investigación que la calidad de los servicios no se limita, aunque lo incluye, a las habilidades de los prestadores de servicios de salud para brindar información, promover cierto cuidado de la salud y la propia reproducción o identificar contraindicaciones e indicaciones que permiten el uso de ciertos métodos, entre otros elementos, con el propósito de que tomen decisiones al respecto. En la práctica, se reconoce que se trata de un proceso más complejo, en el que influye la percepción que tienen dichos prestadores de servicios sobre su responsabilidad ante los procesos de salud y de decisión reproductiva de la población, combinado con su interpretación de las políticas y programas, de los que sus actividades son parte. Se reconoce que puede haber elementos de condición de clase, de género y de características del entorno institucional, asociadas

al tipo de unidad específica en el que laboran, que llegan a modificar prioridades en su relación cotidiana con las personas que recurren a los servicios.

En ese contexto, la investigación busca hacer explícitas las relaciones de poder que se establecen en la relación médico-población y entre los trabajadores de la salud y las propias instituciones en las cuales colaboran. En ambos casos se establecen relaciones de poder, sin darle a ese término una connotación necesariamente negativa, sino una connotación como la propuesta por Foucault (1988), en términos de interés por intervenir en la conducta del otro, pero dejando claro que el otro es una persona libre con la capacidad de reaccionar a ese interés por intervenir.

Paralelo a ello se interpreta que una de las funciones que tradicionalmente se le ha reconocido a los prestadores de servicios de salud es una responsabilidad de educación, pero muchas veces privilegiando la interpretación de “orientación y guía”, más que de “interacción crítica con una persona que tiene la capacidad de construir respuestas” y, más aún, que posee la titularidad para ejercer el derecho a decidir sobre ámbitos reproductivos, a la vez que sobre espacios del cuidado de su salud. Se pretende hacer explícito en la investigación el tipo de conceptualización educativa que entra en juego en la relación de los servicios de salud, ya que se reconoce que ello influye de manera importante en la asignación y evaluación de responsabilidades, a la vez que permite identificar vertientes de mejora de este tipo de interacción.

Otro de los elementos que concentra la atención en este proyecto es tratar de identificar cuál es la percepción que tienen los propios prestadores de servicios sobre el impacto que han tenido en su quehacer cotidiano las formas tradicionales para evaluar sus actividades, como lo pueden ser los elementos de productividad en el ámbito de las consultas, de las pláticas y del total de usuarias que se incorporan regularmente al programa, ya que se parte del supuesto de que dichos criterios de

evaluación son la experiencia más cercana que se tiene del deber ser que se pretende alcanzar a través de las actividades de los programas de planificación familiar y que, al margen de los objetivos y los conceptos utilizados en las políticas y programas, “la experiencia cotidiana del deber ser” matiza o define en buena medida la calidad del servicio ofrecido por los prestadores.

Creemos que un proceso de calidad de los servicios— si bien hace una referencia obligada a una evaluación de los mismos— no debe ser leído únicamente como el recuento del quehacer de un individuo aislado, sino la reflexión crítica de un proceso validado, reglamentado y reproducido institucionalmente, a veces por instancias que no se reducen al ámbito institucional, sino que contemplan factores macrosociales. Estos no dependen de las propias instituciones y menos de individuos específicos, pero de alguna manera deben desglosarse e identificarse con el propósito de sugerir modificaciones que a la larga beneficien a la población usuaria de los servicios, a la vez que le den un sentido integral al trabajo de los prestadores de servicios en dicho ámbito.

En un nuevo proyecto consideramos la opción de dimensionar la magnitud de conductas, comportamientos y actitudes, privilegiando a los prestadores de servicios. Indagamos y profundizamos en sus percepciones e interpretaciones de las políticas y de los programas, a la vez que tratamos de reconstruir la visión de sus derechos y responsabilidades, pero también lo que perciben sobre los derechos y responsabilidades de la población con la que entran en interacción. Por otra parte, se recupera la opinión de la población, tanto en la declaración sobre calidad de los servicios, y en la referencia al respeto de sus derechos reproductivos, como tratando de identificar la actitud propositiva y participativa en cuanto a defender dichos espacios. Se indaga el tipo de relaciones que establecen los prestadores de servicios y sus derechos y responsabilidades, con el fin de tratar de dar sentido y encontrar significado a ese



“deber ser” construido, modificado y transmitido por la prestación de servicios, pero de alguna manera validado por dicha población <sup>4</sup>.

El proyecto tiene el planteamiento conceptual de que existe un hilo conductor desde las políticas, los programas, los objetivos y las metas de planificación familiar que le imprimen determinadas características al otorgamiento de métodos anti-conceptivos. En México, las políticas de salud, población y planificación familiar, se encuentran enmarcadas en la imagen objetivo que el Estado mexicano ha planteado como estrategia de desarrollo. Responsabiliza al Sector Salud de su aplicación, define el objetivo de armonizar el crecimiento demográfico con el económico social del país y establece las metas para lograr el crecimiento deseado. Sin embargo, las características de los diferentes ámbitos de aplicación de las acciones plantean diversas interrogantes. Los múltiples tipos de prestadores interpretan y asumen diferencialmente su responsabilidad dentro del programa de planificación familiar y expresan en su accionar no solamente elementos técnicos, sino condicionados por su pertenencia de clase y de género. En este sentido, un nuevo proyecto puede brindar elementos que esclarezcan tales relaciones y permitan buscar estrategias conciliadoras, que se integren a los programas de capacitación y evaluación.

El proyecto reconoce que la propuesta de los derechos reproductivos y las condiciones sociales, institucionales, familiares y de pareja necesarios para su instrumentación ofrecen una excelente oportunidad para repensar las relaciones entre reproducción y salud, a la vez que la búsqueda del respeto a los derechos humanos básicos, entre los cuales destacamos las

4 El proyecto al que nos referimos para llevar a cabo esta investigación (vea *Figuroa Perea, J.G. et al., 1993*) fue elaborado por Juan Guillermo Figuroa Perea, Ricardo César Aparicio Jiménez, David Silva Abarca, Blanca Margarita Aguilar, Gabriela Infante Hoyos, María Isabel Moreno, Verónica Sánchez Olguín, Pilar Rivera Reyes y Úrsula Zurita Rivera dentro de la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud.

relaciones equitativas entre los géneros. Ahora bien, también se intenta darle un contexto más específico a las instituciones de salud, en su vinculación con algunas políticas públicas y sociales.

## **Contenido temático de la búsqueda de investigación**

Para acceder a las búsquedas propuestas por este proyecto, un papel central lo ocupan las entrevistas estructuradas a prestadores de servicios y a la población usuaria de los servicios <sup>5</sup>. En ese sentido, ilustramos a continuación el contenido temático de los cuestionarios que tenemos diseñados para tales propósitos: se incluyen tanto prestadores de servicios de salud como usuarias, aunque por la novedad en la búsqueda nos extendemos un poco más en la primera población. Además seleccionamos algunas de las secciones que han sido poco trabajadas en otras investigaciones. La estructura de los cuestionarios responde básicamente a las temáticas que han sido esbozadas en la discusión anterior.

### ***Cuestionario para prestadores de servicios***

Se cuenta con una sección en la que se pretende reconstruir parte del proceso por el cual la persona ha adquirido habilidades en el campo de la planificación familiar, identificando el tipo de especialización curricular que ha adquirido en el campo de la salud, siendo específica la indagación sobre la capacitación que recibió en las aulas formales de la revisión teórica y en las prácticas comunitarias y servicio social, con relación a las etapas del proceso de atención médica y a algunas específicas de la planificación familiar. La razón de ello es que se ha

<sup>5</sup> Paralelamente se contemplan procesos de observación, entrevistas a profundidad y grupos focales, los cuales no se detallan aquí por cuestiones de espacio

insistido enormemente que, en las currícula de muchas escuelas, se margina la formación en planificación familiar y son las instituciones que contratan las que parecieran tener que resolver esta necesidad, lo cual a veces no es posible, redundando en un personal menos capacitado de lo que se quisiera. Además se indaga por la formación institucional replicando el mismo esquema temático.

En otra sección se pretenden recuperar elementos de la lógica personal alrededor del programa de planificación familiar, tratando de entender la interpretación que se hace del programa en el que se está participando. Se empieza preguntándole por su conceptualización e identificación de objetivos de un programa de planificación familiar, tratando de identificar las actividades que le son propias a este programa; a continuación se tratan de entender varias vertientes de lo que podría ser la justificación de un programa de planificación familiar o incluso la razón de la persona para participar en el mismo. Un tema importante es preguntar por el papel que él o ella juegan dentro del programa de planificación familiar para después proceder al tema de los criterios de evaluación del programa y de sus propias actividades, así como la forma en que dichos criterios se relacionan con la calidad de su servicio. Un aspecto importante es recuperar su visión sobre la relación existente entre los objetivos del programa, los criterios de evaluación institucional y la forma en que sus actividades cotidianas son evaluadas, además de los conflictos a los que se enfrenta al relacionarse con los procesos reproductivos de la población, discutiendo la forma de resolverlos.

Una sección adicional trata de identificar los objetivos que el prestador de servicios le reconoce a la política de población y a las políticas de salud, para después indagar por la forma en que dichas políticas se relacionan con los programas de planificación familiar. Además se incursiona en el concepto de responsabilidades, pero tratando de identificar instancias diferentes alrededor del quehacer de la planificación familiar em-

pezando por el gobierno, por las instituciones de salud, pasando por los prestadores mismos, pero también incursionando en lo que debiera suceder con otras instancias sociales incluyendo las gubernamentales, y sin olvidar a la población misma a la que se pretende beneficiar con todos estos programas. Se trata de distinguir también si en su percepción existe alguna diferencia entre las responsabilidades de las mujeres y de los varones en el campo de la reproducción.

La sección siguiente replantea la búsqueda del apartado anterior, pero ahora en términos de derecho empezando por el nivel más específico que es la población, para después tratar de elaborar algunos parámetros para prestadores de servicios, para las instituciones y en última instancia para el gobierno. Además, se trata de indagar si la población prestadora de servicios tiene una percepción uniforme sobre el derecho plasmado en el Artículo 4° constitucional, es decir, qué significa esa decisión libre, responsable e informada, cómo se puede instrumentar, qué papel juega el prestador de servicios en la misma y de qué elementos dispone la población para llevarla a la práctica. Se trata de identificar si los derechos percibidos en la población son similares entre varones y mujeres y si el prestador de servicios se imagina alguna acción específica para que la población masculina se comprometa de manera más equitativa en el cuidado de la salud y la reproducción. En esta sección se tratan de identificar derechos pero no únicamente a través del discurso, sino en la forma en que el prestador de servicios actúa cuando se presentan situaciones conflictivas. Incluso se trata de identificar la percepción del prestador de servicios sobre cuáles serían los límites -si estos existen- al ejercicio de los derechos reproductivos.

Una sección importante del instrumento pretende caracterizar algunos elementos del prestador de servicios en su relación con la toma de decisiones reproductivas, tratando de ligar los procesos en que ambos personajes (prestadores de servicios y población) se encuentran inmersos, pero sin privilegiar nece-

sariamente el proceso de la población, sino contextualizando el que se espera que siga el prestador de servicios, es decir, “el proceso de la atención en salud” y “los pasos de la atención en planificación familiar”. Esta indagación se enriquece con casos clínicos que tratan de descifrar un poco el criterio médico de cada prestador en la práctica cotidiana. Un elemento más que se indaga en esta sección tiene que ver con criterios de seguimiento, tanto de responsabilidad del prestador, pero con otro matiz importante que es la responsabilidad que asume la propia persona que usa el método; es decir, se indaga por información y los cuidados mínimos que el prestador de servicios le sugiere a la persona, pero también por el tipo de problemática que reconoce el prestador de servicios en lo que se refiere a la población con la que está en contacto. En esta misma sección se incluyen, por ejemplo, preguntas sobre si es frecuente que la población se acerque por su cuenta a aclarar dudas del cuidado y seguimiento del uso de los métodos, como parte de las acciones que lleva a cabo para el autocuidado de su salud.

### ***Cuestionario de población usuaria de los servicios***

La estructura de este cuestionario puede imaginarse en tres grandes bloques: el primero caracteriza a la mujer y la ubica en su quehacer cotidiano; el segundo recupera algunos elementos de toma de decisiones reproductivas y trata de identificar dentro de él la participación de la prestación de servicios, al margen de la institución de referencia; en tercer lugar reconstruimos parte de su experiencia dentro de una institución de salud específica, a través de lo sucedido en el uso del último método o el método actual, a la vez que recuperamos su visión de las políticas de población y de salud y de los programas de planificación familiar, así como de los derechos y responsabilidades, tanto los propios como los del prestador de servicios, y de qué modo vive las relaciones entre los géneros dentro de la definición de derechos.

## **Posibilidades y limitantes de este enfoque de investigación**

Una de las posibilidades de incorporar la calidad de los servicios a una dinámica de políticas y programas de planificación familiar, de población y de salud es dar un contexto integral al ejercicio de tales actividades institucionales. Paralelamente, permite vincularlo con el ejercicio de los derechos reproductivos por parte de la población, a la vez que con la percepción de los derechos y responsabilidades de los trabajadores de las propias instituciones. Si parte de las explicaciones posibles —sobre la realidad documentada en diferentes investigaciones— radica en cómo cada persona vive e introyecta su papel dentro de las políticas públicas y los programas institucionales, (además de la visión que tiene de sus responsabilidades respecto a las decisiones reproductivas de la población); esta generación de información permitiría documentar y validar algunas de estas hipótesis o bien depurar la interpretación de las mismas. A la vez, facilitaría identificar las posibilidades que tiene la población, a través de su actuar cotidiano para el ejercicio de sus derechos reproductivos. Todo ello lo hemos llamado “las condiciones de posibilidad para el ejercicio de los derechos reproductivos” en un entorno de políticas de población y de salud y en su vinculación con las instituciones a quienes se les ha responsabilizado de los programas de planificación familiar.

Paralelamente, el hecho de recuperar los procesos en los que se comprometen tanto las instituciones y sus trabajadores como las personas que recurren a ellas, permitiría identificar aspectos puntuales en conflicto y hacer propuestas específicas para redefinir las mismas políticas, pero más allá de la lógica de las instituciones de salud, al recuperar las responsabilidades de otras instancias públicas y sociales, así como las opciones que puede poner en práctica la sociedad civil organizada con el fin de satisfacer los derechos humanos que son relevantes en esta discusión, a saber, el ejercicio de las decisiones reproductivas y el acceso a la salud.

Una riqueza más sería socializar este conocimiento entre los prestadores de servicios de salud, la población y los definidores de políticas públicas, con el propósito de dimensionar la complejidad de las relaciones por una parte y, por otra, delimitar el discurso que han venido transmitiendo a lo largo de los últimos veinte años y que ha sufrido modificaciones en los documentos; pero no se ha documentado la forma en que se ha diversificado entre los involucrados como actores sociales relevantes en dichos programas. Todo ello a la larga beneficiaría el trabajo con la población y la satisfacción de sus necesidades, a la vez que permitiría depurar los vicios que se hayan generado dentro de este tipo de programas, en buena medida vinculados con aspectos de derechos humanos.

A pesar de lo anterior existen limitantes en la propuesta, asociadas en parte con cuestiones metodológicas, por la dificultad de identificar instrumentos que recuperen la complejidad de esta propuesta. Otra limitante importante lo representa el carácter político del conocimiento generado, ya que si éste es percibido como una manera de cuestionar la historia de los programas y políticas en nuestro país (la cual ha tenido sus importantes vicios, algunos de los cuales han sido comentados en los trabajos citados al principio de este documento), es factible que se establezca una relación tensa con esta propuesta de investigación. En la práctica, ello ha generado procesos de entorpecimiento de la investigación, por razones más políticas que académicas y también por un distanciamiento latente entre las ciencias sociales y las ciencias ligadas con la práctica de la salud, tradicionalmente consideradas como médicas.

Hace algunos meses, en la institución donde se desarrolló esta propuesta de investigación se consideró que este tipo de proyectos no era políticamente conveniente, por “partir de supuestos falsos e hipótesis erróneas”, como la imposición de métodos y el carácter clasista y sexista de los servicios, además de que se descalificó la visión de las ciencias sociales para incursionar en la calidad de los servicios de salud, en particular

los vinculados con el ámbito de la reproducción. Irónicamente se consideró que era una investigación con un sesgo feminista, a pesar de que el análisis del tipo de relaciones entre los géneros es una lectura obligada para repensar los derechos alrededor de la reproducción. Debemos aclarar que nunca nos hemos declarado “feministas” por respeto a este movimiento y por no saber si nuestra búsqueda encaja en un movimiento tan revolucionario. No obstante, es preocupante que se descalifique parte del proyecto por su supuesto sesgo feminista, si eso significa asegurar el respeto de los derechos de las mujeres y el tener elementos comunes con un movimiento que busca relaciones más equitativas entre los géneros y, por analogía o consecuencia, entre las usuarias de los servicios y los agentes institucionales comprometidos con su reproducción. Cuando se menciona el carácter político como una limitante ello sólo es desde cierto punto de vista, quizás el predominante en cierta lógica gubernamental; sin embargo, podemos afirmar que el carácter político puede representar una de las grandes riquezas de esta propuesta, ya que le da la dimensión exacta a cómo hemos venido conceptualizando la vinculación entre reproducción y salud desde que empezamos a incursionar en esta temática (*Figueroa, 1990 y 1991*).

A ello se añade el carácter político del tema, en tanto ha sido un objeto de intervención de las políticas públicas. Creemos que otra de las limitantes desde el punto de vista metodológico es que, si bien se ha asignado la responsabilidad del cuidado de la reproducción y la salud a las instituciones tradicionalmente llamadas de salud, la posibilidad de que los condicionantes que influyen sobre ambos dinanismos rebasen por mucho a tales instituciones, difícilmente podrá ser recuperado en un proyecto que las toma como eje, al margen de que el mismo proyecto cuestione en alguna medida su papel protagónico. Es decir, no se llegan a especificar otras vertientes de influencia, las cuales de ser relevantes quedarían poco desglosadas y delimitadas. A pesar de lo anterior éste podría ser un



**buen esfuerzo para iniciar el cuestionamiento del papel de las instituciones de salud y para mostrar la necesidad de diversificar las investigaciones en el espacio del binomio “reproducción y salud” desde una perspectiva de derechos humanos.**

## Obras consultadas

Azzolini, A. "Legalidad y legitimidad en torno al derecho a la mujer a la reproducción". Presentado en el Foro *Políticas Públicas, Mujeres y Maternidad: un debate urgente* (Grupo de Educación Popular con Mujeres, A.C.). México, 1993. 29 p. Mimeo.

Bianco, M. "La medicalización de la reproducción humana". En: S. Azeredo y V. Stolcke. Coordinadores. *Direitos Reprodutivos*. Brasil, Fundação Carlos Chagas, 1991. p.109-123.

Castro, R. y M. Bronfman. "Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión". *Cadernos de Saúde Pública*. 9 (3): 375-394, 1993.

Cervantes A. "México: políticas de población, derechos humanos y democratización de los espacios sociales". En: *IV Conferencia Latinoamericana de Población*. México, INEGI-IISUNAM, 1993. Vol. I pp.759-789.

Cook R. y M.I. Plata. "Women, Human Rights and Reproductive Rights". Presentado en la Mesa Redonda: *Women's Perspectives on Family Planning, Reproductive Health and Reproductive Rights*. Canadá, 1993. Mimeo.

Cook, R. "Feminism and the Four Principles". En: R. Gillon (Editor) *Principles of Health Care Ethics*. New York, John Wiley and Sons Ltd, 1994. pp. 193-206.

Correa S. y R. Petchesky. "Reproductive and Sexual Rights: a Feminist Perspective". En: G. Sen, A. Germain y L. Chen (Editors). *Population Policies Reconsidered (Health, Empowerment and Rights)*. Boston, Harvard University Press, 1994. pp. 107-123.

Dütting, G. "The Concept of Reproductive Rights: Reflections from Experiences". Presentado en: *International Women and Health Meeting*. Kampala, Uganda, 1993. 10 p. Mimeo.

Figueroa Perea, J. G. y Y. Palma. "Anticoncepción hormonal y salud en México: El caso de la población atendida por la Secretaría de Salud". Presentado en la *Tercera Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México*. México, 1986. 98 p. Mimeo.

————— "Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva". En: *Memorias de la Cuarta Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México*. México, INEGI, 1990. Vol. I. pp.110-118. (Publicado en 1994).

————— "Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios". En: *Salud Pública en México*. 33 (6): 590-601. 1991.

————— y B. M. Aguilar Ganado. "Persona y reproducción humana" En: *Fem. Publicación Feminista Mensual*. Año 16, No.111, 1992. pp. 14-22.

————— "Reproducción y prestación de servicios: algunos apuntes a propósito de los derechos reproductivos". En: *Fem. Publicación Feminista Mensual*. Año 16, No. 118, 1992. pp. 20-23.

————— , G. Rivera, M. B. López, B. M. Aguilar y P. Rivera. "Algunas reflexiones sobre la esterilización femenina desde una perspectiva de género". Presentado en el *III Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública*, llevado a cabo en el Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca. México, 1992. 40 p. Mimeo.

Figuerola Perea, J.G. "Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana". En: A. Ortíz Ortega. *Proyecto de investigación y acción sobre derechos reproductivos (grupo mexicano)*. México, 1993, 30 p. En prensa.

————— "Derechos y responsabilidades reproductivas en el espacio de la práctica médica". Presentado en el Taller *Salud Pública: Derechos reproductivos y ética*, organizado por el Grupo de Información en Reproducción Elegida, el Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM, el Population Council y por International Projects Assistance Services y llevado a cabo en la Coordinación de Humanidades de la UNAM. México, 1993a. 15 p. Mimeo.

————— "Calidad de los servicios de planificación familiar en su relación con las conferencias nacionales e internacionales sobre derechos humanos, sobre población y desarrollo y sobre la mujer". Presentado en el *X Taller Nacional de Programación y Evaluación de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud*. México, 1993b. 18 p. Mimeo.

————— y R. Bañuelos. "Algunas reflexiones sobre la normatividad en la prestación de servicios anticonceptivos: propuestas desde una perspectiva sociocultural". Presentado en el *IV Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, 1993. 15 p. Mimeo.

————— et.al. "Encuesta sobre calidad de los servicios de planificación familiar en la Secretaría de Salud", Protocolo de investigación. México, Secretaría de Salud, 1993. Mimeo.

Figuerola Perea, J.G., B. M. Aguilar y M. G. Hita. "Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos a través

de un enfoque de conflictos”. En: *Estudios Sociológicos*, 1994. En prensa.

———. “Derechos reproductivos en el espacio de la salud”. En: *DEMOS. Carta demográfica sobre México*, 1994. En prensa.

Foucault, M. “El sujeto y el poder”. *Revista Mexicana de Sociología*. L (3): pp. 3-20, 1988.

Freedman, L., S. Isaacs. “Human Rights and Reproductive Choice”. En: *Studies in Family Planning*, 24 (1): 1993. pp. 18-30,

Freire, P. *La educación como práctica de la libertad*. México, Siglo Veintiuno Editores, 1971.

Freire, P. *Pedagogía del oprimido*. México, Siglo XXI, 1973.

Illich, I. *Némesis Médica. (La expropiación de la salud)*. México, Joaquín Mortiz, 1987.

Lamas, M. “La responsabilidad política de los feminismos ante el debate poblacional: la construcción de la conciencia reproductiva”. En: *Fem. Publicación Feminista Mensual*. Año 18, 1994, No. 131. pp. 13-16.

Macklin, R. “Ethics and Human Reproduction: International Perspectives”. En: *Social Problems* 37(1), 1990, pp. 38-51.

Menéndez, E. “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales”. En: R. Campos: *La Antropología Médica en México*. México, UAM, 1992. pp. 97-114.

Pérez Duarte, A. E. "El marco jurídico de los derechos reproductivos". En: A. Ortiz Ortega. *Proyecto de investigación y acción sobre derechos reproductivos (grupo mexicano)*. México, 1993. 36 p. En prensa.

Sherwin, S. *No Longer Patient (Feminist Ethics and Health Care)*. Temple, Temple University Press, 1992.

Tuirán, R. "Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción". En: *Memorias de la Reunión de avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México*. México, Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud, 1988. pp. 45-58.

United Nations. *Declaration on Ethics Propositions*. Report of the Roundtable on Ethics Population and Reproductive Health. (Preparations for the International Conference on Population and Development). New York, 1994.

Vieira Pinto, A. *El pensamiento crítico en demografía*. Santiago de Chile, Centro Latinoamericano en Demografía, 1973.

### III. LAS NECESIDADES DE SALUD Y LAS PROPUESTAS DE SOLUCIÓN. NOTAS PARA LA DISCUSIÓN.

*Oliva López Arellano \**

*José Blanco Gil \*\**

#### **Introducción**

La complejidad del fenómeno salud/enfermedad (s/e) como proceso biosocial y como punto de encuentro de lo individual y lo colectivo, ha conducido al desarrollo de diversas aproximaciones tanto a las condiciones de salud/enfermedad, como a las respuestas sociales orientadas a su transformación.

Las condiciones de s/e son el punto de partida sobre el cual los distintos grupos y la sociedad en su conjunto, construyen sus representaciones y derivan respuestas para resolverlas. Estas condiciones tienen existencia objetiva, independientemente de que sean consideradas como situaciones que requieren cuidado y atención, es decir, que sean interpretadas - socialmente - como necesidades de salud y que su significado sea diverso según distintos grupos y actores sociales (*Menéndez, 1990*).

En tanto la salud atañe directamente a la conservación de la vida humana y al desarrollo de capacidades y potencialidades, la perspectiva teórico-práctica que se asume (implícita o explícitamente) tiene vital importancia en los procesos de identificación de las necesidades y de definición de las intervenciones y propuestas para su modificación, pues prefigura distintos horizontes de visibilidad de los problemas y de las posibles soluciones.

\* Profesor titular. Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

\*\* Profesor titular. Coordinador de la Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

La explicitación de la perspectiva que guía la definición de necesidades y de posibles soluciones, cobra especial importancia en estos momentos, ya que en la última década, la disputa por la salud ha generado un debate que abarca desde la concepción de salud, hasta las formas en que las distintas sociedades identifican y priorizan sus necesidades y se organizan para resolverlas. En esta disputa, la política y la ideología que privilegian lo individual y lo privado subordinan lo público y plantean la resolución de las necesidades humanas a través del mercado que se ha consolidado, en detrimento de las visiones integradoras que asumen una perspectiva de equidad y ciudadanía en la cuestión sanitaria.

Hoy está en el centro del debate la concepción de la salud: como bien privado o público, como derecho o mercancía, como quehacer del estado o del mercado, así mismo, el papel que se privilegia respecto a la salud como medio o como fin, como pre-condición o resultante del desarrollo, como problema ético-político o técnico-instrumental y como responsabilidad individual o colectiva.

### **Necesidades humanas y necesidades de salud**

Avanzar en la discusión sobre necesidades de salud, remite a la noción más general de necesidad humana, cuyo punto de partida es la concepción de ser humano que se define y diferencia de otras especies vivas, por su capacidad de apropiarse de la naturaleza y en este proceso transformarse a sí mismo (*Marx, 1971*). Esta transformación es realizada mediante la actividad vital más específicamente humana: el trabajo. A través de éste, el hombre es capaz de transformar en objeto de sus necesidades y de su actividad todos los fenómenos de la naturaleza y, en ese proceso, desarrollar y ampliar sus propias capacidades y necesidades. En esta concepción, la necesidad tiene un doble componente: como carencia y como potencialidad (*Boltvinik, 1990*).



El desarrollo histórico de las sociedades permite superar el ámbito de las necesidades biológicas humanizándolas a través de la producción económica y político-ideológica, modifica necesidades anteriores y posibilita la emergencia de otras. En las sociedades concretas, la naturaleza del proceso de producción y la naturaleza del proceso de consumo, son los determinantes de la generación de necesidades, es decir, las necesidades, al igual que los satisfactores son socialmente producidos (*Terrail, 1977*). Así necesidades y satisfactores tienen una dimensión histórica general, derivada de la noción de dignidad humana y de la universalidad de los derechos humanos fundamentales y una dimensión particular que remite al sistema ético-valorativo de cada sociedad, del que se desprende un conjunto de necesidades y satisfactores esenciales relativos a esa sociedad (*PNUD, 1990*).

La salud es reconocida universalmente como una necesidad humana básica y su atención un satisfactor esencial y un derecho humano inalienable, "... *lo que supone servicios de salud personales (incluyendo los productos y servicios terapéuticos) y no personales (salud pública y los satisfactores que permitan la higiene del hogar y la personal...*" (*PNUD, op. cit. p. 35*). La forma en que cada sociedad responde a esta necesidad es muy diversa, pero tiene como punto de partida una definición ético-política. En los Estados-nación modernos esta definición, con frecuencia, se materializa en derechos sociales y ciudadanos.

En una dimensión técnico-instrumental, particularmente en el campo médico-sanitario, el concepto de necesidad de salud se recorta al definirlo como una situación que requiere cuidado o atención, que genera demanda y representa, por tanto, un potencial de demanda de servicios de salud (*Donabedian, 1988*). Frecuentemente, este concepto también es usado para describir los servicios y recursos requeridos para enfrentar situaciones particulares, utilizando el término de "equivalentes de la necesidad". Vista así, la necesidad puede explicarse por

sus equivalentes (*Donabedian, op. cit. pp. 73-79*). En general, esta identificación de la necesidad de salud es realizada por "expertos" a través de procedimientos técnicos y puede ser entendida como la construcción de una *necesidad normativa* (*Bradshaw, 1972*).

La necesidad de salud desde la visión de los sujetos que sufren la condición de s/e, puede transitar de *necesidad sentida* (*Bradshaw, op. cit.*) si es percibida por el sujeto que la sufre, hasta una *necesidad manifiesta* (*Alderson, 1976*) (si además de percibirla, posteriormente es comprendida como una alteración que puede resolverse - potencial o realmente - con la atención y, desencadena un proceso de búsqueda de esa atención) y por último, la llamada *necesidad comparativa* (*Alderson, op. cit.*), que resulta del análisis de grupos humanos que en igualdad de condiciones de s/e, unos reciben servicios y otros no.

Si bien se reconoce que la percepción de las condiciones de s/e y la búsqueda de respuestas para modificarlas se realizan a nivel individual y familiar, las representaciones y las propuestas de solución, sintetizan complejos procesos de determinación económica y político-ideológica.

### **La medición de las necesidades de salud**

La medición de necesidades de salud ha sido uno de los ámbitos de interés de distintas disciplinas y de actores sociales diversos que confluyen en el campo de la salud colectiva. Así, esta "medición" ha incluido un amplio espectro de posiciones, que van desde una perspectiva técnica muy limitada que excluye la subjetividad de los individuos que sufren el daño y desconoce los componentes históricos y culturales comprometidos en el proceso s/e; hasta la reconstrucción subjetiva de los riesgos/daños y la identificación de necesidades de salud por los propios sujetos.

El primer caso, lo ilustra con claridad la visión médico-sanitaria más pragmática que, como toda práctica teórica con

importante contenido técnico, se caracteriza por brindar soluciones de índole técnico-organizativa, sin avanzar en la comprensión histórica y cultural del problema salud/enfermedad/atención y sin considerar los contextos sociopolíticos en que habrán de aplicarse sus propuestas (*Belmartino y Bloch, 1991*). En esta perspectiva, las necesidades de salud son reducidas a la identificación de procesos extremos de daño que requieren atención y su interés fundamental se centra sobre todo en la cuantificación “objetiva” de daños (la muerte, la incapacidad) y en forma muy secundaria en los momentos intermedios del continuo s/e (daños intermedios) y en las condiciones estructurales de riesgo o protección (pre-condiciones para la salud). Esta visión desconoce los aspectos subjetivos comprometidos en la s/e y privilegia la intervención orientada a modificar las capacidades y conductas individuales y al desarrollo de medidas selectivas en términos de costo-beneficio y costo-efectividad.

El extremo opuesto a esta visión reivindica la subjetividad y experiencia como la mejor vía para conocer las necesidades de salud, en términos de que lo vivido es lo real (*Oddone, et al., 1974*). Esta perspectiva rescata la importancia de la experiencia y la acción de los sujetos “no técnicos” en el proceso de conocer-transformar, posibilita un acercamiento colectivo a la medición, a la integración entre riesgos y daños y a la identificación de diversos problemas poco visibles a través de procedimientos técnicos. Sin embargo, su concepción empirista elimina la teorización como un momento necesario del proceso de generación de conocimiento y limita su potencial predictor y transformador (*Laurell, 1989*).

La complejidad para identificar las necesidades de salud y la complementariedad de las diversas perspectivas para medirlas, era hasta hace poco tiempo un hecho reconocido. Los abordajes unívocos si bien no habían desaparecido, generalmente daban cuenta de las limitaciones del método utilizado y mencionaban las dimensiones que no podía explorar. Sin embargo, en el debate reciente sobre la cuestión sanitaria, se ha producido el resurgimiento de una corriente de reificación del conocimiento científico, que

coloca a la salud como un campo donde los expertos tienen la última palabra en la definición de las necesidades y de las propuestas de solución.

La crisis de los sistemas de salud expresada en ineficiencias, inequidades y costos crecientes de la atención médica, así como la necesidad de reformar el sector salud de muchos países, en el marco de procesos de modernización neoliberal de las economías, han contribuido al fortalecimiento de las visiones tecnocráticas como justificación para la intervención selectiva, la exclusión de amplios sectores de la población de los servicios y base para la inversión rentable en salud.

Uno de los ejercicios más completos en este sentido, es la propuesta del Banco Mundial para la medición de necesidades de salud, identificación de prioridades y selección de intervenciones en salud, contenida en su reciente *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud* (Banco Mundial, 1993).

## **El debate sobre necesidades de salud y propuestas de solución <sup>1</sup>**

La importancia del documento *Invertir en Salud* reside en que además de ser una referencia obligada en el debate sobre la cuestión sanitaria, las reformas en marcha o por iniciarse en muchos países latinoamericanos, están fundamentadas en sus propuestas. “El documento es, de esta manera, una exposición y justificación sistematizada de proyectos y programas promovidos por el Banco Mundial con anterioridad

1 Una discusión inicial sobre las necesidades de salud y las políticas selectivas se presenta en: Blanco Gil, J. y Rivera Márquez, J.A. La Carga Global de Morbilidad. En: Laurell, A.C. (Coordinadora) Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud, México: Fundación Friedrich Ebert/ UAM-X, 1994, pp. 111-128 y, López Arellano, O. La selectividad en la política de salud. En: Laurell, A.C. (Coordinadora) Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud, México: Fundación Friedrich Ebert, UAM-X, 1994, pp. 33-60

y, a la vez, su agenda de salud para futuras acciones” (Laurell, 1994).

El BM propone la evaluación de las condiciones de salud a través de la *Carga Global de Morbilidad* (CGM) medida en *Años de Vida Ajustados por Discapacidad* (AVAD) que se convierte en el sustento científico-técnico de toda la propuesta de invertir en salud (*Banco Mundial, op. cit., pp. 26-27*). Al considerar las pérdidas de vida saludable no sólo por muerte prematura, sino también por discapacidad, la CGM se constituye en una forma más integral de evaluar los daños a la salud, respecto a otros procedimientos que sólo consideran la muerte. Además, en tanto que la unidad de medida es el tiempo, este indicador posibilita una métrica común que permite calcular el impacto que distintas intervenciones tienen sobre la CGM (*Banco Mundial, op. cit. pp. 219-231*). Otra virtud de este procedimiento es que permite expresar las “ganancias” en salud en años de vida saludable, a diferencia de otros indicadores que expresaban las ganancias en términos de dinero ahorrado, monetarizando la vida humana.

Al reconocer que la propuesta de CGM podría representar un avance técnico para identificar necesidades de salud y orientar más adecuadamente los recursos, es necesaria la discusión de algunas de sus implicaciones y, especialmente, del uso de sus resultados para fortalecer una concepción parcial y sobre todo pragmática del quehacer médico-sanitario.

No es el propósito de este trabajo analizar con detalle las propuestas del BM; sin embargo, conviene delinear algunas contradicciones entre distintas afirmaciones que apuntan a condiciones estructurales para explicar las diferencias de la carga global de morbilidad entre países y regiones y las propuestas restringidas y puntuales con que se pretende reducir el peso de la enfermedad. Así, mientras en el diagnóstico el BM reconoce una compleja situación demográfica y epidemiológica en el mundo, caracterizada por graves desigualdades regionales, rezagos y polarizaciones entre países y grupos sociales

(*Banco Mundial, op. cit., pp. 18-37*), se limita a recomendar el apoyo de los gobiernos a las iniciativas de las unidades familiares, la capacitación a las mujeres y, la educación a las niñas como futuras “cuidadoras eficientes” de la salud familiar. Así mismo, propone la definición de un paquete de servicios esenciales clínicos y de salud pública.

Es precisamente en la definición de este paquete de servicios esenciales, donde el enfoque de CGM tiene mayor utilidad, ya que permite identificar las intervenciones de menor costo y con mayor ganancia de AVAD (100 USD o menos). (*Banco Mundial, op. cit. cuadros B.6 y B.7 pp. 228-229*). Si bien la racionalidad económica parece apuntar a una mayor eficiencia técnica e instrumental en la asignación de los recursos, conviene señalar algunos problemas de carácter ético, que tienen que ver con el valor social de la vida y su traducción en inversión, así como identificar dificultades de orden metodológico y operativo para la reconstrucción de la CGM.

El primer problema de carácter ético, es que la salud deja de ser considerada una necesidad humana básica y su atención un satisfactor esencial y un derecho inalienable para convertirse en un bien privado. Se propone y justifica un mundo bipolar para la salud, en donde los “pobres” acceden a un conjunto de intervenciones públicas en salud, simplificadas y rentables en términos de costo efectividad y la población “no pobre” resuelve sus necesidades de salud en el mercado, anulando para ambos la condición de ciudadanía (*López Arellano, op. cit. pp. 35-60*). Así la salud se concibe como un medio y no como un fin en si misma, privilegiando su función económica y su papel amortiguador de la conflictividad social.

Otro problema es la decisión de no invertir en acciones necesarias para determinadas poblaciones, porque su eficacia en función de los costos es tan baja que los gobiernos deberán excluirlas del conjunto de servicios clínicos esenciales. Tal es el caso del “... tratamiento de los cánceres de pulmón, hígado y de estómago, las quimioterapias costosas en casos de infec-

ción con VIH y los cuidados intensivos en niños muy prematuros” (*Banco Mundial, op. cit. p. 11*).

Otro problema ético se da en torno a la determinación del valor de la vida a diferentes edades, en tanto significa identificar aquellos grupos en los que no tendría caso invertir. En un estudio particular, se hace referencia al tema: “...el ser humano le ha asignado un valor particular a la vida, dependiendo de los aspectos sociales, culturales y económicos. En algunos casos predominan los valores culturales y un año de vida de un anciano puede resultar mas valioso que la vida del resto de los individuos. En otros casos, se considera que los niños son el futuro de una sociedad, de tal manera que un año de su vida es sumamente valioso...” (*Lozano, et al., 1994*). El modelo propuesto por el Banco Mundial determina que un año de vida de un individuo con dependientes vale más. Así, el valor relativo de un año de vida de cada edad se ajusta a una función exponencial de tal manera que “el valor de un año aumenta rápidamente desde el nacimiento hasta los 25 años, y después inicia un descenso asintótico hasta cero”.

Aunque no se aclara explícitamente, es posible inferir que si el valor relativo máximo de un año de vida saludable se alcanza alrededor de los 25 años para declinar progresivamente, la inversión en salud para ganar años de vida saludable se justifica especialmente en los grupos de edad que ocupan la franja entre los 15 y los 50 años, aproximadamente. Es decir, interesa la inversión en salud en términos productivistas, reduciendo el vínculo entre salud y desarrollo, a un asunto económico: al papel que la salud tiene en el incremento de la productividad y a la posibilidad de aplicar intervenciones selectivas de alta efectividad y bajo costo, justificando su selección a partir de las necesidades de salud identificadas a través de la CGM.

Estas consideraciones éticas pueden sintetizarse en las respuestas a las preguntas: ¿qué valor se asigna a la vida?,

¿quién asigna ese valor?, ¿quién vale más?, ¿quién debe vivir y quién no?.

Respecto a las limitaciones operativas para construir el indicador, una de las primeras aplicaciones nacionales de este procedimiento, (*Lozano, et al., op. cit.*) permite conocer con mayor detalle los aspectos metodológicos, y hace posible identificar algunas de las principales dificultades para su uso en situaciones concretas.

Los problemas para su construcción tienen que ver con la información necesaria y los supuestos que deben ser cumplidos para la construcción de los AVAD (los autores proponen los años de vida saludables AVISA) Para determinar los años de vida perdidos como consecuencia de la muerte prematura, se debe conocer la edad real de la muerte y la esperanza de vida (de una población con estándares de salud elevados), obtener la diferencia entre éstas y determinar el valor relativo de un año de vida saludable a distintas edades. Para ponderar la discapacidad y convertir la vida afectada por un caso de discapacidad a una medida común de muerte prematura, la información requerida incluye: incidencia de la enfermedad; proporción de la población que presenta la enfermedad y que termina con discapacidad; promedio de la edad de inicio de la enfermedad; la duración y la distribución de la discapacidad en los diferentes niveles de gravedad (*Lozano, et al. op. cit.*). Es evidente que en muy limitadas circunstancias los sistemas de información en salud recogen en forma habitual estos datos, por lo que contar con información de esta naturaleza es la excepción y no la regla. Además, si se reconoce que los perfiles de riesgo/daño en sociedades como la mexicana son muy diferentes según grupos sociales y regiones. Es decir, si se asume la heterogeneidad de las necesidades de salud de poblaciones profundamente desiguales, la medición de la CGM a través de los AVAD sería mucho más útil en los niveles regionales y locales, para contribuir en la definición de los servicios esenciales requeridos en las distintas regiones. La limitación que todos los indicadores



promediales conllevan, de homogeneizar situaciones muy disímiles, en el caso de los AVAD se constituye en un problema insalvable, ya que, si el soporte informativo necesario para la construcción del indicador es insuficiente a nivel nacional, en los niveles regionales prácticamente se carece de la información.

La ausencia de información detallada conduce a trabajar con datos parciales, inferidos de estadísticas comunes y/o definidos a través de la consulta a expertos. Estos procedimientos acaban por limitar uno de los aspectos más apreciados desde la visión de los técnicos: la supuesta objetividad del procedimiento.

Este procedimiento se constituye en una vía altamente sofisticada para avanzar en el conocimiento de las necesidades de salud de una población determinada y, a partir de ella, definir necesidades de atención para instrumentar acciones en salud eficaces y de bajo costo. Habría que discutir si con métodos menos sofisticados y dadas las insuficiencias de los sistemas de información en salud con los que cuentan los distintos países latinoamericanos, podrían obtenerse resultados equivalentes en la identificación de zonas y grupos de mayor vulnerabilidad utilizando otros procedimientos, por ejemplo, eventos “trazadores” que permitan rápidamente priorizar necesidades de salud, canalizar recursos e intensificar las acciones.

Por otra parte, si bien es cierto que los AVAD permiten identificar órdenes de magnitud del efecto de los daños con ventajas sobre otros indicadores, (*Banco Mundial, op cit. pp. 62-71*) este procedimiento no debería ser la única forma de reconocer necesidades en salud, pues al dar un tratamiento exclusivamente técnico a la definición de las necesidades de atención y a la selección de las intervenciones, se menosprecian los aspectos éticos, políticos, culturales y simbólicos comprometidos en el quehacer sanitario y se asume que la salud y la muerte colectivas son problemas de ingeniería social. En situaciones concretas, es fundamental el reconocimiento y la inclu-

sión de otras racionalidades técnicas y no técnicas en la medición de las necesidades de salud y en la definición de las necesidades de atención.

El BM propone a los gobiernos definir sus prioridades en salud en base a la carga global de morbilidad medida en AVAD y al costo que representan diversas intervenciones por año de vida saludable ganado. Por supuesto, se plantea privilegiar las acciones de bajo costo y con mayor ganancia de AVAD. Así, esta forma de medir necesidades de salud se constituye en la justificación científico-técnica para seleccionar necesidades de atención y tipo de intervenciones. Se determinan prioridades para la acción - cuando se trata de intervenciones de alta efectividad y bajo costo - o prioridades para la investigación, en el caso de intervenciones costosas y poco efectivas.

El privilegio de las intervenciones selectivas como alternativa de solución para satisfacer las necesidades de salud, presenta diversos problemas: el primero es de carácter ético, pues la salud deja de ser considerada una necesidad humana básica y su atención un satisfactor esencial y transita de derecho social a mercancía, (*Laurell, op. cit.*) se le concibe como un medio y no como un fin en si misma y se exalta su función económica. Importa la rentabilidad de la inversión en salud en dos sentidos: por una parte, interesa la apertura de nuevos espacios para la acumulación privada y por otro, el aumento de la productividad y del "capital humano" de la población pobre, que además permita limitar el descontento social y amortiguar los conflictos (*López, 1992*).

El Estado renuncia a garantizar el derecho a la salud para todos sus ciudadanos, restringe la acción pública sólo a los sectores empobrecidos y apoya activamente la consolidación de un mundo bipolar, donde un sector de la población es atendido por su condición de indigente — versión moderna de la beneficencia decimonónica — y los servicios funcionan por el principio de pobreza, otro sector de la población accede a los

servicios salud según su capacidad de pago y éstos funcionan en la lógica de atender clientes (López, 1992).

En ambos casos, la población así etiquetada pierde — en los hechos — su condición de ciudadanía, los servicios públicos tienden a una mayor fragmentación y se privilegia el quehacer selectivo y puntual, en detrimento de la atención a la salud integral.

Según sus autores, esta forma de proceder es acertada, pues da respuesta práctica a dos problemas centrales de los servicios de salud: la selección de las intervenciones y la selección de las poblaciones. Esta selección se apoya en el cálculo de los AVAD y el costo que significa ganar años de vida saludable, en la dosificación de la población según su condición de indigente o de consumidor y en el acceso diferenciado a los servicios bajo los principios de pobreza y de capacidad de pago. Por supuesto, estos procedimientos dejan de lado la condición de ciudadanía como el principio articulador del acceso y prestación de los servicios de salud.

Por otra parte, la insistencia en la selectividad de la acción pública en salud no se limita a restringir la actividad a los grupos pobres, sino que al interior de la población así etiquetada se plantea focalizar, aún más, su quehacer en algunos subgrupos. Las propuestas de capacitación e información a las mujeres pobres, (*Banco Mundial, op cit., p. 43*) los programas para fomentar la escolaridad de las niñas pobres (*Banco Mundial, op cit. p. 49*) y el tratamiento de enfermedades comunes graves de la población infantil pobre (*Banco Mundial, op cit. p. 117*) se inscriben en esta lógica.

Limitar la responsabilidad del Estado a ciertos subgrupos de la población y restringir su acción en salud a un conjunto mínimo de intervenciones exitosas en términos de costo-efectividad, fragmenta el quehacer público y posibilita que las acciones puntuales se estructuren en forma vertical, con fondos especiales y “por fuera” de las instituciones de salud (*Grodros y Béthuna, 1988*). Esta institucionalidad paralela, en momentos

en donde emergen con fuerza actores supranacionales como el BM y nuevos actores como el empresariado médico y las compañías aseguradoras acelera el debilitamiento institucional del sector (*Torres, 1994*).

En esta dinámica, las intervenciones puntuales son muy susceptibles a las coyunturas adversas y pueden ser fácilmente desmanteladas. Su éxito relativo en el corto plazo contrasta con su inestabilidad. Especialmente durante los procesos de fragmentación y desinstitucionalización del quehacer gubernamental en salud. Los logros en el corto plazo pueden convertirse aceleradamente en fracasos cuando se modifican las condiciones que los posibilitan (*López y Blanco, 1993*). Además de que el quehacer puntual limita la posibilidad de realizar intervenciones integrales en los distintos niveles de organización de los servicios y de favorecer la acción sinérgica entre ellas.

No es la intención plantear falsas disyuntivas entre selectividad *versus* universalidad, equidad *versus* eficiencia, o focalización *versus* integralidad, sino más bien insistir en el equilibrio y complementariedad entre los distintos tipos de acciones. Un sistema de salud universal e integral, en determinados contextos y momentos, debe focalizar algunas acciones y seleccionar ciertos grupos para que su acción resulte equitativa y eficiente. En este sentido, la mejor garantía para la estabilidad de las acciones focalizadas es un sector público, fortalecido en el ámbito de la regulación y de la conducción global de la política de salud.

Es en este contexto, en donde se pueden articular transformaciones estructurales (calidad de vida, seguridad en el empleo, salario digno), con acciones puntuales, en una visión de corto y largo plazo y donde las intervenciones selectivas son complementarias y obedecen más a una lógica de intensificación del quehacer sanitario que a una lógica de exclusión.

La visión pragmática del BM — a pesar de su diagnóstico inicial en donde identifica al ingreso y al nivel educativo como grandes determinantes de la carga de morbilidad — soslaya la

importancia de los cambios estructurales y su posible efecto potenciador de las medidas puntuales. Es decir, resta importancia a la intersectorialidad de la salud que permita la articulación entre la acción de emergencia (coyuntural, focalizada), con acciones que posibiliten cambios globales en los riesgos, en el marco de un proyecto de reorganización de la sociedad que eleve sustancialmente la calidad de vida de la población.

## **Conclusión**

En la coyuntura actual, la discusión sobre las necesidades de salud y las propuestas de solución es de enorme importancia. Hoy, la disputa por la salud implica problemas de diversa naturaleza, que van desde la concepción misma de la salud, hasta las definiciones ético-políticas y los aspectos más técnicos e instrumentales de medición y priorización de necesidades de salud. Desde luego, la disputa no sólo se da en el plano ideológico, donde se confrontan una visión de corto plazo, individualista y pragmática y una perspectiva de ciudadanía, que coloca el énfasis en las respuestas orientadas a construir un piso basal igualitario para la salud, “...sino también en el mundo material de los intereses económicos..[con]..la intención de recuperar y legitimar la atención a la salud como actividad económica privada y convertirla en un nuevo campo de acumulación capitalista” (*Laurell, op. cit., pp. 25-26*).

En esta dinámica, la medición de las necesidades de salud a través de la CGM y la identificación técnica de prioridades sirven de pretexto para apuntalar propuestas excluyentes en la atención, son la justificación de las respuestas bipolares frente al fenómeno s/e, a través de configurar accesos diferenciales a las intervenciones en salud y contribuyen al desarrollo y difusión de las concepciones hegemónicas acerca de la salud, la enfermedad y la muerte, donde su modificación es, ante todo, un problema de eficiencia técnica y de racionalidad administrativa.

En las propuestas selectivas en salud (donde el BM ha tenido un papel protagónico), la responsabilidad social en la producción de la enfermedad y la muerte como procesos colectivos es sustituida por la responsabilidad individual y familiar. El compromiso de elevar los niveles de salud de la colectividad como responsabilidad de toda la sociedad y tarea de Estado, es sustituida por la visión pragmática de atender sólo a la población pobre, transfiriendo una parte importante de los costos a las unidades familiares; de reducir los AVAD al menor costo posible y de rescatar para el mercado todos los servicios médico-sanitarios rentables.

A partir de esta perspectiva, las acciones públicas para transformar las condiciones de salud de las poblaciones se limitan a aquellas intervenciones que modifican condiciones, capacidades y conductas individuales y familiares, así como, al desarrollo de medidas puntuales.

Otros enfoques proponen centrar el debate en salud, en la vigencia de planteamientos como la solidaridad, la integralidad y la universalidad en la atención de la salud; profundizar sobre las precondiciones para la salud y sobre los momentos intermedios del proceso s/e. Incluir otras racionalidades para el reconocimiento de necesidades de salud, priorizar en la lógica de conglomerados de problemas de salud, es decir perfiles patológicos y su abordaje integral; definir conjuntos de intervenciones en salud por niveles de complejidad de los servicios, para impulsar las sinergias entre ellas; articular la acción puntual de emergencia con acciones que permitan cambios globales en los riesgos (calidad de vida, seguridad en el empleo, salario digno); avanzar en la definición de indicadores positivos de salud que posibiliten intervenciones que se anticipen a los daños; integrar la lógica de los expertos y la lógica de la población que tiene los problemas y, enarbolar el principio de ciudadanía como única condición para acceder a un conjunto de servicios clínicos y de salud pública.

## Obras consultadas

Alderson, M.R. "Indicators of Needs, Demand and Use". En: Acheson R., D. Hall y L. Aird de. *Seminars in Community Medicine*. Vol 2, *Health Information, Planning and Monitoring*. London, Oxford University Press, 1976. pp. 29-40.

Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Washington, Oxford university Press, 1993. 335 p.

Belmartino, S. y C. Bloch. "Reformulación del sistema de servicios de salud. Opciones en debate y debate sobre las opciones". *Cuadernos Médico Sociales* No. 58: 3-13, 1991.

Boltvinik, J. *Pobreza y necesidades básicas. Conceptos básicos y métodos de medición*. Caracas, 1990. pp 5-64.

Bradshaw, J. "A Taxonomy of Social Need". En: Mc. Lachlan. *Problems and Progress in Medical Care: Essays on Current Research*. London, Oxford University Press, 1972.

Donabedian, A. *Los espacios de salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México, F.C.E. , 1988. 772 p. Biblioteca de la Salud.

Grodos, D. y X. Béthuna. "Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo". *Cuadernos Médico Sociales* no. 60, 1988. pp. 71-85.

Laurell , A.C. "El estudio del proceso de trabajo y salud: análisis crítico de cuatro propuestas metodológicas". En: Laurell A.C. y M. Noriega. *La salud en la fábrica*. México, ERA, 1988. pp. 40-64.

Laurell, A.C. "La salud: de derecho social a mercancía". En: Laurell, A.C., coord. *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México, Fundación Friedrich Ebert/UAM-X, 1994. pp 9-31.

López, O. "¿Desmantelamiento? o modernización de la política social". En: Fleury, S., coord. *Estado y políticas sociales en América Latina*. Río de Janeiro, UAM-X y Escola de Salud Publica, 1992. pp. 347-387.

——— "La política de salud en México. ¿Un ejemplo de liberalismo social". En: Laurell, A.C., coord. *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*. México, Fundación Friedrich Ebert, 1992a. pp. 165-183.

——— y J. Blanco. *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*. México, UAM-X, 1993. Colección de ensayos.

Lozano, R., C.J.L. Murray, J. Frenj, J.L. Bobadilla y S. Fernández. *El peso de la enfermedad en México: un doble reto*. México, Fundación Mexicana para la Salud. Documentos para el análisis y la convergencia. No. 3, 1994, 115 p.

Marx, K. *El capital. Capítulo VI, inédito*. México, Siglo XXI, 1971.

Menéndez, E. *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México, CIESAS, 1990. Cuadernos de la Casa Chata.

Oddone, et. al. *L'ambiente di lavoro: la fabbrica nel territorio*. Roma, Ed. Sindicale Italiana, 1974.



PNUD. *Desarrollo sin pobreza. I Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe*. Quito, Ecuador, PNUD, 1990. 234 p.

Terrail, J. "Producción de necesidades y necesidades de producción". En: Terrail, J. y col. *Necesidades y consumo en la sociedad capitalista actual*. México, Grijalbo, 1977.

Torres, C. "Las políticas de salud en la región de las Américas para los 90". Ponencia presentada en el *XVIII International Congress of Latin American Studies Associations (LASA)*, 10-12 de marzo, Atlanta Georgia, 1994.



#### **IV. CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS PARA UN ESTUDIO COMPARATIVO DE SALUD MATERNO-INFANTIL ENTRE MIGRANTES. \* Notas de investigación.**

*Alberto Palloni \*\**

Este documento es una serie de ideas y consideraciones para formular una propuesta de investigación que estudie los determinantes y mecanismos de la salud materno-infantil y en particular, el impacto que tiene la migración sobre la aportación de tales determinantes y mecanismos.

Estas ideas y consideraciones se exponen haciendo poco caso de lo que son las exigencias de lo factible y práctico en términos de recursos humanos y materiales. Por tanto, un diseño de proyecto de investigación que sea factible requiere que las ideas y consideraciones presentadas aquí, deban ser tomadas como pautas para definir los contornos de un tipo ideal de investigación.

##### **I. Consideraciones preliminares**

I. Lo que aquí se discute son ideas que sustentan la formulación de una propuesta para investigar los determinantes de salud materno-infantil. La interrogante principal que alimenta el estudio puede ser formulada como sigue ¿Cuáles son los cambios que ocurren en la naturaleza, niveles, y patrones de la salud materna y del niño en poblaciones que sufren desorganización debido a la migración de los grupos, tanto entre los que se quedan como en aquellos que se van?

\* Estas notas de investigación fueron presentadas en el Seminario-Taller de la Investigación Multidisciplinaria sobre Mortalidad y Salud, organizada por el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM-UNAM), Cuernavaca, México, Agosto 25-27 de 1994.

\*\* Centro de Población/NORC. Universidad de Chicago, Chicago, Illinois.

La pregunta se formula para la población hispana en los Estados Unidos pero, más concretamente, podría ser extendida a los migrantes mexicanos y sus contrapartes en zonas urbanas y rurales de México.

*1.1. Motivación 1:* Las disparidades raciales en los Estados Unidos son sustanciales, con los hispanos ocupando una situación intermedia entre negros y blancos (respecto a los niveles de pobreza). Pero, ¿acaso comparten esta posición todos los hispanos? ¿Difieren en términos de estado migratorio y de ser así, cómo? ¿Por qué los hispanos ocupan una posición intermedia? ¿Hay algunos factores que están relacionadas con el estado migratorio o las historias migratorias?

*1.2. Motivación 2:* Proporciona una oportunidad única para identificar y analizar el papel de los llamados “factores culturales” que están tan de moda en el análisis de la fecundidad, pero que se descuidan cuando estudiamos la mortalidad. De hecho, el estudio de los factores culturales por sí mismos ha continuado siendo la prerrogativa de los antropólogos interesados en salud pero raramente ha sido parte del área del demógrafo social.

*1.3. Motivación 3:* Lleva al estudio de determinantes y procesos que afectan los niveles y patrones de mortalidad en aglomeraciones urbanas y de aquéllos que afectan niveles y patrones de mortalidad en pueblos más pequeños. Evidencia reciente indica que los diferenciales clásicos de mortalidad rural-urbana pueden no estar ocurriendo en algunos países en desarrollo o pueden estar cambiando repentinamente después de años en que han seguido un patrón predecible. ¿Cuál es la situación de los hispanos (mexicanos) en sus lugares de origen y de destino?

## *2. Comentarios*

*2.1.* Por lo menos superficialmente, ésta no es de las preguntas más generalizadas que uno puede formular. Sin embargo, como

mostraré, nos lleva a identificar problemas que se encuentran en niveles distintos de abstracción, los cuales son estratégicos en la construcción de explicaciones (y por lo tanto en el diseño de la política) sobre la salud materno-infantil.

De hecho, nuestra pregunta principal implica casi todo: desde un problema aparentemente tan sencillo como es el llamado efectos de “cluster” hasta uno muy complejo como la eficacia de la vacuna del sarampión. En medio se encuentran problemas muy discutidos pero nunca bien esclarecidos como por ejemplo “¿por qué hay una relación entre la educación materna y la salud del niño en algunos lugares y no en otros?”; “cuando existe una relación entre la educación materna y la salud del niño o la mortalidad, ¿qué significa o cómo funciona?”

*2.2. Ejemplos de algunos de los problemas implicados.* Describo brevemente algunos problemas interesantes que el proyecto debe incluir.

i. Efectos de “cluster”:

En algunos estudios recientes se menciona el llamado efecto de “cluster” según el cual la mayoría de las muertes de niños ocurren en unas cuantas familias. Aquí hay dos problemas. El primero y el más obvio es ¿cómo detectar tal agrupamiento o “clustering”? existen algunos procedimientos metodológicamente refinados que, sin embargo, pueden mostrarse como imperfectos. (*César, Palloni y Rafalimanana, 1994*). El segundo problema es más complejo: si los efectos de “cluster” existen ¿por qué existen? La última pregunta requiere de una investigación a fondo de las familias y comunidades donde se da la concentración de muertes infantiles.

ii) La controversia acerca de US 1900 (*Preston y Haines, 1990; Palloni, 1981*):

A pesar de que nos parecería que la educación materna tiene una relación universal negativa con la mortalidad, no siempre

es así. La relación en algunos casos es muy débil y muy fuerte en otras. ¿Cómo interpretaremos estos descubrimientos? ¿qué mecanismos están implicados en los diversos contextos donde la educación materna conduce a diferentes efectos?

Nótese que esto nos lleva a discutir los problemas planteados por McKeow y Razzell y, más recientemente, por Szreter y Winters y otros historiadores que trabajan con problemas conceptuales y empíricos relacionados con la primacía entre desarrollo social y económico, y la tecnología y conocimientos médicos como factores explicativos de la caída de la mortalidad. También incluye algunos problemas más concretos como la relación mortalidad y crisis económicas.

iii) la sugerencia de Aaby (1989) acerca del sarampión y su tasa de morbilidad (Case Fatality Rate o CFR) como el resultado de exposición dinámica a la enfermedad y sus implicaciones para la explicación de la disminución de la mortalidad en países en desarrollo. El problema planteado por Aaby se puede definir así: ¿por qué el CFR del sarampión es más alto entre los casos secundarios que entre los casos primarios?. Este no es sólo un problema técnico relacionado con el sarampión. Es mucho más general: tiene que ver con el papel de factores que afectan la exposición y resistencia a casi todas las enfermedades infecciosas y por lo tanto con la efectividad potencial de las políticas.

### ***3. Naturaleza del objetivo de estudio***

El aspecto más importante del problema que estamos definiendo es que es una *totalidad*. Con esto quiero decir que (a) implica algunas dimensiones que están *integradas*: estado de salud (enfermedad/estado nutricional) y mortalidad y (b) evoluciona *a través del tiempo* y, por lo tanto, las relaciones pertinentes y más significativas deben ser estudiadas a medida que cambian a través del tiempo.

### *3.1. Integración de dimensiones:*

La integración implica dos cosas:

i. Estamos demasiado familiarizados con la idea de que la mortalidad es sólo el punto final de un proceso complicado y que el estudio de la mortalidad y sus determinantes excluyendo estos procesos puede llevarnos por mal camino (el problema fue presentado de una manera clara por Mosley y Chen, pero otras personas ya lo habían abordado antes). Una manera mejor, pero estilizada de considerar los procesos, es enfocarlos como un sistema de flujos entre estados: Salud-Enfermedad y Muerte. Esta formulación tiene la característica atractiva de que se presta a tratamiento formal (aplicación de procesos semi-mar-kovianos).

Una razón importante para concentrarse en procesos integrados es que, después de todo, el índice de mortalidad atribuible a las secuelas de una enfermedad en particular, es igual al producto de la probabilidad de estar en algún estado de enfermedad por la probabilidad de morir inmediatamente después de un periodo especificado o, más formalmente:

$$\int_0^t c(t-x) * i(x) * u(x) d(x)$$

donde  $c(t-x)$  es la probabilidad de contraer la enfermedad en  $t-x$  años,  $i(x)$  es la probabilidad de sobrevivir con la enfermedad durante  $x$  años y  $u(x)$  es la fuerza de mortalidad asociada con la enfermedad con una duración  $x$ .

Esta formulación tiene la ventaja de referirse explícitamente al problema de interrelaciones entre exposición a enfermedades, resistencia y recuperación, un problema que ha sido discutido una y otra vez, principalmente por historiadores que estudian los factores que provocan el descenso de la mortalidad,

pero que en general, no ha recibido un tratamiento riguroso. La ecuación arriba mencionada (y el modelo multiestado formal de donde se deriva) destaca la importancia de la exposición a una enfermedad, de la resistencia (o morbilidad) y de la fatalidad del caso. Es importante notar que el modelo permite que podamos considerar estas relaciones a través del tiempo, ya que la principal dimensión implícita es el tiempo (o edad). Esta formulación del problema ayuda a minimizar dificultades como por ejemplo, aquélla que lleva a exagerar los beneficios potenciales de ciertas intervenciones (como por ejemplo las vacunas contra el sarampión) que neutralizan una condición que lleva a unas enfermedades, pero no a otras. También ayuda a tomar decisiones acerca de qué es más importante, si la prevención o las intervenciones curativas.

ii. La dimensión de integración también implica otra cosa importante: la inseparabilidad entre la salud materna e infantil. Hay muchos vínculos entre una y otra, pero me gustaría destacar sólo cuatro. Primero, el agotamiento materno y la salud del niño por vía de los intervalos de nacimiento. Segundo, el pre-embarazo materno y la salud del niño por vía del peso al nacer, con todas las consecuencias futuras que esto puede acarrear al niño. Tercero, embarazos frecuentes y poco espaciados y el impacto sobre la salud materna y la nutrición; nótese que éste y el punto anterior implican un mecanismo retroalimentador. Cuarto, fatiga o agotamiento materno y lo que esto implica en la cantidad y calidad de cuidados al niño.

### *3.2. Temporalidad*

Hay muchas justificaciones para presentar el tiempo explícitamente, pero la discusión de tres aspectos de los funcionamientos del tiempo deben ser suficientes:

i) La incidencia acumulada de episodios: es la acumulación de episodios de enfermedades la que tiene importancia para el estado de salud y mortalidad, no cada uno por separado;



ii) La existencia de efectos atrasados: bajo peso al nacer, por ejemplo, un determinante importante de la mortalidad, ha sido identificado como el responsable de un sinnúmero de otros problemas y deficiencias: enfermedades en la edad adulta (enfermedades isquémicas del corazón); lento aprendizaje, desadaptación social. No nos hemos percatado de esto hasta la fecha porque no hemos sido lo suficientemente hábiles para seguir los procesos a través del tiempo.

iii) El ordenamiento causal implícito no puede ser aclarado a menos que exista un periodo largo de observaciones (en vez de un periodo corto de observación confiable como es el caso de encuestas de muestras representativas o retrospectivas). Por ejemplo, la observancia detallada en el tiempo es necesaria para aclarar los efectos de la lactancia materna y separarlos de la contribución que pueden aportar enfermedades que la previenen.

#### ***4. Requerimiento del estudio***

De acuerdo a las consideraciones anteriores podemos identificar algunas condiciones preliminares para un diseño exitoso. Debe ser un estudio longitudinal que enfoque simultáneamente la transición de salud a enfermedad (enfermedad/desnutrición) y de la enfermedad a la muerte.

## **II. Problemas sustantivos**

La siguiente es una lista de los problemas teóricos organizados por orden de importancia, aunque el orden también refleja mis preferencias personales. El primer grupo se refiere a procesos estructurales o aquéllos relacionados con procesos de cierta envergadura social y económica. El segundo se refiere a mecanismos mediadores. Algunos de estos problemas están relacionados con la epidemiología, otros con condiciones económicas, y otros implican aspectos culturales.

## **1. Procesos estructurales**

### **1.1. Las relaciones entre la organización familiar y la salud materna e infantil**

Esto se refiere al tema de las economías neoclásicas que reconocen a la familia como una unidad integrada que desempeña sólo una función de utilidad y una de maximización y no como el centro de negociación múltiple, donde entrecrocán los diferentes intereses de cada miembro. El conflicto es importante cuando se relaciona con decisiones acerca de: cuándo se considera que un niño (madre) está enfermo, qué debe hacerse y cómo hacer el seguimiento sobre el progreso de la enfermedad. Estas decisiones dependen de la distribución del poder dentro de la familia, consideraciones presupuestarias, disponibilidad de conocimientos acerca de la naturaleza de las enfermedades y el curso del tratamiento (esto implica la búsqueda de cuidado médico o medidas preventivas)

#### **i) Problemas principales**

- Condiciones de salud en familias extendidas o nucleares;
- Condiciones de salud en familias disueltas (consecuencias de largo plazo sobre características múltiples de los niños);
- Condiciones de salud en uniones consensuales y en uniones regulares.
- Condiciones de salud en hogares con jefatura femenina

#### **ii Problemas importantes en el caso del estudio de migrantes:**

Surgen aquí retos importantes. Por ejemplo, cómo es que la negociación intrafamiliar cambia cuando la familia migra y cómo depende esto del tipo de movimiento, de la duración en el nuevo lugar y de la posición en el lugar de origen o,

posiblemente, el contraste entre la posición en el lugar de origen y de destino.

Además, ¿cómo es que la información difundida o aprendida en el nuevo lugar de residencia altera los procesos para tomar decisiones acerca de la salud, como son el reconocimiento, prevención, tratamiento de enfermedades? ¿los empeora? ¿los mejora? y ¿qué sucede con los migrantes que regresan? ¿regresan a sus antiguos patrones de conducta? ¿continúan con los que aprendieron como migrantes? ¿qué resistencia encuentran, si es que la hay, en sus nuevas comunidades y con qué facilidad pueden influir en sus habitantes?

¿Cómo operan las redes sociales en el lugar de origen y de destino para sugerir, permitir, imponer, y desalentar conductas que tienen un impacto decisivo sobre la salud?

## *1.2. Fluctuaciones en el bienestar económico y condiciones de salud*

### **i) Problemas principales:**

Sabemos que el ritmo de descenso de la mortalidad en muchos países en desarrollo quizás no ha seguido patrones esperados y que las crisis económicas pudieron tener efectos inesperados sobre la mortalidad y las condiciones de salud. También sabemos que los resultados no son concluyentes o del tipo de 'a veces sí y a veces no'. Seguramente aquí, como en el caso de la educación materna, no hemos especificado apropiadamente el conjunto de condiciones bajo las cuales se verifican consecuencias con respecto a salud y mortalidad y aquellas bajo las cuales no ocurren.

Para poner en claro estos problemas, necesitamos enfocar nuestra atención en a) recursos del hogar y su distribución; b) recursos del sistema y su distribución c) recursos de la comunidad y su distribución. También necesitamos estudiar como una crisis global o regional afecta (a), (b) y (c).

Al observar los procesos a través del tiempo, estamos en condiciones de asignarles toda la importancia que merecen los efectos retardados y los episodios acumulados.

ii) Problemas importantes en el caso del estudio de migrantes.

Uno de los problemas más interesantes es cómo la migración acrecienta o reduce el acceso a recursos durante periodos de crisis. Por una parte el movimiento migratorio en sí es equivalente a una crisis a nivel familiar en más de una manera. ¿Qué consecuencias para la salud materna e infantil tiene la desorganización familiar generada por el movimiento migratorio?

### *1.3. Los efectos de la educación materna*

i. El problema principal:

Aunque parece ser así, la 'universalidad' de la relación negativa entre la educación materna y mortalidad está lejos de ser incuestionable. Los ejemplos de falta de relación no son difíciles de encontrar (*Cuba, 1990; Estados Unidos, 1920*). Esto trae a colación problemas importantes: a) ¿cuál es la disponibilidad 'social' de conocimientos acerca de la naturaleza y transmisión de enfermedades y alimentación adecuada en un momento dado?; b) ¿cuál es la disponibilidad de recursos para satisfacer las necesidades principales?; c) ¿existen grupos sociales que ofrecen medios y recursos a través de la caridad?

ii) Problemas importantes en el caso de un estudio de migrantes:

Aunque es en cierto modo obvio, vale la pena resaltar el tipo de preguntas que se plantean cuando el estudio se centra sobre los efectos migratorios: ¿son afectados igual los hijos de mujeres con niveles de educación comparables si sólo difieren en términos de migración? ¿desaparecen las disparidades por educación materna después de que ocurre la migración? ¿si es así,

cuándo? ¿qué les sucede a estas disparidades cuando hay migración de retorno? ¿reaparecen, aumentan o se deterioran hasta desaparecer? ¿cómo prosperan los hijos de madres con diferentes niveles de educación, con relación a los de madres que tienen niveles similares de educación, pero que no son migrantes? ¿de qué manera cambian los efectos de la educación materna debido a los cambios en la situación de la mujer generados por la migración?

#### *1.4. La reproducción y la salud*

##### **i. Problemas principales:**

En un artículo reciente, Julie Davanzo identificó varios mecanismos a través de los cuales la planificación familiar y la salud están relacionados:

- Los efectos de la anticoncepción sobre la salud materna;
- Los efectos en el tiempo oportuno y espaciado (y por lo tanto, en la salud materna e infantil);
- Los efectos sobre la salud materna e infantil que son indirectos: más tiempo y recursos para dedicarles al niño y a la madre;
- Los efectos de la planificación familiar que son indirectos (cuidado de la salud).

Lo que no está incluido en esta lista es lo que considero un mecanismo poderoso que actúa a través de la concentración de niños: hacinamiento de niños. Es importante en relación a las dinámicas de algunas enfermedades (diarrea, sarampión, infecciosas respiratorias) las cuales tienen una cantidad razonable de influencia sobre la morbilidad y mortalidad. También tiene una relación con la fecundidad: en regímenes de fecundidad mode-

radamente baja (digamos con el índice total de fecundidad de 3.5) la varianza de la fecundidad podría dar razón de los efectos de "cluster" únicamente producidos por hacinamiento.

Otro tema importante se refiere a un problema de selección señalado por Joe Potter, que plantea que las madres que deciden adoptar algún tipo de planificación familiar son aquéllas que son más capaces de resolver problemas de salud de los niños. Un estudio bien diseñado debe resolver este problema que, por lo menos, en diseños muestrales (incluyendo estudios retrospectivos) lleva a toda clase de dificultades.

## ii. Problemas importantes en un estudio de migrantes

El examen de los contrastes entre mujeres con ritmos de fecundidad similares, pero con historias migratorias distintas, debe revelar los efectos relativos de factores reproductivos comparado con aquéllos asociados con otras condiciones. Por ejemplo, suponiendo que podemos minimizar las distorsiones debidas a la selección ¿puede establecerse que hijos de mujeres con nacimientos poco espaciados tienen más problemas de salud que las que tienen un ritmo más lento de espaciamiento, pero que difieren debido a sus historias migratorias? Si encontramos diferencias, la pregunta que surge es ¿por qué las historias migratorias cuentan? ¿es por diferencias en las condiciones económicas o por el acceso o falta de acceso y uso a los servicios de salud?

## *2. Procesos mediadores*

Los mecanismos mediadores deberían ser clasificados como sigue: i) aquéllos que implican la exposición a las enfermedades (existencia y cantidad); ii) aquéllos que implican resistencia de la persona; y iii) aquéllos que implican el tratamiento de condiciones de salud. Ejemplos de problemas que están incluidos bajo una o varias de estas categorías son los siguientes:

2.1. Hacinamiento y estado de salud (en relación a ciertas enfermedades). Como un ejemplo muy particular: el sarampión.

2.2. Lactancia materna y estado de salud. Como ejemplo: la influencia mediadora de enfermedades en la decisión de discontinuar la lactancia.

2.3. Intervalos de nacimientos y estado de salud.

2.4. El acceso y uso de cuidados de salud prenatal (el problema de endogeneidad generado por la conducta maternal) y estado de salud. El tipo de servicios de salud, la rapidez de acceso a ellos, perseverancia y responsabilidad materna en el uso del cuidado médico y la naturaleza de cuidado médico disponible y su adecuación a las condiciones de salud más comunes.

2.5. Otras conductas maternas que no sean las relacionadas al acceso y búsqueda de cuidados médicos (abuso de drogas, cigarrillos, consumo de alcohol).

2.6. Problemas especiales y efectos de "cluster": Los resultados preliminares indican que los métodos convencionales para identificar los efectos de "cluster" son insuficientes y a veces completamente engañosos.

Los efectos de "cluster" son importantes también ya que implican efectos de la comunidad, vecindades y redes en la exposición y resistencia a enfermedades y otras condiciones. Un buen ejemplo es la influencia de la organización y movilización de la comunidad para la inmunización en contra de alguna enfermedad. ¿Funcionan las campañas? y si funcionan, ¿es el efecto duradero o pasajero?

### **III. Los tipos de instrumentos de recolección de datos**

Existen cuatro tipos de instrumentos para recabar información que tienen en cuenta la dimensión temporal de ciertos procesos.

1. Dos o tres estudios del tipo panel y seguimiento limitado como las realizadas por RAND en Malasia. Estas encuestas tienen algunos beneficios, pero el periodo de tiempo prolongado entre los paneles lo hace menos deseable que otras alternativas.

2. Estudios de panel del tipo realizado por IFORD en África. Hay un componente retrospectivo (sobre periodo entre paneles que se combina con componentes prospectivos). Un ejemplo importante es el de la encuesta de Yaunde (Camerún) con sus ventajas (observaciones longitudinales de enfermedades) y limitaciones (deserciones y reportes inciertos).

3. La observación longitudinal de duración limitada con visitas a hogares a medida que ocurren los eventos. Estos instrumentos están apoyados con fuentes complementarias (archivos de hospitales y reportes técnicos de médicos).

4. Estaciones permanentes sin limitación de observación, paneles poco espaciados y entrevistas regulares para recabar información sobre temas relacionados (por ejemplo: Matlab/Senegal/INCAP).

Pero es un quinto tipo el que me gustaría llevar a cabo: es una combinación del tipo 3 con estudios intensivos de grupos seleccionados, familiar o individual (a través de la recolección sistemática de historias). Probablemente esto no es nuevo, pero sí necesitamos ideas nuevas para lograr un protocolo exitoso que haga inferencias de la combinación de los dos tipos de estudios.

Por ejemplo, ¿sabemos cómo usar historias individuales para interpretar los resultados obtenidos de los modelos de riesgo con la heterogeneidad no medida? Seguramente la respuesta es negativa. Sin embargo, las afirmaciones que promueven la idea de que los estudios cualitativos deberían ser alentadas, necesitan un tratamiento sistemático acerca de procedimientos para integrar los hallazgos de los estudios cualitativos y cuantitativos.



## **IV. La naturaleza de la propuesta**

### ***1. Resumamos los temas principales:***

1. El objetivo es diseñar (a) métodos de recolección de datos y (b) procedimientos de análisis para estudiar niveles, patrones y determinantes de la salud materna e infantil entre los hispanos que viven en México rural y urbano como aquéllos que han emigrado a los Estados Unidos y que han estado allí durante períodos variables.

Los detalles del estudio se examinan en las siguientes secciones pero algunas de las características estratégicas del estudio deben ser tenidas en cuenta:

i. Es un estudio longitudinal. Nos gustaría seguir a los niños y las madres por un periodo de tiempo para entender los determinantes al nacimiento (peso al nacer, tiempo de gestación, supervivencia en el primer mes) y los determinantes de salud, nutrición y supervivencia del niño y la madre. Esto implica el registro sistemático de los tipos y número de episodios de enfermedades y de cómo cada uno de ellos fue tratado por el niño, la madre y la familia.

ii. Es un estudio que se concentra en variables dependientes múltiples y en procesos múltiples y en cómo afectan tanto a la madre como el niño. Son igualmente importantes para nosotros los determinantes del peso al nacer y los del estado nutricional a la edad de 2 años. No descuidaremos uno para estudiar el otro. No privilegiaremos el estudio de la mortalidad. Consideraremos la mortalidad como el punto extremo de un continuo de salud.

De manera similar no sólo estudiaremos a los niños, también la salud materna y la supervivencia. El estado nutricional de la madre y su historia de enfermedades son tan importantes como los del niño.

Nos concentraremos no sólo en los resultados del nacimiento y la supervivencia infantil sino también sobre el estado

de salud del niño (de 0 a 5 años). Esto no es sólo un estudio de determinantes del peso al nacer o de mortalidad infantil, también es un estudio de condiciones que precipitan la enfermedad, malnutrición y los que restablecen la salud.

Debemos prestar atención a los procesos múltiples y sus interrelaciones. Por ejemplo, sospechamos que el bajo peso al nacimiento tiene consecuencias sobre la nutrición subsecuente, el estado de salud futuro y en el rendimiento académico de los niños. Si fuera posible, deberíamos tratar de estudiar estos procesos múltiples. De la misma manera, existen dudas acerca del papel y de los efectos de la nutrición materna durante el embarazo y sus efectos en el nacimiento. Estos deberían estudiarse.

También deberíamos estudiar los procesos implicados. Es de suma importancia entender cómo las conductas individuales relacionadas con la salud están determinadas por contextos familiares, organización familiar y vínculos familiares. Para este propósito, los procesos de formación y disolución familiar y los que regulan los cambios familiares son de importancia fundamental.

Finalmente, nos concentraremos en estos procesos mientras persistan o cambien, de acuerdo a la experiencia migratoria individual y a la influencia que ejercen las comunidades de origen que han experimentado la migración.

## ***2. La puesta en práctica del estudio***

Idealmente, deberíamos seleccionar varios lugares tanto en México como en los Estados Unidos. El mejor diseño del estudio consiste en obtener muestras en México (de orígenes rural y urbano pero que viven en México) y en algunas ciudades en los Estados Unidos. La idea del diseño es que los determinantes de la salud materna y de la salud y supervivencia del niño son una función de contexto residencial y del tipo de experiencia migratoria. La migración trae consigo cambios de

la conducta individual, exposición acrecentada a normas, valores e instituciones nuevos, altera los niveles de bienes e ingresos y en general lleva a un reacondicionamiento de capital humano y social. La migración también destruye la organización familiar y del hogar, debilita los patrones tradicionales de responsabilidad paterna en la crianza y socialización de los niños, genera nuevas relaciones de parentesco y altera el papel jugado por las familias.

Idealmente, los siguientes 'grupos' deberían ser estudiados:

i) Grupos rurales con poca o ninguna experiencia y exposición migratoria; (los diferentes grupos rurales podrían ser identificados ya que hay una variabilidad elevada dentro de las áreas rurales)

ii) Grupos rurales que aún viven en áreas rurales, pero que están expuestos a la migración. Estos son los grupos que residen en las comunidades cerca de la frontera con los Estados Unidos.

iii) Grupos urbanos de origen rural, pero que viven de preferencia en centros urbanos en México.

(Deben escogerse diferentes grupos de acuerdo a la duración de su residencia en el área urbana y sus orígenes rurales).

iv) Grupos urbanos en México de orígenes urbanos.

v) Grupos urbanos en los Estados Unidos y de orígenes urbanos en México.

(Estos grupos incluyen todas aquellos que pudieron haber migrado a los Estados Unidos pero con orígenes urbanos).

vi) Grupos urbanos en los Estados Unidos, pero de orígenes rurales en México.

Los grupos (v) y (vi) también podrían ser clasificados de acuerdo a la duración de sus experiencias migratorias. Otra diferenciación que merece hacerse entre aquellos en la (v) y (vi) es de acuerdo a la naturaleza del área urbana de residencia en los Estados Unidos.

## *2.1. Comentarios*

i. Sin duda, el esquema ideal es demasiado ambicioso. Por un lado, requiere de la selección de un amplio espectro de poblaciones que no son muy conocidas. También, a menos que se consiga gran cantidad de recursos, es improbable que podamos estudiar simultáneamente todas las poblaciones usando la mezcla de investigación de encuesta, clínica y etnográfica que pretendemos proponer.

Esto nos lleva a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los grupos que podríamos estudiar más eficientemente con una cantidad limitada de recursos y a través de un periodo, digamos, de cinco años?

ii. La selección de lugares en México se podría hacer en función de lo que ya se conoce. ¿Tenemos acceso a grupos de migrantes rurales en la Ciudad de México o en otros centros urbanos como Tijuana y Cuernavaca u otras ciudades en Morelos? En investigaciones que se llevan a cabo en El Colegio de la Frontera Norte y por el Instituto Nacional de Salud se sugiere que la identificación de estos grupos es posible.

Otra posibilidad es escoger las comunidades que Massey y Durand han estado estudiando en el proyecto sobre migración. Estas son comunidades rurales que han experimentado absoluta migración y por lo tanto, muchos de los procesos que nos interesan ya han sido afectados por un contacto sumamente denso con los Estados Unidos. Las comunidades que Massey y Durand estudiaron son los estados de Guanajuato, Michoacán, Nayarit y Jalisco. Una ventaja de usar las poblaciones Massey-Durand es que uno tiene acceso inmediato a las poblaciones en los Estados Unidos donde las comunidades rurales en México han enviado sus miembros más productivos.

2. La selección en los Estados Unidos es más difícil. Sin embargo, se pueden mencionar dos posibilidades:

i) La primera posibilidad es escoger el área de Chicago. Además de contar con una cuantiosa población hispana

(alrededor de 20 por ciento del total), hay mucha heterogeneidad ya que no sólo hay población de origen mexicano sino también de otras partes de Centro y Sudamérica. Esto lo hace un sitio ideal para estudiar la heterogeneidad entre migrantes, lo que podría constituir una parte importante del proyecto.

ii) La segunda posibilidad es elegir áreas urbanas en los Estados Unidos donde las poblaciones migrantes de áreas rurales que alimentan los flujos migratorios vienen de Tijuana o ciudades en Morelos o de los lugares en que viven los migrantes estudiados por Massey (sur de California o sur de Texas).

2.3. La alternativa más modesta es proceder por etapas. Inicialmente concentrarse sólo en migrantes rural-urbanos a Morelos y Tijuana que ya son conocidos por nosotros (a través de otros estudios) y dejar el examen de otros grupos para una segunda etapa. La ventaja de hacer esto es que tenemos el conocimiento acerca de los grupos seleccionados y por lo tanto podemos incrementar la calidad de la propuesta. La desventaja es que la propuesta pudiera afectarse por la falta de una representación completa de varios grupos, los cuales son necesarios para hacer inferencias a la población.

## **V. La ejecución del estudio**

Hay dos dimensiones de la ejecución. La primera se refiere a la naturaleza de los grupos en estudio. La segunda, a la naturaleza de los instrumentos de la recolección de datos.

### ***1. La naturaleza de los "grupos"***

Aunque repetidamente me he referido a ellos como 'grupos', no lo son en absoluto, en el propio sentido de la palabra. Realmente, son agregados de individuos expuestos a algunas condiciones comunes. También, aunque use la palabra muestras, no trato de insistir que se necesitan muestras científicas.

Entiendo que tal vez tendremos que tomar muestras “intencionales” para un fin determinado, localizar individuos que comparten algunas características y que son accesibles, en vez de muestras representativas. Tal vez tendríamos que usar la técnica de muestras “snowball” donde primero localizamos unas cuantas personas y estas mismas nos dan una lista de otros individuos que podemos usar en muestras futuras.

Aunque nuestra unidad de análisis es de pares de mujer-niño, debemos recolectar información sobre el hogar y sobre relaciones familiares asociadas con el par de madre-niño. En este sentido, vamos en busca de pares de mujer-niño y de su contexto social. Debido a que es importante el contexto, necesitamos insistir en la recolección de datos a nivel de la comunidad (servicios públicos, acceso a doctores, hospitales, transporte, etc.)

En resumen, nuestro objeto directo de estudio son los pares madre-niño, sus mediaciones sociales (familiar y parientes) y la comunidad donde viven.

Se debe decir algo acerca del tamaño de las muestras. Si nos concentramos en los pares niño-madre, el tamaño de muestras debe ser evaluado en términos de pares de niño-madre. Aunque los tamaños de muestras requeridas varían dependiendo de los problemas que estudiamos (si queremos estudiar mortalidad infantil, necesitamos muestras más grandes que si queremos estudiar episodios de enfermedad o de mal nutrición), cálculos muy crudos para poder detectar diferencias entre parámetros indican que debemos tener una muestra de por lo menos 500 pares de madre-niño en cada uno de los grupos que seleccionaremos (rural, migrantes rurales a la Ciudad de México; migrantes rurales o urbanos a los Estados Unidos).

## **2. La naturaleza de los instrumentos de recolección de datos.**

Nuestra información se basará en encuestas repetidas de madres y de otros miembros de los hogares. Si el periodo de seguimiento es de tres años, podríamos llevar a cabo tres o cuatro encuestas por año donde cada uno cubra un lapso de tiempo de tres o cuatro meses. También debemos utilizar otros tres instrumentos:

**2.1 Encuestas etnográficas:** encuestas más flexibles basadas en entrevistas abiertas y largas (tal vez usando grupos focales) y observación participante.

**2.2. Encuesta de comunidades:** esto requiere recolectar información agregada a nivel de las comunidades y puede implicar investigación de archivos o entrevistas con autoridades de la comunidad. Incluyo en lo anterior, entrevistas y observaciones con el propósito de recolectar información de autoridades de salud o personal médico.

**2.3 Registros de salud:** necesitamos tener acceso a registros de salud para disponer de las características asociadas con nacimientos y embarazos.

**2.4 Historias individuales:** diseñadas para facilitar acceso a información que no puede obtenerse a través de entrevistas formales u observación recolectada mediante entrevistas individuales u observación participante. La parte fundamental de la información será recolectada a través de entrevistas con la mujer y otros miembros del hogar. Además de hacer preguntas en las entrevistas necesitamos:

- Tener instrumentos para medir el peso, estatura y demás datos (para construir variables del estado nutricional).

- Tener "escalas" preparadas para identificar las enfermedades a través de descripciones obtenidas de la madre o de otros miembros de la familia o de trabajadores de salud. Esto es equivalente a reportes no profesionales de causas de muertes y

requiere que identifiquemos a priori las causas de enfermedades más comunes entre los niños y las madres.

En resumen, necesitamos los siguientes instrumentos de recolección de información:

- Encuestas individuales con evaluación de salud;
- Encuestas de comunidades y/o acceso a registros de comunidades;
- Encuesta de registros de hospital o suministradores de salud;
- "Entrevistas" etnográficas;
- Historias individuales o familiares;

### ***3. El contenido de instrumentos de recolección de datos.***

A continuación describo brevemente el contenido de los primeros tres instrumentos.

#### ***3.1 Encuestas individuales.***

Aplicaremos encuestas repetidas. La primera deberá recabar información retrospectiva de la madre y el hogar y una historia individual de todos los niños menores de 5 años que pertenecen a la madre (sobreviviente o no). La historia de los niños debe incluir: fecha de nacimiento, peso al nacer, estado de supervivencia, lactancia materna, episodios de enfermedades. Para el último y el penúltimo niño también recabaremos información sobre las conductas en el embarazo y los problemas del embarazo.

Las encuestas deben repetirse para evaluar el estado de salud de la madre y los niños, los cambios en la organización del hogar, familia o vínculos familiares. La evaluación del estado de salud requerirá del uso de básculas, instrumentos para medir la estatura y "skinfold", así como preparar entrevistas para identificar enfermedades o condiciones (como venéreas, presión alta, diabetes). La idea es repetir la encuesta cada dos



meses y en cada uno de ellos ir recopilando información correspondiente al periodo inter-entrevista.

Como consecuencia de este diseño estaremos en posición de a) seguir a los niños menores de 5 años que estaban vivos cuando se efectuó la primera entrevista en el hogar; b) seguir a infantes y niños que nacieron durante nuestra investigación; c) seguir a las mujeres que eran madres cuando se efectuó nuestra primera entrevista y las que se convirtieron en madres después de la primera entrevista.

Las encuestas también deben establecer la manera como se enfrentan las madres y sus familias a las enfermedades, con la preparación de los alimentos y la dieta, y con la organización de la vida del niño dentro del hogar (problemas de competencia por recursos escasos, etc).

En el caso especial de madre embarazada o que se embaraza durante el estudio, le seguiremos la pista para proporcionar toda la información posible acerca de su embarazo y el proceso del nacimiento.

### *3.2 La encuesta de la comunidad*

Esta encuesta puede llevarse a cabo una o dos veces y debe servir el propósito de permitirnos evaluar el nivel y tipo de recursos disponibles en la comunidad. Las preguntas que requieren clasificación son: ¿cuán aislada es la comunidad? ¿cuánta influencia recibe del exterior? ¿existen hospitales cercanos, servicios de salud o dispensarios? ¿cuál es el estado de los sistemas de agua y drenaje? ¿de electricidad? ¿de caminos u otros medios de comunicaciones?

### *3.3. Registros de hospitales y proveedores de salud*

Esto es de particular importancia para rastrear la información sobre las dificultades durante los embarazos, diagnóstico y tratamientos. Idealmente, cada par-madre en la muestra debe

estar vinculado a un registro de salud. Pero, obviamente, esto podría resultar imposible y lo mejor que podremos hacer es vincular a las madres embarazadas y sus infantes al registro del hospital o, a un niño enfermo o a la madre o a ambos con el registro de hospital o el proveedor de salud.

La ilustración muestra los tipos de individuos en las muestras y el tipo de información de recolección para cada uno de ellos:

Figura 1: Fuentes de información y unidades de observación.

UNIDAD	FUENTE DE INFORMACIÓN
<b>Niño (Feto/infantil/niño)</b>	Registro del proveedor de salud
	Entrevistas a la madre
	Encuesta etnográfica
	Historias individuales
<b>Madres</b>	Registro del proveedor de salud
	Entrevistas a la madre
	Encuesta etnográfica
	Historias individuales
<b>Familia</b>	Entrevista del hogar
	Encuesta etnográfica
	Historias individuales
<b>Comunidad</b>	Encuesta de la comunidad

## VI. El contenido del estudio

El estudio debe concentrarse en tres resultados:

1. El resultado del nacimiento y el estado de salud del niño durante el primer año de vida;
2. El estado de salud de niños entre las edades 1 y 5;
3. El estado de salud materna.

El resultado de un nacimiento debe ser evaluado por una combinación de medidas incluyendo el peso al nacer y el tiempo de gestación (además, si es fácilmente accesible, el resultado APGAR). El estado de salud de infantes y niños debe ser evaluado usando una combinación de medidas de supervivencia, estado nutricional, incidencia de enfermedad y medios de recuperación. El estado de salud de las madres debe ser evaluado usando una combinación de medidas de supervivencia, estado de salud, prevalencia de ciertas condiciones o enfermedades (hipertensión, diabetes, enfermedades de origen venéreo, sexual, etc.)

El estudio debe intentar aclarar los procesos que llevan a esos resultados. Entre las preguntas claves que se deben hacer son las siguientes:

i) ¿Cuáles son los efectos del cuidado prenatal sobre los resultados del nacimiento y sobre el estado de salud del infante? Aquí necesitamos averiguar acerca del tipo, calidad y frecuencia del cuidado prenatal.

ii) ¿Cuáles son los efectos de las conductas maternas en los tipos de nacimientos y el estado de salud infantil?. Entendemos como conducta materna todo comportamiento sujeto a alguna elección que interferir con los resultados de interés (nacimiento, estado de salud del niño). Esto incluye el consumo (fumar, drogas y bebidas alcohólicas y también la comida que determina la dieta), la selección del proveedor de salud (ya sea profesional o no), la selección de tratamiento de enfermedades, la selección de comida y el modo de alimentar (incluye los patrones de lactancia materna).

iii) ¿Cuáles son los efectos de los comportamientos maternos sobre los niños y la salud materna?

iv) ¿Cómo varían los resultados del nacimiento, salud infantil y de niños y salud materna con los cambios en la organización de los hogares, el tipo de red familiar, la comunidad local y la disponibilidad dentro de ella de diversos tipos de servicio?

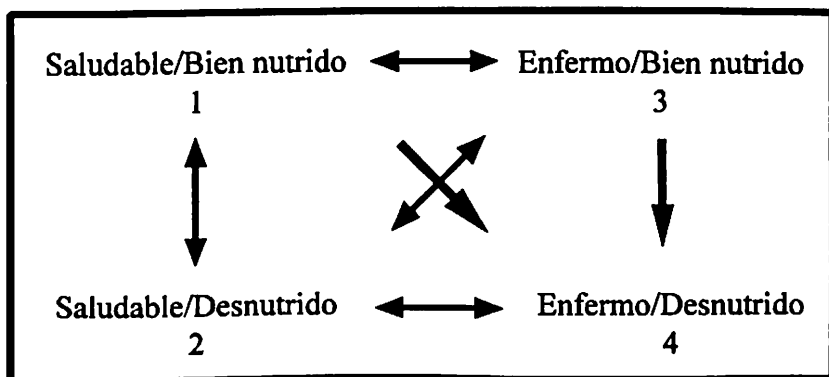
## VII. Aclaraciones acerca de los métodos de análisis

Ya que el estudio se concentra en un número limitado de resultados discretos, podremos usar métodos para el análisis de riesgo (Hazard analysis) como también una familia más general de procedimientos limitados para variables dependientes (logit, probit, modelos de selección, etc.) Una innovación importante es que estaremos haciendo un análisis de varios miembros de la misma familia (hermanos). Esto hará posible que contremos factores no considerados e inferir así los determinantes del efecto de "cluster" de muertes o enfermedad (si lo detectamos). Esto hará posible sugerir mejoramientos a la formulación de modelos con efectos aleatorios o modelos con heterogeneidad.

También podremos utilizar tabulaciones agregadas para la descripción y tal vez podremos concentrarnos en familias típicas y la trayectoria típica desde el nacimiento hasta el quinto cumpleaños (incluyendo los resultados del nacimiento, salud y nutrición). Esto puede efectuarse usando la metodología de la tabla de vida sobre estados múltiples. Los estados pueden caracterizarse usando medidas de nutrición y estado de salud. Por ejemplo, podremos hacer un análisis de tabla de vida multiestado de las determinantes de los índices para cada uno de los flujos en el modelo multiestado ilustrado en la *Figura 2*. Por lo tanto, un análisis de riesgos hará posible que podamos determinar los factores que determine el índice de transición (probabilidad condicional) del estado 1. (saludable y bien nu-

trido) al estado 2. (enfermo y bien nutrido). Si quisiéramos, podríamos añadir un quinto estado representando la muerte. Como lo muestra este ejemplo, podremos usar herramientas de análisis sofisticados. Sin embargo, me parece que no debemos recalcarlas demasiado. Preferentemente deberíamos insistir en la producción de inferencias de regularidades observadas basándonos simultáneamente en la observación a fondo, en historias individuales y, finalmente, en hallazgos cuantitativos. Un problema importante es precisamente la clase de protocolo que puede ser seguido para integrar los hallazgos recabados de procedimientos cuantitativos y aquellos derivados de procedimientos cualitativos.

Figura 2. Un modelo multiestado simple





## V. EL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN CONTEXTOS DE CRISIS SOCIOECONÓMICA: DISCUSIÓN RECIENTE SOBRE SUS DETERMINANTES.

*Héctor H. Hernández B. \**

### **Introducción**

En el presente trabajo, se exponen algunas preocupaciones vigentes en torno al estudio de la mortalidad infantil, principalmente en los países que han sufrido crisis socioeconómicas severas con programas de ajuste estructural. En la primera parte se elabora una discusión acerca de cómo algunos autores se han planteado la relación entre la crisis de los años ochenta, y la evolución de la mortalidad infantil; en la segunda, se revisan algunas preocupaciones teóricas recientes para el estudio de la transición de la mortalidad en los países en desarrollo, haciendo hincapié en las limitaciones que enfrenta la construcción de una teoría.

Finalmente, en el tercer apartado se efectúa una revisión del avance que han realizado los estudiosos del fenómeno en lo que podría denominarse la construcción de una “teoría de alcance medio”; particularmente en lo que respecta a la explicación de los mecanismos mediante los cuales operan los determinantes de la mortalidad infantil, a partir de evidencias encontradas en los países en desarrollo.

La intención principal es actualizar, a partir de una revisión bibliográfica de aportaciones recientes, preocupaciones centrales que han existido en torno a la mortalidad infantil.

\* Investigador y director del CRIM-UNAM

## **1. Recesión, ajuste estructural y mortalidad infantil: discusión y evidencias empíricas**

El tema de la mortalidad infantil (indicador "clásico" de condiciones de vida) se presta, casi de manera natural, al establecimiento de generalizaciones relativas a la crisis y a la depresión económica. En diversos círculos de la opinión pública y en algunos ámbitos académicos se sostiene la idea de que, bajo condiciones de deterioro en las condiciones de vida de la población, es esperable que las probabilidades de morir en la infancia se incrementen.

Con respecto a la crisis y al ajuste estructural de los años ochenta en los países en desarrollo, esta idea ha sido sustentada por organismos internacionales (UNICEF) y por otros destacados especialistas (*Jolly y Cornia, 1984; Arriaga, 1981*).

El pesimismo con relación a la tendencia de la mortalidad en los países en desarrollo, (según *Hill y Pebley, 1989*), ocurre a partir de tres elementos:

- La evidencia del estancamiento o caída del desarrollo económico y del bienestar, y la creencia de que la tecnología no puede aportar mucho más en el abatimiento de la mortalidad.

- La preocupación se da en torno a la efectividad de las intervenciones públicas en el ámbito de la salud, en el sentido de que ha sido muy difícil lograr su instrumentación con base comunitaria, y se han focalizado en atacar sólo algunas causas de morbilidad y mortalidad mediante vacunación, rehidratación oral, etcétera.

- El pesimismo se alimenta en los recientes desarrollos de los patrones de enfermedad (SIDA, malaria, cólera), y sus posibles efectos sobre la mortalidad infantil.



Sin embargo, Hill y Pebley (1989), con información para países en desarrollo de África, América Latina y Asia, ponen de manifiesto que, especialmente en estas dos últimas regiones, la caída de la mortalidad no ha sido lenta durante los años ochenta. Entre sus argumentos, estos autores señalan que en épocas de crisis se instrumentan programas de provisión básica de bienes y servicios para los sectores más necesitados, y los programas de salud, además de reducir la mortalidad por las causas específicas que atacan, producen beneficios sinérgicos que evitan la aparición de otros padecimientos. Ello no obstaría para reconocer, según los mismos autores, que pudo darse simultáneamente un aumento en la morbilidad y en la desnutrición.

El tema de la relación crisis económica-cambio demográfico también ha sido abordado por Hill y Palloni (1992): especialmente han aportado ideas sobre los mecanismos a través de los cuales puede operar esta relación. A continuación se hace una descripción de sus principales hipótesis:

### ***Sobre la fecundidad***

Un primer mecanismo tiene base fisiológica y, en el entendido de que opera aisladamente, su efecto podría dejarse sentir a corto plazo: la crisis afecta el estado nutricional de la mujer, y, ligado con ello, la fecundidad decrece por pérdidas fetales e infecundidad. El efecto podría darse también a través de modificaciones conductuales a raíz de la crisis: posposición de nacimientos, especialmente los de alto orden; separación de las parejas por migración y, en consecuencia, reducción de la frecuencia de relación sexual. Esta reducción también podría darse por el estado de stress en que viven las parejas en situaciones de carencia económica. En cualquier caso, ello produciría un déficit de nacimientos de primer orden. Los cambios conductuales tendrían un efecto de mayor duración.

### ***En relación con la unión conyugal***

De acuerdo con Hill y Palloni (1992), el número de matrimonios es el indicador demográfico más sensible a la depresión económica, y es el que más refleja las elecciones conductuales. El efecto inmediato sería a través de la posposición o cancelación de uniones, aunque después de la crisis podría esperarse un “boom” en este renglón. En el corto plazo, ello también se traduciría en un déficit de primeros nacimientos aunque, si la crisis no es muy larga, puede no haber impacto en la frecuencia relativa de nacimientos de alto orden.

### ***En relación con la mortalidad***

La mortalidad neonatal está muy relacionada con el peso al nacer y la edad gestacional, factores que a su vez dependen fuertemente de la historia reproductiva, del nivel de cuidado prenatal, de la salud materna y de la nutrición. Durante la depresión económica estos últimos factores pudieron verse afectados por la caída del ingreso y por las restricciones en el acceso a servicios de salud. En este caso, los efectos pueden ser atenuados por una mayor difusión y prolongación de la lactancia.

La mortalidad postneonatal, por su parte, está más ligada a enfermedades infecciosas; la capacidad para recobrase de ellas está determinada por el nivel de nutrición del niño, la capacidad y el nivel de conocimiento de la madre, así como por el cuidado médico. En el caso de la mortalidad postneonatal no sería tan importante el efecto compensatorio de la lactancia.

Evidentemente, el nivel de mortalidad infantil también se vería afectado por las reducciones esperadas de la fecundidad que se esperaría ocurrirían durante la crisis económica: la reducción en los niveles de fecundidad implica la reducción de la población expuesta al riesgo de sufrir una muerte infantil.

El que todos estos mecanismos operen, según Hill y Palloni (1986), depende básicamente de tres factores: la intensidad de la crisis, su duración, y la organización social prevaleciente. La organización social puede absorber mucho del impacto de la crisis, por ejemplo, si la formación de un nuevo hogar recae en una red social más amplia y no sólo en la pareja, el impacto se atenuaría; o bien, si el costo de la crianza no compete sólo a la pareja, la posposición del primero o segundo hijo sería menos marcada, aunque ello no resolvería el problema de la separación de parejas y los correspondientes a los mecanismos fisiológicos.

Otro factor atenuante puede ser el nivel de acceso a los servicios de salud, al ser menor el efecto ahí donde el acceso es generalizado y no depende de las circunstancias económicas individuales. Así pues, el impacto de la crisis también dependerá de la sensibilidad de las instituciones frente a las necesidades sociales.

Entre los resultados de su análisis empírico de series de tiempo para distintos países, Hill y Palloni encuentran que las tendencias se ajustan, en general, a las expectativas; sin embargo, la significación estadística también fue muy baja. Ello, plantean los autores, haría pensar en lazos no muy fuertes entre demografía y economía.

Otro estudio para Latinoamérica, también aborda esta relación (Bravo, 1992). Ofrece algunas hipótesis sobre la débil respuesta de la mortalidad infantil a las condiciones de crisis. En Chile, por ejemplo, se sugiere una alta posposición de matrimonios y nacimientos y una intensificación del control de la fecundidad, fenómenos que reducen la proporción de nacimientos de alto riesgo. En Costa Rica se enfatiza el control de infecciones y las "tecnologías maternas": conductas en nutrición e higiene productoras de salud, que no son transformadas bajo condiciones de crisis.

Bravo (1992) parte de la evidencia empírica de países latinoamericanos (incluidos Nicaragua y El Salvador), en el

sentido de que las crisis no son seguidas por cambios importantes en la mortalidad infantil, si bien reconoce que puede haber una desaceleración de tendencias, así como efectos adversos para algunas subpoblaciones. Plantea que el impacto de la crisis sobre la mortalidad podría concebirse bajo el supuesto de *ceteris paribus*. El problema es que este supuesto es irreal; “las demás cosas” no han permanecido constantes. Para algunos de los países que analiza este autor, otros indicadores (alfabetismo, servicios de vivienda, nutrición) mejoraron a pesar de la crisis. No obstante, en su análisis de causas de muerte, encuentra como patrón común en los países analizados (Chile, Costa Rica y Guatemala) un incremento de los padecimientos infecciosos como causas de muerte infantil, aunque plantea la dificultad de asociar directamente este fenómeno con la crisis.

Por lo que toca a México, no existen estudios que documenten los efectos de la crisis sobre la mortalidad entre menores de cinco años, si bien el análisis de la tendencia demuestra que su caída no se ha interrumpido. En nuestro país, la relación crisis-mortalidad infantil puede no ser tan directa en virtud de consideraciones como las siguientes:

- Los niveles de mortalidad infantil han seguido su tendencia secular a la disminución, no obstante la crisis y el ajuste económico de los ochenta.

- Las posibles pérdidas de intensidad en la caída de la mortalidad infantil, son esperables en todo proceso de transición, y ello no es necesariamente atribuible al deterioro en las condiciones de vida.

- El deterioro en las condiciones de vida, especialmente de salud, no se traduce necesariamente en mayor mortalidad; se dan procesos de supervivencia en condiciones precarias.

- Los efectos de la crisis económica no son recibidos en forma pasiva por la población. Ésta genera respuestas para contrarrestarlos.

## **2. Algunos planteamientos teóricos existentes para el estudio de la transición de la mortalidad en países en desarrollo**

### ***Reinterpretaciones de la discusión clásica de la epidemiología***

Una pregunta inicial en el marco de esta discusión, es por qué ha descendido la mortalidad infantil en México y en la mayoría de los países en desarrollo, aun en condiciones de deterioro económico y de ajuste estructural de la economía.

En general, la explicación de los factores que han propiciado el descenso de la mortalidad en países en proceso de desarrollo, se ha situado en el rango de una dicotomía que ha sido ampliamente debatida.

La discusión en este sentido es si el descenso de la mortalidad, especialmente la infantil, ha sido resultado del desarrollo socioeconómico que han ido experimentando los países en desarrollo, o bien de la aplicación de programas explícitos en materia de salud, y de la importación de tecnología médica y sanitaria. La discusión frecuentemente ha planteado ambas explicaciones como alternativas excluyentes.

En realidad, la preponderancia de uno u otro factor (condiciones de vida o programas de salud), es objeto todavía de un importante debate en México (*Frenk, 1988*) y en otros países (*Chen and Murray, 1993*).

La propuesta de que la fuerza dominante en la caída de la mortalidad ha sido la mejoría en los estándares de vida, aun con independencia de la tecnología médica, cuenta con McKeown (*1975*) como uno de sus más destacados exponentes. Por otra parte, Preston (*1985*) privilegia la tecnología médica.

En su análisis sobre esta discusión, Murray y Chen (1993) consideran que existe una tercera vertiente de explicación del descenso de la mortalidad en los países en desarrollo, y es la que privilegia los cambios en la cultura y en las conductas en salud; Caldwell es uno de los principales exponentes.

Con respecto a lo inadecuado de las explicaciones excluyentes, Murray y Chen (1993) plantean la necesidad de propuestas alternativas que expliquen por qué la tendencia a la caída de la mortalidad continúa a pesar de hambres, guerras y crisis económicas. Para estos autores, el descenso de la mortalidad durante los años ochenta, etapa de drásticas caídas en el ingreso, es inexplicable para aquéllos que privilegian la hipótesis de las condiciones de vida como factor determinante del declive de la mortalidad; pero también lo es para quienes sostienen la hipótesis de la tecnología médica, ya que su aplicación, durante los años ochenta, ha sido menos precisa en aquellas sociedades más afectadas por la crisis. Sobre la hipótesis del cambio en las conductas, Murray y Chen (1993) destacan que en épocas de crisis, estos cambios pueden ser incluso contraproducentes para la preservación de la salud.

Para estos autores, el análisis de las coyunturas requiere simultáneamente consideraciones de largo plazo que tomen en cuenta la "acumulación en salud" (infraestructura, educación, etc.) alcanzada por una sociedad, factores que no necesariamente son afectados por coyunturas de corto plazo.

Palloni (1985) también ha hecho planteamientos importantes para la integración de perspectivas. Señala que, a nivel individual, la capacidad de acceder a los recursos médicos disponibles se relaciona con la disponibilidad de ingresos suficientes, y con la capacidad de acceder al alimento, la ropa, etc. A nivel social, la utilización del conocimiento médico en forma de oferta de servicios, está vinculada a la magnitud de recursos disponibles y a la posibilidad de orientar parte del ingreso nacional.

Finalmente, en el ámbito latinoamericano, Wood y Carbalho (1978) introducen elementos analíticos importantes. Para estos autores, los factores exógenos, es decir la importación de tecnología médica de bajo costo y la realización de campañas extensivas de saneamiento con relativa independencia de la infraestructura y el desarrollo comunitario, han contribuido a abatir los padecimientos infecciosos y parasitarios. A partir de ello, proponen que tales factores exógenos han beneficiado más a los grupos sociales de bajo ingreso, en tanto que el descenso de la mortalidad entre los grupos de alto ingreso pudo darse en virtud de mejorías reales en los niveles de vida. Un planteamiento de esta naturaleza diluye la discusión dicotómica e introduce el supuesto de causas y efectos diferenciados.

### *El estudio de la mortalidad desde la demografía*

La demografía es en nuestros días una disciplina cuyo marco de referencia, digamos su objeto teórico, es simple y definido. Si su interés es el estudio del volumen, dinámica y estructura de la población, entonces la demografía estudia aquellos elementos que inciden o trastocan el estado, la dinámica y estructura de la población. En términos simplistas, diríamos que estudia principalmente la fecundidad, la mortalidad y las migraciones, así como las interrelaciones que se dan entre estos factores, para comprender a la población y su dinámica como una totalidad estructurada.

Para nuestros fines, digamos que, en principio, la demografía se interesa por la mortalidad en la medida en que afecta el volumen y la dinámica de la población. En esta perspectiva, la mortalidad sería un dato de la ecuación compensadora de la demografía.

Una perspectiva tal no es en si misma limitada; sería, en todo caso, restringida a un ámbito disciplinario específico. Tal ubicación es, en términos analíticos, legítima por cuanto la mortalidad no es, en principio, el fenómeno a explicar, sino uno

de los factores explicativos, en este caso de la dinámica poblacional que es la variable dependiente.

De hecho, muchas de las explicaciones del proceso demográfico visualizan a la mortalidad en esos términos, como “factor del cambio demográfico”, y por más que con frecuencia se aluda, por ejemplo, a un marco explicativo del descenso de la mortalidad, esto se hace más bien en términos de referencias al margen, más que como objeto de análisis en sí mismo. De hecho, cuando algunos demógrafos han intentado elaborar explicaciones del descenso de la mortalidad, sólo ha sido a través de generalizaciones ilustrativas que en mucho reproducen la dicotomía clásica de la epidemiología: desarrollo social versus avances en materia de medicina y sanidad.

En la propia perspectiva de la teoría de la transición demográfica, al menos en su formulación original, la mortalidad desempeña un papel central, por cuanto que su descenso constituye una condición previa y necesaria para la posterior caída de la fecundidad; en términos simplistas, para este esquema, una alta fecundidad es incompatible con una mortalidad reducida (*Notestein, 1945*). Sin embargo, la centralidad del papel de la mortalidad en esa teoría, contrasta sensiblemente con la ausencia casi total de un aparato conceptual que explique la evolución del fenómeno (*Caldwell, 1987*).

En otras palabras, podría decirse que se le asume como una premisa que no requiere ser explicada. Cuando más, sencillamente se enuncia que el descenso de la mortalidad es congruente con cierto grado de modernización. Por otra parte, resultaría aún cuestionable el papel que esa teoría le atribuye a la mortalidad como causa del descenso de la fecundidad (*Caldwell, 1987*).

### ***La propuesta de Mosley y Chen y su impacto***

Por la necesidad de explicar la mortalidad (específicamente la infantil en países en desarrollo) como un proceso que incorpora



determinantes socioeconómicos, culturales y biológicos, surge, en la década de los ochenta, la propuesta de un modelo analítico elaborada por Mosley y Chen (1984).

Los autores proponen un “modelo para el estudio de la supervivencia en la infancia en países en desarrollo”, incorporando tanto la perspectiva de las ciencias sociales como de las ciencias médicas. Esta es justamente una de las aportaciones del modelo: ofrecer una perspectiva integral de la muerte y la supervivencia infantil, concebida como proceso que incorpora A) determinantes macroestructurales de distintos niveles (individual, de hogar y de comunidad): nivel educativo de la madre, tradiciones, normas y actitudes, relaciones de poder, valoración de los hijos, ingreso, alimentación, política económica, sistemas de salud, etc. así como B) determinantes próximos: factores de la maternidad y el patrón reproductivo, medio ambiente y contaminación, deficiencias nutricionales, lesiones y control personal de enfermedades.

Ese modelo ha resultado sumamente ilustrativo en términos de una concepción global de la mortalidad infantil en investigaciones específicas, y ofrece una alternativa metodológica quizá poco explorada aun en países como México.

En el ámbito de los estudios de los determinantes de la mortalidad infantil desde la demografía y la salud pública, a nivel internacional, esta propuesta ha resultado paradigmática, en el sentido de que a partir de ella se orienta buena parte de la investigación en el campo durante los últimos diez años. Sin embargo, es importante destacar que sus aplicaciones a casos concretos suelen alejarse de la propuesta original debido, sobre todo, a limitaciones en la información disponible. Pero siempre se destaca la perspectiva de integración de determinantes de distintos tipos en la explicación de la mortalidad infantil. Desde luego, una perspectiva de esta naturaleza se ha visto favorecida por el desarrollo de modelos estadísticos multivariados y por la tecnología computacional.

## ***Reflexión teórica reciente***

A pesar de las aportaciones señaladas y de los avances constantes que en este contexto se vienen dando, principalmente en los países desarrollados, aún subsisten problemas en lo que podría denominarse la construcción de una teoría explicativa de la mortalidad infantil, de sus tendencias y determinantes. Entre los autores que más han reflexionado al respecto, pueden destacarse Palloni (1987); Caldwell y Caldwell (1991); Murray y Chen (1993) y Sirageldin, Davis et. al., (1992), entre otros.

Palloni (1987) elabora una reflexión sumamente crítica sobre el estudio de la mortalidad en la infancia y en la niñez. Para él, la motivación por estudiar un determinante específico de la mortalidad, suele ser el resultado del alineamiento a prácticas establecidas, o a la susceptibilidad de la medición, y no resultado de teorías o modelos bien construidos. El modelo o la teoría, cuando existen, son más una construcción *ad hoc* o *postfactum* que se ajusta razonablemente a los datos.

Para Palloni, buena parte de la investigación, sobre todo la que se hace en/o para los países en desarrollo, no ha pasado de la etapa de identificar los determinantes, y ha fallado en la identificación de efectos espurios y efectos simultáneos de determinantes; pero sobre todo, aunque se identifiquen los factores, no se especifican los mecanismos mediante los cuales estos factores operan sobre la mortalidad infantil. A este respecto, la identificación de mecanismos es un asunto crucial en términos de la construcción de una teoría, si se quiere de alcance medio, como conjunto organizado de proposiciones que reducen un conjunto de fenómenos a una red abstracta de conceptos.

De acuerdo con la perspectiva de Palloni, los modelos como el de Mosley y Chen (o el de Davis y Blake en el caso del estudio de la fecundidad) ofrecen orientaciones importantes para la prueba de hipótesis o para la construcción teórica, pero por sí mismos no constituyen una teoría, en virtud de que no revelan la naturaleza de las relaciones, la dirección, la

magnitud y los mecanismos causales. La búsqueda de estos elementos puede ser importante para el desarrollo teórico en el estudio de la mortalidad.

Ciertamente, planteamientos como éste también han influenciado fuertemente el desarrollo de la investigación sobre el tema en los últimos años, de manera que buena parte de la investigación reciente, además de orientarse a la detección de factores determinantes y a las magnitudes del impacto sobre la mortalidad infantil, tienen como punto de interés la identificación de los mecanismos mediante los cuales influyen los determinantes. Esto, como también lo han señalado Palloni (1987) y Caldwell (1991), supone especialmente el conocimiento de las dimensiones culturales de las poblaciones bajo estudio.

A este respecto, durante los últimos años Caldwell y Caldwell (1991), han trabajado también en la sistematización de hallazgos sobre determinantes y mecanismos de la supervivencia infantil, en torno a lo que se ha denominado "health transition", término con el cual se resalta el énfasis en los determinantes y mecanismos culturales, sociales y conductuales de la salud, a diferencia de las perspectivas que enfatizan la intervención médica o el ingreso.

Otro grupo de trabajo (Sirageldin y Davis, *et. al.*, 1992), que tiene como referencia las condiciones de salud del Medio Oriente, ha avanzado en la búsqueda de un marco coherente que ligue los determinantes de la enfermedad y la supervivencia de mujeres y niños. Este grupo destaca el rol de la mujer en la producción de salud, no sólo de los menores, sino también de la salud de la propia mujer. Al respecto (Shorter, 1992), se propone la necesidad de integrar el estudio de la salud de madres e hijos en virtud de que comparten los mismos determinantes sociales, y dada la gran interacción que existe entre la salud de ambos. Desde luego, planteamientos como estos explican el importante auge del tema de la salud reproductiva.

El grupo de trabajo encabezado por Sirageldin y Davis (1992), ha hecho importantes contribuciones conceptuales para

ligar los cambios en el nivel y estructura de la intervención pública con cambios de la salud en el hogar. Trata de elucidar las motivaciones, limitaciones y relaciones sociales que gobiernan la distribución de recursos y la promoción de la salud en el hogar. Se plantea que estas motivaciones, limitaciones y relaciones sociales son internas y externas al hogar. A nivel interno proponen entender la institución del hogar y el proceso de toma de decisiones; en lo externo, entender cuánto impacta la salud de mujeres y niños la incorporación del hogar al mercado, y su dependencia tanto de las transferencias públicas, como del ingreso y de los precios

Como elemento común en la reflexión reciente en torno a problemas de salud y supervivencia de los menores, puede destacarse, entre otros posibles aspectos, el énfasis en la necesidad de explicar la naturaleza y los mecanismos a través de los cuales operan estos determinantes a distintos niveles, y cómo se relacionan entre sí; ello es importante para entender, por un lado, por qué la mortalidad sigue descendiendo aún en condiciones de deterioro económico, y por qué, en muchos casos, los diferenciales entre grupos sociales y regiones permanecen o se incrementan.

### **3. Factores determinantes de la mortalidad infantil y sus mecanismos de influencia**

A continuación, se revisa la literatura relativamente reciente sobre el tema para ver cómo ha tratado de especificar los factores que influyen sobre la supervivencia infantil y sus mecanismos de operación. Esto, desde luego, en búsqueda de respuestas a algunas de las preocupaciones señaladas en incisos anteriores.

Los determinantes de la mortalidad infantil aquí considerados, se agrupan en distintos niveles de acuerdo con la cercanía de su efecto sobre la supervivencia.

a) Condiciones sanitarias y medioambientales de la vivienda: disponibilidad de agua entubada y drenaje.

b) Características sociodemográficas de los hogares: sexo y ocupación del jefe, educación y actividad de la madre y composición del hogar.

c) Conductas en salud y alimentación: atención prenatal y en el embarazo y lactancia.

d) Factores reproductivos y biológicos: intervalo entre nacimientos, edad de la madre, sexo del niño y antecedentes de mortalidad infantil.

### *Condiciones sanitarias y medioambientales de la vivienda*

La intensidad de la contaminación del medio ambiente en el hogar, está determinada por la interacción de las características físicas de la residencia, la higiene personal, y las condiciones ambientales de la comunidad. La demografía ha mantenido la hipótesis de la literatura epidemiológica, cuando se ligan los servicios existentes en el hogar, con la transmisión de enfermedades específicas que tienen un impacto sustancial en la mortalidad infantil (*Pathé Diop, 1990; Barrell et. al., 1979; Rowlan et. al., 1978*).

Se han señalado diversos indicadores del medio ambiente en el hogar y en la comunidad que afectan la supervivencia infantil, pero los estudios se han concentrado principalmente en la calidad del agua y en la disponibilidad de drenaje.

Esta última es considerada un buen indicador del nivel de sanidad en el hogar (*Stephens, 1984; Butz, et. al., 1984*). Así mismo, la disponibilidad de agua estancada (a diferencia de la disponibilidad de agua entubada), se concibe como un foco de contaminación para la transmisión de enfermedades (*Asan, 1990; Bhuiya y Streatfield, 1992*). La no disponibilidad de

drenaje también implica alto riesgo de enfermedad y muerte durante el primer año de vida.

Sin embargo, después de controlar por factores socioeconómicos, Da Vanzo y Habicht (1986) han encontrado que el efecto del agua y el drenaje se vuelve diferenciado en función de las etapas de la infancia: el tipo de agua es significativo durante el primer mes de vida; por su parte, la disponibilidad de drenaje es importante sobre todo en el periodo postneonatal. Resultados similares se reportan para Sri Lanka (Trussell, et al., 1983), Filipinas (Martin, et al., 1983) y Brasil (Merrick, 1985).

### ***Características sociodemográficas de los hogares: tipo de jefatura y extensión del hogar***

Se ha señalado que en situaciones de precariedad económica los arreglos no nucleares presentan ventajas sobre los nucleares, en virtud de que la distribución de gastos entre un mayor número de personas, incrementa la capacidad para la manutención; asimismo, ocurrirían economías de escala cuando un mayor número de personas los utiliza y se reducen los costos de oportunidad en la crianza y el cuidado de los menores (Ram y Wong, 1994). En esta perspectiva, entonces, los arreglos no nucleares producirían efectos benéficos directos e indirectos sobre la salud de los menores.

Wong, Alvi y Levine (1991) analizan la estructura del hogar como determinante del empleo de mujeres con hijos pequeños y los cambios experimentados por ese determinante en condiciones de deterioro económico en zonas urbanas de México. Encuentran que la existencia de sustitutos maternos en el hogar, reduce el costo de oportunidad que implica el trabajo extradoméstico, haciendo más probable su incorporación al mercado de trabajo.

Se ha señalado que el género del jefe del hogar puede afectar la supervivencia de los hijos a través de distintos meca-

nismos. Por un lado, la jefatura femenina se ha asociado con hogares en condiciones socioeconómicas desventajosas, lo cual en sí mismo se traduciría en un mayor riesgo para el bienestar y la supervivencia de los menores. Sin embargo, sobre este punto se han señalado también la existencia de prejuicios que tienden a demeritar la capacidad de la jefatura femenina (*Benet, 1992*).

Existen, por el contrario, algunos planteamientos que privilegian la posición de la mujer como un elemento que favorece el bienestar de sus hijos (*Mynty, 1993; Shorter, 1992*). A medida que crece su poder de decisión al interior del hogar, la mujer influiría en una distribución de recursos más propicia para el cuidado y la supervivencia de los menores, aun en contextos de bajo ingreso. Sin embargo, algunos autores reconocen que esto dependería más de los atributos personales de la mujer (por ejemplo nivel de educación, actitud hacia la vida, etc. *Myntti, 1993*) o de la valoración cultural de su posición en el hogar, con cierta independencia de que se le conciba o no como jefa de familia.

Ram y Wong (*1994*), en un estudio para una zona rural de la India, han encontrado que las mujeres en edades extremas, las que son jefas de hogar y aquéllas que tienen hijos menores, tienden a vivir en hogares extendidos.

Sobre el tipo de jefatura y el arreglo familiar, en el contexto latinoamericano, Tienda y Ortega también han planteado la hipótesis que las mujeres jefas de hogar y con mayor apremio económico son más propensas a la extensión de sus familias; también lo son las mujeres jóvenes, dada su carga de responsabilidad en el cuidado de hijos pequeños. En estos casos, la presencia de una mujer adulta distinta a la madre puede ser un elemento que contribuya a la mejoría en el bienestar de los menores (*Kunstadter, et. al., 1993*). Se ha destacado que en situaciones de carencia económica, la extensión del hogar puede concebirse como una estrategia que contrarreste esas condiciones.

## *Características de la madre*

### *Condición de actividad*

La atención de la salud de los hijos por parte de la madre, con quien mantienen lazos biológicos vitales especialmente en los primeros años de vida, requiere la asignación de tiempo. En países con una división tradicional del trabajo muy marcada por género, se puede maximizar el tiempo que la madre destina a los hijos, pero también la incorporación de la madre a actividades generadoras de ingreso puede ser un factor competidor. Las consecuencias de esta competencia de tiempos, dependen de las características económicas y sociales del hogar, y de la posibilidad de arreglos alternativos. Pero es previsible que la participación económica de la madre pueda modificar drásticamente prácticas como la lactancia, o incrementar el riesgo de accidentes en el hogar. La asignación de tiempo al cuidado de los hijos, puede alterarse mucho en períodos de ajuste y fluctuación económica.

Alternativamente, se ha planteado también que el empleo extradoméstico de la madre favorece el bienestar de los hijos en la medida en que es generador de ingresos; al respecto, se ha señalado también que el ingreso generado por la madre, si es ella quien lo distribuye, tiende a asignarse más a la satisfacción de las necesidades básicas del hogar, a diferencia del ingreso obtenido por el padre (*Shorter, 1992*).

### *Educación de la madre*

El nivel de educación de la madre como factor determinante de la mortalidad infantil, generalmente es considerado con dos modalidades complementarias: como indicador del status socioeconómico del hogar, y como factor que incide directamente sobre las prácticas y conductas relacionadas con la salud y el cuidado de los menores.



Una de las generalizaciones más establecidas en torno a los determinantes de la mortalidad infantil es en el sentido de que la educación materna tiene un gran impacto en la supervivencia de los hijos, aunque se controlen otros determinantes. Caldwell y Caldwell (1991), en una síntesis de hallazgos en este campo, señalan que cualquier educación materna reduce la mortalidad y ello ocurre en prácticamente todo el Tercer Mundo, y que el cambio es lineal con cada año de educación.

Sin embargo, en la actualidad existe una opinión muy difundida entre los especialistas en el sentido de que esta relación se ha entendido poco (Bicego y Boerma, 1993; Caldwell y Caldwell, 1991; Hobcraft, 1993).

Al respecto, existen preguntas que no han sido cabalmente resueltas: ¿hasta dónde su impacto sobre la mortalidad es función del nexo con el status socioeconómico?, ¿es diferencial su impacto en los distintos segmentos de la niñez?; si la relación es causal ¿qué conductas están mediando?

La hipótesis más común al respecto es la del condicionamiento de la educación para el uso de servicios de salud y su influencia sobre los patrones reproductivos de la mujer: edad al matrimonio, espaciamiento de los hijos y tamaño de la familia. Esta hipótesis, sin embargo, sugiere la pregunta de si su efecto depende del nivel de acceso a los servicios modernos de salud. Para Palloni (1985) es este acceso y no la educación lo que realmente ejerce influencia sobre la salud y la supervivencia de los hijos.

Para responder a este tipo de preguntas, Bicego y Boerma (1993) estudian esta relación para 17 países en desarrollo de África, Asia y América Latina. En la mayoría de los países (salvo Togo, Ghana y Senegal), encuentran la tendencia esperada; el nivel en que el status socioeconómico es confuso, varía ampliamente: en promedio, su introducción reduce en 35% el efecto de la educación. Un hallazgo importante en este estudio es que la introducción de la variable "uso de servicios de salud", mueve los coeficientes de educación a casi el valor

nulo, con la única excepción de Egipto. Ello es congruente con el hecho de que en áreas rurales, donde es bajo el acceso a servicios modernos de salud, la educación sigue mostrando influencia, aunque poca significación estadística. En la India, Das Guata (1990) también encuentra que el efecto de la educación materna está mediado por la utilización de servicios.

En torno a los mecanismos de esta asociación, Caldwell y Caldwell (1991), han señalado que las mujeres más educadas son más autosuficientes, más limpias y cuidadosas en la preparación de alimentos y en el cuidado de los hijos, y se identifican más con las instituciones modernas; son más demandantes de tratamiento para sus hijos; están menos constreñidas por sus parientes para la toma de decisiones, toman más tiempo y cuidado en su interacción con el médico, son más capaces de seguir instrucciones para el tratamiento de la enfermedad, reportan problemas que surjan en el tratamiento; están más capacitadas para relatar la historia del padecimiento de sus hijos, lo cual es crucial para el diagnóstico.

Bicego y Boerma (1993) señalan que el efecto de la educación sobre la supervivencia es más pronunciado en el periodo postneonatal, no así en el periodo neonatal donde la mortalidad está más ligada a resultados adversos del embarazo. En Bangladesh también se ha encontrado que la educación materna es más importante después del primer año de vida (*Shahidullah, 1991*).

A este respecto, Caldwell y Caldwell (1991) señalan que el mayor impacto de la educación después del primer año de vida, puede obedecer a que el menor es más manipulable y su traslado menos riesgoso durante episodios de enfermedad.

Finalmente, se ha señalado que la educación materna no sólo influye directamente sobre las conductas relacionadas con la atención de la salud. Uno de los mecanismos a través de los cuales opera su relación con la supervivencia, es mediante el cambio de hábitos higiénicos en la preparación de alimentos y el cuidado personal (*Deeb, 1992*).

No obstante el reconocimiento de aspectos como los anteriores, todavía se discute fuertemente el impacto real de la educación materna sobre la mortalidad infantil. Algunos hallazgos lo cuestionan. Deeb (1992) señala que el impacto de la educación sobre la supervivencia es cuestionable si se fortalece la política pública en materia de infraestructura social y servicios de salud; en un estudio en Jordania que evalúa los determinantes de la mortalidad infantil antes y después de fuertes inversiones públicas en esos renglones, encuentra que la educación materna era buen predictor de mortalidad antes de la mejoría en servicios de salud e infraestructura; después, su efecto desaparecía, para cederle su lugar a factores como la disponibilidad de agua entubada.

Ahmad et. al., (1991), en su estudio sobre Liberia han encontrado que no obstante los beneficios que puede traer consigo la educación materna, también produciría efectos negativos indirectos sobre la supervivencia infantil, como el abandono de la lactancia por parte de las mujeres más educadas.

### ***Conductas relacionadas con alimentación y salud***

#### ***Atención prenatal y en el parto***

En la literatura especializada generalmente se reconoce que las probabilidades de supervivencia de los hijos pasa por la práctica de conductas orientadas hacia la atención profesional de su salud.

Sin embargo, la asociación entre salud y atención no resulta del todo evidente con las fuentes normalmente disponibles. Existe una amplia discusión acerca de la selectividad entre las usuarias de servicios de salud (Panis et. al., 1994). Por un lado, se propone que son los sujetos de alto riesgo quienes más usan los servicios de salud, de modo que si se da esta selectividad, el riesgo es subestimar los efectos benéficos de estos servicios. Por otro lado, se propone también la selectividad inversa: son

las mujeres más “modernas” y educadas las que más usan los servicios de salud, lo cual produciría una sobreestimación de los efectos del cuidado médico. En su estudio particular en Malasia, Panis et. al., (1994) encuentran, a este respecto que opera preponderantemente la selectividad adversa, es decir, son los de alto riesgo los que recurren más a los servicios de salud.

Ahmad, et. al., (1991), también destacan la existencia de un efecto indirecto de la atención médica sobre la salud de los menores; la atención prenatal tiene una influencia positiva sobre la lactancia: quienes recibieron atención, tienen más potencialidades para la práctica de la lactancia y, por lo tanto, mayores probabilidades de supervivencia.

### *Práctica de la lactancia*

La literatura especializada ha reconocido los beneficios de la lactancia porque la leche materna contiene sustancias protectoras contra enfermedades como diarreas e infecciones respiratorias; provee todos los requerimientos de la nutrición infantil y contribuye al bajo riesgo de enfermedad y muerte. Adicionalmente, la práctica de la lactancia evita el contacto del menor con otros alimentos susceptibles de ser contaminados, especialmente en lugares donde el agua y la sanidad son inadecuados.

La lactancia prolongada ha mostrado ser muy importante para la supervivencia infantil con independencia de otros factores como paridad, edad de la madre y utilización de servicios de salud (Kunstadter, et. al., 1993).

Majumder (1991), para el caso de Bangladesh, ha encontrado también que la interrupción temprana de la lactancia, eleva considerablemente el riesgo de muerte infantil, aun controlando el efecto del intervalo entre nacimientos, aunque después de los 15 meses del nacimiento, desaparece su importancia como determinante de muerte.

Algunos autores (*Boerma y Bicego, 1992*, en un análisis de 17 países con datos de las encuestas DHS y *Majumder, (1991)* han advertido que en la relación lactancia - mortalidad puede haber un fenómeno de selectividad; es decir, la causalidad sería inversa: la enfermedad o la muerte del menor, como generadoras de la no lactancia.

*Shahidullah (1991)*, en un estudio para Matlab, Bangladesh, ha mostrado por su parte que el mayor riesgo de mortalidad ocurre no por el hecho mismo de la interrupción de la lactancia, sino por la introducción de alimentos suplementarios inadecuadamente preparados y en condiciones insalubres.

### *Factores del patrón reproductivo*

Uno de los planteamientos importantes en el conocimiento de la mortalidad infantil ha sido el establecimiento de sus relaciones con aspectos del patrón reproductivo de las madres.

*John N. Hobcraft (1985)* ha sido uno de los investigadores pioneros en el estudio de la vinculación entre patrones reproductivos y mortalidad en la infancia; en sus estudios ha destacado la importancia de factores como la edad de la madre al nacimiento de los hijos, la paridad y el espaciamiento entre los nacimientos como elementos que hacen diferencias en los niveles de mortalidad en la infancia. Metodológicamente, sus aportaciones han sido notables en términos de especificar y aclarar los efectos de estas variables que, entre sí, se influyen y determinan mutuamente; asimismo, ha enfatizado los atributos socioeconómicos que subyacen a estos factores tan aparentemente "biológicos".

En primer lugar, se destaca que las variables reproductivas están relacionadas entre sí, y normalmente no se aísla el efecto real de cada una de ellas sobre la mortalidad infantil. Un segundo orden de problemas, en relación al conocimiento de los efectos de las variables reproductivas sobre la mortalidad infantil, se asocia con la presencia de variables confusoras.

### *Intervalos entre nacimientos.*

El intervalo de tiempo entre nacimientos sucesivos se ha detectado como uno de los factores más directamente relacionados con la mortalidad entre menores de 5 años y, en especial con la infantil. Normalmente, se propone una relación inversamente proporcional, es decir, en tanto menor sea el intervalo entre dos nacimientos, mayores serán las probabilidades de sufrir una pérdida infantil. Sin embargo, Gribble (1993) también ha señalado que los intervalos excesivamente largos tienen un efecto negativo sobre la supervivencia infantil.

Un punto importante a destacar, es que, aunque generalmente la literatura ha privilegiado el intervalo previo al nacimiento de los niños bajo estudio, algunos autores han privilegiado también la importancia del intervalo posterior, es decir, el que se da entre el nacimiento del niño índice y el nacimiento de su hermano subsecuente.

Sobre los mecanismos a través de los cuales se da esta relación, se han privilegiado dos hipótesis para explicar los efectos negativos de un intervalo demasiado corto: por un lado, desgaste intrauterino, lo que supone también una merma en el estado nutricional de la madre; por otro lado, competencia entre hermanos por alimentación y cuidados maternos, en la cual el recién nacido está en situación de desventaja. La coexistencia entre hermanos pequeños también sería desventajosa para el menor, ante la posibilidad de transmisiones infecciosas por parte de hermanos que están más en contacto con el medio externo al hogar (Boerma and Bicego, 1992). La competencia por el cuidado materno, también ubicaría a los hijos en un mayor riesgo de sufrir accidentes.

Para algunos (Gribble, 1993) sin embargo, la relación entre intervalo y muerte no es directa, sino que se encuentra mediada por el bajo peso al nacer; es decir, intervalos cortos producen bajo peso al nacer. De ser así, se reforzaría la idea del

deterioro del medio uterino como mecanismo mediador entre intervalo y muerte.

Para Boerma y Bicego (1992), el anterior sería el mecanismo prenatal que explica la relación entre intervalo y muerte infantil. También existiría un mecanismo postnatal: el deterioro en salud y nutrición de la madre debido a un intervalo corto entre nacimientos, haría que la lactancia y el cuidado de los hijos fueran inadecuados.

Se ha planteado que dado que la lactancia afecta tanto el tamaño del intervalo como la supervivencia del menor, en esta relación puede provocar confusión (Mjumder, 1991). A este respecto, Boerma y Bicego (1992) no encuentran cambios significativos en la relación intervalo previo-supervivencia, aun si se controla la lactancia. Palloni y Millman (1986) llegan a la misma conclusión en su análisis para países latinoamericanos.

Sin embargo, el efecto del intervalo posterior sobre la supervivencia parece estar más fuertemente influenciado por la lactancia, lo que haría pensar en que aquella relación es en alguna medida espuria (Palloni y Millman, 1986; Retherford, et. al., 1989). La lactancia influye en el intervalo posterior por su impacto en la amenorrea, e influye también sobre la mortalidad infantil porque el no practicar la lactancia, expone al menor a una nutrición inadecuada y al consumo de alimentos contaminados.

Sobre los efectos del intervalo según la edad del menor, Palloni y Millman (1986) no detectan, en 9 países latinoamericanos, efectos diferenciales en los distintos segmentos de la infancia. Boerma y Bicego (1992), por su parte, constatan que para cualquier periodo de la infancia, el riesgo de muerte es menor mientras mayor sea el intervalo previo. Como situación excepcional en unos cuantos países, estos autores han encontrado una asociación entre intervalos muy largos y mayor mortalidad postneonatal.

## *Edad de la madre*

Sobre la influencia de la edad materna al momento del nacimiento de sus hijos, se han señalado diversas hipótesis. En general, aunque no en forma absoluta, suele aceptarse que la relación se expresaría gráficamente en forma de "U"; es decir, alta mortalidad en edades muy jóvenes o en edades muy avanzadas. Con respecto a los mecanismos mediante los cuales opera esta relación, se han señalado los siguientes:

- La mayor mortalidad entre madres muy jóvenes ocurre por: inmadurez reproductiva (efecto directo), o por falta de apoyos sociales y recursos asociados con etapas iniciales de la vida. También se ha señalado que, entre madres jóvenes, existen actitudes de rechazo hacia la lactancia y hacia la abstinencia postparto, factores que incrementan el riesgo de mortalidad infantil (*Ahmad, et. al., 1991*).

- Entre madres mayores de 35 años, se ha señalado que el riesgo proviene principalmente del desgaste del medio uterino.

Para el caso de México, Shleapfer y Bobadilla (1990) han encontrado que el efecto de la edad es atribuible enteramente al espaciamiento inadecuado entre los nacimientos, y que no existe un mayor riesgo de mortalidad infantil entre madres mayores de 35 años.

De lo anterior se desprende un cuestionamiento de la relación entre edad de la madre y mortalidad infantil, entendida aquélla como factor meramente biológico. En todo caso, si la edad extrema de la madre (muy temprana o muy avanzada) tiene efecto sobre la mortalidad infantil, esto obedecería más a los factores socioculturales asociados con la edad que a factores biológicos de inmadurez o desgaste de la capacidad reproductiva.



La edad joven a la maternidad, se asocia con prácticas de salud inadecuadas, baja utilización de los servicios médicos y menor control de la fecundidad. La hipótesis de la causalidad social de la mortalidad infantil entre madres jóvenes se refuerza al observar que ésta ocurre principalmente en el periodo posneonatal; es decir, una vez que se ha superado el periodo de mayor riesgo de mortalidad por causas biológicas.

A este último respecto, existen también hallazgos distintos: para el caso de Bangladesh se ha encontrado que entre las madres jóvenes, el mayor riesgo de muerte infantil ocurre en el periodo neonatal (*Bhuiya y Streatfield, 1992*).

En el caso de las madres de edad avanzada (mayores de 35 años), los factores biológicos tendrían influencia, más que sobre la mortalidad infantil, sobre la mortalidad fetal tardía. Según Schlaepfer y Bobadilla, ello sería resultado de factores como el deterioro del medio uterino; mayor sensibilidad de la madre a patologías como la diabetes, hipertensión y nefropatías y mayor riesgo de anomalías congénitas. Sin embargo, una vez consumado el parto entre madres mayores de 35 años, el riesgo de mortalidad infantil disminuye paulatinamente, al contrario de lo que ocurre en el grupo de madres jóvenes. Incluso, después del primer mes de vida, el riesgo de muerte de estos niños es inferior al promedio, debido probablemente a que entre madres de mayor edad suele combinarse una mayor experiencia en el cuidado de los hijos, con mayor apoyo social, psicológico, etc., aspectos fundamentales para evitar la muerte infantil.

### *Orden de nacimiento*

Con respecto a la influencia del orden de nacimiento sobre la mortalidad infantil (cuya relación se ha planteado tradicionalmente en forma de "J") se observa, especialmente en relación con el efecto del primer hijo, que varía mucho entre países. Para algunos, el riesgo del primer hijo se asocia con el riesgo de la maternidad joven; para otros, resulta cuestionable suponer

una alta mortalidad en este orden de nacimientos si se supone que al primer hijo se le otorgan mayor atención y recursos (*Shleapfer y Bobadilla, 1990*).

### *Sexo del menor*

En general, los estudios han documentado mayores niveles de supervivencia entre niñas, aunque, en ciertos países (China, India y Egipto) emerge un patrón de desventaja femenina, en virtud, principalmente, de discriminaciones culturales por género (*Hassan, 1990; Hill y Upchurch, 1994*).

Independientemente de estas situaciones extremas, en términos más generales se ha propuesto que la ventaja femenina en sus niveles de supervivencia puede atenuarse después del periodo neonatal, en edades donde ya no son los factores genéticos los determinantes (*Hill y Upchurch, 1994*). Aun se ha señalado que el efecto positivo de la educación de la madre, está mediado por el sexo del hijo: crece más la supervivencia de los varones que la de las niñas cuando la madre es más educada (*Bhuiya y Streatfield, 1992*).

### *Pérdidas previas y agrupación de muertes*

Sobre la relación entre existencia de pérdidas infantiles o fetales previas, y la ocurrencia de una nueva muerte infantil, existen diversos tipos de explicaciones que resaltan mecanismos fisiológicos, psicológicos y culturales.

Por el lado de los mecanismos fisiológicos, Frisch y Griffore (1992) encuentran una fuerte asociación entre pérdidas previas y bajo peso al nacer, lo cual sugiere una causalidad biológica. Por su parte, Guabhaju, et. al., (1991) señala que la supervivencia del hijo previo amplía las probabilidades de supervivencia del subsecuente, en la medida en que genera un mayor intervalo entre nacimientos, debido principalmente a la abstinencia postparto, la amenorrea y la práctica de la lactancia.

Boerma y Bicego (1992) han encontrado también una asociación entre pérdida de hijo previo y un intervalo intergenésico posterior corto. En su caso, ello sugiere la hipótesis de compensación rápida del hijo perdido, con efectos negativos sobre el resultado del nuevo embarazo. Esto, sin embargo, se compensaría con una reducción del efecto de la competencia entre hermanos.

En diversos estudios (*Das Gupta, 1990; Bronfman, 1989*) se ha documentado la tendencia de ciertas madres a sufrir muertes infantiles repetidas; bajo condiciones socioeconómicas y mediomambientales similares, existen diferencias muy importantes en mortalidad infantil entre los hogares. La concentración de muertes es evidente: en la India 12% de las familias explican el 62% de las muertes (*Das Gupta, 1990*); en México, el 5% de las madres explica el 50% de las muertes (*Bronfman, 1989*). Estudios como éstos, encuentran una fuerte asociación del riesgo de muerte infantil, con la existencia de decesos anteriores en la misma familia. En entrevistas a profundidad, Das Gupta demuestra que las madres de estas familias no pudieron describir las circunstancias en que ocurrieron sus muertes infantiles, lo que sugiere incompetencia de ciertas madres para el diagnóstico de padecimientos.

Caldwell y Caldwell (1991) también han llamado la atención sobre el problema de la alta concentración de muertes en unos cuantos hogares en los que una persona puede ser identificada como fuente de riesgo, más allá de lo que implicarían sus características socioeconómicas. En este sentido, destacan las características de personalidad de la madre con relativa independencia de su educación, ocupación e ingreso. Bronfman (1989) por su parte, centra el problema más que en las características personales de la madre, en la existencia de "hogares disfuncionales".

Sobre el problema de la concentración de muertes en algunas cuantas madres, es aún poco lo que se conoce. Un estudio antropológico en familias poligámicas de Nigeria (*Mu-*

*rray, 1992*) intenta dar luz sobre este problema analizando las diferencias intrafamiliares entre unas madres y otras. Encuentra que al interior de cada hogar existen diferencias extremas en términos de la mortalidad infantil entre distintas madres, no obstante que todos los niños se someten a la misma alimentación, al mismo medio ambiente, a los mismos agentes infecciosos, a los mismos recursos económicos y a la misma posibilidad de acceso a servicios de salud, en un ambiente cultural donde los niños son altamente apreciados. En este estudio, Murray no intenta explicar la causalidad de este fenómeno, sino resaltar la justificación que se le da entre los miembros de la comunidad. Popularmente, la explicación se centra de modo especial en las características de la madre.

## **Obras consultadas**

Ahmad, Omar et. al. "Proximate Determinants of Child Mortality in Liberia". *Journal of Biosocial Science*, 23, 313-326, 1991.

Ahmed, M.F. "Infant Mortality in Bangladesh: a Review of Recent Evidence". *Journal of Biosocial Science*, 23, 237-336, 1991.

Aly, H.S. "Demographic and Socioeconomic Factors Affecting Infant Mortality in Egypt". *Journal of Biosocial Science*, 22, 447-451, 1991.

Arriaga, Eduardo. "The Deceleration of the Decline of Mortality in LDCs: the Case of Latin America". *International Population Conference*, Manila, 1981, Liège:IUSSP. vol. 2. pp 21-50.

Bahr, J and R. Wehrhahn. "Life Expectancy and Infant Mortality in Latin America". *Social Science and Medicine*, Vol 36, No.10. 1992. pp. 1373-1382.

Bennett, T. "Marital Status and Infant Health Outcomes". *Social Science and Medicine*. Vol. 35, No.9, pp.1179- 1187, 1992.

Bhuiya, A and K. Streatfield. "Mothers Education and Survival of Female Children in Rural Area of Bangladesh". *Population Studies*, 45, 253-264, 1991.

———. "A Hazard Logit Model Analysis of Covariates of Childhood Mortality in Matlab, Bangladesh". *Journal of Biosocial Science*, 24, 447-462, 1992.

Bicego, G. et. al. "Trends, Age Patterns and Differentials in Childhood Mortality in Haiti (1960-1987)". *Population Studies*, 45, 235-252, 1991.

————— and J.T. Boerma. "Maternal Education and Child Survival: A Comparative Study of Survey Data from 17 Countries". *Social Science and Medicine*, Vol. 36, No. 9 pp. 1207-1227, 1993.

Boerma, J.T. and G.T. Bicego. "Preceding Birth Interval and Child Survival: Searching for Pathways of Influence". *Studies in Family Planning* 23, No. 4, 1992.

Bravo, Jorge. "Economic Crises and Mortality: Short and Medium Terms Changes in Latin America". *Memorias de la Conferencia sobre el Poblamiento de las Americas*. Veracruz, México, 1992.

Brittain, Ann. "Birth Spacing and Child Mortality in a Caribbean Population". *Human Biology*, April, vol 64, No. 2 pp. 223-241, 1992.

—————. "The Effect of Parental Age, Birth Order and other Variables on Early Childhood Mortality: a Caribbean example". *Social Science and Medicine*. Vol. 35, No. 10. pp. 1259-1271, 1992.

Bronfman, Mario. "Familia y mortalidad infantil: La tendencia a repetir muertes infantiles". Ponencia presentada en *la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, 1990.

Bryan, L. y Vicente Paqueo. "On the Theory and Measurement of the Determinants of Mortality". *Demography*, Vol. 25, No.2, May, 1988.

Caldwell, John C. "La función de la declinación de la mortalidad en las teorías de transición social y demográfica". En: Naciones Unidas. *Consecuencias de las tendencias y diferenciales de la mortalidad*. Nueva York, 1987. pp. 33-45.

————— and P. Caldwell. "What Have we Learnt About the Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health? From selected readings to the first Health Transition Workshop". *Health Transition Review*. Vol. 1 No.1, 1991.

Casterline, J. et. al., "Infant and Child Mortality in Rural Egypt". *Journal of Biosocial Science*. 24, 245-260, 1992.

Cornia, A. et. al. *Adjustement With a Human Face*. New York, Oxford University Press, 1992.

Cuarto, S.I. "Geographical Inequalities in Mortality in Latin America". *Social Science and Medicine*, Vol. 36, No. 10, 1993, pp. 1349-1355.

Das Gupta, M. "Death Clustering, Mothers Education and the Determinants of Child Mortality in Rural Punjab, India". *Population Studies*, 44, 489-505, 1990.

Da Vanzo y Habicht . "Infant Mortality Decline in Malaysia, 1946-1975: the Roles of Changes in Variables and Changes in the Structure of Relationships". *Demography*, 23(2), 1986, pp 143-157.

Deeb, Mary. "Change in Socioeconomic Determinants as related to Childhood Mortality at two Points in Time Among Low Income Areas in Amman, Jordan". In: Sirageldin y Davis *Infra*, 1992.

De Meer, K., et. al. "Sociocultural Determinants of Child Mortality in Southern Peru: Including Some Methodological Considerations". *Social Science and Medicine*. Vol. 36, No 3. 1993 pp. 317-331.

Eberstein, I.W. et. al. "Sociodemographic Influences of Infant Mortality: Direct and Indirect Effects". *Working Paper*, No. WPS 91-83. Florida State University, College of Social Sciences, 1991.

Frisch, A.S. et. al. "Biosocial Variances and Infant Survival: a Path Analysis Approach". *Journal of Biosocial Science*, 24, 175-183, 1992.

Gubhaju, B. et. al. "Socioeconomic, Demographic and Environmental Determinants of Infant Mortality in Nepal", *Journal of Biosocial Science*, 23, 425-435, 1991.

Gribble, J. "Birth Intervals, Gestational Age, and Low Birth Weight: Are the Relationships Confounded?". *Population Studies*, 47, 133-146, 1993.

Hill, K. and Anne R. Pebley. "Child Mortality in the Developing World". *Population and Development Review* 15, No. 4, Dec., 1989.

————— and D.M. Upchurch. "Gender Differences in Child Health: Demographic and Health Surveys". Baltimore, John Hopkins University. *Papers on Population*, 94-09,

—————. "Approaches to the Measurement of Childhood Mortality: a comparative Review". *Population Index*, 57(3): 268-282, 1991.



Hill, K. "The Decline of Childhood Mortality. Johns Hopkins Population Center. *Papers on Population*. 90-07, 1990.

————— and Palloni, A. "Demographic Responses to Economic Shocks: the Case of Latin America". *Memorias de la Conferencia sobre el pobamiento de las Americas*. Veracruz, México, 1992.

Hobcraft, J. et. al. "Demographic Determinants on Infant and Early Child Mortality: a Comparative Analysis" *Population Studies* 35, 1985.

Hobcraft, H. "Women's Education, Child Welfare and Child Survival: a Review of the Evidence". *Health Transition Review*, Vol. 2, 1993.

Jolly, R. and Andrea Cornia. *The Impact of World Recession on Children*. New York, UNICEF, Pergamon Press, 1984.

Kunstadter, P., et. al. "Demographic Variables in Fetal and Child Mortality: Hmong in Thailand". *Social Science and Medicine*. May, 36(9), 1993.

Last, Murray. "The Importance of Extremes: the Social Implications of Intra-Household Variation in Child Mortality". *Social Science and Medicine*, Vol. 35, No. 6. 1992, pp. 799-810.

Majumder, A.K. "Breast-Feeding, Birth Interval and Child Mortality in Bangladesh". *Journal of Biosocial Science*, 23, 297-312, 1991.

Martin, L.G. and Trussel, J. "Covariates of Child Mortality in the Philipines, Indonesia and Pakistan: an Analysis Based on Hazard Models". *Population Studies* 37, 417-432, 1983.

McKeown, T. et. al. "An Interpretation of the Decline of Mortality in England and Wales During the Twentieth Century". *Population Studies*, 29, 391-422.

Merrick, T.W. "The Effect of Piped Water on Early Childhood Mortality in Urban Brazil, 1970-1976". *Demography*, 22(1). 1985, pp. 1-23.

Mosley, W.H. and Chen, L. "An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries". In: *Child Survival Strategies for Research*. New York, Mosley and Chen eds. Population Council, 1984.

————— and Ronald Gray. "Childhood Precursors of Adult Mortality in Developing Countries: Implications for Health Programs". In: Gribble and Preston (Eds). *The Epidemiological Transition*. Washington, D.C. National Academy Press. 1993.

Murray, C. and L.C. Chen. "In Search of a Contemporary Theory for Understanding Mortality Change". *Social Science and Medicine*, Vol. 36, No. 2. 1993, pp. 143-155.

Myntty, C. "Social Determinants of Child Health in Yemen". *Social Science and Medicine*, vol. 37, No. 2, 1993. pp 233-240.

Navaneetham, K. "The Influence of Cohort Effects on Mortality Trends in India. Role of Economic Factors". *Population Research and Policy Review* 12, 159-176, 1993.

Notestein, Frank W. "Population the long view". In: Schultz, Theodore E. Ed. *Food of the World*. Chicago, The University of Chicago Press. 1945. pp.36 56.

Palloni, Alberto. "Health Conditions in Latin America and Policies for Mortality Change". In: *Health Policy, Social Policy and Mortality Prospects*. Paris. Institut National d' Etudes Démographiques, 1985

————— and S. Millman. "Effects of Birth Intervals and Breastfeeding on Infant and Early Child Mortality". *Population Studies*, 40, 215-236, 1986.

————— "Theory, Analytical Frameworks and Causal Approach in the Study of Mortality at Young Ages in Developing Countries". *Anales de la Sociedad Belga de Medicina Tropical*, 67, Supl. 1 31-45, 1987.

Panis, C.W.A. and L.A. Lillard. "Child Mortality in Malaysia: explaining Ethnic Differences and the Recent Decline". *Some-tido a Population Studies*, 1994, no publicado.

Pathé Diop, F. *Economic Determinants of Child Health and the Utilization of Health Services in Sub-Sahara Africa: the Case of Ivory Coast*. Baltimore, John Hopkins University. School of Hygiene and Public Health, 1990, P.H.D. Thesis.

Potts, M. and Shyam Thapa. "Survival: the Rol of Family Planning". *Populi*, Dec. 17(4), 1990.

Preston, Samuel H. "La mortalidad y el desarrollo: reexamen". *Boletín de Población de las Naciones Unidas*, 1985. pp. 35- 42.

Quine, S. "Social Class as a Risk Factor for Infant Mortality in an Australian Population". *Journal of Biosocial Science*, 23, 65-72, 1991.

Ram, M. and R. Wong "Covariates of Household Extension in Rural India: Change over Time". Baltimore, John Hopkins Population Center. *Papers on Population*. 94-08, 1994.

Retherford, R. et. al. "To What Extent Does Breastfeeding Explain Birth-Interval Effects on Early Childhood Mortality?". *Demography*, Vol. 26, No. 3, August, 1989.

Shahidullah, M. "Is Breastfeeding a Crucial Determinant of Child Survival? Evidence from Matlab, Bangladesh". *Working Papers in Demography* No. 30. The Australian National University, 1991.

Shorter, F. "Family Functioning and the Health of Women and Children: Theoretical Perspectives for the Regional Context. In: Sirageldin y Davis. *Infra*, 1992.

Sirageldin, Y. and R. Davis, eds. *Toward More Efficacy in Womens Health and Child Survival Strategies*. Report of the John Hopkins University - Ford Foundation. El Cairo, Egypt, Regional Workshop.

Shleapfer, Loraine y José L. Bobadilla. "Relación entre patrones reproductivos y mortalidad infantil: interpretaciones alternativas". Ponencia presentada en *la IV Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México*. México, SOMEDE, Abril, 1990.

Tienda y Ortega. "Familias encabezadas por mujeres y la formación de núcleos extensos: una referencia al Perú".

Trussel, J and Hammeslough. "A Hazard Model Analysis of the Covariates of Infant and Child Mortality in Sri Lanka". *Demography*, 20: 1-26, 1983.

Vázquez, F. et. al. "Assessment of Trends in Geographical Inequalities in Infant Mortality". *Social Science and Medicine*, vol. 37, No. 3, 1993, pp. 413-417.

Wong, R., K. Alvi and R.E. Levine. "Determinants of Mother Employment Under Conditions of Economic Deterioration: Urban Mexico in the 1980's". Ponencia presentada en *The Population Association of America Meeting*. Washington, marzo de 1991.

Woods, R. "On the Historical Relationship between Infant and Adult Mortality". *Population Studies*, 47, 195-219, 1993.



**VI. CAUSAS DE MUERTE COMO INDICADORES INDIRECTOS DE NECESIDADES EN SALUD. UNA INTERPRETACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA. Los casos de la Frontera Norte y de Morelos, 1980-1990.**

*Carlos García Molina \**

**Introducción**

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (OMS, 1978) permite considerar los daños a la salud según su localización anatómica y su fisiopatología (para lo que fue concebida), por una parte y, por la otra, profundizar en la distribución y determinantes histórico-sociales de los procesos mórbidos. Se trata de hacer acercamientos a otras realidades diferentes a aquéllas para lo que fue creada. Para avanzar en lo anterior se planteó retomar dicha clasificación y cualificarla reconstruyendo el dato de mortalidad por causas. Esta reconstrucción se refiere a organizar la información buscando que el dato se transforme en hecho epidemiológico, mediante la articulación de esta información con el análisis del contexto histórico social determinado (López, 1991). Se pretende construir los perfiles de mortalidad con base en sus estructuras de mortalidad por causas y su evolución en el tiempo.

Para ello rescatamos conceptos como los de *evitabilidad* (Taucher, 1978, 1980; García et al., 1994) que permiten un reagrupamiento de las causas de muerte factibles de concebir como partes de un proceso, que trasciende lo biológico y lo individual señalando su articulación y delimitación con las condiciones histórico-sociales, lo cual permite identificar problemas y plantear propuestas de transformación.

Este reagrupamiento define las enfermedades en Evitables y Difícilmente Evitables según las condiciones socio-económi-

\* Investigador del CRIM-UNAM

cas, las características de prestación de los servicios de salud, la calidad del diagnóstico médico y finalmente los avances del conocimiento científico y técnico en salud.

Esta definición permite por un lado, explicar la mortalidad como un resultado específico del proceso salud-enfermedad y, por el otro, medir de manera indirecta las necesidades en salud y la forma como son atendidas por la política de salud pública en particular y, por la respuesta social organizada, en general.

La salud es un derecho que tiene la población y como tal debe ser atendido y respetado por el Estado. Aunque polémicas, las definiciones de salud y de necesidades en salud hacen referencia a la conservación de la vida, al desarrollo de los seres humanos en condiciones psíquico-físicas de completo bienestar, a la forma como la población concibe el proceso salud-enfermedad y cómo se organiza social e individualmente para afrontarlo. (Ver al respecto, el tema desarrollado por Olivia López A. y José Blanco Gil en este mismo libro).

No cabe duda acerca del importante descenso de la mortalidad general e infantil ocurrida en el país y de que la estructura de la mortalidad por causas ha experimentado cambios. Sin embargo, se conoce poco acerca de cómo se da este proceso regionalmente, cómo afecta la estructura de la mortalidad por causas y cómo ellas definen perfiles de mortalidad específicos.

Pese a la importancia socio-económica de la Frontera Norte y del estado de Morelos, llama la atención la falta de conocimiento fundamentado acerca de cómo se distribuyen socialmente los beneficios del desarrollo económico y si éstos efectivamente han creado unas condiciones favorables para la salud. Caracterizar los perfiles de mortalidad en estas poblaciones, entendidos éstos en su asociación con las condiciones materiales de vida, hará posible la implantación de acciones y políticas sociales que tiendan a disminuir las diferencias sobre el derecho a la salud de la población.

Cuando se conciben las causas de muerte como el resultado de procesos mórbidos que pudieron haber sido evitados con



distintos tipos de medidas económicas, sociales, de servicios de salud y los avances en el conocimiento científico y tecnológico, queda clara la existencia de una determinación estructural que impide que amplios sectores de la población transiten hacia “perfiles epidemiológicos modernos”.

En el presente trabajo, más que con fines comparativos, se analizan dos poblaciones que aunque han experimentado procesos económicos contrastantes, tienen muchos elementos en común y que, como lo afirma Oswald para Morelos, son “laboratorios de experimentación de diversos procesos de desarrollo, cuyos efectos dejaron (dejan) profundas y diversificadas huellas en el medio físico-biótico y en la sociedad” (*Oswald, 1992*).

En efecto, la Frontera Norte, aunque difícil de definir, se reconoce como un espacio socio-económico inserto en un proceso de internacionalización estructural (*Negrete, 1990*) donde las maquiladoras determinan en gran medida el devenir económico de la región (*González y Barajas, 1989*); caracterizada por una política de bajos salarios y por una dependencia de la subvaluación del peso mexicano, lo que conduce a un desarrollo económico con altos costos sociales (*González y Barajas, 1989*). Se parte de considerar que los cinco estados fronterizos: Baja California, Coahuila, Chihuahua, Sonora y Tamaulipas presentan en su interior y en conjunto, formas de enfermar y de morir específicas a sus particulares procesos socio-económicos. Se excluye al estado de Nuevo León ya que tiene pocos movimientos trans-fronterizos aunque económicamente es de los más importantes del norte del país.

En Morelos, la cercanía con la Ciudad de México ha facilitado procesos de desconcentración industrial, urbanización y turismo que han complejizado la estructura económica del estado. Aunque tienden a sobreestimarse los efectos positivos de estos tres procesos, la existencia de un desequilibrio económico, una urbanización descontrolada y un turismo de fin de semana que deja pocos beneficios pero sí mucha presión

sobre servicios públicos, parecen ser los factores que están afectando las condiciones socio-económicas de la población morelense (Chávez, Moctezuma y Rodríguez, 1994; Oswald, 1992).

El concepto de evitable no tiene un referente empírico directo, no es un concepto operativo como el de 'causas prevenibles', tampoco se pretende evaluar las condiciones de salud de la población en términos comparativos con otros países y/o poblaciones por número de muertes que ellos sí pudieron evitar. Se trata más bien, y de manera heurística, de relacionar el proceso salud-enfermedad-muerte con la potencialidad que tiene la sociedad para transformarlo.

Igualmente, en oposición al exagerado uso y abuso de técnicas estadísticas 'modernas', interesa explorar aquí el uso de técnicas demográficas aplicadas a información estadística secundaria y cómo ellas permiten analizar procesos tan complejos como los de salud-enfermedad y muerte. Para estudiar este proceso usando técnicas desarrolladas por disciplinas 'formales' como la Demografía o la Epidemiología, se requiere no solamente reconceptualizar sus objetos de estudio sino también aprovechar sus arsenal teórico-metodológico con una visión multidisciplinaria.

## **1. Los análisis de mortalidad. Una variable en busca de concepto**

Sin lugar a dudas, los análisis demográficos han permitido avanzar en la descripción de la mortalidad como fenómeno. Sin embargo, es esa misma concepción cuantitativa la que ha convertido a la mortalidad en objeto de estudio, donde predomina la necesidad de una estimación confiable del nivel y sus tendencias; de cómo varía su *quantum* según algunas características de población y según espacios socio-económicos.

En rigor, la demografía trata de perfeccionar las técnicas de medición y descripción del fenómeno mortalidad. En otras palabras, los estudios de mortalidad apuntaban (y no pocos lo hacen todavía y, que bueno que lo hagan) a los indicadores de la mortalidad como variable, a describir cómo las poblaciones humanas pasan de su estado natural de vida al estado, también natural, de no vida sin considerar como parte del objeto de estudio las mediaciones económico-sociales y biológicas que se desarrollan entre dichos estados.

Cuando se habla en demografía de la mortalidad como variable y no como concepto, en realidad se está haciendo un reduccionismo del fenómeno mortalidad pues, una variable no pasa de ser un recurso metodológico para encontrar un referente empírico a un concepto teórico más general que se corresponde con el fenómeno en estudio. En este sentido la mortalidad no se reduce al hecho biológico, éste y sus índices de ocurrencia interesan para las ciencias sociales no por lo que son sino por lo que fueron. En este contexto, el indicador tasa de mortalidad, esperanza de vida, relaciones de supervivencia, etcétera, son indicadores de la variable que curiosamente la demografía no se ha preocupado en definir a qué concepto hace referencia. En otros términos, no se trata de estudiar la mortalidad como indicador de la no vida sino como resultado de un proceso complejo hacia la no vida, que también hace parte del concepto mortalidad.

En la actualidad, la demografía cuenta con un valioso arsenal técnico-metodológico para obtener indicadores confiables de la mortalidad, superando, en gran medida, las deficiencias de la información que dan cuenta del fenómeno (censos, encuestas, estadísticas vitales; etcétera). Ante la dificultad que tienen los países en desarrollo de tener fuentes de información de buena calidad y de los problemas intrínsecos de la información estadística, las técnicas indirectas de estimación del nivel de mortalidad han demostrado ser eficientes y confiables. Este hecho ha significado una importante mejoría en la descripción

de la mortalidad; sin embargo, la proliferación de procedimientos de estimación y la discusión que se genera acerca de la precisión y validez de los supuestos incluidos en dichas técnicas, impiden un consenso acerca de las tendencias y niveles de la mortalidad en el área.

Las tendencias anteriormente anotadas se refieren a las estimaciones de la mortalidad en grandes conglomerados de población: total país, urbano-rural, grandes regiones geográficas o grupos sociales homogeneizados con base en variables “determinantes” como la educación, el ingreso, la ocupación, etcétera. Los diferenciales de la mortalidad así encontrados, aunque en la mayoría de los casos son importantes y tienden a mantenerse en el espacio y en el tiempo, no permiten hacer consideraciones teóricas que ayuden a explicar relaciones causales del fenómeno, o mejor, sus sustentos teóricos no permiten pasar de la descripción (*Palloni, 1989*). En el mejor de los casos se establece una causalidad estadística que sólo ayuda a reducir la incertidumbre pero no el error ya que es un engaño asumir que no hay sesgos o partir del supuesto de que el azar (aleatoriedad) garantiza que no los haya.

En otros términos, tratar de encontrar regularidades y relaciones causales a partir de la inducción estadística es sólo un esfuerzo más sofisticado por describir el comportamiento de la variable. El procedimiento inductivo-estadístico no es demostrativo ya que su relación con las observaciones empíricas no es garantía alguna de llegar a la verificación pues, por muchas observaciones que se tengan no hay modo de predecir de manera segura la próxima observación. Sólo se dispone de una probabilidad de reducir la incertidumbre que ha sido elegida convencionalmente a través de niveles de confiabilidad y significancia estadística.

Por otro lado, si nuestro interés es sólo el de la descripción, nos encontramos con un problema metodológico no menos importante, el de los promedios. Los hechos demográficos son reconstruidos a partir de información estadística individual

(características individuales), razón por la cual tales hechos son aprehendidos en forma de tasas, en forma de medidas resumen. Es decir, en forma de promedios cuya dispersión o varianza no alcanzan a recuperar las especificidades de la distribución y, por tanto, el promedio como valor teórico expresa un hecho demográfico sin mucho valor interpretativo.

Así por ejemplo, cuando se comparan tasas brutas de mortalidad, no basta con advertir que para obtener una real comparación hay que neutralizar (tipificar) el efecto en la mortalidad de la estructura por edad de las poblaciones que se comparan sino que también, es fundamental tener en cuenta que a su vez, esas estructuras por edad son el resultado medio de múltiples dinámicas demográficas, entre ellas, distinta mortalidad en subgrupos de población. Sin considerar lo anterior, es imposible pasar de la descripción del dato a la descripción del hecho demográfico.

En este sentido es posible cuestionar incluso uno de los hechos demográficos con mayor consenso: la tendencia al descenso de la mortalidad en América Latina; ¿por qué tendencia? es posible y normalmente así se da, que los descensos observados se hayan dado en coyunturas específicas donde, incluso por políticas sociales, disminuya en unos grupos sociales y aumente o se estanque en otros. Tal parece ser la experiencia en algunos países de América Latina y de Europa (*Wood, 1976; Vallin, 1984; United Nations, 1985; Guzmán, 1988; Mina, 1988; García, 1992*). Es evidente que esto contradice la tendencia general, sin embargo sigue importando más lo que dice el promedio, aunque de hecho no existe.

Igualmente, se puede cuestionar que el cambio de estructura de la mortalidad por causas esté inmerso en un proceso de transición epidemiológica. Como puede observarse más adelante, cuando se conciben las causas de muerte como el resultado de procesos mórbidos que pudieron haber sido evitados o al menos que no evolucionaran hacia desenlaces fatales, con distintos tipos de medidas económicas, sociales o de servicios

de salud, queda clara la existencia de una determinación estructural que impide que amplios sectores de la población transiten hacia “perfiles epidemiológicos modernos”.

Un acercamiento a otras disciplinas de las ciencias sociales le ha permitido a la demografía hacer interpretaciones de sus variables desde una concepción más multidisciplinaria, en términos de estudios de población y sus relación con el desarrollo social y económico. En este sentido se concibe a la mortalidad como parte de un proceso más general, salud-enfermedad-muerte y como concreción de los riesgos de muerte definidos como todos aquellos condicionantes socio-económicos y biológicos que hacen que, en un momento determinado, los procesos mórbidos generen una situación de enfermedad tal, que tenga como resultado un deterioro irreparable de la salud o incluso la muerte.

Consecuente con lo anterior se hace necesario superar la visión de población expuesta al riesgo, ya que no se trata de encontrar una tasa o una probabilidad de enfermar o morir, sino de recorrer una red de relaciones de determinación en la cual los procesos mórbidos que configuran un perfil epidemiológico determinan las características particulares de mortalidad de la población. Aquí la mortalidad supera el status de variable y es concebida como un recorte conceptual de los riesgos de muerte; mientras este último es un concepto abstracto, no observable, la mortalidad es un resultado particular y observable del proceso salud-enfermedad, es una de las formas materiales que pueden asumir los riesgos de muerte (*García, 1992*).

## **2. Fuentes de información y análisis de datos**

### ***2.1. Fuente de datos***

La Dirección General de Estadística de la Secretaría de Salud (DGE-SSA) en común acuerdo con el Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) sistematizan los registros de

defunciones (actas de defunción) como parte de la producción de información del sistema nacional de estadísticas básicas. Aunque esto se viene haciendo hace más de 50 años, apenas desde 1979 se cuenta con bases de datos relativamente confiables y almacenadas en forma electrónica.

La base de datos contiene alrededor de 60 mil registros de defunciones por año, y es almacenada en archivos anuales según el año de registro de la defunción, desde 1979 hasta 1991. Para los objetivos de este trabajo se han seleccionado las variables que son comparables en todo el periodo, como son:

- La causa básica de muerte, desagregada a tres dígitos según la Novena Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), lo que permite la comparabilidad en todo el periodo considerado.

- El municipio y el tamaño de la localidad de residencia habitual del difunto.

- El sexo y la edad.

- La certificación médica.

## ***2.2. Calidad y tratamiento de la información***

El análisis de las frecuencias de todas las variables en sus códigos unitarios para los años de 1979 a 1991 no mostró anomalías de ninguna especie. En lo que se refiere a las causas de defunción, se observó una perfecta correspondencia con la Clasificación Internacional de Enfermedades a tres dígitos (Novena revisión). Los porcentajes de no certificación médica, de subregistro y de causas mal definidas, están por debajo de los promedios encontrados para México y de los sugeridos como tolerables para hacer estudios de mortalidad por causas (*Jaspers y Orellana, 1991; Rodríguez, 1989*). Lo

anterior sugiere que los archivos anuales de defunciones ofrecen información confiable al menos en lo que concierne a las variables que se usan en el estudio.

Para eliminar fluctuaciones anuales que se deben más al sistema de registro que a cambios reales de la mortalidad, se construyó una serie de defunciones anuales suavizada a través de promedios móviles trienales. Esto quiere decir que un año cualquiera se obtuvo a partir del promedio aritmético de él y los años adyacentes. Este procedimiento produjo una serie ajustada de registros anuales de defunción entre 1980 y 1990.

Para corregir el subregistro de las defunciones se utilizaron técnicas indirectas que usan información de Censos y encuestas, además de los registros de defunción. Las defunciones de mayores de cinco años por sexo y edad fueron evaluadas y ajustadas a través de una técnica que parte de los supuestos de: comportamiento estable de la población, cerrada a la migración y declaración correcta de la edad (*Naciones Unidas, 1986; Preston y Coale, 1984; Bennett y Horiuchi, 1984*). El procedimiento consiste en establecer una relación entre el número de defunciones en un año dado y el número de personas en la población. Aunque los supuestos del procedimiento no se cumplan cabalmente es posible estimar porcentajes mínimos de subregistro teniendo en cuenta el efecto de la migración, que en el caso de la Frontera Norte y del estado de Morelos es significativa (*Naciones Unidas, 1986; Bennett y Horiuchi, 1984*).

Es importante anotar que con estos procedimientos no es posible obtener estimaciones precisas del subregistro, dada la calidad de la defunciones en cuanto a la mala declaración de la edad y al no cumplimiento cabal de los supuestos. Sin embargo, es posible evaluar el posible efecto de ese subregistro y hacer correcciones que estén por debajo de los porcentajes reales. De esta manera se pretende respetar la información original y rescatar de ella lo que aportan sus diferenciales. No se pretende medir con precisión sus niveles.



La mortalidad infantil y juvenil fue estimada a partir de información de los censos de 1980 y 1990, sobre hijos tenidos nacidos vivos e hijos sobrevivientes de las mujeres en edad fértil clasificadas en grupos quinquenales de edad. La idea fundamental del procedimiento consiste en establecer una relación entre la proporción de hijos tenidos nacidos vivos, que han fallecido según la edad de la madre, y la probabilidad de morir entre el nacimiento y una edad determinada, que también depende de la edad materna.

Aunque los supuestos de fecundidad constante en un periodo reciente y de buena declaración de la edad, entre otros, no se cumplen cabalmente, aquí se utiliza una variante a la técnica original de W. Brass (*Brass, 1974*) propuesta por J. Trussel (*Naciones Unidas, 1986*) que entre otras ventajas tiene en cuenta cambios recientes de la mortalidad y refiere las estimaciones en años antes del censo. Aunque el uso de estas técnicas ha sido muy polémico en México debido al incumplimiento cabal de sus supuestos, y a las relativas facilidades para hacer estimaciones directas basadas en encuestas, siguen utilizándose para efectos de análisis comparativos y exploratorios (*Gómez de León y Partida, 1993*).

A pesar de la evaluación y el suavizamiento realizado a los datos, no pueden desconocerse las limitaciones que tienen estas fuentes de información en términos de mala declaración, registro inadecuado y sesgos administrativos que afectan el sistema estadístico en su conjunto. Por otro lado, las estimaciones indirectas no son más que eso: estimaciones que tratan de corregir algunos problemas de información, pero que no pueden ser considerados como mediciones de los niveles de mortalidad, al menos en este trabajo. Los resultados que aquí se presentan deben interpretarse teniendo en cuenta este hecho.

## ***2.3. Variables e indicadores utilizados***

### ***Estructura de mortalidad***

Para el estudio de la mortalidad por causas se consideró la distribución por sexo y grupos quinquenales de edad para cada uno de los agrupamientos según evitabilidad, se analizaron según su distribución porcentual, número de orden y aporte porcentual y en años de la ganancia en el periodo de la esperanza de vida al nacimiento. Esta distribución se interpretó como la estructura de la mortalidad por causas, permitiendo hacer comparaciones entre subgrupos poblacionales.

### ***Perfil de mortalidad***

Se construyeron a partir de las estructuras de mortalidad definidas anteriormente. Se consideró que estas estructuras asumen comportamientos específicos de acuerdo a los distintos niveles de determinación considerados. Se entiende como perfil de mortalidad de un espacio socio-económico específico (Frontera Norte, Morelos) a las características de los riesgos de muerte y que son observables a través de la estructura de mortalidad por causas, género y grupos de edad que lo hacen diferenciable de otros espacios, y que son la concreción de procesos de salud-enfermedad-muerte históricamente determinados. El perfil más que un listado de principales causas de muerte, es una síntesis histórica del proceso salud-enfermedad-muerte. Que expresa, entre otras cosas, las contribuciones a la mortalidad de las condiciones de vida, la política social del estado y la prestación de servicios de salud.

*Los agrupamientos de causas de muerte como variables asociadas a las condiciones socio-económicas y a la prestación de servicios de salud*

Esta relación fue operacionalizada partiendo de las condiciones de evitabilidad. Se reagruparon las causas de muerte según los criterios de MUERTES EVITABLES Y DIFÍCILMENTE EVITABLES, la propuesta de agrupamientos se presenta en el Anexo 1 con el nombre según el tipo de evitabilidad y los códigos que corresponden según la CIE, novena revisión.

*Tablas abreviadas de mortalidad para 1980 y 1990*

Una vez ajustadas las defunciones se calcularon las tasas de mortalidad por sexo y grupos quinquenales de edad para el total de las cinco entidades federativas que conforman la Frontera Norte y para el estado de Morelos, insumo básico para la construcción de las tablas de mortalidad.

Las funciones de la tablas de mortalidad construidas fueron:

- Las probabilidades de morir entre las edades exactas  $x$ ,  $x+n$  años;
- Los sobrevivientes a la edad exacta  $x$  años;
- Defunciones entre las edades exactas  $x$ ,  $x+n$  años;
- Población estacionaria (años vividos) entre las edades exactas  $x, x+n$  años;
- Años por vivir de los sobrevivientes a la edad exacta  $x$  años  $y$ ;
- La esperanza de vida a la edad exacta  $x$  años.

Estas funciones fueron calculadas para cada sexo, siendo la esperanza de vida al nacimiento el número promedio de años que se espera viva un recién nacido si llegara a experimentar las condiciones de mortalidad estimadas para su población. Los procedimientos seguidos en la construcción de las tablas de mortalidad fueron los recomendados de acuerdo a los tipos de datos disponibles (*Ortega, 1987*). En el Anexo 2 se presentan las tablas de mortalidad y las principales relaciones entre sus distintas funciones para ambas poblaciones en 1980 y 1990.

*Contribución de los grupos de causas evitables al cambio en la esperanza de vida y al diferencial por sexo. Procedimiento de Pollard*

El raciocinio de este procedimiento parte de la afirmación de que una reducción de intensidad en la fuerza de la mortalidad (función que expresa la mortalidad en una edad exacta), en un intervalo pequeño de edades, produce necesariamente un incremento en la esperanza de vida al nacer de la población. Es decir, cada reducción de la mortalidad en una edad individual puede ser calculada teniendo en cuenta el efecto principal y los distintos efectos de interacción sobre la estructura de la mortalidad (*Pollard, 1988, 1990; Rodríguez, 1989*).

Para ello es necesario disponer de las funciones de la tabla de mortalidad como son los sobrevivientes a una edad exacta y las probabilidades de supervivencia en dos momentos en el tiempo. Para medir el efecto de un conjunto de causas se pondera las probabilidades de muerte de cada grupo de edad por el peso porcentual de ese grupo de causas; normalmente este tipo de estimaciones se hacen para cada sexo.

Al igual que los procedimientos anteriores, éste no garantiza el cabal cumplimiento de los supuestos, sobre todo aquel que tiene que ver con las interacciones. Pues es posible que una muerte que pudo ser evitada, tenga múltiples opciones de serlo y presentar

interacción incluso con las difícilmente evitables. Por otro lado, no se reproducen exactamente las diferencias por sexo, lo que puede ser atribuible a los procedimientos de ponderación, y al hecho de que las relaciones exactas sólo se lograrían si se consideran las variables como continuas y no discretas como se hace para efectos prácticos. Aunque es posible corregir este tipo de errores (*Pollard, 1990:286*) en este trabajo no se hace, ya que se considera que sus efectos no invalidan los resultados encontrados.

### **3. Ubicación contextual**

#### ***3.1. La Frontera Norte***

Entre las principales características socio-demográficas de esta región destacan la influencia del proceso migratorio y un rápido crecimiento poblacional que supera al registrado en el resto de la República Mexicana y sólo comparable con el observado en las principales zonas metropolitanas, en los periodos de mayor expansión (*Corona, 1991*). Actualmente, las entidades fronterizas ocupan, por su extensión territorial, la tercera parte del territorio nacional sin embargo, la densidad poblacional es baja (14 habitantes por kilómetro cuadrado) lo cual representa el 12.5% de la población del país.

Como lo ilustra el *Cuadro 1*, durante los últimos 40 años la población de la Frontera Norte aumentó casi tres veces y aunque la tasa bruta de natalidad y la tasa bruta de mortalidad registraron un descenso importante en este periodo, las tasas de crecimiento total de los estados superaron el promedio nacional con excepción de la década 1970-1980. El proceso migratorio, aunque con diferencias en los distintos estados, se caracteriza de manera general, por un decremento de la inmigración interna e incremento de la emigración interna e internacional (*Corona, 1991*).

Se trata de estados con mayor proporción de población urbana, ubicada en la zona más cercana a la frontera, cuya fuerza de trabajo está principalmente ocupada en actividades industriales, entre las cuales destaca la industria maquiladora para la exportación, acti-

vidades comerciales y de servicios, con creciente participación femenina y una importante proporción de fuerza de trabajo transmigrante que trabaja en Estados Unidos aunque su residencia habitual está en México (*Cruz, 1992*).

### **3.2. *El estado de Morelos***

Al igual que la Frontera, Morelos se ha caracterizado por altas tasas de crecimiento poblacional hasta los años ochenta (mayores al promedio nacional), debido a una permanencia de flujos migratorios positivos. Su fecundidad y mortalidad se ubican por debajo de los promedios nacionales, excepto para el año 1990, donde parece que el descenso de la fecundidad está rezagado con respecto al resto del país. Sin embargo, hay que anotar que los datos del *Cuadro 1* provienen de estadísticas vitales sin ajustar, lo que podría sesgar la interpretación sobre las tendencias demográficas.

Entre las características socio-económicas del estado de Morelos destacan: un alto grado de municipalización (33 municipios en un área promedio de 149.7 Km<sup>2</sup> por municipio); acelerado proceso de urbanización concentrado en los municipios de Cuernavaca, Yautepec, Cuautla, Jojutla, Temixco y Ayala; alta concentración poblacional ocupando el tercer lugar entre los estados más densamente poblados del país (241.1 hab/Km<sup>2</sup>) y altas tasas de inmigración interestatal; es uno de los estados más pequeños del país y sólo participa con el 1.8% al Producto Interno Bruto. A pesar de que Morelos se ubica en la región más industrializada del país, entre los estados que componen esta región, después de Tlaxcala, Morelos tiene el porcentaje más bajo de participación en el Producto Interno Bruto Industrial (*Garza, 1990*). Las principales actividades económicas se concentran en el sector servicios (en 1990 éste representaba el 45%) y en la actividad industrial el 27%.

**Cuadro 1. Características demográficas de las poblaciones en estudio en el contexto nacional\*.**

	1960	1970	1980	1990
<b>POBLACIÓN EN MILES DE PERSONAS</b>				
Rep. Mexicana	37219.7	51808.5	69424.2	85472.4
Frontera Norte	5908.4	8440.6	11102.7	13935.9
Edo. de Morelos	386.3	613.6	947.1	1195.1
	1960-1970	1970-1980	1980-1990	
<b>TASA DE CRECIMIENTO TOTAL (Tasas por mil)</b>				
Rep. Mexicana	33.6	29.7	21	
Frontera Norte	36.3	27.8	23	
Edo. de Morelos	48	44	24	
<b>TASA BRUTA DE NATALIDAD</b>				
Rep. Mexicana	45.2	39.5	29.7	
Frontera Norte	45.5	38.8	25.8	
Edo. de Morelos	43.6a	37.2b	32.6c	
<b>TASA BRUTA DE MORTALIDAD</b>				
Rep. Mexicana	10.8	8.2	5.9	
Frontera Norte	9.8	7.7	5.7	
Edo. de Morelos	8.6a	6 b	5.1c	

Fuente: Censos Mexicanos de Población. Tomado de (Corona, 1991: 143,146,149.) SSA Edo. de Morelos.

\* Además de los cinco estados considerados en la Frontera Norte, se incluye aquí al estado de Nuevo León.

a, b y c se refieren respectivamente a los años 1970, 1980 y 1990.

#### **4. Evaluación y ajuste de la información utilizada**

En el *Cuadro 2* se observan los niveles de certificación médica que, a excepción de Chihuahua y Morelos son bastante buenos y cumplen, como ya se había dicho, los mínimos recomendados como para hacer análisis de mortalidad por causas. Para el total del país se estima que el porcentaje de certificación médica supera el 85% desde 1981 y para el quinquenio 1985-1990, la cobertura del registro de defunciones se estimó en un 88%.

Para 1980, se estimó una tasa de mortalidad infantil en la Frontera del 49 por mil y para 1990 del 28 por mil, similares a las encontradas con otros procedimientos por Gómez de León y Partida (*Gómez de León y B. Partida, 1993*). Comparadas con las calculadas a partir de estadísticas vitales, se puede decir que éstas están subestimadas en 37 y 29 % respectivamente. Para

Morelos las tasas fueron 44 y 33 por mil, lo que representan una subestimación del 40 y el 15% respectivamente.

Para el ajuste de las defunciones de mayores de un año (*Gráficas 1 y 2*), parece ser que las tasas de crecimiento seleccionadas presentan una serie invariante de los cocientes de población estimada y población reportada. En estas condiciones, se puede decir que el procedimiento de ajuste propuesto por Preston y Coale puede arrojar resultados razonables (*Naciones Unidas, 1986*). La diferencia entre las tasas de crecimiento por género puede explicarse por la alta selectividad por género de la migración en ambas regiones.

Cuadro 2. Poblaciones en estudio: porcentaje de certificación médica para menores de 5 años y total. Años seleccionados.

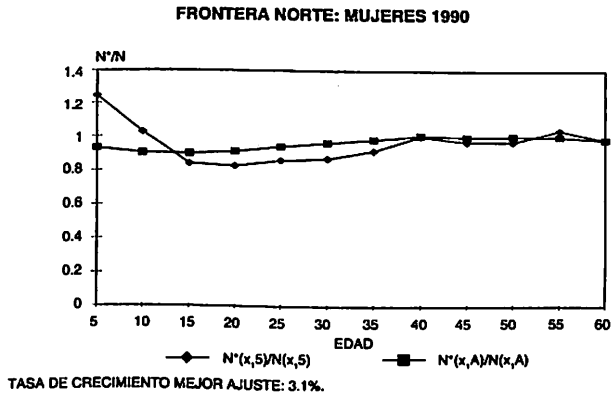
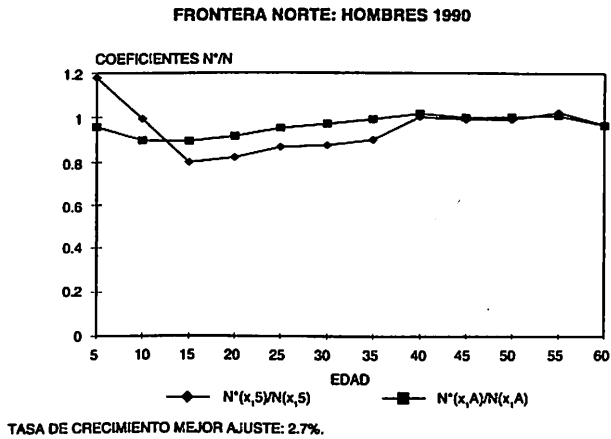
ESTADO	CERTIFICACIÓN MÉDICA (%)					
	1986			1990		
	0	1 a 4	Total	0	1 a 4	Total
MORELOS	99	99	99	86	93	94
BAJA CALIFORNIA	99	98	99	99	99	99
COAHUILA	96	93	96	93	95	94
CHIHUAHUA	89	72	94	84	72	87
SONORA	98	97	98	99	99	99
TAMAULIPAS	99	96	98	93	98	96

Fuente: Bases de Datos INEGI-SSA.

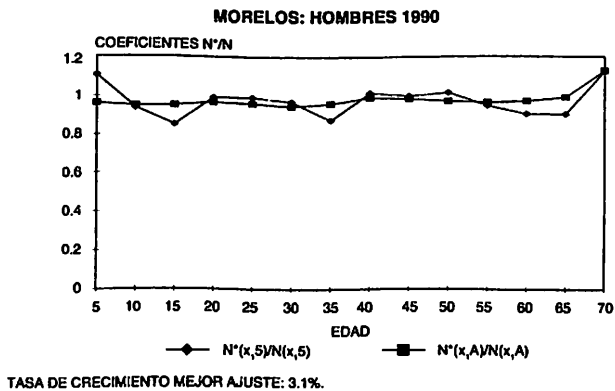
Los factores de ajuste encontrados para la Frontera Norte: hombres (1.03), mujeres (1.05) y para Morelos: 1.04 y 1.09 respectivamente, están levemente por debajo de los encontrados para el total del país en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) para el periodo 1987-1991 (*INEGI, 1994*).

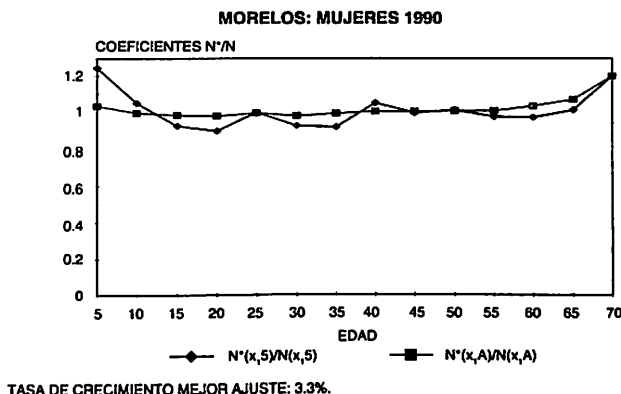


Gráfica 1. Frontera Norte: Análisis gráfico para ajustar las defunciones mayores de un año. Procedimiento Preston-Coale



Gráfica 2. Morelos: Análisis gráfico para ajustar las defunciones mayores de un año. Procedimiento Preston-Coale





Dado los altos niveles de certificación médica y una cobertura de defunciones que se puede definir como “satisfactoria” (*Jasper y Orellana, 1991*), se optó por no ajustar la distribución observada de las defunciones por causas. Se parte del supuesto de que las defunciones que se dejaron de registrar tienen la misma composición de mortalidad por causas o que de ser distinta, no modifica sustancialmente la estructura de la mortalidad por causas que se discute en este trabajo.

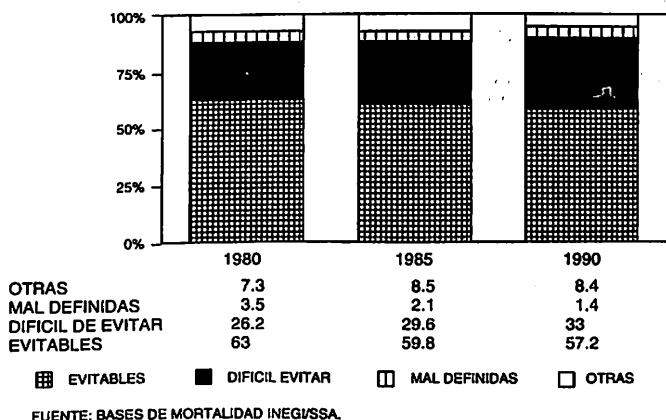
## 5. Diferenciales de mortalidad por causas, según evitabilidad

Como se puede observar en las *Gráficas 3 y 4*, las causas de muerte evitables en Morelos representan cerca del 60% del total de muertes y en la Frontera Norte alrededor del 50%. En ambos casos, el descenso en el periodo ha sido mínimo (5.8 y 6.4 puntos porcentuales, respectivamente).

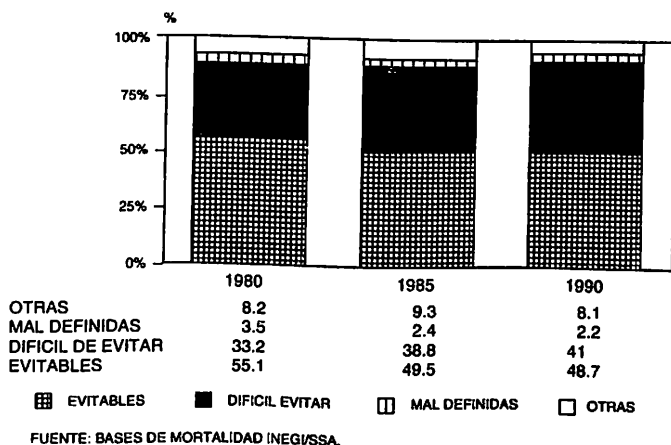
Las causas mal definidas representan menos del 4% y descendieron de manera importante en el periodo, lo que sugiere una buena calidad de la información en cuanto al diagnóstico de la causas de muerte. El grupo de “otras” podría decirse que ha permanecido estable en el periodo. Como es de esperarse, las causas difíciles de evitar presentaron un ascenso en la década.

Cuando se compara la estructura porcentual de las causas de muerte según condiciones de evitabilidad al interior de la Frontera Norte se perciben pocas diferencias (*Gráfica 5*).

Gráfica 3. Morelos: estructura porcentual de defunciones según evitabilidad. 1989-1990.

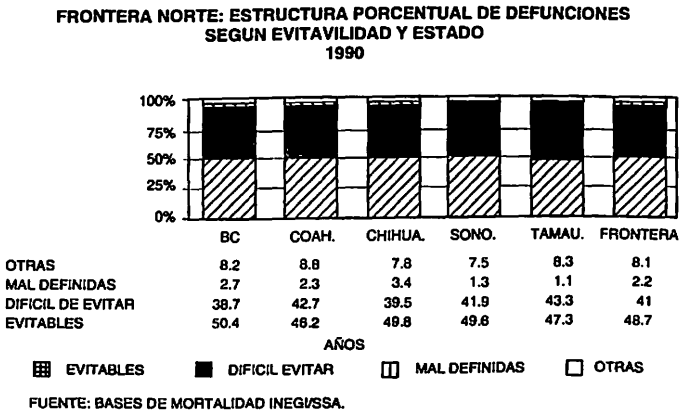


Gráfica 4: Frontera Norte: estructura porcentual de defunciones según evitabilidad. 1980-1990.

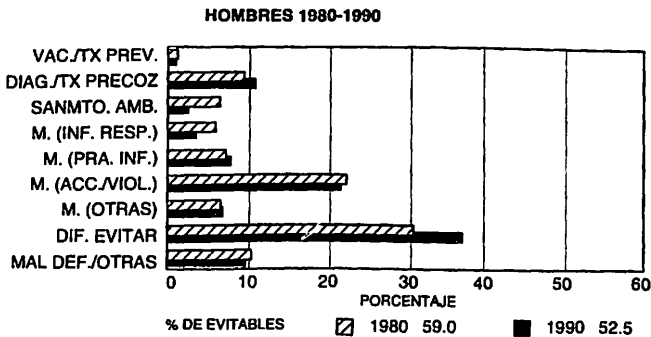


Al igual que lo observado para el total de la Frontera, es mínimo el descenso en el porcentaje de causas evitables. Para 1990 Coahuila presenta el menor porcentaje de muertes evitables (46.2) y Baja California, Chihuahua y Sonora presentan todavía un 50% de defunciones que pudieron haber sido evitadas. Aunque pequeñas, estas diferencias dan cuenta de distintas realidades de salud-enfermedad-muerte en los diferentes estados fronterizos. El bajo porcentaje de causas mal definidas en todos los estados, sugiere una buena calidad de la información en cuanto a los diagnósticos de las causas de muerte. Ahora, considerando el aporte de los distintos subgrupos de muertes evitables con respecto al total de defunciones y por género, se observan diferencias importantes (Gráficas 6 y 7).

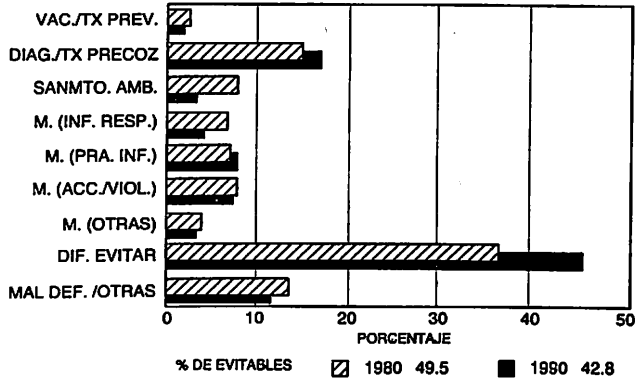
Gráfica 5: Frontera Norte: estructura porcentual de defunciones según evitabilidad y estado. 1990



Gráfica 6. Frontera Norte: Estructura porcentual de defunciones según evitabilidad y género. 1980-1990.



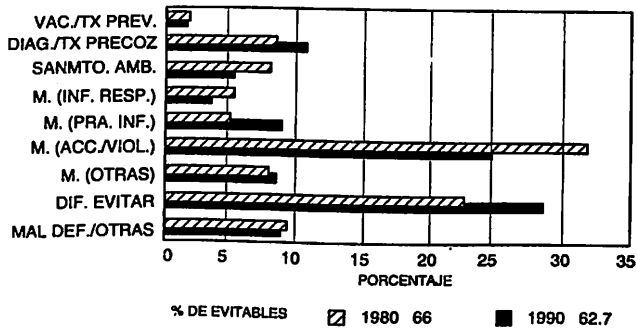
MUJERES 1980-1990



FUENTE: BASES DE DATOS INEGI-SSA.

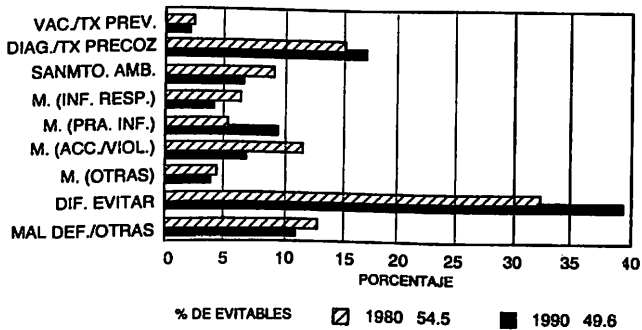
Gráfica 7. Morelos: Estructura porcentual de defunciones según evitabilidad y género. 1980-1990.

HOMBRES 1980-1990



FUENTE: BASES DE DATOS INEGI-SSA.

HOMBRES 1980-1990



FUENTE: BASES DE DATOS INEGI-SSA.

Tanto en la Frontera Norte como en el estado de Morelos, las muertes evitables por vacuna y tratamiento preventivo son pocas y la reducción obtenida es discreta. Sin embargo, han sido famosas las campañas nacionales de vacunación y se consideran relevantes las cifras sobre cuadros completos de inmunización. Igualmente, las muertes que pudieron haber sido evitadas por diagnósticos médicos y tratamiento precoz supera en los hombres el 10% y en las mujeres el 15%; en la década, la tendencia fue al aumento.

Si se considera que son enfermedades que tienen que ver con la prestación de servicios de salud y de cuánto éstos responden a las necesidades y a la demanda de salud de la población, de las campañas de detección precoz del cáncer de mama y útero, próstata y de estómago, entonces es posible afirmar que los servicios de salud no han sido racionales en la manera de atender las necesidades de la población, sobre todo de las mujeres.

En Morelos, las causas evitables con medidas de saneamiento ambiental presentaron un descenso en su aporte de más de 30% en la década. Sin embargo, estas causas debidas a factores de riesgo asociados con precarias condiciones de vida, alcanzaron en 1990 el 5% de las muertes masculinas y 6.4% de las femeninas. Porcentajes no despreciables si se comparan con los de la Frontera Norte; en efecto, el descenso del aporte de dichas causas en la Frontera fue más acelerado (más de un 50%) y sólo el 2.5% de las muertes se deben a factores de riesgo asociadas a precarias condiciones de vida y sin posibilidades de atención médica.

Las causas de muerte evitables por un conjunto de medidas mixtas están subdivididas en cuatro subgrupos. Infecciosas y respiratorias que descendieron en un 50% en la Frontera y un 60% en Morelos, siendo mayor su presencia en mujeres que en hombres. En su conjunto, son las que menos aportan en 1990, pero que todavía representan cerca del 4% de las muertes totales.

Las causas asociadas a la primera infancia han incrementado levemente su aporte en el periodo y representaban en 1990 más del 7% de la mortalidad total en la Frontera Norte y más del 8% en el estado de Morelos. Se trata de enfermedades fácilmente controlables con buenos servicios de atención materno-infantil.

Como ya se había advertido anteriormente, son los accidentes y violencias las causas de muerte evitables que mayor porcentaje representan del total de muertes. Es el género masculino el que más muertes aporta (21.4% en la Frontera Norte y 24.8% en Morelos, en 1990), aproximadamente tres veces más que el femenino. En la Frontera, la disminución en el periodo ha sido mínima y las diferencias entre estados no son despreciables y tienden a ahondarse. En Baja California en 1980, una de cada cinco muertes se debió a causas definidas como accidentes o violencias, para 1990 dicha relación descendió pero no lo hizo de manera importante. Más preocupante es el caso de Chihuahua donde dichas causas se incrementaron en el periodo, pues su porcentaje pasó del 16 al 18%, siendo junto con Baja California los estados que más aportan por este tipo de causas.

En Morelos, al contrario de lo que ocurre en la Frontera Norte, ha descendido de manera importante el aporte de este tipo de causas, aunque para 1990 sigue siendo comparativamente mayor. El aporte en las muertes masculinas pasó del 31.5 al 24.8%, mientras que en las femeninas pasó de 11.9 a 6.7%. Este descenso en el aporte de las muertes masculinas, como se verá más adelante, implicó reducir de manera importante el diferencial de la mortalidad por género.

El cuarto subgrupo es residual y comprende enfermedades tales como la tuberculosis, las asociadas al embarazo, parto y puerperio y la cirrosis hepática. Su estabilidad en el tiempo y su aporte al total de muertes (más del 4% en mujeres y más del 7% en hombres, tanto en la Frontera como en Morelos) cuestionan seriamente la existencia y efectividad de los programas en salud preventiva y de programas específicos dirigidos a disminuir factores de riesgos de dichas enfermedades.

## 6. Contribución a la esperanza de vida de las causas evitables

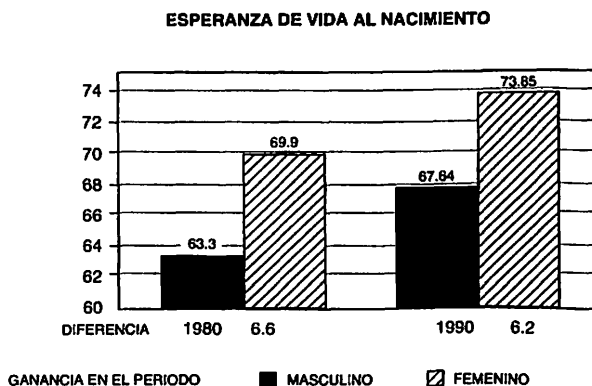
Como ya se había advertido en la metodología, las estimaciones de la esperanza de vida al nacimiento que aquí se presentan serán utilizadas básicamente para mostrar diferencias; el nivel de la medición depende mucho del cumplimiento de los supuestos de las técnicas de evaluación y ajuste utilizadas. Es posible que las esperanzas de vida estén un poco por encima de su valor real (sobrestimadas).

Las Gráficas 8 a 11 y las tablas de mortalidad anexas muestran para la Frontera Norte y para Morelos un panorama general de la mortalidad y de la esperanza de vida por género y por grupos de edad.

En la Frontera, una ganancia promedio de 4.1 años en la esperanza de vida para una década es discreta si se parte del hecho de que países de alta mortalidad y en procesos de disminución importantes, logran un promedio de .5 años de ganancia anual. Situación que se acentúa para Morelos pues su ganancia promedio es apenas de 3.71 años (Gráfica 9).

Mientras en la Frontera Norte la diferencia entre géneros, en términos de la esperanza de vida al nacimiento, ha disminuido en .4 años, en Morelos disminuyó 1.86.

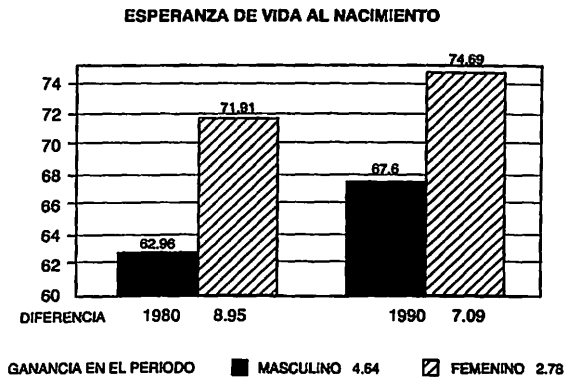
Gráfica 8. Frontera Norte: esperanza de vida al nacimiento (años) según género, 1980-1990.



FUENTE: TABLAS DE MORTALIDAD ANEXAS.



Gráfica 9. Morelos: esperanza de vida al nacimiento (años) según género, 1980-1990.

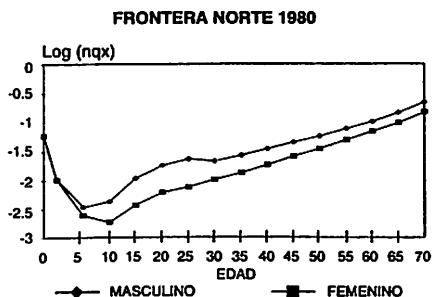


FUENTE: TABLAS DE MORTALIDAD ANEXAS.

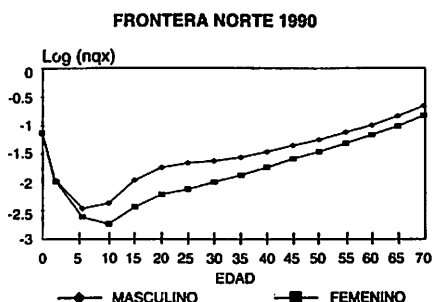
Esta disminución es muy significativa pues lo normal, lo que tradicionalmente se ha venido midiendo y observando, es una sobremortalidad en aumento y principalmente debido a una mayor mortalidad masculina por causas registradas como accidentes y violencias. Pero como ya se dijo, una mayor disminución de éstas a favor del género masculino ha hecho posible que la tendencia empiece a modificarse.

En efecto, en la Frontera, mientras la ganancia masculina en la esperanza de vida ascendió a 4.3 años, la femenina fue de 3.95 años; en Morelos fue 4.64 y 2.78 años respectivamente, lo que explica la disminución de la diferencia por género. Los patrones de mortalidad por género y grupos de edad, se han modificado poco (*Gráficas 10 y 11*). Esto sugiere que aunque ha habido cambios importantes en la estructura de la mortalidad por causas, éstos no han modificado de manera sustancial los patrones de mortalidad en las poblaciones estudiadas.

Gráfica 10. Probabilidades de muerte ajustadas según género y grupos de edad. 1980-1990.



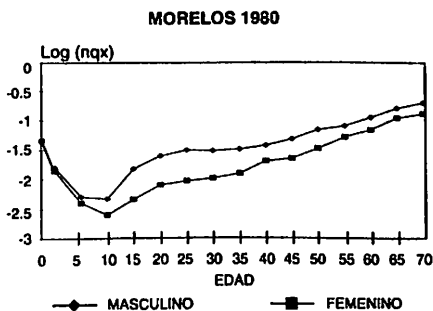
FUENTE: TABLAS DE MORTALIDAD ANEXAS.



FUENTE: TABLAS DE MORTALIDAD ANEXAS.

Llama la atención la alta mortalidad masculina entre los 15 y 30 años de edad. El abultamiento que se ve en las *Gráficas 10 y 11*, corresponde a tasas específicas de mortalidad entre el 2 y el 4 por mil en esos grupos de edad para 1990 (ver tablas de mortalidad anexas), muertes que en más de un 65% se deben a causas definidas como accidentes y violencias.

Gráfica 11. Probabilidades de muerte ajustadas según género y grupos de edad. 1980-1990.

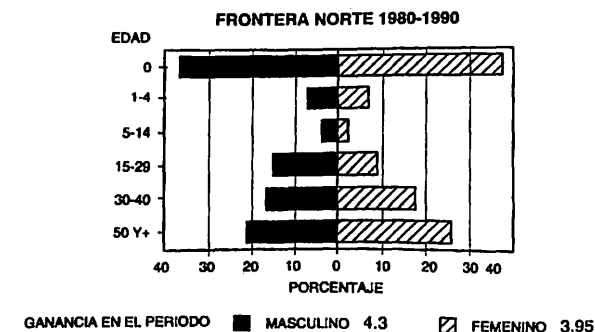


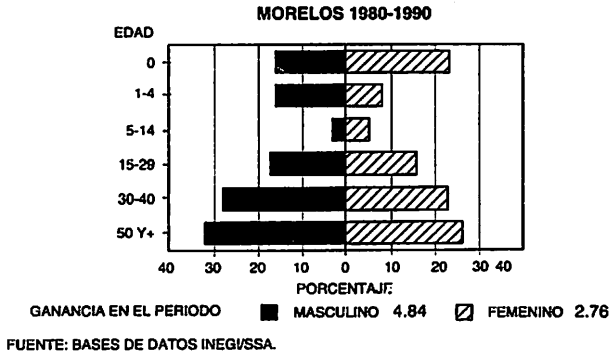
FUENTE: TABLAS DE MORTALIDAD ANEXAS.

Las ganancias en la esperanza de vida en años fueron desglosadas según el aporte de cada grupo de causas evitables y grupos de edad. La *Gráfica 12* es concluyente en el sentido de que todavía, para el caso de la Frontera Norte, las ganancias en la supervivencia se vienen obteniendo por el descenso de la mortalidad infantil (más del 35% de aporte a la ganancia en la esperanza de vida) en ambos sexos. Por el contrario, en Morelos se aprecia cómo las ganancias en la supervivencia se vienen obteniendo por el descenso en la mortalidad de la población de 50 años y más. Este grupo ha logrado contribuir a dicha ganancia con más de un 25%, siendo mayor el aporte masculino.

Como es obvio, para la Frontera son las muertes infantiles evitadas las que mayor impacto tienen sobre la esperanza de vida, pero lo que está muy lejos de la obviedad es el hecho de que el componente principal de la disminución de la mortalidad dependa de los infantes, cuando la mortalidad adulta en México es todavía alta si se le compara con otros países. La población de 50 años y más ha logrado contribuir a dicha ganancia con más de un 20%, siendo mayor el aporte femenino.

Gráfica 12. Distribución porcentual de las ganancias en la esperanza de vida según género y edad. 1980-1990.

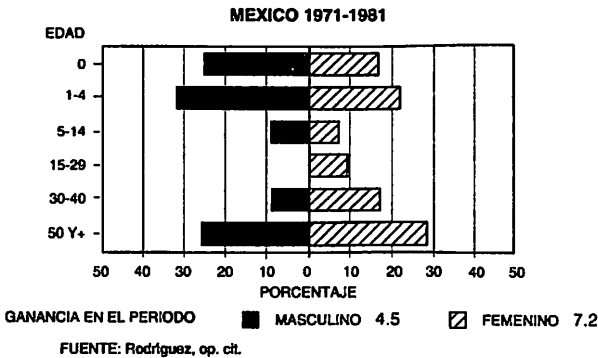


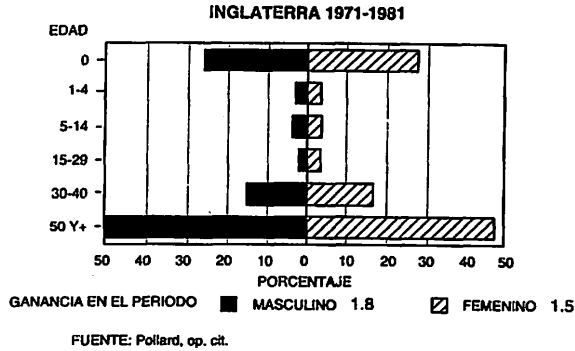


Consecuente con la baja mortalidad juvenil, el aporte a la ganancia de la población entre 1 y 9 años es muy baja. Aunque importante, se considera que el aporte a las ganancias, de la población entre 15 y 49 años, es insuficiente si realmente se busca obtener perfiles de mortalidad que se correspondan con aquellos países y/o regiones que se caracterizan por una baja mortalidad (*Gráfica 13*). Sin embargo, es el estado de Morelos el que más se acerca a dicho patrón, por cuanto sus ganancias empiezan a obtenerse en una mayor proporción por el descenso de la mortalidad adulta (*Gráfica 12*).

Como se observa en la *Gráfica 14*, el mayor aporte a la ganancia en la esperanza de vida masculina en la Frontera, se concentra en los grupos evitables: accidentes y violencias, saneamiento ambiental e infecciones respiratorias, en su orden. El aporte femenino lo hacen las de saneamiento ambiental, infecciosas respiratorias y diagnóstico y tratamiento médico precoz.

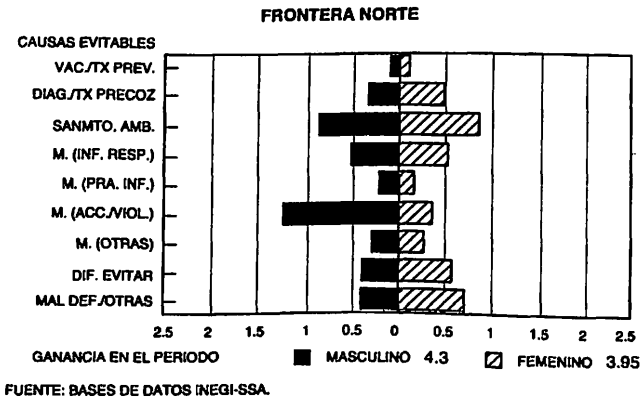
Gráfica 13. México e Inglaterra. Distribución porcentual de las ganancias en la esperanza de vida según género y edad. 1971-1981.

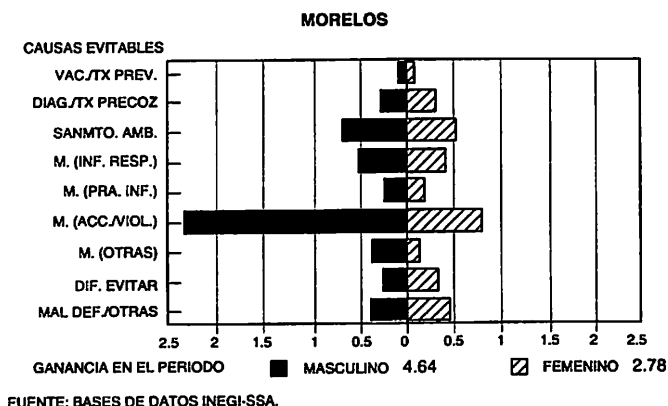




En Morelos, al igual que en la Frontera, los mayores aportes son proporcionados por los mismos grupos de causas evitables; sin embargo sus contribuciones son muy diferentes. Los accidentes y violencias aportan más del doble de años que en la Frontera. Mientras en Morelos el mayor aporte femenino lo hacen los accidentes y violencias, las de saneamiento ambiental y las mal definidas y otras, en ese orden; en la Frontera son las de saneamiento ambiental, las mal definidas, otras y las difíciles de evitar. Estas diferencias se pueden entender como un efecto directo de los distintos perfiles de mortalidad.

Gráfica 14. Distribución de la ganancia en años de la esperanza de vida según evitabilidad y género. 1980-1990.





Si se comparan estos resultados con las *Gráficas 6 y 7* que contienen las estructuras de la mortalidad por causas según evitabilidad y género, se encuentra una asociación directa entre la evolución de la estructura y las ganancias en la esperanza de vida al nacimiento. Además, si se quiere reducir significativamente la mortalidad en el corto plazo, las acciones en salud tienen que estar dirigidas a incrementar el diagnóstico y tratamiento médico precoz (adaptación racional del sistema de salud) y dirigir la política económica y social a disminuir los factores que producen y reproducen la violencia social responsable, en un alto porcentaje, de las muertes causadas por “Accidentes, violencias y traumatismos”.

En otros términos, el sistema de salud no parece ser racional con las necesidades de salud de la población. No se está ejerciendo una racionalidad social o colectiva y más bien pareciera predominar, de manera aislada, la racionalidad económica. La relación costo-beneficio en términos económicos, sin considerar que el análisis económico aplicado al dominio de la salud en los seres humanos va más allá de la hipótesis central de la teoría económica: comportamiento del “consumidor” y del “productor” en el “mercado” (*San Martín y Pastor, 1989*).

En síntesis y como lo sugiere la *Gráfica 14*, el perfil de mortalidad de las poblaciones en estudio dista mucho de acer-

carse a nuevos perfiles caracterizados por su asociación con los *habitus* de vida y provecho constante de las tecnologías médicas, más bien depende todavía de causas de muerte evitables con una mejor irradiación de los beneficios del desarrollo y con unos servicios de salud que efectivamente se correspondan con las necesidades de la población.

## **7. Comentarios finales**

Con este trabajo se ha pretendido mostrar la necesidad y viabilidad de utilizar fuentes secundarias que muchas veces se menosprecian con el pretexto de que son “oficiales” y por ello “poco confiables”. Sin embargo previa evaluación de la calidad, es posible un buen uso de fuentes como ésta que hace años está disponible y que poco o nada se ha utilizado en la investigación sobre mortalidad.

Igualmente, enfatizar la importancia de desarrollar éste y otros esfuerzos metodológicos que se orienten a reconstruir la morbilidad y la mortalidad como procesos que trascienden lo biológico y que están determinados por condiciones sociales, económicas y políticas. Esto es, como resultado de procesos bio-sociales históricamente determinados.

Analizar los perfiles de morbilidad y mortalidad como listado de las principales causas resulta poco útil cuando se entiende que dichas causas están asociadas a procesos sociales más amplios. Es ahí donde cobra valor reconstruir el dato (causa de muerte) como hecho epidemiológico y los resultados de este trabajo sugieren que una propuesta válida para dicha reconstrucción lo constituye el agrupamiento de causas según evitabilidad.

Si bien las diferencias encontradas se pueden asociar con las características socio-económicas de los estados, y de las condiciones particulares que asume la Frontera en su proceso de internacionalización, y de Morelos en su proceso de industrialización, no se puede hacer de manera mecánica. No es

posible atribuirle una relación de causa-efecto, aunque sí tiene mucho que ver el nivel de desarrollo, hay que incluir variables políticas como la respuesta del sistema de salud a las demandas y necesidades de la población y la forma como la población concibe y opta por un marco de opciones en salud de acuerdo a sus particulares condiciones socio-económicas (*García, 1992; Arredondo et al., 1992*).

Es preocupante el alto porcentaje de accidentes y violencias encontrado en algunos estados y/o ciudades, cuyo lugar de ocurrencia es la vía pública, y que normalmente se trata de fuerza de trabajo masculina. El hecho de que la fuerza de trabajo esté muriendo en la calle no tiene justificación plausible desde las teorías de la modernización, mucho menos desde el punto de vista de la acumulación de capital. Esta situación debe ser analizada con más detalle por los estudiosos de la mortalidad al interior de cada entidad federativa y según lo distintos sectores de la economía.

Este aspecto es de suma importancia por cuanto indica la urgencia de actuar sobre estas causas cuya naturaleza social se revela día con día. Si bien, en rigor, no todo accidente es un acto de violencia, muchos sí lo son o sirven para ocultar causas violentas (*Franco, 1990*). En este marco es importante analizar por ejemplo muchos de los accidentes de tránsito, contar con estudios específicos donde se profundice en el análisis de los accidentes y la violencia y se parta de considerarlos como hechos sociales, como causas de muerte EVITABLES.

Ahora bien, diversos estudios de morbilidad y mortalidad por causas violentas coinciden en identificar a la población joven de 15 a 39 años como la más afectada, ya sea como víctimas o como victimarios. Los accidentes, los homicidios, la violencia doméstica, el suicidio y otras formas de violencia inciden principalmente en estos grupos de población y sus causas pueden ser explicadas por la agudización de los procesos sociales, deterioro en las condiciones de vida, y negación o violación de derechos vitales.



Como lo plantean algunos teóricos de la violencia en América Latina (*Minayo, 1994; Franco, 1989; Yunes, 1994*), es impactante la pasividad y fatalidad con que la sociedad enfrenta la violencia, la cual frecuentemente se piensa como hechos imprevisibles e inmodificables frente a lo cual poco se puede hacer para evitarlos. Normalmente las acciones no pasan de registrar su frecuencia, tratar de restaurar los daños causados y, en el mejor de los casos, sugerir algunas prácticas preventivas, básicamente en el ámbito de la conducta individual. Esto ha llevado a considerar la violencia como algo cotidiano, hecho rutinario con el cual hemos aprendido a vivir y sólo nos estremece cuando, por su magnitud y gravedad, adquiere proporciones espectaculares y causa daños físicos visibles.

Es necesario entender las causas violentas en su red de determinaciones y expresiones; en su relación con lo económico, social, cultural, religioso, etcétera. En sus distintas expresiones (causa externa, enfermedad, discapacidad) su distribución en la población (según etnia, género, ocupación, grupos sociales) en sus direccionalidades, escenarios, naturaleza, gravedad de daños, etcétera. Desde esta óptica, es importante reflexionar cuáles pueden ser las perspectivas del proceso salud-enfermedad y muerte en condiciones de crisis económica como la actual, expresada en incremento del desempleo, empobrecimiento y encarecimiento del costo de vida.

La modernización no nos está matando de ataques al miocardio sino de violencia, que produce el mismo desarrollo y de enfermedades altamente diferenciables por género y ocupación. En la población trabajadora ocurre el doble de muertes por homicidios, accidentes, envenenamientos y demás traumatismos que en la población en general y, esto afecta mayormente al sexo masculino ya que el 90% de las defunciones por este tipo de causas corresponden a este género.

Lo anterior evidencia una forma desigual de contribuir al desarrollo y de apropiarse del bienestar social que éste produce. Teorías acerca de la "Transición epidemiológica" y la "Tran-

sición demográfica” están todavía insuficientemente desarrolladas como para dar explicaciones a este tipo de fenómenos (*Possas, 1993; Patarra, 1993*).

Si en una década no se logró disminuir de manera importante aquellas causas que realmente tienen posibilidades de disminuirse, es difícil pensar que en el corto plazo pueda hacerse. Aunque los procesos de salud-enfermedad-muerte son de larga duración y las tendencias deben ser analizadas en periodos lo más largo posibles, el periodo analizado sugiere al menos dos cosas: la primera es que algo pasa en el sistema de salud y en el acceso de la población a los beneficios del desarrollo que no hacen posible disminuir las causas evitables; y en segundo lugar, no es posible hablar de cambios de perfiles de mortalidad si tanto la estructura como el descenso de la mortalidad siguen dependiendo de causas que pudieron haber sido evitadas. Este criterio tiene más fuerza explicativa, aun desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica, que el de si las enfermedades son o no transmisibles, o las mal traducidas ‘comunicables’.

Por otro lado, no se puede decir que se está en un régimen de baja mortalidad ya que las ganancias en la esperanza de vida por género, edad y condición de evitabilidad se corresponden con perfiles de alta mortalidad. Donde los descensos de mortalidad se consiguen en la población infantil y juvenil, situación observada a nivel nacional (*Rodríguez, 1989*) y que todavía se está muy lejos de lograr bajas mortalidades. Donde la mayor contribución a las ganancias en la esperanza de vida se logren en la población mayor de 50 años, como está ocurriendo incipientemente en el estado de Morelos y es factor común en países europeos (*Pollard, 1990*). Cuando se compara la mortalidad de México con la de otros países de América Latina, éste se ubica en una situación intermedia (*Arriaga, 1993*).

Al contrario de la creencia popular, y como lo reporta Pollard para algunos países europeos (*Pollard, 1990*), la disminución relativa de los accidentes y violencias no sólo ha con-

tribuido con importantes incrementos en la esperanza de vida sino que ha logrado disminuir, levemente, la brecha de la mortalidad entre géneros (ver *Gráfica 13*).

En todo caso, el hecho de que hoy la población masculina presente condiciones de mortalidad en que, alrededor del 60% en Morelos y del 50% en la Frontera de las defunciones, pudieron haber sido evitadas, y que en el género femenino apenas hayan pasado levemente esta barrera, debe ser considerado como un rasgo característico del perfil de la mortalidad en las poblaciones en estudio. Este es un hecho objetivo que debe preocupar al sector salud, y a cualquier persona que pretenda mejorar las condiciones de salud de su población.

<b>ANEXO 1. Propuesta de agrupación.</b>			
<b>Grupos de causas de muerte según enfermedades y códigos de la lista de clasificación internacional de enfermedades</b>			
<b>GRUPOS DE ENFERMEDADES</b>	<b>CÓDIGOS</b>		
<b>E1-DEFUNCIONES EVITABLES POR VACUNACIÓN O TRATAMIENTO PREVENTIVO.</b>			
Tosferina	033		
Tétanos	037		
Otras enfer.bacterianas	020-032, 038,034,035		
Sarampión	055		
Otras enfermedades virales	045,050,056,71		
Enf. venéreas	090-099		
Fiebre reumática	390-392		
Enf. reumáticas crónicas del corazón	393-398		
<b>E2-DEFUNCIONES EVITABLES POR DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO PRECOZ.</b>			
Tumor maligno de mama,del útero y próstata	174,180,185		
Tumor maligno de otras partes del útero y de las no especificadas	179,182		
Úlcera de estomago, duodeno, gastritis y duodenitis	531-533		
Apendicitis	540-543		
Obstrucción intestinal y hernia	550-553,560		
Otras enf. del aparato digestivo	520-529,574-575,530,562,564,276,401-405,490,491-493,496,567,572,584-586,590,600		
<b>E3-DEFUNCIONES EVITABLES POR SANEAMIENTO AMBIENTAL.</b>			
Fiebre tifoidea	002		
Otras enf. infecciosas intestinales	1,004,009		
Todas las demas enf. inf. y parasitarias	080-083,085,086,100-139,003,005,006,008,070		
<b>E4-DEFUNCIONES EVITABLES POR MEDIDAS MIXTAS.</b>			
M1. Infecciones de vias respiratorias	460-466,480-486		
M2. Perinatales y de la infancia.	760-765,767-770,773.		
M3. Tuberculosis	010-014,018,106		
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	630-643,646,647,648,650,660,670-676,766,771,772		
Cirrosis hepática	774-779,260-263,289,281,285,303.		
	571		
M4. Accidentes, envenenamientos y violencias	800-999,304,305.		

**ANEXO 1. CONTINUACIÓN**

<b>E5-DEFUNCIONES DIFÍCILMENTE EVITABLES</b>				
Tumores malignos (excepto gpo. b)	140-149,150,151,153,154			
	155,161,162,188,190-199			
Esclerosis múltiple y epilepsia	340,345			
Enf. cerebrovasculares	430-438			
Arterioesc. y degenerativas de corazón	410-416,420-429			
Malformaciones congénitas	740,742-742,745-747			
Leucemia y aleucemia	204-208			
Linfosarcoma y otros tumores del sistema				
linfático y hematopoyético	201			
espina bífida y meningocele	741,742,156-165,170-173,175,181,183,184			
	186-189,190-208,250,440,332			
<b>E6-DEFUNCIONES POR CAUSAS MAL DEFINIDAS</b>				
Síntomas, senilidad y estados mal definidos	780,785-789,797-799			
<b>E7-OTRAS CAUSAS</b>				
-todas las demás enfermedades y códigos				
no incluidos en los grupos anteriores				

ANEXO 2. Morelos: Tablas de mortalidad abreviadas 1980 - 1990										
MORELOS 1980 TABLA ABREVIADA DE MORTALIDAD PARA HOMBRES										
x	n	nMx	nax	nqx	lx	ndx	nLx	5Px	Tx	ex
0	1	0.0489	0.178	0.04701	100,000	4,701	96,134	0.948462	6,295,614	62.96
1	4	0.00329	1.511	0.01307	95,299	1,245	378,097	0.989153	6,199,480	65.05
5	5	0.00101	2.5	0.00503	94,054	473	469,088	0.995256	5,821,382	61.89
10	5	0.00089	2.5	0.00446	93,581	417	466,862	0.992051	5,352,295	57.19
15	5	0.0023	2.5	0.01145	93,164	1,067	463,151	0.983768	4,885,433	52.44
20	5	0.00426	2.5	0.02106	92,097	1,940	455,634	0.975263	4,422,281	48.02
25	5	0.00578	2.5	0.02849	90,157	2,568	444,363	0.970985	3,966,647	44
30	5	0.006	2.5	0.02956	87,588	2,589	431,470	0.967459	3,522,284	40.21
35	5	0.00725	2.5	0.03562	85,000	3,027	417,430	0.961207	3,090,814	36.36
40	5	0.0086	2.5	0.04209	81,972	3,450	401,237	0.955759	2,673,384	32.61
45	5	0.00952	2.5	0.04649	78,522	3,650	383,486	0.944257	2,272,147	28.94
50	5	0.01353	2.5	0.06545	74,872	4,900	362,109	0.927393	1,888,662	25.23
55	5	0.01672	2.5	0.08027	69,972	5,617	335,818	0.904184	1,526,552	21.82
60	5	0.02389	2.5	0.11272	64,355	7,254	303,641	0.861504	1,190,734	18.5
65	5	0.03657	2.5	0.16755	57,101	9,567	261,588	0.813163	887,093	15.54
70	5	0.04693	2.5	0.21001	47,534	9,983	212,714	0.659932	625,505	13.16
75	+	0.09097	10.993	1	37,552	37,552	412,791		412,791	10.99
n=	Intervalo de edad									
nMx =	Tasas centrales de mortalidad por edad									
nax =	Promedio de años-persona vividos por los muertos entre las edades x y x+n									
nqx =	Probabilidades de muerte entre las edades exactas x y x+n									
lx =	Número de sobrevivientes a la edad exacta x									
ndx =	Número de muertes ocurridas entre las edades x y x+n									
nLx =	Número de años-persona vividos entre las edades x y x+n									
5Px =	Razón de sobrevivencia de que personas de edad x,x+5 sobrevivan 5 años más (5Px= 5Lx+5/5Lx pra 5Px = 5L0/510, 2da 5Px = 5L5/5L0, última 5Px = Tx+5/Tx)									
Tx =	Número de años/persona por vivir después de la edad x									
ex =	Esperanza de vida a la edad x									

MORELOS 1980. TABLA ABREVIADA DE MORTALIDAD PARA MUJERES										
x	n	nMx	nax	nqx	lx	ndx	nLx	5Px	Tx	ex
0	1	0.04187	0.171	0.04046	100,000	4,046	96,647	0.955414	7,190,954	71.91
1	4	0.00284	1.458	0.01129	95,954	1,084	381,060	0.99107	7,094,307	73.93
5	5	0.00077	2.5	0.00383	94,870	363	473,442	0.9967	6,713,247	70.76
10	5	0.00055	2.5	0.00277	94,507	261	471,880	0.996331	6,239,805	66.03
15	5	0.00092	2.5	0.00457	94,245	431	470,149	0.993924	5,767,926	61.2
20	5	0.00152	2.5	0.00758	93,814	712	467,292	0.991848	5,297,777	56.47
25	5	0.00175	2.5	0.00872	93,103	812	463,483	0.990644	4,830,485	51.88
30	5	0.00201	2.5	0.00999	92,290	922	459,147	0.989044	4,367,002	47.32
35	5	0.0024	2.5	0.01193	91,368	1,090	454,117	0.984367	3,907,855	42.77
40	5	0.00391	2.5	0.01938	90,278	1,750	447,018	0.978869	3,453,738	38.26
45	5	0.00464	2.5	0.02291	88,529	2,029	437,572	0.971931	3,006,720	33.96
50	5	0.00678	2.5	0.03334	86,500	2,884	425,290	0.957062	2,569,148	29.7
55	5	0.01086	2.5	0.05286	83,616	4,420	407,029	0.939053	2,143,858	25.64
60	5	0.0144	2.5	0.06948	79,196	5,503	382,222	0.910365	1,736,829	21.93
65	5	0.02357	2.5	0.11129	73,693	8,202	347,962	0.87696	1,354,607	18.38
70	5	0.02924	2.5	0.13626	65,492	8,924	305,149	0.696865	1,006,645	15.37
75	+	0.08064	12.401	1	56,568	56,568	701,496		701,496	12.4
n=	Intervalo de edad									
nMx =	Tasas centrales de mortalidad por edad									
nax =	Promedio de años-persona vividos por los muertos entre las edades x y x+n									
nqx =	Probabilidades de muerte entre las edades exactas x y x+n									
lx =	Número de sobrevivientes a la edad exacta x									
ndx =	Número de muertes ocurridas entre las edades x y x+n									
nLx =	Número de años-persona vividos entre las edades x y x+n									
5Px =	Razón de sobrevivencia de que personas de edad x,x+5 sobrevivan 5 años más (5Px= 5Lx+5/5Lx pra 5Px = 5L0/510, 2da 5Px = 5L5/5L0, última 5Px = Tx+5/Tx)									
Tx =	Número de años/persona por vivir después de la edad x									
ex =	Esperanza de vida a la edad x									
Factores de separación para el grupo abierto: Modelo oeste										

MORELOS 1990. TABLA ABREVIADA DE MORTALIDAD PARA HOMBRES										
x	n	nMx	nax	nqx	lx	ndx	nLx	5Px	Tx	ex
0	1	0.03572	0.142	0.03466	100,000	3,466	97,027	0.961574	6,759,618	67.6
1	4	0.00253	1.549	0.01005	96,534	970	383,760	0.991943	6,662,591	69.02
5	5	0.00076	2.5	0.00381	95,565	364	476,914	0.998465	6,278,830	65.7
10	5	0.00065	2.5	0.00326	95,201	311	475,228	0.994304	5,801,916	60.94
15	5	0.00163	2.5	0.00814	94,890	772	472,522	0.988645	5,326,688	56.14
20	5	0.00294	2.5	0.0146	94,118	1,374	467,156	0.983274	4,854,166	51.58
25	5	0.00381	2.5	0.01888	92,744	1,751	459,343	0.980852	4,387,010	47.3
30	5	0.00392	2.5	0.01942	90,993	1,767	450,548	0.977945	3,927,667	43.16
35	5	0.00501	2.5	0.02474	89,226	2,208	440,611	0.973945	3,477,119	38.97
40	5	0.00556	2.5	0.0274	87,018	2,384	429,131	0.968181	3,036,508	34.9
45	5	0.00741	2.5	0.03636	84,634	3,078	415,477	0.958765	2,607,377	30.81
50	5	0.00948	2.5	0.04629	81,557	3,775	398,345	0.942181	2,191,900	26.88
55	5	0.01449	2.5	0.06991	77,781	5,438	375,313	0.919698	1,793,555	23.06
60	5	0.01917	2.5	0.09148	72,344	6,618	345,175	0.888939	1,418,241	19.6
65	5	0.02841	2.5	0.13262	65,726	8,716	306,840	0.855112	1,073,066	16.33
70	5	0.03455	2.5	0.15904	57,010	9,067	262,382	0.657565	766,227	13.44
75 +		0.09515	10.509	1	47,943	47,943	503,844		503,844	10.51
MORELOS 1980. TABLA ABREVIADA DE MORTALIDAD PARA MUJERES										
x	n	nMx	nax	nqx	lx	ndx	nLx	5Px	Tx	ex
0	1	0.03121	0.141	0.0304	100,000	3,040	97,389	0.966579	7,469,060	74.69
1	4	0.00199	1.475	0.00793	96,960	769	385,900	0.99414	7,371,670	76.03
5	5	0.00042	2.5	0.00208	96,192	200	480,458	0.997916	6,985,770	72.62
10	5	0.00042	2.5	0.00208	95,991	200	479,457	0.997657	6,505,312	67.77
15	5	0.00052	2.5	0.0026	95,791	249	478,334	0.996618	6,025,855	62.91
20	5	0.00083	2.5	0.00416	95,542	398	476,716	0.995579	5,547,521	58.06
25	5	0.00094	2.5	0.00468	95,144	445	474,609	0.994543	5,070,805	53.3
30	5	0.00125	2.5	0.00624	94,699	591	472,019	0.992731	4,596,196	48.53
35	5	0.00167	2.5	0.00831	94,108	782	468,588	0.989382	4,124,177	43.82
40	5	0.00261	2.5	0.01295	93,327	1,208	463,613	0.985265	3,655,589	39.17
45	5	0.00334	2.5	0.01654	92,118	1,524	456,782	0.978145	3,191,976	34.65
50	5	0.00553	2.5	0.02725	90,594	2,469	446,799	0.964808	2,735,195	30.19
55	5	0.00886	2.5	0.04335	88,125	3,820	431,075	0.947706	2,288,396	25.97
60	5	0.01272	2.5	0.06164	84,305	5,197	408,533	0.922879	1,857,320	22.03
65	5	0.01964	2.5	0.09362	79,108	7,406	377,027	0.888671	1,448,787	18.31
70	5	0.02801	2.5	0.13087	71,702	9,384	335,053	0.68738	1,071,761	14.95
75	+	0.08459	11.822	1	62,319	62,319	736,708		736,708	11.82

FUENTE: Bases de datos INEGI-SSA y metodología explicada en el texto



x	n	nMx	nax	nqx	lx	ndx	nLx	5Px	Tx	ex
0	1	0.03261	0.134	0.03171	100,000	3,171	97,253	0.966516	6,763,740	67.64
1	4	0.00139	1.557	0.00553	96,829	536	386,006	0.995015	6,666,488	68.85
5	5	0.00051	2.5	0.00255	96,293	246	480,850	0.997356	6,280,482	65.22
10	5	0.00055	2.5	0.00273	96,047	263	479,578	0.994663	5,799,632	60.38
15	5	0.0016	2.5	0.00795	95,784	761	477,019	0.989553	5,320,054	55.54
20	5	0.00261	2.5	0.01297	95,023	1,232	472,036	0.986249	4,843,035	50.97
25	5	0.00293	2.5	0.01454	93,791	1,364	465,546	0.984839	4,370,998	46.6
30	5	0.00318	2.5	0.01579	92,427	1,459	458,488	0.982813	3,905,453	42.25
35	5	0.00376	2.5	0.01861	90,968	1,693	450,608	0.97874	3,446,965	37.89
40	5	0.00485	2.5	0.02396	89,275	2,139	441,029	0.971846	2,996,357	33.56
45	5	0.0066	2.5	0.03245	87,136	2,828	428,612	0.959965	2,555,328	29.33
50	5	0.00981	2.5	0.04787	84,309	4,036	411,453	0.939441	2,126,716	25.23
55	5	0.01534	2.5	0.07388	80,272	5,931	386,536	0.911755	1,715,263	21.37
60	5	0.02189	2.5	0.10375	74,342	7,713	352,426	0.874107	1,328,727	17.87
65	5	0.03257	2.5	0.1506	66,629	10,034	308,058	0.8172	976,301	14.65
70	5	0.04962	2.5	0.22071	56,595	12,491	251,746	0.623272	668,243	11.81
75	+	0.10589	9.444	1	44,104	44,104	416,497		416,497	9.44
FRONTERA NORTE: 1980. TABLA ABREVIADA DE MORTALIDAD PARA MUJERES										
x	n	nMx	nax	nqx	lx	ndx	nLx	5Px	Tx	ex
0	1	0.02437	0.122	0.02386	100,000	2,386	97,904	0.974353	7,384,653	73.85
1	4	0.00121	1.485	0.00483	97,614	471	389,272	0.996044	7,286,748	74.65
5	5	0.00038	2.5	0.00192	97,143	187	485,249	0.998168	6,897,476	71
10	5	0.00035	2.5	0.00174	96,957	169	484,361	0.997798	6,412,227	66.14
15	5	0.00053	2.5	0.00266	96,788	258	483,294	0.996943	5,927,866	61.25
20	5	0.00069	2.5	0.00345	96,530	333	481,817	0.996013	5,444,572	56.4
25	5	0.00091	2.5	0.00452	96,197	435	479,896	0.99501	4,962,755	51.59
30	5	0.00109	2.5	0.00546	95,762	523	477,502	0.993211	4,482,858	46.81
35	5	0.00163	2.5	0.00813	95,239	774	474,261	0.98977	4,005,356	42.06
40	5	0.00249	2.5	0.01235	94,465	1,167	469,409	0.984311	3,531,095	37.38
45	5	0.00385	2.5	0.01907	93,299	1,779	462,045	0.975253	3,061,686	32.82
50	5	0.0062	2.5	0.03053	91,519	2,794	450,611	0.960239	2,599,641	28.41
55	5	0.0101	2.5	0.04928	88,725	4,372	432,694	0.939998	2,149,030	24.22
60	5	0.01478	2.5	0.07128	84,353	6,013	406,732	0.908992	1,716,336	20.35
65	5	0.02378	2.5	0.11225	78,340	8,794	369,717	0.862996	1,309,604	16.72
70	5	0.03594	2.5	0.16489	69,547	11,467	319,064	0.660529	939,887	13.51
75	+	0.09355	10.689	1	58,079	58,079	620,823		620,823	10.69

FRONTERA NORTE: 1990. TABLA ABREVIADA DE MORTALIDAD PARA HOMBRES										
x	n	nMx	nax	nqx	lx	ndx	nLx	5Px	Tx	ex
0	1	0.05746	0.2	0.05494	100,000	5,494	95,608	0.942527	6,329,634	63.3
1	4	0.00251	1.487	0.00998	94,506	943	375,656	0.990784	6,234,026	65.96
5	5	0.00077	2.5	0.00383	93,563	359	466,921	0.996012	5,858,370	62.61
10	5	0.00083	2.5	0.00414	93,205	386	465,059	0.992755	5,391,449	57.85
15	5	0.00208	2.5	0.01036	92,819	961	461,690	0.985591	4,926,390	53.08
20	5	0.00373	2.5	0.0185	91,857	1,699	455,038	0.980442	4,464,699	48.6
25	5	0.00417	2.5	0.02063	90,158	1,860	446,139	0.979637	4,009,661	44.47
30	5	0.00406	2.5	0.02009	88,298	1,774	437,054	0.978215	3,563,523	40.36
35	5	0.00476	2.5	0.02352	86,524	2,035	427,533	0.973192	3,126,468	36.13
40	5	0.00613	2.5	0.03018	84,489	2,550	416,072	0.964763	2,698,935	31.94
45	5	0.00826	2.5	0.04045	81,940	3,315	401,411	0.952108	2,282,863	27.86
50	5	0.01145	2.5	0.05564	78,625	4,375	382,187	0.931924	1,881,452	23.93
55	5	0.01694	2.5	0.08124	74,250	6,032	356,169	0.899824	1,499,265	20.19
60	5	0.02571	2.5	0.12078	68,218	8,240	320,490	0.852512	1,143,096	16.76
65	5	0.03904	2.5	0.17786	59,978	10,668	273,222	0.795932	822,606	13.72
70	5	0.0535	2.5	0.23594	49,310	11,635	217,466	0.604164	549,385	11.14
75	+	0.11351	8.81	1	37,676	37,676	331,919		331,919	8.81
FRONTERA NORTE: 1990. TABLA ABREVIADA DE MORTALIDAD PARA MUJERES										
x	n	nMx	nax	nqx	lx	ndx	nLx	5Px	Tx	ex
0	1	0.04473	0.179	0.04315	100,000	4,315	96,459	0.954269	6,989,825	69.9
1	4	0.00213	1.454	0.00848	95,685	811	380,675	0.992932	6,893,365	72.04
5	5	0.00051	2.5	0.00256	94,874	243	473,762	0.997602	6,512,690	68.65
10	5	0.00045	2.5	0.00223	94,631	211	472,626	0.996928	6,038,928	63.82
15	5	0.00078	2.5	0.00391	94,420	369	471,175	0.995185	5,566,302	58.95
20	5	0.00115	2.5	0.00572	94,050	538	468,907	0.993561	5,095,127	54.17
25	5	0.00144	2.5	0.00716	93,512	670	465,888	0.991988	4,626,220	49.47
30	5	0.00178	2.5	0.00887	92,843	823	462,155	0.989371	4,160,332	44.81
35	5	0.0025	2.5	0.01241	92,019	1,142	457,243	0.985074	3,698,177	40.19
40	5	0.00353	2.5	0.01748	90,878	1,588	450,419	0.979022	3,240,934	35.66
45	5	0.00497	2.5	0.02454	89,290	2,191	440,970	0.969573	2,790,515	31.25
50	5	0.00743	2.5	0.03646	87,098	3,176	427,552	0.95363	2,349,545	26.98
55	5	0.01166	2.5	0.05665	83,923	4,754	407,727	0.930515	1,921,993	22.9
60	5	0.01734	2.5	0.08309	79,168	6,578	379,396	0.894828	1,514,266	19.13
65	5	0.02764	2.5	0.12925	72,590	9,383	339,495	0.843588	1,134,870	15.63
70	5	0.0414	2.5	0.1876	63,208	11,858	286,394	0.639925	795,375	12.58
75	+	0.10089	9.912	1	51,350	51,350	508,981		508,981	9.91

FRONTERA NORTE: DISTRIBUCIÓN DE DEFUNCIONES SEGÚN GÉNERO, GRUPOS DE EDAD Y EVITABILIDAD. HOMBRES. 1980-1990.											
GRUPO DE EVITABILIDAD											
GRUPOS DE EDAD Y AÑO	VACUNA/ PREVEN	DIAG/TTO PRECOZ	SANMTO AMBIENT	INFEC/ RESPIRAT	PRA INFANCIA	VIOLENCIA	OTRAS MIXTAS	DIFICIL EVITAR	MAL DEF/ OTRAS	TOTAL Núm.	%
1980											
0	131	310	1207	827	1729	125	8	273	551	5161	13.08
1 a 4	50	87	210	142	19	259	24	92	175	1058	5.03
5 a 9	14	20	23	26	4	214	9	62	66	438	2.07
10 a 14	16	13	11	12	4	259	5	55	55	430	1.59
15 a 19	9	19	12	11	4	716	14	76	63	924	3.53
20 a 24	8	25	15	12	2	1008	33	105	76	1284	5.03
25 a 29	8	29	12	7	3	788	54	100	67	1068	5.3
30 a 34	7	33	9	13	3	528	87	123	64	867	4.43
35 a 39	9	41	14	14	5	454	133	164	67	901	4.79
40 a 44	14	61	17	14	6	385	156	258	88	997	4.67
45 a 49	14	78	18	15	4	324	186	383	95	1117	4.52
50 a 54	15	99	21	26	9	255	173	563	126	1287	5
55 a 59	15	153	23	29	8	228	177	753	140	1526	5.09
60 a 64	14	196	27	34	14	163	156	862	159	1625	4.61
65 a 69	11	288	36	54	12	158	155	1060	198	1972	5.72
70 a 74	9	351	42	75	17	143	132	1110	223	2102	6.56
75 y +	33	1037	126	281	89	238	206	2533	694	5237	18.98
TOTAL	377	2840	1623	1592	1932	6245	1708	8572	2905	27894	
100											
1990											
0	81	150	342	368	1614	121	6	302	460	3444	11.377
1 a 4	44	40	77	70	35	187	10	83	127	673	2.223
5 a 9	8	12	10	11	6	142	4	59	48	300	0.991
10 a 14	7	9	6	11	5	191	4	49	40	322	1.064
15 a 19	8	11	6	9	5	758	13	82	72	964	3.185
20 a 24	8	21	7	16	7	1044	22	105	86	1316	4.347
25 a 29	11	24	14	12	8	847	47	122	106	1191	3.934
30 a 34	11	33	10	12	7	656	94	160	99	1082	3.574
35 a 39	7	39	9	13	10	512	149	199	102	1040	3.436
40 a 44	11	69	10	12	12	362	170	296	105	1047	3.459
45 a 49	11	92	13	20	10	323	205	441	109	1224	4.043
50 a 54	12	132	16	21	16	280	207	710	124	1518	5.015
55 a 59	13	192	13	27	14	239	217	998	142	1855	6.128
60 a 64	17	239	18	34	21	202	182	1271	187	2171	7.172
65 a 69	20	339	18	50	36	168	165	1429	185	2410	7.961
70 a 74	15	428	27	61	51	121	117	1337	186	2343	7.74
75 y +	48	1510	97	323	300	323	220	3768	782	7371	24.35
TOTAL	332	3340	693	1070	2157	6476	1832	11411	2960	30271	

Frontera Norte: Distribución de defunciones según género, grupos de edad y evitabilidad. Mujeres. 1980-1990											
GRUPOS DE EDAD Y AÑO	VACUNA/ PREVEN	DIAG/TTO PRECOZ	SANMTO AMBIENT	INFEC/ RESPIRAT	PRA INFANCIA	GRUPO DE EVITABILIDAD			MAL DEF/ OTRAS	TOTAL Núm.	%
						VIOLENCIA	OTRAS MIXTAS	DIFICIL EVITAR			
1980											
0	106	262	983	645	1160	89	12	234	428	3919	13.08
1 a 4	52	73	168	129	21	178	21	85	157	884	5.03
5 a 9	12	15	17	15	3	125	8	45	48	288	2.07
10 a 14	11	13	14	13	3	81	7	43	43	228	1.59
15 a 19	12	22	10	10	4	129	36	68	62	353	3.53
20 a 24	12	32	14	9	6	142	50	72	83	420	5.03
25 a 29	12	41	10	10	4	109	49	81	78	394	5.3
30 a 34	9	74	11	5	4	75	58	98	69	401	4.43
35 a 39	15	99	7	11	6	69	69	136	80	492	4.79
40 a 44	16	132	14	11	5	56	45	224	80	583	4.67
45 a 49	20	169	11	12	7	59	42	274	87	681	4.52
50 a 54	13	184	19	13	7	54	44	407	98	839	5
55 a 59	19	205	18	19	6	46	46	527	114	1000	5.09
60 a 64	13	210	23	29	8	38	45	637	109	1112	4.61
65 a 69	13	271	28	42	14	52	59	835	152	1466	5.72
70 a 74	15	290	42	56	16	52	45	932	196	1644	6.56
75 y +	40	930	144	286	112	177	84	2730	796	1299	18.98
TOTAL	390	3022	1533	1315	1386	1531	718	7428	2680	20003	1
1990											
0	73	111	271	263	1078	87	7	264	343	2497	11.826
1 a 4	35	37	82	60	26	141	9	73	92	555	2.629
5 a 9	8	9	10	10	8	81	2	50	35	213	1.009
10 a 14	7	12	6	12	5	76	4	38	38	198	0.938
15 a 19	6	14	8	5	6	130	24	64	56	131	1.482
20 a 24	8	25	9	9	11	122	36	72	57	349	1.653
25 a 29	11	42	6	10	7	111	31	97	63	378	1.79
30 a 34	8	77	7	7	3	86	32	104	58	382	1.809
35 a 39	8	109	8	7	10	70	31	143	71	457	2.164
40 a 44	11	149	9	8	8	55	40	195	68	543	2.572
45 a 49	13	193	11	12	8	50	40	317	68	712	3.372
50 a 54	14	233	11	13	9	53	50	492	86	861	4.551
55 a 59	17	250	15	21	10	46	51	685	109	1204	5.702
60 a 64	19	287	16	22	19	43	54	917	115	1492	7.068
65 a 69	19	299	21	31	23	43	59	1092	147	1734	8.213
70 a 74	18	322	15	42	34	46	42	1073	142	1734	8.213
75 y +	62	1362	106	325	330	268	94	4053	792	7392	35.01
TOTAL	337	3531	611	857	1595	1508	606	9729	2340	21114	1
En 1980 hubo 261 defunciones con sexo ignorado y en 1990 fueron 271											
FUENTE: Base de datos INEGI											

## Obras consultadas

Arredondo, Armando, Xóchitl Castañeda, Carlos García, Jorge Escobedo y Catalina Ramírez. "El enfoque de las Ciencias Sociales para el análisis de la morbi-mortalidad: Reflexiones para su enseñanza". *Revista Mexicana de Educación Médica*, Vol.3, Núm. 2, 1992.

Arriaga E., Eduardo. "La transición de la mortalidad en cuatro países de América Latina." En: *IV Conferencia Latinoamericana de Población*. ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP, SOMEDE. México, 23 al 26 de Marzo de 1993. Vol.II. pp. 139-184.

Bennett, Neil y Shiro Horiuchi. "Estimación del grado de cabalidad en el registro de las muertes en una población cerrada". *Notas de Población*. San José, 1984. Año XII, Núm. 35. pp. 11-33.

Brass, W. *Métodos para estimar la fecundidad y la mortalidad en poblaciones con datos limitados*. Santiago, CELADE, 1974. Serie E. Núm. 14.

Corona V., Rodolfo. Principales características demográficas de la zona fronteriza del norte de México. *Rev. Frontera Norte*, vol 3(5). Tijuana, 1991. pp.142-156.

Cruz P., Rodolfo. La fuerza de trabajo en los mercados urbanos de la Frontera Norte. *Cuadernos* Núm. 5. Tijuana, Colegio de la Frontera Norte, 1992.

Chávez G., Ana María, David Moctezuma y Francisco Rodríguez. *El combate a la pobreza en Morelos. Aciertos y desaciertos de Solidaridad*. Cuernavaca, UNAM, CRIM, 1994.

Franco, Saúl. *Violencia y/o salud. Elementos preliminares para pensarlas y actuar*. Washington D.C., PAHO/OMS. 1989.

——— “La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región.” *Boletín epidemiológico OPS*. Washington D.C., OPS, 11:1-7, 1990.

García M., Carlos, María V. López L., Juan Rodríguez M. “Frontera Norte: perfiles de mortalidad en la década de los ochenta. Una interpretación socio-demográfica”. *Revista SOCIOIAM*, Vol. 4, Núm. 1. Ciudad Victoria, Tamaulipas, México, 1994.

——— *La desigualdad social ante la salud y la muerte: El caso de Medellín-Colombia. Una visión histórica*. México, El Colegio de México, 1992. Tesis de doctorado.

Garza, Gustavo. Impacto regional de los parques industriales y ciudades industriales en México. En: *Estudios Demográficos y Urbanos*. México, El Colegio de México, 1990. Vol. 5(3), pp. 657-658.

Gómez de León C., José y Virgilio Partida B. “Niveles de mortalidad infantil y fecundidad en México por entidad federativa, 1990.” *Revista Mexicana de Sociología*. México, ISUNAM, 1993. Año LV. Núm. 1. pp. 97-135.

González B., Bernardo y Barajas E., Rocío. *Las maquiladoras. ajuste estructural y desarrollo regional*. González B., B y Barajas E., R (Comp). Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte-Fundación Friedrich Ebert, 1989.

Guzmán, José Miguel. “Mortalidad infantil y diferenciación socio-demográfica en América Latina.” En: *La mortalidad en México*. México, El Colegio de México, 1988. pp. 25-53.

Jaspers Dirk. y H. Orellana. "Evaluación del uso de Estadísticas vitales para el estudio de la Mortalidad por causas en América Latina." En: *Seminar on Causes and Prevention of Adult Mortality in Developing Countries*. Santiago, CELADE, 1991. Cuadros 2,3 y 4.

INEGI. *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Análisis de resultados*. Aguascalientes, 1994.

López L., María Victoria. *Perfiles de morbilidad en las regiones de Antioquia, Colombia durante los años ochenta*. México, UAM (X), 1991. Tesis de Maestría en Medicina Social.

Mina V., Alejandro. "La medición indirecta de la mortalidad infantil y en los primeros años de vida en México". En: *La Mortalidad en México*. Mario Brofman y José Gómez de León (Coord.). México, El Colegio de México, 1988.

Minayo S, María C. "Violencia: una agenda para a saúde pública." En: *VI Congreso Latinoamericano de Medicina Social y VIII Congreso Mundial de medicina Social*. Guadalajara, México, 1994. (Mimeo).

Naciones Unidas. *Manual X. Técnicas Indirectas de Estimación Demográfica*. Washington, 1986.

Negrete Mata, José. "La Frontera Norte de México en los informes presidenciales". En: *Frontera Norte*. Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte. 1990, Vol.2, Núm. 3, pp.169-184.

OMS. *Clasificación Internacional de Enfermedades(CIE)*. Novena Revisión. Washington, D.C., 1978.

Oswald, Ursula. "Desarrollo, crisis y alimentación en el estado de Morelos." En: Carolina Martínez y Susana Lerner (Comp). *Poblamiento, desarrollo agrícola y regional*. México, SOMEDE, 1992. pp.81-107.

Ortega, Antonio. *Tablas de Mortalidad*. San José, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 1987.

Patarra L., Neide. "Transição demográfica: Novas evidencias, velhos desafios." En: *IV Conferencia Latinoamericana de Población*. ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP, SOMEDE. México, 23 al 26 de Marzo de 1993. Plenaria I.

Palloni, Alberto. "El estudio de la mortalidad de la niñez en países subdesarrollados: teorías, marcos analíticos e inferencia causal." En: *Salud, enfermedad y muerte de los niños de América Latina*. A. Lattes, M. Farren y J. Macdonald (Compiladores). México, CLACSO, IDRC, 1989.

Pollard, John. "On the Decomposition of Changes in Expectation of Life and Differentials in Life Expectancy." In: *Demography*, Vol. 25, Núm. 2, May 1988.

———. Cause of Death and Expectation of Life: Some International Comparisons. En: *Measurement and Analysis of Mortality. New Approaches*. Jacques, Vallin; Stand D'souza y Alberto Palloni (Ed). Oxford, Claredon Press, 1990. pp. 268-291.

Possas, Cristina de A. "A dimensao saúde da transição demográfica: Uma discussao conceitual." En: *IV Conferencia Latinoamericana de Población*. ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP, SOMEDE. México, 23 al 26 de Marzo de 1993. Vol. II, pp. 97-115.



Preston, Samuel y Ansley Coale. "Estructura por edades, crecimiento, salidas y entradas: Una nueva síntesis". *Notas de Población*. San José, Año XII, Núm. 35. pp. 35-96, 1984.

Rodríguez, Leticia. *México: Contribución de las causas de muerte al cambio en la esperanza de vida, 1970-1982*. Santiago, CELADE, Serie B, Núm. 56, 1989.

San Martín, Hernán y Vicente Pastor. La racionalidad en salud pública y en economía de la salud. En: *Economía de la salud. Teoría social de la salud*. Madrid, Ed. Interamericana-McGraw-Hill, 1989.

Taucher, Erica. *Mortalidad infantil en Chile: tendencias, diferenciales y causas*. Chile, CELADE, Octubre 1978.

———. *Chile: Mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas*. Santiago, CELADE, serie A. No. 162.

United Nations. *Socio-Economic Differentials in Child Mortality in Developing Countries*. New York, 1985.

Vallin, J. "Algunos problemas que sugieren otra estrategia". En: *Le Monde Diplomatique en español*. París, 1984.

Wood, Charles. *Tendencia de mortalidade infantil e distribucao de renda: estudo sobre Belo Horizonte e Sao Paulo*. Rio de Janeiro, 1976.

Yunes, Joao y Danuta Rajs. "Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre adolescentes y jóvenes de la región de las Américas". *Cuadernos Saúde Pública*; Rio de Janeiro, (suplemento 1):88-125, 1994.



## VII. SALUD MATERNO-INFANTIL ENTRE LA POBLACIÓN TRABAJADORA EN TIJUANA. UN ESTUDIO DE CASO \*

*Norma Ojeda \*\**

### **Introducción**

El dinamismo económico de la frontera de México con Estados Unidos durante las últimas dos décadas ha traído consigo una creciente concentración de la población en los grupos de edad propios para trabajar. Esto sucede principalmente como consecuencia de los numerosos flujos de migrantes que vienen desde distintos lugares del interior de México en busca de oportunidades de empleo en las ciudades fronterizas mexicanas; o que desean cruzar la frontera para internarse en el país vecino como trabajadores legales, o bien de manera indocumentada.

Esta concentración de población impacta las estructuras por edad de ambos sexos; sin embargo, sus efectos sociodemográficos varían según se trate de población femenina o masculina. En este caso interesa centrar nuestra atención en las mujeres quienes, además de representar poco más de la mitad de la población fronteriza total, son actores sociales fundamentales no sólo en la reproducción demográfica y social de la región, por sus tradicionales roles en la familia, sino también en la reproducción económica debido a la cada vez más intensa participación económica femenina en los mercados laborales de la frontera, así como en otras partes de México.

El trabajo de las mujeres en la frontera sigue concentrándose en el sector económico del comercio y los servicios, por

\* Este estudio fue posible gracias al apoyo recibido por parte de la fundación John D. and Catherine T. Mac Arthur. Una versión modificada se presenta bajo el título "Maternal Health Among Working Women: a Case Study in the Mexican-US Border" de Norma Ojeda y Gudelia Rangel.

\*\* El Colegio de la Frontera Norte, Departamento de Estudios de Población.

ser la fuente de empleo femenino más importante en algunas de las ciudades fronterizas, como es el caso de Tijuana. En 1987 los servicios y el comercio ocupaban al 70.8 por ciento de la población económicamente activa total (PEA) y el 72.8 por ciento de la PEA femenina (*Cruz, 1990*).

Los cambios que han ocurrido durante las últimas dos décadas en los mercados de trabajo de las ciudades de la frontera, sin embargo, han traído consigo una creciente demanda de mano de obra femenina en la industria. Por ejemplo, en Tijuana se ha dado una intensa contratación de trabajadoras especialmente en la industria maquiladora, de modo que en 1987 este sector de la economía ocupaba el 26.2 por ciento de la PEA total y el 25.3 por ciento de la PEA femenina (*Cruz, op. cit.*).

Los pronósticos para 1995 son una ocupación del 27.5 por ciento de la PEA total por parte del sector industrial y del 71.6 por ciento por el comercio y los servicios en Tijuana (*Carrillo, 1991*). Este crecimiento de ambos sectores en la economía tijuana nos hace suponer que la proporción de la PEA femenina ocupada en la industria y los servicios seguirá aumentando.

Estos cambios en la economía y el fenómeno de la migración han impactado la estructura y dinámica demográfica de la población tijuana imprimiéndole algunas características que la diferencian del resto del país. Respecto a las mujeres, éstas tienen un perfil sociodemográfico que refleja condiciones de vida peculiares respecto al promedio nacional. Algunas de estas características son resumidas en un estudio realizado anteriormente por esta misma autora (*Ojeda, 1993*).

En la frontera hay una mayor proporción de mujeres en edades activas en comparación con el nivel nacional. En el caso de Tijuana, esta característica se acentúa aún más al compararla con lo que sucede en el conjunto de los municipios fronterizos. Respecto a la educación y al trabajo, las mujeres de la Frontera Norte tienen también niveles de escolaridad y tasas de actividad

laboral más altas que el promedio de las mexicanas; esta situación nuevamente es más marcada entre las tijuanaenses que en el conjunto de las mujeres fronterizas. En esta ciudad las mujeres son en promedio todavía más escolarizadas y trabajan en una proporción más elevada.

La proporción de solteras mayores de los 11 años de edad en la región fronteriza es similar a la que se da en el resto del país. En cambio, hay notables diferencias entre estos dos lugares en cuanto a la estructura marital de las mujeres que alguna vez han estado casadas o unidas. En la frontera hay una proporción mayor de mujeres con uniones conyugales no legalizadas que en el país en su conjunto, pero al parecer, esto es todavía más marcado en Tijuana por tener el número relativo más alto de mujeres viviendo en uniones libres o consensuales. Asimismo, hay una proporción ligeramente más alta de divorciadas y separadas en la frontera que en el conjunto del país. Finalmente, a partir de la misma fuente de información se identificó un porcentaje más alto de madres solteras en la frontera y, particularmente en Tijuana, en comparación con el total nacional.

Estas características indican por un lado, mejores condiciones de escolaridad y de participación económica entre las tijuanaenses, pero por otro, señalan condiciones de menor estabilidad conyugal y, por lo mismo, familiar en comparación con el promedio nacional.

La creciente presencia de mujeres en Tijuana tiene también la característica de acompañarse de una concentración de la población femenina en las edades no sólo productivas sino también reproductivas, principalmente entre los 15 y 34 años de edad. Las consecuencias demográficas y sociales que de esto se desprenden son varias y complejas, pero una de particular importancia es la que se refiere a la demanda de servicios médicos, especialmente los de salud reproductiva.

Aquí, al igual que en otras partes de México, las instituciones públicas de salud son las que atienden las necesidades de

atención médica y hospitalaria de la gran mayoría de las personas.<sup>1</sup> Como parte de un plan político administrativo a nivel nacional sobre la prestación de servicios de salud a la población, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la institución que da atención a los asalariados del sector productivo privado y los familiares dependientes económicos de estos trabajadores. Esta población asalariada no forma parte de los grupos sociales más pobres del país lo que, sin embargo, no quiere decir que no tengan limitaciones económicas importantes, especialmente en el caso de las mujeres obreras en la industria y las trabajadoras manuales en el sector terciario.

Tijuana es una de las ciudades mexicanas con más problemas de abastecimiento de servicios urbanos. Existen grandes rezagos en la pavimentación de sus calles, en la disponibilidad de servicios básicos tales como dotación de agua en general y de agua potable en particular. La mayor parte de sus asentamientos urbanos no tiene drenaje; hay un déficit importante en la disponibilidad de viviendas, y es común que las viviendas carezcan de servicio de agua corriente y sanitario en su interior.

Estas características en el habitat de la población en Tijuana se traducen en condiciones sociales de vida que están lejos de ser las deseables para la mayoría de la población, a pesar del estado de bonanza que se vive en el nivel macro de la economía local. Esto se aplica no sólo a los grupos marginales de la población tijuanaense, que por supuesto son los más afectados, sino inclusive a la población asalariada que comúnmente es migrante de escasos recursos y que en una proporción importante se ve obligada a vivir en lugares que carecen de los

1 En el caso de Tijuana, la utilización de los servicios de la medicina privada definitivamente está fuera del alcance de las grandes mayorías, incluyendo la población trabajadora con ingresos superiores al salario mínimo. Una de las tantas contradicciones en las condiciones sociales de vida en la frontera es el gran número de instituciones privadas de salud que están orientadas fundamentalmente al mercado de la población que vive en el país vecino y a grupos socioeconómicos locales muy ricos.

servicios más elementales de urbanización. Al respecto es ilustrativo el estudio de Roberto Sánchez (1990) sobre las precarias condiciones de vida de las trabajadoras de la industria maquiladora y el trabajo de Tonatiuh Guillén (1990) sobre servicios públicos y marginalidad en la frontera, donde se resalta el problema de precariedad de la población migrante.

Por otra parte, la crisis económica generalizada y las políticas de ajuste económico de los años ochenta, además de ampliar la desigualdad social y económica entre la población mexicana en todo el país (*Solidaridad, 1991*), repercutió en recortes importantes al presupuesto del sector salud. Esto ha frenado y, en algunos casos, deteriorado la cobertura y calidad de los sistemas de salud, particularmente aquéllos que están en la provincia y en los lugares más lejanos a la Ciudad de México, como es el caso de Tijuana.<sup>2</sup>

Desafortunadamente hay una amplia brecha entre el desarrollo social y el crecimiento económico en la región, que se refleja en la presencia de importantes rezagos en la distribución de los beneficios sociales entre los distintos grupos sociales de la población tijuanaense. En este sentido, los servicios que se otorgan por parte del sector salud no son la excepción. Existe una alta demanda de servicios de salud, principalmente de los que otorgan las instituciones públicas, las cuales se ven rebasadas en su capacidad instalada para dar un servicio de óptima calidad.

2 Tijuana es la ciudad fronteriza del norte de México más lejana al Distrito Federal, lugar donde está la administración central de los servicios de salud en el país. Hay cerca de 1 500 millas de distancia entre estas dos ciudades.

Este es el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social en la atención a la salud de la población asalariada, y en particular de la población femenina trabajadora<sup>3</sup>. Sólo para tener una idea al respecto vale considerar que en 1992 cerca del 70 % del total de los nacimientos atendidos en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el estado de Baja California ocurrieron en el IMSS (*S.N.S., 1992*)<sup>4</sup>. Por otra parte, durante el trabajo de campo de la encuesta realizada para este estudio se pudo constatar la excesiva demanda hospitalaria en el área de gineco-obstetricia en el IMSS, ya que en menos de dos meses y medio se atendió a 2 976 mujeres en un solo hospital (*Departamento de Estudios de Población, COLEF, 1993*).

Así, a una creciente población femenina migrante en busca de servicios de salud reproductiva, se le suman precarias condiciones sociales de vida y un servicio público de salud que, por diversas razones, se está viendo rebasado en su capacidad para ofrecer condiciones óptimas de atención a la población asalariada en la región. Estos son aspectos que necesitan ser tomados en cuenta para una apreciación realista de las condiciones en que se desarrolla la reproducción de la población asalariada y, por lo mismo, las condiciones de atención a la salud reproductiva de sus mujeres en esta parte del país.

En el interés por aproximarnos a esta problemática se llevó a cabo una encuesta sobre las condiciones sociales de las mujeres y la salud reproductiva en Tijuana. Se entrevistó a todas las mujeres que ingresaron al hospital de gineco-obstetricia del IMSS en Tijuana entre el 24 de marzo y el 30 de mayo de 1993.

- 3 Son varios los factores que contribuyen a esta situación. Además de los relacionados con los efectos propios de la crisis económica que ha vivido todo el país y de sus manifestaciones locales, hay otros que se derivan de la política centralista del gobierno de México que impiden agilizar y mejorar la oferta local de los servicios médicos; así como otros que se asocian a la inercia misma del alto crecimiento demográfico en la región.
- 4 El Sistema Nacional de Salud está compuesto por todas las instituciones públicas de salud que operan en el país.



Esto se hizo con el interés específico por conocer las condiciones de salud materno-infantil entre las mujeres que pertenecen al grupo de los trabajadores afiliados a esta importante institución de salud.

Como ya se mencionó, el IMSS es una institución pública de salud que opera en todo el país y da atención médica general y hospitalaria a la clase de los asalariados de la iniciativa privada. A esta institución de salud están afiliados tanto los trabajadores como sus familiares que dependen económicamente de su salario. De modo que la población entrevistada se compone de las esposas, hijas y madres de los trabajadores varones, así como de las trabajadoras mismas y las madres e hijas de dichas trabajadoras que por razones de salud ingresaron al hospital para recibir atención médica gineco-obstétrica durante el periodo señalado.

Por la manera en que se levantó la información se trata de un registro continuo que combina, por una parte, datos demográficos, sociales y de salud reproductiva obtenidos mediante una entrevista a la paciente utilizando un cuestionario estandarizado y, por otra, un extracto de la información que de manera sistemática se obtiene a través del registro hospitalario de la institución. De este modo se obtuvo un total de 2 796 entrevistas a mujeres que acudieron al hospital por cualesquiera de las siguientes razones: parto, aborto, amenaza de parto prematuro, amenaza de aborto, infecciones o complicaciones relacionadas con el embarazo, cirugía obstétrica e infecciones no relacionadas con el embarazo y esterilización. Un total de 2 596 mujeres acudieron al hospital por razones relacionadas con un embarazo.

Para este estudio se utiliza únicamente información de las 2,596 mujeres. Se describe de manera general la salud materno-infantil de estas mujeres que forman la clase social asalariada en Tijuana. Para esto se hace un análisis diferencial de la morbilidad sentida durante el embarazo y del producto del mismo, según la participación laboral de las mujeres y confor-

me la manualidad en el empleo, entre las trabajadoras de la industria y las del sector de los servicios y el comercio.

## **1. Antecedentes**

Durante el periodo de gestación de la mujer ocurren una serie de cambios fisiológicos que conducen a una modificación de las funciones normales de ciertos órganos y sistemas corporales. El progresivo aumento del tamaño del útero grávido, los cambios hormonales y el aumento en las demandas metabólicas destinadas al desarrollo del producto pueden desencadenar procesos patológicos de carácter, tanto infeccioso como no infeccioso. Dichos procesos se van a reflejar como padecimientos específicos a lo largo del embarazo.

Sin embargo, como bien lo plantea Ana Langer (1992), en su cita sobre Hartman y otros autores, "el embarazo, parto y puerperio en sí mismos no deberían ocasionar problemas de salud a las mujeres; pero cuando suceden en un ambiente desfavorable, como son las condiciones de vida precarias, la falta de conocimientos sobre la reproducción, patrones culturales que obstaculizan la atención temprana; la falta de recursos económicos, la desnutrición materna, la mala calidad y la falta de disponibilidad y acceso a los servicios de salud, la reproducción se convierte en un evento de alto riesgo para las mujeres".

Sociológicamente, la maternidad y por lo mismo el embarazo, son valorados de manera distinta y tienen diferentes significados entre mujeres de distintos grupos sociales aun dentro de un mismo país. A esto contribuyen muchos factores, entre los que están las diferencias en los niveles educativos de las mujeres y sus parejas, sus condiciones económicas, sus valores sociales, el contexto cultural en que se desarrollan, los proyectos de vida laboral y en otras esferas de la mujer y sus parejas, etc.. Al respecto es ilustrativo el estudio realizado por Brígida García y Orlandina De Oliveira (1991) sobre vivencias acerca de la maternidad y el trabajo en México.

No obstante todas estas diferencias, en caso de embarazo la mayoría de las mujeres desearían tener un embarazo sano y por lo mismo libre de morbilidades que las pueda dejar afectadas de por vida o incluso causarles la muerte. En la mayor parte de los casos, esto último sucede asociado a situaciones que están más allá de la voluntad deliberada de las mujeres y que, en cambio, obedecen a problemas económicos, sociales, psicológicos o simplemente ignorancia, que ponen en condiciones de riesgo su salud reproductiva.

De acuerdo también con Langer (1993), citando a Leslie y Gutiérrez, "La salud reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social durante el proceso de reproducción. Este bienestar responde a las condiciones económicas (...), las condiciones de vida de la mujeres, a su estatus en la sociedad y a factores demográficos".

En última instancia, son los factores macro-sociales los que principalmente deben ser identificados como los determinantes de las condiciones diferenciales en la salud reproductiva de las mujeres en cualquier sociedad. En este sentido, un factor que cobra cada vez mayor importancia son las condiciones laborales en que se desarrolla el trabajo remunerado femenino.

Este factor que pareciera obvio, presenta ciertas dificultades analíticas en cuanto a su carácter como factor predictivo de la salud reproductiva. Al respecto, Carolina Martínez (1989) plantea muy atinadamente las dificultades de identificar un sentido unilateral en la relación entre el trabajo de la mujer y la salud de ésta. Según esta autora " en la entrada de la mujer al mundo laboral hay elementos potencialmente favorables a la salud, como podrían ser la obtención de un ingreso que amplía el acceso al consumo, la incorporación a ciertas prestaciones, la convivencia con los compañeros de trabajo; pero también elementos potencialmente nocivos como la exposición a numerosos riesgos físicos, químicos, biológicos y psicosociales derivados de la actividad laboral, así como la sobrecarga que puede representar el desarrollo simultáneo de las labores do-

mésticas, entre otros. Pero no es fácil identificar hasta dónde el saldo de esta combinatoria redundará en beneficio o en detrimento de los niveles de salud de las mujeres que en ellos se insertan”.

También Sylvia Guendelman (1993) reconoce la dificultad de identificar una sola dimensión -negativa o positiva - en la relación trabajo femenino y salud en general. Incluso, esta autora encuentra más factores positivos de los efectos del trabajo femenino sobre la salud general de las trabajadoras, en un estudio empírico aplicado a mujeres ocupadas en la industria maquiladora en Tijuana.

La revisión de la literatura sobre el tema, sin embargo, permite ver que hay evidencias empíricas sobre daños a la salud materno-infantil entre grupos seleccionados de la población femenina trabajadora, como es el caso de las asalariadas de la industria maquiladora. Sobre el particular, son ilustrativos los hallazgos de la investigación de Catalina Denman (1990a, 1990b) sobre nacimientos de bajo peso entre las trabajadoras de la maquila en Nogales, Sonora. Esta misma autora también nos señala la presencia de esquemas sociales distintos entre obreras de la maquila y trabajadoras de los servicios, con relación a la probabilidad de nacimientos de bajo peso.

La necesidad de conocer y entender la variedad de factores que actúan en contra de la salud reproductiva de las mujeres trabajadoras ha llevado a los investigadores a plantear la necesidad de incluir en el análisis otro tipo de aspectos, además de los estrictamente relacionados con la actividad laboral de la mujer. Entre éstos están los que se refieren a las condiciones sociales de vida, familiares y personales de las trabajadoras (Lara, 1993); los relacionados con los problemas del medio ambiente y sus implicaciones sobre la salud materno-infantil (Garza, 1993). Otro tipo de factores se refiere a la percepción equivocada de la sintomatología común durante el embarazo (Salinas, 1991).

Es innegable la conveniencia de examinar el peso de todos y cada uno de éstos y otros factores en la determinación de los riesgos a la salud reproductiva. Sin embargo, también es indispensable tener un conocimiento empírico más amplio sobre el comportamiento diferencial de la salud reproductiva entre mujeres trabajadoras de diversos grupos y en contextos regionales particulares. Es precisamente con esta intención que se desarrolla el presente trabajo, para así contribuir modestamente al conocimiento de la variedad de situaciones que prevalecen al respecto entre la población asalariada de la ciudad fronteriza de Tijuana.

## **2. Características de las mujeres en el estudio**

### ***2.1. Perfil sociodemográfico***

Esta población femenina es altamente selectiva por diversas razones, entre las que destacan tener los siguientes atributos: ser mujeres fértiles concentradas en las edades reproductivas más activas y ser trabajadoras en casi la mitad de los casos. A estas características que las hacen ser selectivas ( para propósitos analíticos ) se le suman otras por ser frecuentemente migrantes, tener un orden de paridad bajo y una peculiar estructura marital. Además de tratarse de mujeres que en su inmensa mayoría cuentan con seguridad médica por ser derechohabientes del IMSS.

Así, la información que se presenta en el *Cuadro 1* indica que cerca del 80 por ciento de las mujeres tenían entre 15 y 29 años de edad al momento de ser entrevistadas. La estructura por edad de las que son amas de casa es muy similar a la del conjunto de las trabajadoras, aunque entre estas últimas hay una mayor proporción de trabajadoras en actividades no-manuales que son menores de 20 años, respecto a las que tienen ocupaciones manuales.

Con relación a la estructura marital, anteriormente se mencionó que Tijuana tiene un número relativo más alto de mujeres viviendo en uniones libres en comparación, no sólo con el total nacional, sino también respecto al conjunto de la región fronteriza. En el mismo *Cuadro 1* podemos ver que este tipo de arreglo conyugal también se presenta de manera frecuente entre las mujeres bajo estudio, ya que se da en más de la tercera parte en todos los subgrupos de mujeres, pero principalmente entre las trabajadoras manuales con un 47 por ciento de casos. Asimismo, llama la atención el número de trabajadoras que no tienen pareja por ser divorciadas, separadas y solteras, lo que indica condiciones de menor estabilidad conyugal en el desarrollo del embarazo de un número importante de trabajadoras, principalmente entre las que tienen ocupaciones manuales.

Respecto a la educación, también se señaló anteriormente que Tijuana tiene una población fronteriza más escolarizada en números relativos que el nivel nacional y que la propia región fronteriza del norte del país. Dentro de este contexto, la población femenina bajo estudio presenta niveles de escolaridad aún más elevados, ya que está compuesta en una gran proporción de trabajadoras de la industria y del sector de los servicios y el comercio en la ciudad. Así, como era de esperarse, las trabajadoras tienen mayor escolaridad que las amas de casa. También es claro que entre las trabajadoras, las ocupadas en actividades no-manuales son las más educadas por presentar una proporción tres veces mayor de mujeres con más de ocho años de escolaridad que las trabajadoras manuales (*Véase Cuadro 1*).

La presencia de migrantes en Tijuana se refleja de manera obvia en el origen predominantemente no-fronterizo de las mujeres entrevistadas, pero sobre todo entre las que trabajan en actividades manuales. En ninguno de los grupos las mujeres nacidas en Baja California o en Estados Unidos, rebasan el 25 por ciento. \*

Por otra parte, se obtuvo información sobre las condiciones económicas de sus hogares mediante la pregunta sobre la

ocupación del cónyuge - en los casos aplicables - y sobre quién o quiénes son los principales contribuidores a la economía del hogar. De manera sorprendente se encontró una gran homogeneidad en la ocupación de los cónyuges de las amas de casa y de las trabajadoras en su conjunto, ya que como podemos ver en el *Cuadro 1* casi tres cuartas partes de los cónyuges de ambos grupos de mujeres tienen ocupaciones manuales. En cambio, sí hay una diferencia al respecto entre las trabajadoras manuales y las no-manuales, ya que entre estas últimas el porcentaje de mujeres casadas o unidas con hombres en ocupaciones no-manuales es tres veces más alto.

Finalmente, un resultado que se esperaba e interesa resaltar es la importante participación de las trabajadoras en la economía de sus hogares. El 65 por ciento de ellas dijeron ser ellas solas o bien ellas junto con su pareja los principales contribuidores a la economía familiar. Situación que, al parecer, es un poco más marcada entre las mujeres con ocupaciones no-manuales.

## ***2.2. Ciclo conyugal, fecundidad y antecedentes de salud reproductiva al embarazo actual***

En correspondencia con su joven estructura por edad, la mayoría de las mujeres entrevistadas se encontraban en etapas iniciales de su ciclo conyugal. De acuerdo con la información del *Cuadro 2*, más del 60 por ciento de las mujeres en todos los grupos declararon tener menos de 6 años de haber iniciado su vida en pareja, independientemente del tipo de arreglos conyugales; aunque son las amas de casa las que comparativamente tienen las uniones menos jóvenes.

En concordancia con lo anterior, más del 80 por ciento de las mujeres en todos los grupos tienen un máximo de tres hijos nacidos vivos. Aunque dentro de este rango se observan algunas variaciones interesantes con relación a la fecundidad de las amas de casa y la de las trabajadoras, ya que mientras la mitad

de las amas de casa tenían entre 2 y 3 hijos al momento de ser entrevistadas, el 55 por ciento de las trabajadoras tienen como máximo un hijo, sobresaliendo en este sentido las ocupadas en actividades no-manuales.

La menor fecundidad de las mujeres que trabajan a cambio de un salario está ampliamente documentada en la literatura para varios países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo; lo mismo que la menor fecundidad de mujeres con mayor escolaridad. Por este motivo no es de sorprender que sean las trabajadoras no-manuales las que, al momento de la entrevista, tuvieron un número menor de hijos a pesar de tener una estructura por edad menos joven que los otros dos grupos de mujeres.

En el mismo *Cuadro 2* se presentan los resultados sobre la proporción de mujeres con al menos un embarazo terminado en pérdida, aborto o mortinato (hijo nacido muerto) el orden del embarazo actual y el tamaño del último intervalo cerrado intergenésico.

Respecto al primer aspecto, llama la atención que alrededor de la cuarta parte de las mujeres en todos los grupos había tenido al menos una pérdida, aborto o mortinato en lo que hasta el momento de la entrevista había vivido de su periodo reproductivo. Al hacer la comparación entre las amas de casa y el total de trabajadoras podemos ver que es poca la diferencia que hay entre estos dos grupos en cuanto a la proporción de mujeres que se han visto en esta situación, a pesar de sus mayores diferencias en cuanto al número de hijos nacidos vivos. De modo que las amas de casa no sólo han tenido más hijos sino que también han experimentado pérdidas por aborto o mortinatos casi en la misma proporción que el conjunto de las trabajadoras.

Por otra parte, podemos observar que las trabajadoras manuales presentan las cifras más elevadas de pérdidas, abortos o mortinatos con un nivel del 27 por ciento, no obstante tener



una estructura por edad ligeramente más joven que las ocupadas en actividades no-manuales.

Respecto al orden del embarazo actual, nuestro objeto de estudio de aquí en adelante, en el mismo *Cuadro 2* podemos observar que, en comparación con lo anterior, el embarazo actual es el primero en la historia reproductiva de un número mayor de trabajadoras que de amas de casa. El 44 por ciento de las trabajadoras son primigestas en comparación con el 26 por ciento de las amas de casa. Entre las trabajadoras, éste es el primer embarazo para cerca de un 10 por ciento más de asalariadas no-manuales que entre las manuales.

Otra característica por considerar se refiere al tamaño del último intervalo intergenésico. Uno de los factores más señalados en la literatura sobre riesgos a la salud materno-infantil es el tamaño de los intervalos entre embarazos. Como una aproximación, en este estudio se parte de considerar el intervalo cerrado entre el nacimiento del último hijo nacido vivo y el evento actual que puede haber sido un hijo nacido vivo, mortinato o bien un aborto.

La información respectiva que se presenta en el *Cuadro 2* indica para el grupo de las amas de casa una proporción elevada de intervalos muy cortos, menores de los 17 meses, con aproximadamente un 14 por ciento de casos. En ventaja comparativa, el grupo de las trabajadoras presentan sólo la mitad de casos y por lo mismo en menores condiciones de alto riesgo por esta causa.

Al tomar en cuenta intervalos ya no tan cortos pero aún en condiciones de riesgo, o sea menores de 28 meses, observamos que el número de casos en riesgo se duplica en todos los grupos, destacando nuevamente las amas de casa con casi un 27 por ciento de casos. Mientras que entre las trabajadoras son las asalariadas manuales quienes presentan la mayor frecuencia de casos con un 14 %. Nótese que esta última cifra es la mitad de la respectiva para las amas de casa.

La última característica por considerar se refiere a la atención médica prenatal recibida. Al respecto se contabilizan las visitas que hicieron las mujeres, que cumplieron al menos 7 meses de embarazo, al servicio médico de control prenatal. Con base en este indicador, podemos ver en el mismo *Cuadro 2* que nuevamente son las amas de casa las que presentan las condiciones de mayor riesgo por falta de atención prenatal, ya que el 19 por ciento de ellas acudieron menos de cuatro veces a control.<sup>5</sup>

La situación de las trabajadoras en este sentido es comparativamente menos desfavorable que la de las amas de casa. No obstante, la recomendación médica es acudir a control médico por lo menos una vez por mes durante el embarazo. Si tomamos en cuenta que se trata de mujeres que mayoritariamente tenían acceso al servicio médico del IMSS esperaríamos que esta población pudiera haber cumplido muy de cerca con esta recomendación. Esto, sin embargo, estuvo muy lejos de ocurrir aun entre las trabajadoras si consideramos que el 40 por ciento de ellas acudieron como máximo 5 veces a control prenatal.

### ***2.3. Primera conclusión***

En resumen, es importante resaltar las siguientes características del perfil sociodemográfico y los antecedentes al embarazo actual del promedio de las mujeres en cada uno de los grupos considerados, de la siguiente manera:

En comparación con el grupo de las trabajadoras, se observó que las amas de casa tienen una fecundidad acumulada más elevada hasta el momento de ser entrevistadas y, por consiguiente, presentan un número menor de primigestas al ingresar

<sup>5</sup> El servicio médico de control prenatal pudieron haberlo recibido en cualquiera de las clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social o bien en cualquier otro servicio médico en Tijuana o en otro lugar.

al hospital. Tienen solamente una proporción ligeramente menor de pérdidas, por abortos o mortinatos; presentan en mayor proporción casos de intervalos intergenésicos cortos y acudieron en menor número a recibir atención médica prenatal. Estas dos últimas características aluden claramente a una situación comparativamente de mayor riesgo durante el embarazo actual entre las amas de casa, que entre el total de las trabajadoras.

La heterogeneidad de este último grupo de mujeres, sin embargo, se manifiesta en el hecho de que las trabajadoras manuales se diferencian de las no-manuales por tener un número más elevado de hijos nacidos vivos, al momento de la entrevista y, por lo mismo, un número menor de casos con un embarazo actual de primer orden; han tenido en mayor proporción algún aborto o mortinato en su historia reproductiva; así como también presentan intervalos intergenésicos cortos y atención médica prenatal insuficiente en una proporción ligeramente más alta que las trabajadoras no-manuales. Estas características en su conjunto harían esperar un número relativo más elevado de trabajadoras manuales con problemas de salud durante el embarazo actual.

### **3. Morbilidad sentida y resultado del embarazo**

#### ***3.1. Percepción de padecimientos sentidos durante el embarazo***

En un intento por considerar el status de la salud materna desde la condición física de la mujer embarazada, se incluye información sobre padecimientos de salud durante el proceso del embarazo. Para esto se obtuvo información de algunos de los padecimientos más comunes, pero no por ello menos graves, que dijeron las mujeres haber tenido durante el embarazo actual; entre éstos algunos son considerados de alto riesgo tomando en cuenta, sobre todo, los meses de su aparición y duración.

A partir de la respuesta de las mujeres acerca de *padecimientos sentidos* durante el embarazo se generó un perfil de ocho padecimientos que se presentan en el *Cuadro 3*. Nuevamente se diferencia entre amas de casa, trabajadoras y entre estas últimas a las que trabajan en actividades manuales versus aquéllas que lo hacen en actividades no-manuales.

Con fines comparativos centramos primeramente nuestra atención entre los padecimientos sentidos por las amas de casa en comparación con las trabajadoras. Al respecto podemos observar en el *Cuadro 3* que, con excepción de sangrados, las amas de casa tuvieron padecimientos de salud casi en la misma proporción o bien por arriba de las trabajadoras. Llama la atención los casos de anemia, presión alta e hinchazón de cara, manos, piernas y pies entre las amas de casa.

Por su parte, la morbilidad sentida entre las trabajadoras, según su condición de manualidad en el empleo, refleja ciertas diferencias que resultan contradictorias con lo que se esperaría teóricamente. Estas diferencias se dan en el sentido de que, en la mayoría de los tipos de padecimientos, fueron las trabajadoras no-manuales las que padecieron en mayor proporción problemas de salud durante el embarazo. De modo que con excepción de la categoría de temblores o convulsiones, las cifras indican un rango de entre 7 y 0.6 puntos porcentuales en contra de la salud de las trabajadoras no-manuales versus las trabajadoras manuales.

La interpretación adecuada de estas cifras, sin embargo, nos lleva a considerar al respecto la posibilidad, primero, de que estemos frente a una situación de diferencias en la calidad de las respuestas entre las entrevistadas y no necesariamente a diferencias en su morbilidad sentida. Esto es considerando las diferencias que, a su vez, existen en los niveles de escolaridad de estas dos subpoblaciones.

Podríamos suponer que las trabajadoras no-manuales por su mayor nivel educativo respondieron de manera más confiable acerca de los padecimientos sentidos durante el embarazo. <sup>6</sup>

Otro factor a considerar, pero de naturaleza distinta, es un posible impacto negativo sobre la salud materna de la estructura por edad menos joven que tiene el grupo de las trabajadoras no-manuales (véase *Cuadro 1*). Alguno de estos factores o bien la combinación de ambos podría explicarnos la diferencias obtenidas entre los dos grupos de trabajadoras respecto al reporte de su morbilidad sentida durante el embarazo.

### ***3.2. Resultado del embarazo y bajo peso al nacer***

Ahora bien, considerando el estado físico del producto del embarazo, un indicador que de manera frecuente se acepta como adecuado para medir el status de la salud materno-infantil, es el peso al nacer de los hijos nacidos vivos. La información para estimar este indicador se obtuvo directamente del registro hospitalario a través de lo que en el IMSS se denomina como la “hoja de partos, productos y abortos” que son llenadas por el personal médico del hospital. Esto garantiza la calidad de la información y, por lo mismo, la confiabilidad de los datos.

En el *Cuadro 4* presentamos los resultados obtenidos de esta manera, habiendo sido antes empatada con la información respectiva sobre las características de las madres en la encuesta. Primeramente, se tienen los datos sobre el resultado del embarazo clasificándolo en tres categorías, según la tipología utilizada por el IMSS: nacidos vivos, mortinatos y pérdidas/abortos. En seguida, se presentan los resultados obtenidos sobre el peso

<sup>6</sup> En otro estudio se han detectado problemas en la percepción sobre la sintomatología del embarazo sobre todo entre mujeres con bajos niveles educativos (Salinas, Martínez y Pérez, 1991).

de los hijos nacidos vivos sobrevivientes, eliminando del estudio los partos generales.

Respecto al resultado del embarazo, las cifras indican una clara situación de ventaja para las amas de casa con un porcentaje más alto de embarazos terminados en nacidos vivos, en comparación con el conjunto de las trabajadoras. El número de mortinatos y abortos es superior entre las trabajadoras con aproximadamente 12 por ciento de casos, versus 7 por ciento en las amas de casa.

Entre las trabajadoras, las asalariadas manuales son las que presentan el mayor número de abortos con un nivel de casi el 14 %, en comparación con 9 por ciento entre las trabajadoras no-manuales.

Sin embargo, al considerar el peso al nacer del total de los hijos nacidos vivos se observa una situación distinta a la anterior. Según este indicador, son las amas de casa quienes presentan condiciones de mayor desventaja por tener la proporción más alta de casos con nacimientos de bajo peso. Si consideramos todos los nacimientos de menos de 2 500 gramos (prematuros e inmaduros), se obtiene exactamente un 5 por ciento de estos nacimientos entre las madres amas de casa, en comparación con un 3.8 por ciento para el conjunto de las madres que trabajan; y prácticamente no hay diferencia en este indicador entre las trabajadoras manuales y las no-manuales (Véase *Cuadro 4*).

### ***3.3. Segunda conclusión***

Al considerar los tres diferentes tipos de indicadores sobre la salud materno-infantil de las entrevistadas, podemos resaltar dos hallazgos generales. El primero es la contradicción a la que se llega en el uso del indicador sobre padecimientos sentidos al interior del grupo de las trabajadoras; esto es en el sentido de que son las trabajadoras no-manuales las que dijeron haber tenido más problemas de salud. La naturaleza misma del indi-

gador, sin embargo, nos hace dudar de la validez de este resultado por reflejar, tal vez, más una situación de percepción sobre la salud que el estado real de la salud de la madre.

En cambio, podemos estar seguros de la confiabilidad de los hallazgos obtenidos sobre el resultado del embarazo y del peso de los nacimientos que sobrevivieron al parto por ser información obtenida directamente de las hojas médicas del registro hospitalario. Así, con base en la frecuencia observada en estos dos indicadores podemos decir, por un lado, que si bien el número de embarazos que terminan felizmente en hijos nacidos vivos, entre las amas de casa es mayor que entre las trabajadoras; la mayor frecuencia de casos de bajo peso al nacer entre los nacidos vivos de las amas de casa, impiden afirmar que este último grupo de mujeres tengan claramente mejores condiciones de salud materno-infantil que las trabajadoras.

Esto es congruente con lo observado en la sección anterior de este mismo trabajo, respecto al mayor número relativo de amas de casa con el último de intervalo intergenésico corto y la mayor proporción de casos con atención prenatal insuficiente. A esto también habría que agregar, pese a los problemas ya señalados del indicador, el mayor número de casos de anemia que reportaron haber tenido precisamente las amas de casa.

Sobre las condiciones de salud materno-infantil entre las trabajadoras, tenemos que si bien la proporción de nacimientos con bajo peso entre las trabajadoras es efectivamente menor que el de las amas de casa, esto no quiere decir que no se dé de manera importante. La magnitud de los casos registrados señalan una situación también preocupante, tanto para las trabajadoras manuales como para las no-manuales. Si a esto le agregamos el hecho de que las trabajadoras tienen el número relativo más alto de embarazos terminados en abortos, su situación se torna preocupante sobre todo entre aquéllas que tienen ocupaciones manuales.

Esto último también se da en congruencia con los resultados anteriores en el sentido de que son las trabajadoras manua-

les quienes tienen el número relativo más alto de mujeres con al menos una pérdida, ya sea aborto o mortinato en su historia reproductiva; más casos de intervalos intergenésicos cortos cerrados por el evento actual y menor número de visitas a control prenatal durante el embarazo actual.

#### **4. Condiciones de salud materno-infantil entre distintos grupos de trabajadoras**

Con el objeto de conocer un poco más sobre la morbilidad sentida durante el embarazo y el resultado de este último entre las trabajadoras es conveniente diferenciarlas, tanto por la manualidad en el empleo como por la rama de actividad en la que se ubican. Así como también es importante tomar en cuenta algunas de las condiciones laborales que prevalecieron durante el desarrollo del embarazo, o bien la mayor parte de éste.

##### ***4.1. Morbilidad sentida durante el embarazo entre las trabajadoras***

El análisis diferencial de la salud materno-infantil de las trabajadoras según la manualidad en el empleo debe acompañarse también de su diferenciación, según se trate de mujeres que laboran en el sector industrial, o bien en el de los servicios y el comercio. Las cargas laborales y la exposición a riesgos en el trabajo no son las mismas necesariamente para todas las trabajadoras manuales y todas las trabajadoras no-manuales. Las características del empleo en la fábrica son distintas de las que prevalecen en la gran variedad de trabajos comprendidos en el sector servicios y el comercio, tales como pequeños locales comerciales, grandes almacenes, restaurantes, hoteles, bares, oficinas privadas, etcétera.

La variedad de condiciones laborales que pueden darse entre estos dos grandes sectores de la producción, necesaria-



mente deben afectar de manera diferencial a la salud materna de las trabajadoras, pero sobre todo a las que tienen ocupaciones manuales. Por ejemplo, entre las obreras y las trabajadoras manuales en servicios y en el comercio hay importantes diferencias en las jornadas de trabajo y la posibilidad de tomar descansos durante el mismo; así como también las puede haber entre las empleadas no-manuales en la industria y las empleadas en el sector terciario, como se podrá ver más adelante.

Este tipo de comparación de la trabajadoras además permite, de algún modo, controlar el sesgo que se introduce en la calidad de las respuestas de las entrevistadas acerca de los padecimientos sentidos durante el embarazo, debido a las diferencias en el nivel educativo que tienen las trabajadoras no-manuales versus las manuales.

Al respecto, la información que se presenta en el *Cuadro 5* indica que los padecimientos más frecuentes entre el conjunto de las trabajadoras fueron las hinchazones de cara, manos, piernas y pies; las infecciones urinarias; la anemia y los sangrados. Estos padecimientos se dieron por lo menos en el 20 por ciento de las embarazadas de todos los grupos laborales. Les siguen los casos de dolor abdominal intenso y presión baja en cerca del 15 por ciento del total de las trabajadoras, siendo nada despreciable la frecuencia de embarazadas que padecieron presión alta.

También en el *Cuadro 5* podemos apreciar la bondad de establecer la comparación entre subpoblaciones de trabajadoras manuales y no-manuales, considerando la rama de actividad, para tener una apreciación más fina sobre la frecuencia con que se dio cada tipo de padecimiento al interior de los distintos grupos que componen a la población femenina trabajadora en Tijuana.

La anemia es el padecimiento que se dio con mayor rango de variación entre los grupos. Si bien una quinta parte de las trabajadoras dijo haber estado anémica durante el embarazo, esta proporción varía sensiblemente al interior de cada uno de

los grupos de trabajadoras manuales y trabajadoras no-manuales, según la rama de actividad en que laboraron. En ambos grupos son las trabajadoras en los servicios y el comercio las que en mayor proporción dijeron haber tenido esta deficiencia de salud, variando su porcentaje en 5 puntos entre las trabajadoras manuales y hasta en cerca de 13 puntos porcentuales entre las mujeres con ocupaciones no-manuales.

Esta situación también se presenta en otro tipo de padecimientos aunque con rangos de variación sensiblemente menores a los observados para el caso de la anemia. Por ejemplo, el 16 por ciento del total de las trabajadoras dijo haber sufrido dolor abdominal intenso durante el embarazo, pero este tipo de padecimiento se presentó en aproximadamente 5 puntos porcentuales más entre las asalariadas manuales en los servicios y el comercio que entre las obreras. Lo mismo ocurre entre las empleadas en servicios y el comercio en relación a las empleadas en la industria.

Para todas las categorías de padecimientos, las asalariadas manuales en servicios y el comercio presentan valores porcentuales superiores a las de las obreras, excepto en la categoría de hinchazones de cara, manos, piernas y pies. También entre las asalariadas no-manuales, las empleadas en los servicios y el comercio tienen porcentajes más altos en la mayoría de los padecimientos incluidos. Las excepciones son nuevamente hinchazones de cara, manos, piernas y pies, así como los casos de temblores y convulsiones.

Así, los resultados sobre morbilidad sentida durante el embarazo no presentan evidencia suficiente para afirmar que las trabajadoras manuales hayan tenido más problemas de salud durante el embarazo que el grupo de las no-manuales. En cambio, sí indican una situación más desfavorable en la salud de las trabajadoras ocupadas en el sector de los servicios y el comercio en comparación con las que estaban trabajando en la industria.

#### ***4.2. Resultado del embarazo y bajo peso al nacimiento entre las trabajadoras***

La información sobre el resultado del embarazo y el bajo peso al nacer de los hijos sobrevivientes al parto, nuevamente señalan una situación distinta sobre la salud materno-infantil entre los distintos grupos de trabajadoras en Tijuana. Los datos del *Cuadro 6* confirman los hallazgos indicados en la sección anterior sobre la mayor proporción de embarazos de trabajadoras no-manuales que terminaron en nacimientos vivos, en comparación con los de las asalariadas manuales.

Al comparar este indicador por rama de actividad, sin embargo, nos permite ver que hay condiciones claramente diferenciales de salud materno-infantil al interior del grupo de las trabajadoras manuales, y sólo en menor medida entre las trabajadoras no-manuales.

Entre las manuales, vemos que tanto las obreras como las trabajadoras manuales en servicios y en el comercio tienen efectivamente las cifras más elevadas de embarazos terminados en pérdidas por aborto o mortinato, pero que esta situación es más grave entre las asalariadas manuales de los servicios y el comercio -con una diferencia de 2.6 puntos porcentuales más en el número total de pérdidas- en comparación con las obreras. En cambio, la diferencia que al respecto se da entre los dos grupos de trabajadoras no-manuales es notablemente menor indicando condiciones de salud materno-infantil menos heterogéneas.

Al utilizar el indicador de bajo peso al nacer para los hijos nacidos vivos de los distintos grupos de trabajadoras nuevamente se observan condiciones de clara heterogeneidad en la salud materno-infantil de las trabajadoras manuales según la rama de actividad en la que se ocupan, pero en esta ocasión son las obreras las más afectadas. El porcentaje de bebés con bajo peso es mayor entre las madres obreras que entre las madres que trabajan en actividades manuales en los servicios y el

comercio. El valor de los resultados son respectivamente de 4.1 y 2.6 bebés que pesaron menos de 2 500 gramos al nacer por cada cien nacimientos vivos. (Véase *Cuadro 6*)

También se observan distintas condiciones de salud materno-infantil entre trabajadoras no-manuales donde las más afectadas nuevamente son las empleadas en la industria, aunque con un rango de variación menor que en el grupo anterior. En esta ocasión los porcentajes son del 4.1 y 3.6 nacimientos con bajo peso entre las empleadas de la industria y las empleadas en los servicios y el comercio, respectivamente.

De este modo, la proporción de nacimientos vivos con bajo peso al nacer refleja una situación más delicada en la salud materno-infantil de las mujeres que trabajan en la industria, que las que lo hacen en el sector terciario. La proporción de obreras y empleadas en la industria con nacimientos de bajo peso, es superior al de las trabajadoras manuales y empleadas en los servicios y el comercio.

### ***4.3. Tercera conclusión***

Los indicadores sobre salud materno-infantil utilizados para examinar las condiciones que al respecto presentaron los distintos grupos de trabajadoras nos permiten concluir dos aspectos generales.

Primero, la frecuencia de casos de morbilidad sentida durante el embarazo identifican a las trabajadoras de los servicios y en el comercio como las más afectadas en su salud por padecimientos de salud durante el embarazo. Pero, al parecer, la condición de manualidad no es un factor decisivo en la determinación o no de una mayor frecuencia de padecimientos.

En cambio, el número de embarazos terminados en aborto o mortinato y la proporción de nacimientos vivos con bajo peso al nacer coinciden en señalar una situación más delicada en la salud materno-infantil de las mujeres que trabajan en la industria. En este caso la manualidad en el empleo de la madre sí

parece tener un efecto pernicioso sobre el resultado del embarazo y el bajo peso de los bebés.

#### ***4.4. Carga de trabajo, edad y atención prenatal entre las trabajadoras***

Sin pretender dar una respuesta al porqué de los resultados anteriores, pero sí en el ánimo de proporcionar elementos que nos permitan darle sentido a los mismos, se incluye información sobre algunos aspectos de la actividad laboral de las mujeres durante su embarazo, así como sobre la atención prenatal que recibieron.

La características del empleo en la industria son diferentes de las que se dan en el sector de los servicios y el comercio en varios órdenes. Algunos de los más importantes para los propósitos de este estudio son tener mayor estabilidad en los derechos de seguridad social por parte del trabajador, lo que le permite a éste, acceso seguro y sin costo adicional al servicio médico general y especializado. Éste es sin duda un importante factor positivo a la salud mental y física de las futuras madres.

Pero en la industria hay otro tipo de características que pueden tener una influencia perniciosa sobre la salud, tanto física como mental de las madres. Hay una mayor rigidez en las rutinas de trabajo, la jornada laboral mínima es de 8 horas diarias y en ocasiones son más por el sistema de pago de horas extras como el único recurso disponible para aumentar el salario; la semana de trabajo es de 7 días, y es común el manejo de sustancias tóxicas en la ejecución del trabajo diario. Otro factor son las limitadas posibilidades de continuidad y promoción del trabajador dentro de la estructura laboral de la industria, lo que en gran medida explica el fenómeno de la rotación en el empleo sobre todo en las maquiladoras.

Respecto a algunas de estas características, la información del *Cuadro 7* nos permite ver que una mayor proporción de obreras y empleadas industriales trabajaron durante el embara-

zo que las trabajadoras en los servicios y el comercio. Llama la atención que una proporción importante de las trabajadoras en todos los grupos estuvieron trabajando en etapas muy avanzadas de su embarazo, ya que entre el 28 y el 34 por ciento de ellas siguieron trabajando después del 7o. mes del embarazo. Sobresalen en este sentido las trabajadoras, tanto manuales como no-manuales ocupadas en los servicios y el comercio respecto a las obreras y empleadas en la industria. Esto puede deberse al hecho de haber en la mayoría de las plantas industriales una mayor supervisión por parte del sector salud en la aplicación de las licencias de maternidad entre sus trabajadoras <sup>7</sup> Es impresionante la alta proporción de embarazadas que trabajaron largas jornadas de trabajo a la semana. Más de tres cuartas partes del total de ellas cubrieron jornadas laborales por más de 40 horas semanales. Esto se dio sobre todo entre las trabajadoras de la industria donde la proporción alcanza el 87 por ciento entre las obreras y el 80 por ciento entre las empleadas. Peor aún, la cuarta parte de las obreras y las empleadas industriales trabajaron jornadas superiores a las 48 horas semanales.

Respecto a los períodos de descanso durante la jornada laboral, tenemos que en ninguno de los grupos el porcentaje de trabajadoras que dijo haber descansado más que antes de embarazarse, excede a la quinta parte. Entre las obreras únicamente el 13 por ciento de ellas tuvieron la oportunidad de tener más descansos durante su jornada que antes de embarazarse. Éstas son seguidas por las empleadas industriales y las trabajadoras no-manuales en los servicios y el comercio; ambos grupos con 20 por ciento de casos de mujeres con más descansos que antes

7 La Ley General del Trabajo en México establece 40 día de licencia por maternidad antes del parto y 40 días después del mismo. Las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social procuran ser estrictos en este punto entre todas las trabajadoras que son derechohabientes al mismo, pero en particular con las del sector industrial por las mismas condiciones de trabajo que prevalecen en las plantas.

de embarazarse (Véase *Cuadro 7*). En otro orden de factores que pudieran estar detrás de los hallazgos obtenidos sobre salud materno-infantil se presenta información en el mismo *Cuadro 7* sobre atención prenatal, el tamaño del último intervalo intergenésico y la estructura por edad de cada grupo de trabajadoras.

En materia de visitas a control prenatal tenemos que, en congruencia con lo anteriormente observado, las trabajadoras manuales son las que acudieron menos veces al control prenatal. Esta situación no se modifica al considerar la rama de actividad en que las mujeres desempeñan su trabajo, ya que tanto las obreras como las trabajadoras manuales del sector terciario presentan los porcentajes más elevados de casos con menos de cuatro visitas al control. Pero en esta ocasión, también podemos ver que entre éstas, las trabajadoras manuales de los servicios y el comercio presentan la peor situación por duplicar la proporción de obreras con menos de 4 visitas a control médico.

Sobre las variaciones entre las trabajadoras respecto al tamaño del último intervalo intergenésico tenemos que ambos grupos de trabajadoras manuales - en la industria y en servicios y comercio- presentan los porcentajes más altos de casos con intervalos intergenésicos cortos. Pero al parecer esto es más marcado entre las de los servicios.

También vale hacer notar que la proporción de trabajadoras no-manuales en servicios es casi la misma que las de las obreras con cerca de un 13 por ciento de casos con menos de 28 meses en el último intervalo intergenésico.

Finalmente, una característica que no podemos dejar de tomar en cuenta es la distinta estructura por edad que tienen estos diferentes grupos de mujeres trabajadoras. Con anterioridad se había hecho notar que las trabajadoras manuales son relativamente más jóvenes que las trabajadoras no-manuales. Al diferenciarlas por rama de actividad encontramos, como era de esperarse, que las obreras sean las más jóvenes con 62 % de mujeres menores de los 25 años; seguidas por las empleadas en

la industria con casi el 60 % de mujeres también menores de los 25 años. Mientras que ambos grupos de trabajadoras ocupadas en servicios y comercio tienen estructuras por edad menos jóvenes, pero sobre todo las ocupadas en actividades manuales en esta rama de la producción.

#### ***4.4. Cuarta y última conclusión***

El conjunto de los resultados obtenidos sobre el estado de la salud materno-infantil, la condiciones laborales y las características demográficas y de atención prenatal de los distintos grupos de la población femenina trabajadora nos permiten plantear como última conclusión lo siguiente.

Los resultados sobre la diferencial morbilidad sentida durante el embarazo entre grupos de trabajadoras parecen estar más relacionados con las condiciones etéreas, de atención prenatal y del tamaño al último intervalo intergenésico. Esto es en cuanto a las implicaciones de estos factores sobre el estado físico de la mujeres durante la gestación. De modo que son precisamente las mujeres que trabajaban en los servicios y el comercio las que dijeron haber tenido mayor morbilidad sentida durante el embarazo, habiendo sido estas mismas las que tuvieron menor atención prenatal y más casos de intervalos intergenésicos cortos, además de una estructura por edad menos jóvenes, sobre todo aquellas con actividades manuales en este sector de la producción.

En cambio, el resultado del embarazo, tanto en cuanto se refiere a la proporción de embarazos terminados en pérdidas por aborto o mortinato, como a la frecuencia de bebés con bajo peso al nacer, pareciera estar más relacionado con las condiciones de la actividad laboral y los antecedentes de pérdidas en la historia reproductiva de la mujer. Las trabajadoras de la industria fueron las que presentaron las condiciones más adversas de salud materno-infantil medida a través de los indicadores sobre el resultado del embarazo y el peso al nacer, al mismo tiempo



que fueron las que estuvieron expuestas a condiciones laborales más extenuantes, especialmente en el caso de las obreras.

## **Comentario Final**

Los hallazgos obtenidos en este estudio se derivan de un nivel de análisis muy general, por lo que éstos deberán ser puestos a prueba en un estudio posterior más detallado, controlando los múltiples efectos intervinientes que se derivan de las características sociales y demográficas de las mujeres incluidas en el estudio. No obstante su sencillez, estos resultados nos plantean un aspecto importante sobre la salud materna de las trabajadoras que está más allá del caso particular de Tijuana. Es claro que las mujeres que trabajan presentan importantes diferencias en su salud materna dependiendo de su inserción laboral en distintos sectores de la economía, pero sobre todo de la manualidad en el empleo que desempeñan. Y, en este sentido parece ser importante la consideración conjunta de estas dos características del empleo femenino. Esta situación se da, no obstante de tratarse de una población de trabajadoras que tienen acceso al mismo tipo de servicios de salud como es el IMSS. Las distintas condiciones en el trabajo, a las que alude la manualidad versus la no-manualidad en el empleo, permiten discriminar entre mayores o menores esfuerzos físicos a los que se vieron sometidas las embarazadas en el desempeño de su trabajo. A esto hay que sumarle las variantes que tiene el desempeño del trabajo manual, sobre todo, en espacios de trabajo tan diferentes como son la fábrica de los muy variados que se dan en el sector terciario, que van desde una oficina, un hotel, un restaurante, hasta un trabajador por cuenta propia en el comercio ambulante. Asimismo, por ser el tipo de trabajo un indicador del nivel socioeconómico del individuo, podemos decir que estamos hablando de trabajadoras que pertenecen a grupos sociales distintos a los que además se asocian muy

diferentes niveles de educación y niveles de ingreso que, a su vez, muy probablemente se vinculan a distintas calidades de vida, valores y niveles de información sobre la importancia del cuidado de la salud y, en particular, de la salud reproductiva.

Es por esto que un análisis más detallado sobre la salud materna entre mujeres trabajadoras deberá tomar como punto de partida su comportamiento diferencial según la manualidad en el empleo y el sector de la producción en el que se inscribe. Sin estos dos aspectos no podría contextualizarse, socialmente hablando, la importancia de los distintos factores que intervienen sobre la salud materno-infantil de la población femenina trabajadora.

**CUADRO No. 1 IMSS-Tijuana: Características sociales y demográficas de mujeres embarazadas de 15 a 49 años de edad y de sus hogares, según su condición laboral y manualidad en el empleo.**

Características	TRABAJADORAS			Amas de casa
	Manuales	No manuales	Total	
<b>1) Edad</b>				
15-19 años	20	12.3	16.8	19.3
20-24 años	37.8	39	38.1	37.5
25-29 años	23.6	27.6	25.5	24.2
30-34 años	10.3	12.5	11.1	11.6
35-39 años	5.5	6.7	6	4
40-49 años	2.8	1.9	2.5	3.4
<b>2) Estado civil</b>				
Unidas	47	32.2	41	34.8
Casadas	39	55.3	45.6	63.8
Sin pareja	14	12.5	13.4	1.4
<b>3) Educación</b>				
0-5 años	16.7	6.1	12.6	17.7
6-8 años	71.4	52.5	63.4	69.4
9 y más años	11.9	41.4	23.8	12.9
<b>4) Lugar de nacimiento</b>				
Baja Calif. o EU	17.9	25.5	20.9	25.6
Otro lug. de Méx.	82.1	74.5	79.1	74.4
<b>5) Ocup. cónyuge</b>				
Manual	83.3	58.6	73.3	74.2
No manual	16.7	41.4	26.7	25.8
<b>6) Principal contribuidor económico del hogar</b>				
Cónyuge	33.9	28	31.7	96.4
Ella/pareja	61.8	69.1	64.5	1.5
Otro	4.3	2.9	3.8	2.1

Fuente: Encuesta "Condición social de la mujer y salud reproductiva en Tijuana, B.C."; Instituto Mexicano del Seguro Social/Colegio de la Frontera Norte, Primavera de 1993

**CUADRO No. 2 IMSS-TIJUANA: Ciclo conyugal, fecundidad y características del embarazo actual de mujeres de 15 a 49 años de edad, según su condición laboral y manualidad en el empleo**

Características	TRABAJADORAS			
	Manuales	No manuales	Total	Amas de casa
<b>1) Ciclo conyugal</b>				
0-2 años	43.2	48.3	45.2	40.6
3-5 años	18.4	17	17.9	25.8
6 y más años	38.4	34.7	36.9	33.6
<b>2) Hijos nacidos vivos 1</b>				
0-1	51.1	61.6	55.3	34.1
2 a 3	35.1	31.1	33.4	50
4 y más	13.8	7.3	11.3	15.9
<b>3) Con alguna pérdida, aborto ó mortinato 2</b>				
	27	23.6	25.7	23.5
<b>4) Orden del embarazo actual 3</b>				
Primero	40.6	50.5	44.4	26.1
2o.-3o.	39.9	37.2	38.7	50.6
4o. o mayor	19.5	12.3	16.9	23.3
<b>5) Último Intervalo intergenésico</b>				
Menos de 17	7.7	5.2	6.7	13.8
17-27 meses	6.7	6.6	6.7	13.8
28 y más	85.6	88.2	86.6	72.4
<b>6) Atención prenatal al 7o mes de embarazo</b>				
0-3 veces	8.1	4.3	6.8	18.8
4-5 veces	33.3	31.4	32.5	38.4
6 y más veces	58.6	64.3	60.7	42.8

1 Se refiere el número total de hijos nacidos vivos incluyendo el actual.

2. Se refiere al haber tenido en toda su vida al menos un aborto, y pérdida o hijo nacido muerto, incluyendo el actual en caso aplicable.

3. Se refiere al intervalo cerrado por el evento actual que puede ser un hijo nacido vivo, mortinato o aborto y el nacimiento del último hijo nacido anterior al evento actual.

**Cuadro No. 3 IMSS-TIJUANA: Proporción de mujeres que tuvieron algún padecimiento de salud en distintos momentos del embarazo, según su condición laboral y manualidad en el empleo.**

Tipo de padecimiento o morbilidad	TRABAJADORAS			
	Manuales		No manuales	
	Total	Amas de casa	Total	Amas de casa
	707	479	1186	1410
ANEMIA	18.1 22.7	23.4 25	20.4 23.6	22.1 17.6
DOLOR ABDOMINAL INTENSO	15.7 29.7	18.1 37.7	16 32.6	15.9 18.6
HINCHAZÓN DE CARA, MANOS, PIERNAS Y PIES	43.8 80.0	45.1 81.5	44.4 80.6	47.9 84.5
SANGRADOS	18.2 17.1	22.5 20.4	20 18.6	13.1 32.4
TEMBLORES Ó CONVULSIONES	2.4 41.2	1.9 22.2	2.2 34.6	2.2 48.4
PRESIÓN ALTA	8.1 57.8	11.3 61.1	9.4 59.5	10.9 66.9
PRESIÓN BAJA	15.1 38.3	15.7 29.3	15.3 34.6	15 37
INFECCIONES URINARIAS	28.6 37.1	35.7 29.8	31.5 33.6	30.3 49.9

Fuente: Encuesta: "Condición social de la mujer y salud reproductiva en Tijuana, B.C."; Instituto del Seguro Social/Colegio de la Frontera Norte, primavera de 1993".

El número de la derecha en cada columna indica el número de casos considerando el momento de aparición del padecimiento. Para anemia y dolor abdominal intenso se refiere al número de casos aparecidos durante el primer trimestre; y para el resto durante el último trimestre del embarazo.

Cuadro No. 4 IMSS-TIJUANA: Resultado del embarazo y peso al nacer de los hijos sobrevivientes de mujeres de 15 a 49 años de edad, según su condición laboral y manualidad en el empleo.

Características	TRABAJADORAS			
	Manuales	No manuales	Total	Amas de casa
<b>RESULTADO DEL EMBARAZO</b>				
<b>TOTAL</b>	553	352	919	1158
	100	100	100	100
			801	1068
<b>HIJOS NACIDOS VIVOS</b>				
	85.2	90.2	87.2	92.3
<b>MORTINATO</b>				
	1.2	1.1	1.2	0.9
<b>PÉRDIDA/ABORTO</b>				
	13.6	8.7	11.6	6.8
<b>PESO AL NACER 1</b>				
	471	323	801	1069
<b>TOTAL</b>	100	100	100	100
<b>A TÉRMINO (2500 Y MÁS GR.)</b>				
	96.2	96.3	96.2	95
<b>PREMATURO (1000 A 2499 GR.)</b>				
	3.6	3.7	3.7	4.7
<b>INMADURO (500 A 999 GR.)</b>				
	0.2	0	0.1	0.3

Fuente: Encuesta "Condición social de la mujer y salud reproductiva en Tijuana, B.C."; Instituto del Seguro Social/Colegio de la Frontera Norte, primavera de 1993.

1. No se consideran nacimientos múltiples.

**Cuadro 5. IMSS-TIJUANA: Proporción de trabajadoras que tuvieron algún padecimiento de salud en algún momento del embarazo, según manualidad en el empleo y rama de la actividad (%).**

TIPO DE MORELIDAD	TRABAJADORAS MANUALES			TRABAJADORAS NO MANUALES	
	TOTAL	INDUSTRIA	SERVICIOS/ COMERCIO	INDUSTRIA	SERVICIOS/ COMERCIO
ANEMIA	20.4	17.1	22.5	14.4	27.2
DOLOR ABDOMINAL INTENSO	16	14.7	20.2	12.2	17.8
HINCHAZÓN DE CARA, MANOS, PIERNAS Y PIES	44.4	43.9	43.4	48.2	43.5
SANGRADO	20	17.6	21	21	23.4
TEMBLORES O CONVULSIONES	2.2	1.9	4.7	2.9	1.5
PRESIÓN ALTA	9.4	7.3	11.8	10.1	11.5
PRESIÓN BAJA	15.3	14.4	18.6	12.2	17.2
INFECCIONES URINARIAS	31.5	28.2	30.2	27.3	39.3

Fuente: Encuesta "Condición social de la mujer y salud reproductiva en Tijuana, B.C."; Instituto del Seguro Social/Colegio de la Frontera Norte, primavera de 1993.

CUADRO No. 6 IMSS-TIJUANA: Resultado del embarazo y peso al nacer de los hijos sobrevivientes de trabajadoras de 15 a 49 años de edad, según manualidad en el empleo y rama de actividad económica.

CARACTERÍSTICAS	TRABAJADORAS MANUALES		TRABAJADORAS NO MANUALES	
	INDUSTRIA	SERVICIOS/ COMERCIO	INDUSTRIA	SERVICIOS/ COMERCIO
RESULTADO DEL EMBARAZO	459	94	108	248
TOTAL	100	100	100	100
HJOS NACIDOS VIVOS	85.6	83	89.8	90.3
HJO NACIDO MUERTO	1.5	0	0.9	1.2
PÉRDIDA/ABORTO	12.9	17	9.3	8.5
PESO AL NACER 1	393	78	97	224
TOTAL	100	100	100	100
A TÉRMINO 2500 Y MÁS GR.	95.6	97.4	95.9	96.4
PREMATURO 1000-2499 GR.	3.8	2.6	4.1	3.6
INMADURO 500-999 GR.	0.3			

Fuente: Encuesta: "Condición social de la mujer y salud reproductiva en Tijuana, B.C."; Instituto del Seguro Social/Colegio de la Frontera Norte, primavera de 1993"



CUADRO No. 7 IMSS-TIJUANA: Carga de trabajo, edad y atención prenatal de trabajadoras embarazadas de 15 a 49 años de edad, según manualidad en el empleo y rama de la actividad.

CARACTERÍSTICAS	TRABAJADORAS MANUALES			TRABAJADORAS NO MANUALES	
	TOTAL	INDUSTRIA	SERVICIOS/ COMERCIO	INDUSTRIA	SERVICIOS/ COMERCIO
	1184	578	129	139	338
<b>1) TRABAJO DURANTE EL EMBARAZO</b>					
SI	92.1	93.6	88.4	90.8	91.4
NO	7.9	6.4	11.6	9.4	8.6
<b>2) ÚLTIMO MES DEL EMBARAZO EN QUE TRABAJÓ</b>					
HASTA 6o. MES	28.7	24.4	30.2	33.1	34.9
7o. MES	42.4	47.2	40.3	39.1	31
8o. - 9o. MES	28.9	28.4	29.5	27.8	34.1
<b>3) HORAS DE TRABAJO A LA SEMANA</b>					
HASTA 40	21.7	13.5	34.8	20.2	31.1
41 - 48	58.4	60.1	53.8	54.8	58.7
49 Y MÁS *	19.9	26.4	11.6	25	10.2
<b>4) DESCANSO ADICIONAL DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO</b>					
* IGUAL QUE ANTES DEL EMBARAZO	82.9	87.2	79.8	80	77.6
* MÁS QUE ANTES DEL EMBARAZO	17.1	12.8	20.2	20	22.4
<b>5) EDAD</b>					
15-19 AÑOS	18.8	21.8	11.6	10.8	13
20-24 AÑOS	38.1	40.3	26.3	49	35
25-29 AÑOS	25.5	22.8	27.1	23	29.8
30-34 AÑOS	11.1	8.8	17.1	11.5	12.7
35-39 AÑOS	6	4.3	10.9	5	7.4
40-49 AÑOS	2.5	2	7	0.7	2.3
<b>6) ATENCIÓN PRENATAL AL 7o. MES DE EMBARAZO</b>					
0 A 3	6.8	6.8	14.5	1.9	5.2
4 A 5	32.5	33.7	31.3	28.5	33.5
6 Y MÁS	60.7	59.5	54.2	71.6	61.3
<b>7) ÚLTIMO INTERVALO INTERGENÉSICO 1</b>					
MENOS DE 17 MESES	6.7	7.7	7.4	2.7	6.3
17-27 MESES	6.7	6	10.6	7.2	6.3
28 Y MÁS MESES	86.6	86.3	82	90.1	87.4

Fuente: Encuesta: "Condición social de la mujer y salud reproductiva en Tijuana, B.C."; Instituto del Seguro Social/Colegio de la Frontera Norte, primavera de 1993.

1. Se refiere al intervalo cerrado por el evento actual que puede ser un hijo nacido vivo, mortinato o aborto y el nacimiento del último hijo nacido vivo anterior al evento actual.

## Obras consultadas

Córdoba C., Alejandro et al. "Cambios demográficos y sus repercusiones sobre los problemas de salud de la población trabajadora femenina urbana" En: Jennifer Cooper, Teresita de Barbieri et al. *Fuerza de trabajo femenina urbana en México, características y tendencias*. México, UNAM. Coordinación de Humanidades, Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, 1987.

Oficina Sanitaria Panamericana. "El enfoque de riesgo en la atención perinatal y materno-infantil" *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol, 92 No. 6, 1982. pp. 482-491.

Carrillo V. Jorge (coordinador general), *Mercados de trabajo en la industria maquiladora de exportación: síntesis del reporte de investigación*. México, Secretaría del Trabajo y Previsión Social y El Colegio de la Frontera Norte, 1991. 1a. edición.

Carrillo J. y Mónica Jasis. *La salud y la mujer obrera en las plantas maquiladoras: el caso de Tijuana*. Tijuana, CEFNO-MEX, 1983.

Cruz Piñeiro, Rodolfo "Mercados de trabajo y migración en la frontera norte: Tijuana, Ciudad Juárez y Nuevo Laredo". En: *Frontera Norte*, vol. 2, num. 4, julio-diciembre de 1990.

Denman, Catalina. *Industrialización y maternidad en el Noroeste de México*. Gaceta # 10, México, El Colegio de Sonora, Cuadernos de Trabajo 2, Julio-Septiembre de 1990. pp 1-6.

——— "La salud de las obreras en la maquila: el caso de Nogales, Sonora". En: Guillermo de la Peña, Juan Manuel Durán et al. (compiladores) *Crisis, conflicto y sobrevivencia: estudios sobre la sociedad urbana en México*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara y CIESAS, 1990. pp 229-255.

Denman, Catalina. "Indicadores de salud-enfermedad: el caso de riesgo reproductivo en obreras de la maquila". En: Eduardo Menéndez y Javier E. García de Alba (compiladores) *Prácticas populares, ideología médica y participación social*. Aportes sobre Antropología Médica en México. Guadalajara, Universidad de Guadalajara- CIESAS, 1992. pp 117-136.

Figuroa Damián, Ricardo, Enrique Segura y Gerardo Casanova. "La infección urinaria y su importancia en la mujer embarazada". En: *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*. año 14 vol. 14 no. 1, 1994.

García, Brígida y Orlandina de Oliveira. *Vivencias sobre la maternidad y el trabajo en sectores medios y populares urbanos*. México, El Colegio de México, marzo 1991. (Mimeo).

Garza, Victoriano. "Riesgos ambientales para la salud materno infantil en la frontera Estados Unidos-México". Simposio: *Bases para el futuro: la salud de la familia en la frontera mexicano-estadounidense*. El Paso, Texas, 1993.

Guendelman, Sylvia. "Mujeres trabajadoras y la industria maquiladora". Simposio: *Bases para el futuro: la salud de la familia en la frontera mexicano-estadounidense*. El Paso, Texas, 1993.

Guillén, Tonatiuh. "Servicios públicos y marginalidad social en la frontera norte". En: *Frontera Norte*. Vol. 2, num. 4, julio-diciembre de 1990.

Lara, Ma. Asunción "Incorporación de la mujer al trabajo remunerado: repercusiones para su salud reproductiva". En: Fundación Ford, *Agenda para la investigación y la acción sobre la salud reproductiva de la mujer en México*. (En prensa).

Ojeda de la Peña, Norma (coordinador general). *Reporte técnico de la encuesta "Condición social de la mujer y salud reproductiva en Tijuana, B.C."*. Departamento de Estudios de Población, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte, 1993 (Mimeo).

——— "Perfil sociodemográfico de la población femenina en Tijuana y uso de servicios médicos en salud reproductiva: el caso del IMSS en Tijuana". Trabajo presentado en: *Table Ronde: la Frontière Mexique-Etats Unis: Mutations Économiques, Sociales et Territoriales*. París, Francia. ASP CNRS/ORS-TOM, 1993.

Salinas M. Ana Ma, Carlos Martínez et al. "Percepción de sintomatología común durante embarazo, puerperio y lactancia". En: *Salud Pública de México*, mayo-junio de 1991, vol. 33, no.3.

Sánchez, Roberto "Condiciones de vida de los trabajadores de la maquiladora en Tijuana y Nogales". En: *Frontera Norte*. Vol. 2, num. 4, julio-diciembre de 1990. Sistema Nacional de Salud. *Recursos y Servicios; Boletín de Información Estadística*, No.12, 1992.

*Mortalidad, salud y discurso demográfico*, se terminó de imprimir el 21 de junio de 1996 en la imprenta Juan Pablos, S.A., Mexicali 39, México 06100, D.F. Su composición fue hecha en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Se imprimieron 500 ejemplares en papel cultural de 70 gramos con tipos 10/12 y Times New Roman. La edición estuvo a cargo de Carmen A. León Saavedra; formato y tipografía de Carlos Béjar Cano.



Producto del Seminario “Investigación Multidisciplinaria en Población y Salud”, en esta obra se plantean, entre otras cuestiones:

- La relación entre demografía y discusión teórico-epistemológica.
- Cómo el descenso de la mortalidad general e infantil ha afectado la estructura de la mortalidad por causas.
- Cuál es la relación entre reproducción y salud desde la perspectiva de los derechos humanos.
- Si la salud es un bien público o privado, un derecho o una mercancía, y cuál es su papel en el desarrollo.

Temas que, por una parte, abren caminos multidisciplinarios en los estudios de población y, por la otra, integran el análisis a la construcción del conocimiento multidisciplinario.



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias**  
Cuernavaca, Morelos