

"LA MORTALIDAD: PRODUCTO DE LADESIGUALDAD SOCIAL"  
René A. Jiménez Ornelas\*

\* Investigador Titular A. Instituto de Investigaciones Sociales  
UNAM.

## ANTECEDENTES GENERALES.

La muerte de los mexicanos ha seguido un ritmo continuo de disminución, desde hace 50 años. Este ritmo no ha sido el mismo para hombres o mujeres y la intensidad de la disminución varía si se trata de un grupo de edad u otro, y según si la entidad federativa presenta determinadas condiciones socioeconómicas. Las diferencias se acentúan al abordar el análisis de los grupos sociales al interior de esas entidades federativas.

Un resultado significativo, que ha sido comprobado en la investigación sociodemográfica, es que el aumento de los años promedio de vida de la población mexicana, desde 1920 y hasta 1940 se debió fundamentalmente a los cambios económicos y sociales que transformaron las condiciones de vida, puesto que la incorporación de las nuevas tecnologías médicas ocurre hasta después de los años cuarenta (Jiménez, R., 1988; Morelos, J., 1973).

De 1940 a 1980 los ritmos de disminución son distintos, las "reducciones más importantes se presentaron entre 1950 y 1960, mientras que las reducciones más lentas ocurren en los años sesenta... (En la década de los setenta se experimenta un ligero impulso y para 1980 se muestra la existencia de una alta sobremortalidad mexicana concentrada en los estratos más desfavorecidos de la sociedad. Esta sobremortalidad puede entenderse como la ocurrencia de fallecimientos originados por las desigualdades del país... En los primeros años de los ochenta

se modifica la evolución observada en la década de los setenta , donde la mortalidad de las mujeres desciende en forma mucho más rápida. Ahora son los hombres adultos los que obtienen mayores ganancias." ( Camposortega, S., 1990)

Los resultados permiten describir las relaciones generales y los cambios de la mortalidad, pero es un hecho que existe gran escasez de investigaciones para la mayoría de los grupos etarios y sus factores determinantes. En el caso de la mortalidad de menores de un año (mortalidad infantil), se ha profundizado más en estas relaciones, sin embargo, se han mantenido estereotipos sobre los factores que operaron y operan sobre la tendencia de la mortalidad infantil .Lo anterior ha producido que en las investigaciones se trate de buscar el determinante o los determinantes, olvidando el enfoque global y las distintas determinaciones e interrelaciones que van desde lo biológico, lo social, lo económico, lo demográfico, hasta lo cultural.

A las carencias anteriores, habrá que agregar la falta de investigaciones específicas sobre grupos sociales con alto riesgo de mortalidad infantil, en particular de grupos indígenas, ya que, no sólo se desconocen los factores sociales, económicos y demográficos relacionados con esta mortalidad y los niveles que alcanzan su mortalidad, sino que sistemáticamente estos grupos no han sido considerados en las investigaciones basadas en encuestas nacionales, lo que imposibilita , cuando menos, tener un acercamiento de su mortalidad actual.

En este momento, se desconoce la relación entre crisis

socioeconómica y abatimiento de mortalidad general y de mortalidad infantil. Se supone, que " el efecto negativo de la crisis se está dando probablemente en la segunda mitad de la década (de los ochenta)"( Camposortega, S., 1990). Se carece de investigación continua sobre el impacto que esta crisis ha tenido en los distintos grupos sociales, principalmente en aquellos donde las condiciones de vida son las más pauperizadas y la mortalidad infantil es de las más elevadas de la población.

En los trabajos realizados, así como en algunas investigaciones recientes, la desigualdad social aparece como algo presente en los análisis. Sin embargo, no se plantea a la desigualdad social en su dimensión de causa-efecto, y en ella a la mortalidad, en particular la mortalidad infantil, como resultado de las desigualdades sociales. En este trabajo, lejos de resolver estos problemas, presentamos algunas reflexiones que forman de la investigación que estamos desarrollando.

Por último, hay que destacar un problema de doble dimensión, los datos del censo de población aún no han sido publicados para la mayoría de las entidades federativa y la información de estadísticas vitales con que se cuenta es hasta 1987. En consecuencia, la distancia entre los datos preliminares censales de 1990 y las proyecciones nacionales e internacionales a nivel de entidad federativa, se pueden producir diferencias significativas, situación que al tener los datos censales por

---

1 La información con que se dispone es la proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática INEGI, en una cinta magnética y que corresponde al año de 1987.

grupo de edad, se podrán estimar los impactos que se tienen en las tasas de mortalidad y por causas de muerte. Por esta razón, el presente trabajo constituye un intento reflexivo, que podrá alimentarse empíricamente cuando se cuente con la información pertinente.

La otra dimensión, esta en la falta de información pertinente sobre factores económicos, sociales e ideológicos culturales, que sirvan a un marco conceptual donde incorpore a los procesos anteriores, principalmente el proceso cultural, para la explicación de la mortalidad.

#### LA DESIGUALDAD SOCIAL Y DIFERENCIACION SOCIAL: SITUACION ACTUAL DE LA SOCIEDAD MEXICANA

El diccionario de sinónimos y antónimos de la Lengua Española establece que uno de los sinónimos de desigualdad es diferenciación, lo cual, disminuye una de las angustias personales al enfrentarse a un concepto de tal complejidad como el de Desigualdad Social. De ninguna manera intentamos substituirlo por el de Diferenciación Social, pero si posibilita un acercamiento a una de las dimensiones de la Desigualdad Social.

Al consultar la Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales dice: " La diferenciación social se puede dividir en diferenciación entre grupos y diferenciación dentro de cada grupo. Las llamaremos intergrupales e intragrupal respectivamente. La diferenciación intragrupal consiste en la división de un grupo

en subgrupos que desempeñan funciones diferentes sin ser superiores o inferiores unos a otros... Cuando tales subgrupos se ordenan en una jerarquía de <<superiores>> a <<inferiores>> la diferenciación se convierte en estratificación... La diferenciación intergrupal, por otra parte, aparece en los millones de grupos o sistemas sociales organizados, semiorganizados o <<como si estuviesen organizados>>, en los que se divide y estructura la población humana".

La diferenciación social permite llegar empíricamente a una de los aspectos de la desigualdad social. Ya que, el concepto de desigualdad social abarca diversas dimensiones; que van desde las estructuras sociales; las estructuras de posibilidades de acceso; las estructuras de oportunidades; hasta el tiempo generacional; y el espacio en donde el individuo se ubica.

Para poder abordar las diferenciaciones sociales a las que se enfrenta la población mexicana y en ellas la resultante mortalidad diferencial según el grupo social, requiere de la descripción de los procesos sociales, económicos y demográficos que dan lugar al comportamiento de esa mortalidad. En este sentido, se establece " que la defunción va más allá de ser un hecho biológico y de que las transformaciones de esta mortalidad, se logren únicamente por las acciones y modificaciones de un sólo factor social, económico, cultural o demográfico". (Hernandez, H., y Jiménez, R., 1991). La mortalidad es en si misma un proceso social inmersa en un proceso social más general con determinaciones e interrelaciones complejas.

Los procesos sociales y económicos que ocurrieron en la sociedad mexicana durante cuarenta y cinco años (1933-1981), se caracterizaron por un proceso acelerado de crecimiento, sin embargo "a partir de 1982 (se ha ) vivido la más severa y prolongada crisis económica desde el final de la etapa armada de la Revolución Mexicana...En tan sólo seis años (1982-1987) el producto por persona ha caído 16%; el desempleo abierto ha sido creciente y, a finales de 1987, se calcula superior a los cinco millones de personas; el salario real de los trabajadores será en este último año sólo una fracción (60%) del que habían logrado en 1981; la moneda se ha devaluado en más de cien veces en estos seis años y la inflación alcanzó tres dígitos en 1986 y 1987..A diferencia de lo que sucedió en 1982-1983, cuando la caída de la actividad económica en el país se da después de varios años de auge, el colapso de 1986 viene después de cuatro años de crisis y de esfuerzos gubernamentales por superarlas." ( Tello,C., 1989)

En una encuesta realizada en 1977 (Encuesta de Ingreso Gasto) alrededor del 35% de los hogares tenían ingresos inferiores al salario mínimo vigente. " La mayor parte de los hogares con ingresos inferiores al salario mínimo, de acuerdo a la Encuesta, eran campesinos y trabajadores agrícolas en las áreas rurales, y miembros del denominado sector informal de las zonas urbanas(fundamentalmente ocupados en actividades del comercio y servicios personales) ( Lustig, N., 1989)

Para 1990 y los meses transcurridos de 1991, la situación no ha cambiado en algunos de los rubros sociales más importantes, si

bien la inflación ha disminuido, está se ha dado sin cambios fundamentales en el bienestar social para la población. Por el momento un sólo ejemplo, la participación de los salarios en el Producto Interno Bruto en 1980 representaba un 36.1% , en 1983 fue de 29.3% y para 1988 de 25.9%. En 1988 el salario mínimo real representó únicamente el 51.3% del correspondiente a 1981 y para 1990 solamente el 44.6%. ( Aguilar, J., 1991).

Hablar de la crisis económica profunda, es englobar los antecedentes fundamentales de una severa crisis en la década anterior. La agricultura mexicana atraviesa una "crisis agonizante que arruina a miles de personas mientras que la situación en el sector capitalista es la de una crisis de transición no de extinción" ( Bartra, R., y Otero,G.,1988).

El crecimiento de la actividad agrícola de 1940 a 1945 fue a una tasa de 3.5% anual y de 5.6% hasta 1956. A finales de los cincuenta bajo a 2.5% anual y para principios de los setenta la crisis exploto. " puesto que el campesinado pobre es responsable de una gran parte de la producción, es evidente que cualquier situación crítica en su economía tiene una repercusión inmediata en la economía agrícola nacional . El problema es que, el desarrollo del eficiente sector capitalista no produce lo suficiente como para alimentar a la sociedad mexicana. Además ha reorientado su producción hacia cultivos comerciales para la exportación , para usos de materia prima industrial y hacia cultivos no básicos o de "lujo"... , la única salida fue la importación de alimentos a costa de un endeudamiento público

externo mayor. El boom petrolero de 1978-1981 no fue más que un corto receso en esta tendencia. " ( Bartra,R.,y Otero, G.1988)

En 1970 se inicia una declinación de los cultivos más importantes. El maíz producido se desplomó en 1972 y hasta el inicio de la década de los ochenta se incrementó, en estos días de agosto de 1991 se ha declarado oficialmente que somos autosuficientes con la producción de 14 millones de toneladas, sin embargo, según diferentes estimaciones han demostrado que las necesidades alimenticias de este grano, para la población mexicana es de 17 millones. La situación anterior, nos debe hacer precavidos en festinar algunos anuncios oficiales, que como tantos, una vez terminado el ciclo sexenal se aclaran las brechas entre lo oficial y lo real.

A los problemas anteriores, se les agregan los relacionados a la distribución .El 10% de la producción de granos se pierde como consecuencia de los inadecuados medios de transporte y almacenamiento.

La salud y la educación son dos aspectos vinculados estrechamente con la morbilidad y mortalidad de la población. Estos aspectos pueden ser ilustrativos sobre las consecuencias que la crisis ha tenido en las condiciones de vida. El sentir es que, las condiciones de vida de grandes grupos de la población se han deteriorado.

Un indicador que sirve para evaluar la tendencia en la protección de la salud y la instrucción escolar de los mexicanos, es la proporción que se les destina del Gasto Público: en 1982 el gasto

en educación fue de 86 con respecto al destinado a 1981; en 1985 de 67; en 1987 de 47; 1988 subió a 68; y para 1989 de 68. Lo anterior es la muestra de que no se han alcanzado los niveles en el gasto destinado a la educación en 1981. Un hecho describe la situación deteriorada de las familias mexicanas, "entre 1981-1984 ha habido un descenso en el número de niños matriculados en el primer grado de educación primaria, descenso bastante superior al que podría explicarse por la baja en la tasa de crecimiento de la población: entre 1981 y 1984 el descenso total estimado en la población en edad escolar es de -3.7%, mientras que la disminución total en el número de niños matriculados en el primer grado para el mismo periodo fue de -7.9%" (Lustig, N., 1989)

Con respecto a la salud : en 1982 el gasto destinado fue de 86 con respecto al destinado para 1981 (es decir si hacemos 1981=100); en 1985 de apenas 65; en 1987 de 49; en 1988 de 64; y en 1989 de 76. A pesar del reconocimiento de la prioritaria función de este rubro en su relación con el aumento de la productividad, tampoco se menciona la posibilidad de aumentar el gasto correspondiente, que también fue costreído en alto porcentaje; y aunque al igual que en educación, ha aumentado en terminos absolutos en los últimos años, en 1989 es todavía marcadamente inferior al de ocho años antes y su monto total constituye sólo el 8.4% del destinado al servicio de la deuda pública, pese a que hoy la población que demanda este servicio es mayor" (Balboa, F., 1991). Un hecho significativo, es el aumento en la proporción en las tasas de mortalidad y morbilidad infantil

que venían disminuyendo, antes de 1981: en el ISSSTE, la proporción de causas de muerte relacionadas con deficiencias nutricionales ha aumentado: el número de niños menores de un año que sufrieron de "crecimiento fetal tardío, desnutrición e inmadurez fetal", aumento en términos tanto absolutos como relativos: en 1981, los niños que registraron estos problemas representaron el 5.7% del número total de niños enfermos; esta cifra aumentó a 7.8% en 1982, 7.9% en 1983 y 12.4% en 1984" (Lustig, N., 1989).

Para redondear estas cifras presentamos algunas consideraciones de la UNICEF sobre México: la erogación para salud disminuyó de 1.2% del presupuesto de 1983, a 1% en 1987. De 62% en 1975 de la población que tenía el servicio de agua potable, se pasó a 74% en 1983 y 77% en 1987. " De este último porcentaje se indica que 89% de las zonas urbanas del país tienen agua potable y sólo 47% la tienen en las áreas rurales. El nivel del poder de compra en 1989 era de la mitad del registrado en 1980: la evolución que ha sufrido el salario mínimo en los últimos años, acentuó la pobreza absoluta y realativa" . Se estima que 40 millones de mexicanos viven en la pobreza de subsistencia y 20 de ellos en la pobreza extrema. La incidencia de la pobreza extrema, en cambio, ha permanecido estable, en alrededor de 22% de la población, aunque la nueva caída del salario ( 8% en 1989), el leve rezago de los precios de garantía aunado a las pésimas cosechas ( y las condiciones descritas anteriormente de la producción agrícola) sugieren que esta debe haber aumentado. (La Jornada\ 23\7\91)

## DESIGUALDAD SOCIAL Y MORTALIDAD EN MEXICO.

Los primeros análisis que encontraron diferencias de mortalidad entre poblaciones con determinadas características socioeconómicas, se cuestionaron sobre la existencia de mayor o menor mortalidad urbana-rural. Se indica como punto crítico 1950, ya que antes de este año, la mortalidad urbana "registrada" superaba a la rural, este resultado se presentó en México, pese a "la casi total carencia de servicios médicos". Posteriormente la mortalidad del medio urbano ha logrado igualar y aún ser inferior a la del medio rural. " Otro punto es el de saber si existen disparidades en los niveles de mortalidad entre distintas regiones del país. Partiendo de una regionalización político-económica del país en ocho regiones", se encontró: " Si bien ( la regionalización hacen referencia a diferencias geográficas)... estas diferencias coinciden, en general, con diferencias de carácter socioeconómico entre las regiones: las de mayor desarrollo poseen los niveles de mortalidad inferiores."(Alba,F.,1977).

En 1973 se elaboró un estudio de las desigualdades de la mortalidad según la distribución geográfica del ingreso per capita. Dentro de los análisis de las diferencias se tomaron en cuenta los cambios diferenciales en el empleo por entidad federativa, que al convararlos con la distribución del ingreso per capita, permite, según Morelos, dar una idea de las

diferencias en las condiciones de vida. Con los resultados del trabajo se demuestra el proceso del "dualismo" regional o la concentración de las actividades económicas más dinámicas en unas cuantas entidades federativas, de 1940 a 1960. En especial, los cambios en la mortalidad infantil mexicana," existe evidencia que indica que el comportamiento económico de las entidades parece estar asociado con los niveles y los cambios de mortalidad infantil, particularmente durante los años cincuenta. Dado que estas entidades registran los niveles más elevados del ingreso per capita y el crecimiento relativo del ingreso más alto, predominan los más bajos niveles de mortalidad infantil y registran cambios más rápidos en esta variable." (Morelos, J., 1973).

A pesar de las severas críticas que ha tenido el estudio de las causas de muerte por medio de la clasificación internacional, en cinco grandes grupos, las estimaciones permiten un acercamiento general de las diferenciaciones sociales que se dan en las distintas entidades federativas. El grupo I (Enfermedades infecciosas y parasitarias): en el periodo de 1950 a 1975 ha sido el que más ha contribuido al descenso de la mortalidad general. Sin embargo, en entidades con menor desarrollo social y económico, las tasas de mortalidad por estas causas es prácticamente el doble de lo que sucede en el Distrito Federal y Nuevo León, al principio del periodo y para 1975.

El grupo II (tumores malignos): en el mismo periodo constituye la menor aportación a la mortalidad general, esto se debe

probablemente a la novedad en el diagnóstico de la enfermedad, ya que para el " diagnóstico de este tipo de enfermedades se requieren recursos tanto materiales como humanos de primer orden , lo que indica que en este grupo puede faltar un buen número de defunciones mal diagnosticadas" (Pérez . J., 1984).

El grupo III ( Lesiones vasculares que afectan el sistema nervioso central, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, enfermedades del aparato circulatorio): estas causas de muerte han tenido un comportamiento similar en las distintas entidades federativas, con escaso ritmo de disminución en las tasas de mortalidad por estas causas. Se mantiene una superioridad de este grupo de causas en las entidades como el Distrito Federal y Nuevo León, con respecto a entidades como Oaxaca.

El grupo IV ( Causas violentas): es importante observar que el comportamiento de este grupo de causas de muerte, describe que la violencia como generador de la mortalidad mexicana no es exclusivo de las zonas urbanas, ya que si bien los accidentes por vehículos de motor han aumentado y los accidentes laborales se han disminuido, los homicidios y suicidios también han aumentado. En las áreas urbanas han disminuido su tasa de mortalidad por estas causas, mientras en Oaxaca se han incrementado ligeramente entre 1950 a 1975.

Para 1986, se llevó a cabo un análisis de las principales causas de muerte por entidad federativa. Se encontró entre los principales resultados que: en el sur y centro del país se registró una diferente estructura de causas de muerte, a la

observada en el norte y el valle de México. En la frontera norte predominio de ciertas enfermedades crónico degenerativas; en el centro del país padecimientos infecciosos( infecciones intestinales y neumonías); en el sureste, se combinanan las enfermedades infecciosas y las causas violentas ; y en el resto de las entidades se dan una heterogénea combinación de causas de muerte. "Esta estructura de causas de muerte es,por cierto, una de las más claras manifestaciones de las desigualdades sociales. En ella se reflejan, entremezclados, ciertos desenlaces de las circunstancias en las que transcurre la vida de los distintos grupos de población." (Martínez, C., 1990)

Se ha aceptado en los diversos sectores académicos y no académicos, que la mortalidad infantil ( mortalidad de los niños menores de un año)es un buen indicador de la salud y de las condiciones de vida de una sociedad, en un tiempo y en un lugar determinado. Lo anterior es de suma importancia en países donde aún se registran niveles elevados de mortalidad en estas edades, como es el caso de la población mexicana. Además, constituye uno de los indicadores que mejor muestra los resultados de las profundas diferenciaciones sociales en el país.

La Encuesta Nacional Demográfica permitió estimar la mortalidad de los niños menores de dos años, dentro de la cual se incluye a la mortalidad infantil, según algunos factores sociales: la mayor mortalidad de estos niños se registró en las localidades de menos de 20,000 habitantes y la menor en las areas metropolitanas; D.F, Monterrey y Guadalajara. Se encontró " que existe una diferencia

de aproximadamente 73.0 defunciones por mil nacidos vivos entre las clases ( sociales) de mayor y menor mortalidad. Esta abismal diferencia se expresa en forma dramática en la esperanza de vida al nacimiento. Así mientras que la nueva pequeña burguesía tiene una esperanza de vida de 70 años, la de los asalariados agrícolas sólo llega a 56.7 años, es decir, más de 13 años de diferencia. Esta desigualdad podría estar expresando no sólo la que existe entre las clases sino también la que se deriva de la pertenencia a contextos geoeconómicos distintos (rural-urbano)."( Bronfman, M., y Tuirán, R., 1983). En terminos de mortalidad de menores de dos años, para la nueva pequeña burguesía fue de 31.3 por mil nacidos vivos y para los asalariados agrícolas de 104.2 por mil. Los resultados que se obtuvieron con la forma de análisis de "clases sociales y mortalidad infantil", sin duda, constituyeron una forma explicativa de mayores alcances, comparado con el estudio de diferencias según factores aislados, por ejemplo, escolaridad y mortalidad infantil.

Al analizar las condiciones de la vivienda y la mortalidad infantil, utilizando la información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud , se observó que en las viviendas sin agua entubada, sin luz eléctrica, sin drenaje, la mortalidad es 2.4 veces mayor que las viviendas que contaron con esos servicios.( ENFES 1987 en Jiménez, R. 1989). Con respecto a la escolaridad, se encontró que " el descenso más fuerte en las probabilidades ( de muerte infantil)se observa en el paso de primaria incompleta a primaria completa: la diferencia es de 22 muertes por mil nacidos

vivos. Pero la distancia más alarmante se presenta entre la primera y la última clasificación: mientras un niño menor de un año fallece entre las mujeres que tienen un nivel de escolaridad de secundaria y más, son tres los que mueren entre las mujeres que no las tienen" ( Cervantes, A., 1989).

La ENFES permitió aclarar algunas relaciones sobre la edad de la madre y la mortalidad, como elementos de la diferenciación social: a) la mayor mortalidad infantil de mujeres adolescentes puede deberse, en realidad, a que las mujeres en estas edades tienen productos de bajo peso al nacer y porque en la encuesta las madres adolescentes con varios acontecimientos, están sobrerrepresentados los nacimientos con intervalos cortos; y b) " las características socioeconómicas de la mayoría de las madres adolescentes determinan un patrón de comportamiento que se asocia con riesgos incrementados de mortalidad. Así por ejemplo, el 44.1 por ciento de los nacimientos mal espaciados de las madres de 15 a 19 años se concentran en comunidades de menos de 2500 habitantes. De éstos el 69.3% son de madres con 0 a 3 años de escolaridad...En cuanto al efecto de la edad en el otro extremo de la vida reproductiva sobre la mortalidad, se ha reportado que las edades avanzadas están asociadas con un exceso de mortalidad neonatal y sobre todo, fetal tardía, aun controlando por una serie de variables socioeconómicas y de uso de servicios..., los riesgos relativos de que los bebés de mujeres de 35 y más años mueran respecto a los de las mujeres de 20 a 34 años de edad, decrecen al pasar del periodo fetal tardío, al neonatal y al

postneonatal." La paridad, u orden del nacimiento, se ha comprobado que los nacimientos de orden uno están expuestos a un exceso de mortalidad infantil, independientemente de la edad de la madre." En este estudio se pudo constatar que los primeros nacimientos tienen una tasa de mortalidad fetal tardía más elevada que los de orden subsecuente, sólo en el caso de las adolescentes...( para) paridades de cinco en adelante, si hay un exceso de mortalidad fetal tardía debido a problemas intraparto"(Bobadilla J.L., y Schalaepfer, L., 1990).

En una investigación, con información del IMSS, se observaron algunas de las relaciones generales anteriores y en general la mortalidad perinatal y la condición reproductiva de la madre. " Los modelos ajustados muestran la importancia de controlar el efecto de otros determinantes de la mortalidad, a fin de no sobrevalorar la influencia de las variables biorreproductivas. Se encontró que parte importante de las diferencias observadas en la mortalidad de los dos grupos de condición reproductiva se deben a factores socio-económicos, a la condición de salud de la madre y al tipo de atención médica durante el embarazo. No obstante, las variables de la condición reproductiva tienen una influencia significativa, ya que aun las asociaciones ajustadas apuntan a una duplicación del riesgo de mortalidad cuando la condición no favorable se acompaña de espaciamientos extremos." Aquí habrá que preguntarse ¿ En que tipo de mujeres y de que grupos sociales son las que presentan condiciones reproductivas no favorables y que se acompañan de espaciamientos extremos?." El incremento en la

mortalidad neonatal, asociado a los espaciamientos cortos, se debe de manera casi exclusiva a un aumento en la letalidad debida a problemas relacionados con la prematuridad y la desnutrición en útero. Los intervalos largos solamente parecen ejercer una influencia a través de un aumento de la mortalidad fetal, y más moderadamente sobre las anomalías congénitas y las condiciones maternas que afectan el producto" (Rabago, A., et al., 1990).

Los resultados anteriores, así como los cuestionamientos a los mismos, proporcionan una imagen de los avances que se tienen sobre el conocimiento de la mortalidad, en particular la de menores de un año, y de como las diferenciaciones sociales han producido las desigualdades en la mortalidad de distintos grupos sociales, analizados según factores sociales, económicos, demográficos y biorreproductivos. Es evidente que aun faltan mayores y más profundos análisis, tanto para el mejoramiento de la información, como en la discusión teórica de la relación entre desigualdad social y mortalidad. Dentro de este aspecto, es necesario el estudio de grupos sociales específicos, donde se ha encontrado que se registran los mayores niveles de mortalidad, en particular la infantil, y que se han denominado de alto riesgo en esta mortalidad. Habrá que agregar que sobre la mortalidad de otros grupos de edad únicamente se ha avanzado en estimaciones generales y prácticamente nada en cuanto a los factores asociados a esa mortalidad.

Han sido realmente pocas las investigaciones que han abordado el estudio de la mortalidad infantil ( y de menores de cinco años) y

los factores sociales, económicos y demográficos que más directamente están asociados con esta mortalidad, en grupos sociales específicos de alto riesgo. En los primeros años de 1980 se llevó a cabo una investigación en tres grupos sociales: dos de alto riesgo y el otro con condiciones de vida generales y de salud superiores a los niveles de sobrevivencia: un grupo campesino del Municipio del Carmen, Tlaxcala; un grupo en la periferia de la Ciudad de México, los dos de alta mortalidad infantil; y un grupo obrero que trabajaba y habitaba en el Combinado Industrial Sahagún, Hidalgo, presentaba estabilidad en el trabajo, prestaciones sociales y de salud por arriba de las que presentaba la población mexicana en esa época. Se encontró que el grupo campesino ( jornaleros, pequeños propietarios, ejidatarios y servidores de servicios personales: vendedores de alimentos y pequeñas mercancías) era de hasta 3.4 veces mayor que la del grupo de Ciudad Sahagún. Y 3 veces mayor que el grupo "marginal urbano" de la Ciudad de México. Un resultado de la mayor importancia fue : al analizar los factores económicos, sociales y demográficos más directamente relacionados con la mortalidad de menores de cinco años, para el grupo obrero ningún factor fue discriminador de un mayor o menor nivel de esta mortalidad, es decir ni la escolaridad de la madre, ni la edad al tener su primer hijo, ni las condiciones de la vivienda aparecieron como factores directamente relacionados a mayor o menor mortalidad. En los campesinos y "marginales urbanos", los factores que sistemáticamente determinaron una mayor mortalidad

fueron: la edad de la mujer al primer hijo nacido vivo, el intervalo intergenésico y el tamaño de la familia; los factores sociales y económicos fueron: la escolaridad de la madre, atención médica y el ingreso del jefe de la familia. En este estudio, se encontró que las mujeres campesinas que tuvieron sus hijos antes de los 17 años, con menos de 3 años de enseñanza primaria, sin posibilidades de atención médica y con un intervalo promedio entre un hijo y el otro, menor a 26 meses, fueron las mujeres en donde se presentó el mayor riesgo de mortalidad de sus hijos menores de cinco años.

La investigación sobre los riesgos para la salud infantil y preescolar, en un municipio predominantemente agrícola y tecnológicamente más atrasadas del Estado de México ( para este estudio se seleccionaron únicamente las localidades de Noxtepec y San Martín). En este grupo social se encontró una razón de sobrevivencia ( hijos sobrevivientes / hijos nacidos vivos) de 43% de los hogares, en estos se registró al menos una defunción de niños menores de cinco años. En cuanto a la prevalencia de enfermedades:" El tipo de padecimientos reportados para los menores de 5 años muestra el clásico perfil que suele observarse para la población rural: infecciones respiratorias y digestivas como principales causas, seguidas en tercer lugar por los padecimientos dermatológicos... En cuanto a la distribución diferencial de la morbilidad de acuerdo a las características consideradas, las principales diferencias se dieron con respecto a variables que se refieren a la ubicación del niño dentro de la

familia, y a ciertas características de la unidades domésticas en las que habitan."Así los hijos del jefe del hogar registraron niveles de prevalencia superiores que los nietos, aunque los niños de familias extensas reportaron niveles más elevados que los de las nucleares... Los niños de unidades que han diversificado sus actividades mostraron las más elevadas tasas de prevalencia, las más bajas correspondieron a los de unidades exclusivamente no agrícolas, mientras que en las exclusivamente agrícolas se registraron tasas de un nivel intermedio. ( la migración también fue un factor de menor morbilidad)... Por el otro lado, variables como el sexo del niño, el nivel de escolaridad y la condición de actividad de la madre, el promedio de hijos por mujer y la razón de sobrevivencia inter-unidad no reflejaron diferencias importantes en este caso."( Martínez, C., 1990).

En una reciente investigación sobre la relación entre mortalidad infantil y las condiciones de vida de las familias, " en particular de la existencia concentrada de la mortalidad infantil en aquellas familias donde han ocurrido dos o más muertes infantiles". Bronfman y Tuiran encontraron que " entre las mujeres que han sufrido la pérdida de un hijo menor de cinco años, a una de cada tres se le ha muerto más de un hijo de esa edad... Por su parte, Romero (1990) confirma el 5% de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo, agrupan más de la mitad de las muertes infantiles, y estos decesos ocurren con independencia del orden de nacimiento, lo que contradice

afirmaciones contenidas en los programas de planeación familiar. Se destaca que las madres que trabajan son las que no cuentan con el apoyo familiar: abuelas, tías, hermanas, etcetera. Bronfman, por su parte, encuentra que la aparición de multimortalidad está significativamente relacionada a las características de la estructura y el proceso familiar. A este respecto destaca la existencia de familias " disfuncionales", los conflictos conyugales y la ausencia de redes de apoyo familiar y vecinal." (Hernandez, H., y Jiménez, R., 1991)

En las últimas investigaciones se dan primeros intentos por incorporar algunos elementos de la estructura familiar, que están más relacionados a factores de índole cultural, que hasta este momento no se habían considerado en la investigación socioedemográfica sobre la mortalidad infantil y preescolar. Un esfuerzo sustantivo de incorporar esos elementos de observación antropológica, lo constituye el estudio de dos grupos sociales del Estado de Guanajuato. Los dos grupos sociales elegidos son de los considerados de alto riesgo en mortalidad de menores de cinco años: un grupo campesino de jornaleros, medieros, ejidatarios y pequeños propietarios, ubicados en el municipio de San Luis de la Paz y en dos localidades circunvecinas; y un grupo marginal urbano, de trabajadores por cuenta propia relacionados a la industria zapatera, y trabajadores prestadores de servicios personales; vendedores de alimentos y pequeñas mercancías, que habitaban en la periferia de la Ciudad de León. Se encontró que en ambos grupos se experimentó un ritmo de disminución de la

mortalidad de sus hijos menores de cinco años, la mayor disminución se registró en el grupo marginal urbano. El grupo campesino presentó el mayor nivel de mortalidad en estas edades en 1980-1982. Los factores que sistemáticamente aparecieron como discriminadores de una mayor mortalidad fueron : intervalo intergenésico y la edad al tener su primer hijo; y las sociales , la escolaridad de la madre y el tipo de atención médica habitual. En la observación antropológica se encontró que la multimortalidad se presentó únicamente en una familia de cada grupo social( para este tipo de observación, se investigaron 7 familias en cada grupo social), y en las cuatro restantes del grupo campesino y en las tres del marginal urbano, únicamente se registró una defunción de menores de cinco años. En el marginal urbano el 100% de las defunciones fueron niñas y en el campesino el 86%. Las características de percepción, práctica y acciones hacia la enfermedad y la mortalidad infantil y preescolar, se relacionaron estrechamente con la estructura familiar. Lo anterior se observó claramente en la familia de mayor mortalidad en el grupo marginal urbano, que en terminos relativos no presentó las peores condiciones socioeconómicas, pero que no presentó apoyo familiar y sus percepciones y prácticas higienicas y alimenticias fueron deficientes, escaso conocimiento sobre atención de la enfermedad. Esta problemática constituye una línea de investigación futura, habrá que profundizar como se relacionan factores económicos y sociales a aspectos culturales de la estructura familiar, en aquellos grupos sociales de mayor

riesgo de mortalidad, y que marcan las diferencias en mortalidad en familias de un mismo grupo social.

El ritmo de disminución de la mortalidad y los factores económicos, sociales, demográficos y culturales, relacionados con este comportamiento que se han estudiado, explican que lejos de desaparecer las desigualdades entre entidades, regiones y entre grupos sociales, estas se han incrementado.

#### DIFERENCIACION SOCIOECONOMICA DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS Y PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD: EJEMPLO DE CUATRO ENTIDADES CON NIVELES DESIGUALES DE DESARROLLO 1987.

Con el objeto de analizar, con la última información disponible (1987), la situación que se ha generado entre el desarrollo desigual en distintas entidades federativas y las principales causas de muerte, se observarán en cuatro entidades las diferencias y su significado según las principales causas de mortalidad. Se eligieron los estados de Oaxaca, como el de menor desarrollo; Morelos como de nivel intermedio; y Nuevo León y el Distrito Federal como los representantes de los niveles mayores de desarrollo socioeconómico.

Los resultados que aquí se presentan, son parte de un estudio más general sobre las diferencias sociales de la mortalidad y sus causas de muerte, por edad y sexo. En un primer trabajo se presentaron las principales causas de muerte de la mortalidad infantil, para las distintas entidades federativas. La estructura

de causas de muerte se analizó según dos indicadores fundamentales: escolaridad del que presentó la mortalidad de los niños menores de un año, y el tamaño de la localidad donde se registró la muerte. El camino seleccionado tuvo por objeto recuperar una de las fuentes "condenadas" para el análisis de las diferenciaciones sociales y su resultado en la estructura de causas de muerte, por medio de la información oficial de las estadísticas vitales. (Hernandez, H. y Jiménez, R., 1991)

En 1980-1982, las tres primeras causas de muerte registradas fueron los Accidentes, Enfermedades del Corazón; y las Infecciones Intestinales Mal Definidas. (Fernandez, R., 1986). Los cambios significativos en la estructura de las 10 principales causas de muerte son: Los Accidentes pasan al segundo lugar; Las Enfermedades del Corazón al primero; y los Tumores Malignos pasa del quinto lugar al Tercero. Las Infecciones Mal Definidas pasan del tercero al cuarto lugar. Lo interesante es que en este periodo a nivel nacional se mantienen las mismas diez principales causas de muerte, aunque con cambios en el lugar que ocuparon en 1987( Ver Cuadro 1).

Al analizar la estructura de causas de muerte, de las cuatro entidades seleccionadas, se observan los siguientes cambios significativos :El Distrito Federal y Nuevo León las cuatro principales causas están íntimamente relacionadas a las características de entidades con un mayor desarrollo socioeconómico: Enfermedades del Corazón, Tumores Malignos, Diabetes Mellitus y Accidentes. En ambas entidades las Anomalías

Congenitas aparecen dentro de las diez causas principales, lo que viene a confirmar la importancia que adquiere esta causa, cuando las infecciosas y parasitarias disminuyen su aportación a la mortalidad infantil. Para el D.F. las Infecciones Intestinales Mal definidas dejan de estar en la diez principales causas de muerte y, para Nuevo León baja hasta el noveno lugar.

La situación es distinta para Morelos y Oaxaca, en donde se registra a las enfermedades infecciosas mal definidas en el cuarto y primer lugar respectivamente; los Accidentes y los Homicidios causas violentas se presentan entre las cinco principales causas. La aparición de la Tuberculosis como decima causa de muerte, cuando a nivel nacional a bajado hasta el quinceavo lugar, muestra que los riesgos de esta enfermedad estan presentes en situaciones precarias como presenta el estado de Oaxaca, principalmente en sus zonas rurales. ( Ver Cuadros 2,3,4 y 5).

Se puede concluir que México, esta lejos de encontrarse en una etapa de transición epidemiológica característica de los países desarrollados, ya que, la presencia de enfermedades características de "subdesarrollo" , como son las enfermedades infecciosas, Tuberculosis, Influenza y Neumonía , son causas de muerte que a nivel nacional están entre las primeras veinte y para estados como Nuevo León y D.F. siguen como de las principales aportadoras de la mortalidad mexicana. Las causas violentas no son características de la urbanidad, puesto que, en los estados rurales la violencia adquiere fortaleza natural. Así

como las defunciones por Enfermedades del Corazón están entre las primeras tres causas en Oaxaca y Morelos. Las diferencias entre la estructura de estas dos entidades refleja la mayor situación de pobreza de la primera.

Al utilizar la información de Estadísticas Vitales de 1987 sobre la escolaridad y el tamaño de localidad, para elaborar "estratos sociales", nos permite observar el comportamiento graficamente para el Estado de Puebla, en este caso de las muertes violentas. La presentación de esta distribución de las causas violentas, tiene por objeto ilustrar el tipo de investigación que estamos realizando con la información de causas de muerte por grupo de edades y entidad federativa. Los estratos quedaron como sigue: Estrato I ; Primaria completa o menos que habitan localidades menores de 20,000 habitantes; Estrato II Algún año de secundaria y más que habitan en localidades de menos de 20000 habitantes; Estrato III Primaria completa y menos que habitan en localidades de más de 20000 habitantes; Estrato IV Algún año de secundaria y más que habitan en localidades mayores de 20000 habitantes; Estrato V No especificado.

En todas las causas de muerte violentas el estrato I (primaria completa y menos que habitan en localidades menores de 20000 habitantes) se registra el mayor porcentaje de las muertes violentas ( Puebla el 48.8%)

El siguiente estrato donde se registra la mayor parte de muertes violentas es el de " mejores condiciones ( Secundaria y más que habitan en las zonas mayores de 20,000 habitantes). Este

resultado sugiere que la violencia no es exclusiva de las poblaciones de las áreas urbanas menos escolarizadas, sino también de las rurales menos escolarizadas. Lo anterior representa un camino para la investigación de los cambios de las causas de muerte producidas por las desigualdades sociales. Los resultados anteriores se confirman para el total de la República Mexicana.

#### CONSIDERACIONES FINALES.

La Desigualdad Social y su efecto en el comportamiento de la mortalidad en países con una creciente diferenciación social de sus los grupos poblacionales, como es el caso de México, traspasa las fronteras de lo académico y de los programas-políticas sociales. Se convierte en una razón de transformación y de derechos humanos indispensable de cualquier sociedad. No es posible que con el conocimiento que se tiene de los niveles y de los determinantes de la mortalidad mexicana, en la mayor parte de los grupos etarios, prácticamente se desconocen las consecuencias que la crisis económica del país ha repercutido en grandes grupos de la población.

Un primer paso que debemos dar, es la discusión teórica de los conceptos fundamentales para profundizar en las complejas relaciones entre la estructura social y la estructura familiar, así como de los requerimientos empíricos que los marcos

conceptuales necesitan. Para desarrollar el objetivo anterior, se debe partir de la utilización de la información oficial, que fuentes como las estadísticas vitales proporcionan al análisis de las diferenciaciones sociales y la mortalidad. Se tendrá que avanzar en la estimación de los niveles actuales de la mortalidad en las diferentes unidades de análisis, priorizando el estudio de los grupos considerados de alto riesgo en mortalidad infantil y preescolar. En forma complementaria se deberá generar la información general y específica de las familias que pertenecen a los distintos grupos sociales.

Con las diferencias observadas entre entidades federativas con mayores niveles de desarrollo socioeconómico, como el D.F y Nuevo León y, entidades como Oaxaca y Morelos, sobre la estructura de las principales causas de muerte, se logra un mosaico general del sentido y contenido de las causas de muerte que aun predominan en este país y que tienen estrecha relación con las condiciones de desigualdad social que se han experimentado en las diferentes regiones de México. Lo fundamental de esta presentación es la de llamar la atención del esfuerzo titánico que es necesario llevar a cabo, para lograr el cambio de estructuras de causas de muerte que involucren precisamente esa terrible desigualdad social. Los resultados presentados y las evidencias obtenidas de otros estudios, permiten concluir que la pretendida transición epidemiológica, que tanto se anuncia, es uno más de los buenos deseos, que logros reales obtenidos.

Finalmente, es necesario reafirmar que la prioridad de estudio y

de explicación de la morbilidad y mortalidad es de mayor urgencia en aquellos grupos sociales donde las condiciones de vida se han deteriorado más y, donde los niveles de la mortalidad infantil y preescolar posiblemente se han deteriorado también.

## BIBLIOGRAFIA

- Aguilar García Javier. Trabajadores: sufragio de Gratitud. La Jornada Laboral. Año I, Número 7. México 30 Agosto 1991.
- Alba Francisco. La Población de México: evolución y dilemas. El Colegio de México. México 1977.
- Balboa Reyna María. Capacitación y productividad. La Jornada Laboral. Año I, Número 7. México 30 Agosto 1991.
- Bartra Roger y Gerardo Otero. Crisis agraria y diferenciación social en México. En Revista Mexicana de Sociología. Año L/Núm.1

Enero-Marzo 1988. IISUNAM. México.

Bobadilla José Luis y Schlaepfer Loraine. Patrones reproductivos y mortalidad infantil, interpretaciones alternativas. En Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Pública. Volumen 32, núm.4. México Julio-Agosto de 1990.

Bronfman Mario y Tuiran Rodolfo. La desigualdad social ante la muerte: Clases Sociales y mortalidad en la niñez. En Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo. UNAM, COLMEX, PISPAL. México Noviembre 1983.

Camposortega Sergio. La mortalidad en los años ochenta. En Revista Mexicana de Sociología. La Población de México en los años ochenta. IISUNAM. Año LII/Núm.1. Enero-Marzo 1990.

Cervantes Carson Alejandro. En busca de la explicación (variables socioeconómicas en el estudio de la mortalidad en la niñez). En Investigación Multidisciplinaria de la Mortalidad y Morbilidad en Niños Menores de Cinco Años. Jiménez O. René. Coordinador. CRIM-UNAM. México 1989.

ENFES. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987. Secretaría de Salud-Demographic and Health Surveys. México 1987.

Fernandez de Hoyos, R., "Evolución de las 10 principales causas de defunción en México de 1977 a 1982", Memorias de la XL Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, Villahermosa, 1986.

Hernandez B., Hector, Las muertes violentas en México. CRIMUNAM. México. 1989.

Hernandez B., Hector y Jiménez O., René, La estructura de las causas de muerte infantil: Diferencias Sociales: México 1986. II Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca Morelos. Enero 1991.

Jiménez, O., René. Diferenciación Social y Mortalidad en menores de cinco años en México. CRIM/UNAM. Cuernavaca Morelos. México 1988.

"Hasta cuando se llegará a treinta defunciones por mil" DEMOS. UNAM, México. 1989.

Procesos de Mortalidad en menores de cinco años en dos grupos sociales. Guanajuato, Causas de Muerte. Tesis de Doctorado (en proceso)

Lustig, Nora, Crisis económica y niveles de vida en México: 1982-1985. En México: Informe sobre la crisis (1982-1986), Carlos Tello (Coordinador).CIIH/UNAM.1989.

Martínez .,Carolina, Algunas consideraciones en torno a los riesgos para la salud infantil y preescolar: a partir de un estudio de caso. IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en Mexico, SOMEDE. México, Abril 1990.

Morelos, José B., "Diferencias regionales del crecimiento económico y la mortalidad en México, 1940-1960", Demografía y Economía 6(3) COLMEX. México 1973.

Pérez A., Javier, México: Mortalidad por causa, 1950-1975. En Los factores del cambio demográfico en México. Jiménez, R., y Minujín, A., (Coordinadores).Siglo XXI- Instituto de Investigaciones Sociales UNAM.1984. México 1984.

Rabago, A., et al. Fecundidad y Mortalidad Perinatal.Seminario Interrelación entre los factores demográficos. (mimeo)

Tello, C.,y González .,ntroducción. En México: Informe sobre la crisis (1982-1986). Carlos Tello (Coordinador). CIIH/UNAM. México 1989.

Walti, Carlos., Descomposición del cambio en la tasa bruta de natalidad en México en las décadas más recientes. En La Población de México en los años ochenta. Revista Mexicana de Sociología. Hernandez B., Hector y Jiménez O., René, La estructura de las causas de muerte infantil:Diferencias Sociales: México 1986.

II Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública.Cuernavaca Morelos. Enero 1991.

Jiménez, O., René. Diferenciación Social y Mortalidad en menores de cinco años en México. CRIM/UNAM. Cuernavaca Morelos. México 1988.

"Hasta cuando se llegará a treinta defunciones por mil" DEMOS. UNAM, México.1989.

Procesos de Mortalidad en menores de cinco años en dos grupos sociales. Guanajuato, Causas de Muerte. Tesis de Doctorado (en proceso)

Lustig, Nora, Crisis económica y niveles de vida en México: 1982-1985. En México: Informe sobre la crisis (1982-1986), Carlos Tello (Coordinador).CIIH/UNAM.1989.

Martínez ., Carolina, Algunas consideraciones en torno a los riesgos para la salud infantil y preescolar: a partir de un estudio de caso. IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, SOMEDE. México, Abril 1990.

Morelos, José B., "Diferencias regionales del crecimiento económico y la mortalidad en México, 1940-1960", Demografía y Economía 6(3) COLMEX. México 1973.

Pérez A., Javier, México: Mortalidad por causa, 1950-1975. En Los factores del cambio demográfico en México. Jiménez, R., y Minujín, A., (Coordinadores). Siglo XXI- Instituto de Investigaciones Sociales UNAM. 1984. México 1984.

Rabago, A., et al. Fecundidad y Mortalidad Perinatal. Seminario Interrelación entre los factores demográficos. (mimeo)

Tello, C., y González ., introducción. En México: Informe sobre la crisis (1982-1986). Carlos Tello (Coordinador). CIIH/UNAM. México 1989.

Welti, Carlos., Descomposición del cambio en la tasa bruta de natalidad en México en las décadas más recientes. En La Población de México en los años ochenta. Revista Mexicana de Sociología.