

Estratificación socioeconómica y salud materno infantil en México

Carlos Javier Echarri Cánovas

El Colegio de México

Resumen

El objetivo del artículo es el estudio de la salud de los niños en México, mediante un análisis que tenga como eje la diferenciación social, la atención a la salud materno infantil y la estructura familiar. Se argumenta la necesidad de prestar más atención al análisis de los determinantes que de los indicadores de salud, en virtud de las características de información disponible y de los niveles de mortalidad infantil. Un aspecto metodológico importante es que los estratos socioeconómicos actúan como variables intermedias tanto de las biodemográficas —edad, paridad y espaciamiento— como de la atención a la salud, por lo que el análisis de la mortalidad infantil no puede llevarse a cabo con las herramientas usuales, como las regresiones lineales, ya que se violaría el supuesto de la independencia de las variables explicativas. Al efectuar análisis por separado en cada estrato social vemos que los efectos de las variables consideradas son totalmente distintos. Si bien esto puede deberse al escaso número de eventos, ratifica nuestra hipótesis de que se debe proceder al análisis por separado en cada estrato, privilegiando la atención a la salud como la variable más importante.

Palabras clave: México, estratos socioeconómicos, atención a la salud, mortalidad infantil, estructura familiar.

Abstract

Socio-economic stratification and maternal and child health in Mexico

The objective of this article is the study of children's health in Mexico, through an analysis centred on social differentiation, maternal and child health care and family structure. It is argued and sustained that due to the characteristics of available data and mortality levels, it becomes necessary to pay more attention to the analysis of determinants, rather than health indicators.

An important methodological aspect is that socio-economic strata act as intermediate variables both, for bio-demographic ones — age, equality and spacing— and for health care, wherefore the analysis of child mortality cannot be carried out with usual analysis tools, like linear regressions, as the assumption of the explicative variables' independence would be violated. After analysing separately each social stratum, it can be seen that the effects of the variables taken into account are totally different. Even if this could be due to scarce number of events, it reinforces our hypothesis that it should be proceeded to separate analysis in each stratum, paying more attention to health care, as the main explicative variable.

Key words: Mexico, socio-economic strata, health care, infant mortality, family structure.

Introducción

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio, el cual pretende examinar las relaciones existentes entre la estratificación socioeconómica y la salud reproductiva. Aquí nos centraremos en la

salud materno infantil y la estructura familiar. Este proyecto es una iniciativa del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México y pretende establecer un diagnóstico de la salud reproductiva en México durante la década de 1990.

A partir del objetivo general del proyecto surgieron varios objetivos secundarios, entre ellos, el que nos ocupa: el estudio de la salud de los niños en México, por medio de un análisis que tenga como eje la diferenciación social. Para esto se hace necesario la proposición de un marco teórico que tome en cuenta explícitamente la estratificación, además de la estructura familiar, en el estudio de la salud infantil, la descripción y el análisis de la composición y de ciertas características de los hogares a partir de la información ofrecida por las encuestas por muestreo nacionales, el análisis de las relaciones entre la maternidad y el *status* de las mujeres en los hogares, el estudio de las características y los determinantes de la atención a la salud; además del análisis del efecto de la estratificación socioeconómica sobre la mortalidad y la consideración de ciertos elementos de la salud materna.

En un trabajo anterior, el análisis de los datos de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes) de 1987 permitió hallazgos importantes que apoyaban algunas de las hipótesis emitidas, sobre todo en lo que se refiere a la importancia de la inclusión de la estructura familiar en el análisis de distintos aspectos de la reproducción (nupcialidad, fecundidad y supervivencia de los hijos). Igualmente, permitió resaltar la riqueza de la información recogida por los cuestionarios de hogar, tradicionalmente ignorada. Sin embargo, también surgieron múltiples preguntas de investigación y cuestionamientos sobre los resultados obtenidos, principalmente acerca de su replicabilidad. Una limitación era la consideración de la diferenciación social, la cual no parecía haber sido adecuadamente considerada en los análisis, limitante común a gran número de análisis basados en encuestas sociodemográficas.

En efecto, y ante las dificultades para la obtención directa de datos que permitan poner a prueba hipótesis específicas sobre las relaciones entre la estructura familiar, la estratificación socioeconómica y la salud materno infantil, se decidió recurrir al análisis secundario, aprovechando la riqueza que existe en nuestro país en lo que se refiere a encuestas por muestreo. Así, la estrategia seguida en el diagnóstico antes referido consiste en analizar las encuestas realizadas en el ámbito nacional durante la década de 1990, con una serie de elementos de análisis comunes, entre los que destaca la propuesta de una variable de estratificación socioeconómica, tarea que corrió a cargo del autor.

Todas estas fuentes de datos presentan ventajas e inconvenientes, y su análisis nos permitirá ampliar el panorama de conocimientos sobre el tema que nos interesa. Los estratos socioeconómicos fueron contruidos a partir de tres dimensiones: condiciones materiales de las viviendas, escolaridad relativa promedio de los miembros del hogar y actividad mejor remunerada de los miembros del hogar. De su combinación surgieron cuatro categorías de estratos: muy bajo, bajo, medio y alto.

Para el presente trabajo se decidió trabajar con dos encuestas: la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (Enaplaf) de 1995 y la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (Enadid) de 1997. Esta decisión obedeció no sólo a lo reciente de su información, sino también a que sus cuestionarios permiten estudiar los efectos de los programas gubernamentales de salud materno infantil.¹ A pesar de que solamente la primera encuesta nos permite conocer el status de la mujer en el hogar,² la segunda incluye más elementos de lo que sucede durante el embarazo y parto, lo cual nos permite refinar nuestro análisis. Otro aspecto que nos llevó a analizar estas bases es que no buscamos establecer con precisión los niveles de indicadores negativos de la salud como morbilidad o mortalidad del modo que lo hacen la mayoría de estos instrumentos, sino ofrecer elementos para el estudio de lo que rodea al proceso salud-enfermedad, como forma de trascender el aspecto descriptivo. Este enfoque ha sido privilegiado en nuestro país, habiéndose obtenido notables avances sobre todo en lo que concierne a los niveles, tendencias y diferenciales de la mortalidad infantil. Sin embargo, como hemos visto en trabajos anteriores, aún nos falta mucho por conocer acerca de los determinantes de la mortalidad, de la misma manera que es muy poco lo que se conoce de la morbilidad. De esta manera, el interés del presente trabajo se centra esencialmente en la relación entre la salud materno infantil y varios de sus determinantes directos, como la atención a la salud y la estructura familiar, pero tomando como eje de análisis la estratificación social. De manera particular, nos interesa saber si las relaciones entre las variables explicativas se comportan de la misma manera en los distintos estratos. Para esto es necesario hacer explícitas las formas en que se da esta relación. Retomaremos ahora algunos puntos del marco conceptual propuesto en el proyecto para especificar los elementos que analizaremos en esta ocasión.

¹ Sus objetivos característicos pueden consultarse en el trabajo de Rojas y Lerner, 2002.

² En la Enadid los lazos de parentesco con el jefe se reducían a cónyuge, hijos, otros parientes y no parientes.

Salud, estructura familiar y estratificación social

En esta sección retomamos el marco conceptual que ha sido presentado en otros trabajos (Echarri, 1999 y 2003). En la investigación referente a la salud infantil se encuentran frecuentemente referencias a las características o a la organización de la familia, por ejemplo, las condiciones desfavorables asociadas a algunas categorías de mujeres, como las madres solteras (Cramer, 1987) o las adolescentes (Schlaepfer y Bobadilla, 1990), o bien, se formulan hipótesis sobre el rol de la estructura familiar en los fenómenos demográficos. Este sería el caso de la explicación propuesta por Caldwell (1979), por ejemplo, quien formula una conocida hipótesis sobre el papel que representa la estructura familiar en la determinación de los fenómenos demográficos, específicamente sobre la forma en que la instrucción de las mujeres modifica la estructura de poder dentro de los hogares. Palloni (1985) sugiere que los hijos de mujeres que disponen de una red social capaz de asegurar su cuidado y que pueden disfrutar de la experiencia de abuelas o de tías tienen menores riesgos de fallecer, independientemente del nivel socioeconómico.

Otro argumento para la consideración de las características familiares es la concentración de decesos infantiles en algunas familias, la cual aparece constantemente e independientemente de otros factores. Esta concentración ha sido observada en países en vías de desarrollo, como México (Bronfman y Tuirán, 1984; Bronfman, 1990), Sri Lanka (Meegama, 1980) o India (Das Gupta, 1990); al igual que en un estudio comparativo de los países intervinientes en la Encuesta Mundial de Fecundidad (Hobcraft *et al*, 1985), y en países industrializados, como Bélgica (Masuy, 1983), la Suecia del siglo XVII (Lynch y Greenhouse, 1994), o bien, en estudios de demografía histórica de Canadá (Lalou, 1992; Desjardins, 1992).

Estos elementos apuntan hacia la existencia de factores de riesgo ligados a las características de las familias, cuyo efecto sobre la supervivencia infantil se hace presente en interacción con otros factores, independientemente de los contextos socioeconómicos y demográficos. Este es precisamente el punto alrededor del cual se articula el proyecto de investigación: postulamos que la estructura familiar es una característica que debe ser tomada en consideración en el estudio de la salud infantil.

La investigación sociodemográfica nos ha enseñado que la familia constituye un elemento mediador entre el niño, los grupos sociales y el conjunto de la

sociedad. Todas las relaciones del niño con el mundo pasan por su familia. Sin embargo, a menudo la familia no es considerada como un elemento pertinente, por lo que no se construyen indicadores que nos permitan considerar algunos de sus aspectos que pueden afectar la salud infantil.

El tipo ideal de familia que aparece implícitamente en la mayoría de los análisis sobre la salud infantil es el de la familia nuclear, formada por una pareja y sus hijos. Esto presupone la identificación de la familia con el hogar, así como una división de labores muy marcada: el hombre dirige el hogar y debe cumplir las necesidades materiales de su familia, mientras que la mujer está encargada de todas las tareas domésticas y de la “gratificación afectiva”. Pero resulta que ella también es la responsable de la administración de los recursos del hogar, de los trabajos en el campo, del aprovisionamiento en agua, de la cocina, de la higiene de los niños y de la vivienda, al tiempo que es la proveedora de servicios básicos de salud para los niños y los ancianos (Brachet, 1993).

En la mayoría de los marcos conceptuales para el análisis de la salud infantil encontramos subyacente esta visión de la familia o del hogar; el término familia se utiliza sin mayor precisión sobre su sentido ni sobre sus posibles diversidades. Se trasplantan los modelos vigentes en los países industrializados a los países en vías de desarrollo. Las características de la familia que se consideran generalmente se reducen a la condición de actividad del padre, al nivel de instrucción de la madre o al nivel socioeconómico del hogar. Si bien éste es tradicionalmente medido a través del ingreso del jefe del hogar o de la presencia de ciertos bienes o servicios en la vivienda, aquí trataremos de trascender estos acercamientos con la propuesta de estratificación antes mencionada. Por ejemplo, lo que Hobcraft (1987) llama patrones de formación familiar (*family formation patterns*) ilustra claramente este problema de confusión conceptual; se trata de una tipología construida a partir de tres variables: edad de la madre al parto, orden del nacimiento e intervalo con el nacimiento anterior, pero que es aplicable a los nacimientos y no a las familias. Resulta muy útil para establecer los efectos conjuntos de cada una de estas tres variables sobre la mortalidad infantil y perinatal, sin embargo, no nos dice nada sobre los esquemas de procreación al interior de los hogares, ni sobre su formación su agrandamiento o su disolución. La visión de la familia en estos marcos es, pues, bastante restringida.

Pero además de lo anterior, consideramos que la posición que ocupan los individuos y los hogares a los que pertenecen en la estructura de la sociedad determina no solamente la exposición a riesgos, sino también las capacidades

de enfrentarlos, de prevenirlos y de tratar los daños a la salud. Esta diferenciación socioeconómica no se reduce al ingreso monetario, sino que de hecho está conformando grupos poblacionales con comportamientos demográficos diferentes, al estar asociados con diferencias importantes y permanentes, oponiéndose a coyunturales, en las variables intermedias de los distintos fenómenos demográficos y, en particular, de la atención a la salud y sus resultados en términos de morbilidad y mortalidad.

Por otra parte, es importante recalcar el hecho de que la salud es un concepto relativo, que depende de normas socioculturales que pueden cambiar en el tiempo y en el espacio.³ En el proyecto se prefirió utilizar la noción de un binomio, de un continuo entre los estados de salud y de enfermedad, el cual puede llegar a la muerte. En la figura 1 se presenta un diagrama con varios factores que intervienen: la resistencia y la exposición al riesgo, por un lado, y los cuidados a la salud, por el otro, los cuales afectan en el paso de un estado a otro. La forma como se dan estos efectos en un individuo dado depende también de toda una serie de otros factores sociales, económicos y culturales.

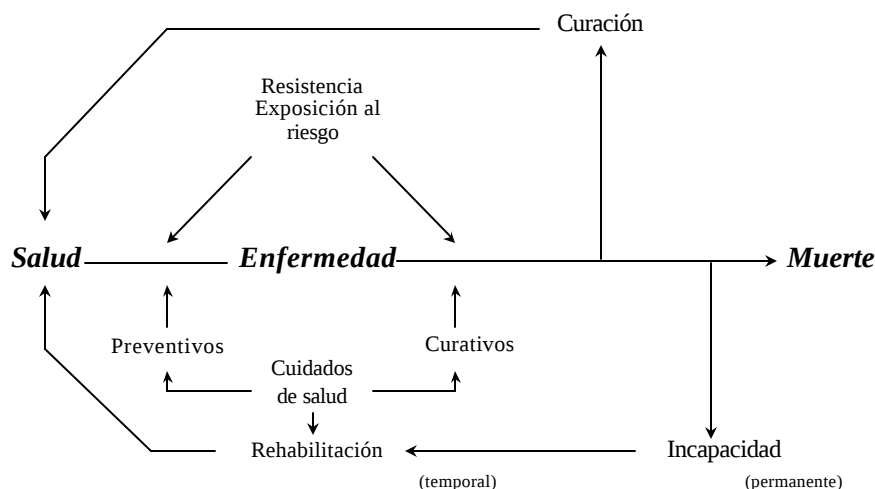


Figura 1

³ Son bien conocidos tanto la definición de la oms (el estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad), como los problemas a los que se enfrentan los investigadores cuando intentan hacer operacional esta u otras definiciones similares.

Conceptualizar así la salud-enfermedad ha llevado a la construcción de diversos marcos conceptuales para su estudio. Así, Henry Mosley y Lincoln Chen (1984) plantean —basándose en el esquema de variables intermedias de la fecundidad desarrollado por Kingsley Davis y Judith Blake (1956)— que existen una serie de variables a nivel macro que tienen un impacto sobre otra serie de factores que afectan directamente la salud de los niños. Este marco supone que las muertes infantiles son frecuentemente el resultado de episodios repetidos de infección y desnutrición, los cuales provocan emaciación y desmedro, es decir, falta de crecimiento y un aumento de la fragilidad. Según este marco conceptual, es posible considerar el estado de salud de un niño como la relación entre su desarrollo y un desarrollo óptimo. Las condiciones extremas de mala salud, que llevarían a la muerte, suponen la detención total del crecimiento, mientras que los episodios de morbilidad representan interrupciones cuyos efectos pueden ser más o menos graves.

Las medidas antropométricas (talla, peso y circunferencia del brazo) y sus desviaciones respecto a medidas estándar están entre los mejores indicadores del estado nutricional de los niños y pueden servir de medidas de su estado de salud. En su ausencia, situación frecuente en las fuentes de datos de países en desarrollo, otro acercamiento, con un enfoque más positivo y teniendo siempre en vista un ideal de salud, es el de medir las características y las condiciones requeridas para ser considerado como en un buen estado de salud; además de la ausencia de enfermedades,⁴ pueden considerarse como elementos de un buen estado de salud infantil: un buen estado nutritivo, crecimiento y desarrollo “normales” y un adecuado seguimiento médico del embarazo, del parto y del recién nacido, es decir, comportamientos preventivos y curativos apropiados de parte de las madres o de otros miembros del hogar.

Sabemos, por ejemplo, que los niños alimentados exclusivamente del seno materno por un lapso de cuatro a seis meses disponen de una mejor protección contra enfermedades infecciosas y parasitarias (Huffman y Lamphere, 1984); que el estado nutricional de las madres está relacionado con el peso al nacer de sus hijos (Maher, 1992); que los niños bien espaciados tienen mejores probabilidades de supervivencia (Hobcraft *et al.*, 1985), etc. Los niños que respondan a estas características podrían entonces ser considerados como con mejores posibilidades de tener una buena salud.

⁴ Incluyendo malformaciones congénitas y secuelas de accidentes o de enfermedades.

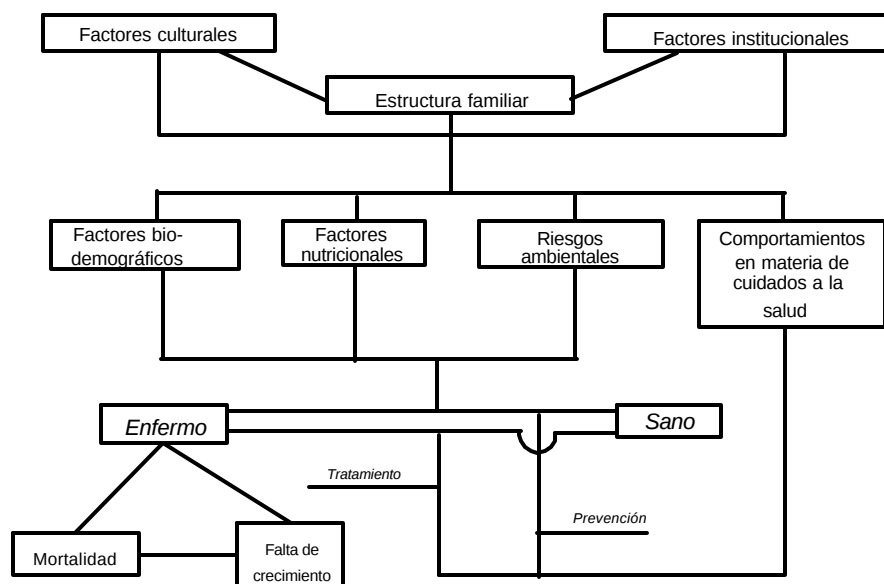


Figura 2

En el proyecto consideramos entonces a los cuidados a la salud como un elemento central del estado de salud de los niños. Pero no se trata solamente de los cuidados pediátricos, médicos o paramédicos, o de tratamientos preventivos o curativos; en un sentido más amplio, se incluyen también toda una serie de acciones como el amamantamiento, la alimentación complementaria, el cuidado diario, las prácticas de higiene, la disponibilidad misma de agua corriente o de letrinas, o aun de espacios donde los niños puedan jugar, comer, lavarse o dormir sin peligros de infecciones o de accidentes. Postulamos que la oferta de todos estos cuidados está afectada, además de las características individuales y familiares, por la posición de la madre al interior del hogar; un status dependiente se traducirá muy probablemente en una autonomía y una participación en la toma de decisiones reducidas, lo cual puede traer consigo consecuencias desfavorables para la salud de los niños.

En consecuencia, tomamos en consideración los comportamientos en materia de cuidados a la salud, de parte de las madres o de otros miembros del hogar, como un elemento que nos permite acercarnos a la relación entre la estructura familiar y diferentes indicadores de la salud infantil; éstos pueden ser el bajo peso al nacer, el estado nutricional, la reparación de deterioros físicos debidos a episodios de enfermedad o las probabilidades de sobrevivencia.

Para emprender el análisis de los comportamientos en materia de cuidados a la salud es necesario tomar en consideración el hecho que, aparte de las vacunaciones o la hospitalización, son las madres quienes administran a los niños los tratamientos prescritos por los médicos: en general, ellas prescriben y administran también los remedios caseros o tradicionales, deciden en qué etapa de una enfermedad se debe buscar ayuda externa al hogar o a la red social inmediata, y qué tipo de ayuda buscar. La aplicación correcta de la terapia de rehidratación oral en el caso de la diarrea, por ejemplo, exige mucho más de las madres y de la familia que de los médicos o de las enfermeras (Weiss, 1988). En general, el cuidado de la salud es una tarea reservada en todas las culturas a las mujeres y especialmente a las madres. Esto es reconocido en las estrategias sanitarias puestas en marcha por los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la UNICEF, al principio explícitamente, donde las madres son los objetivos principales de estos programas. Pero al responsabilizarlas así de la salud de sus hijos, además de culpabilizarlas y de ignorar las responsabilidades de otros miembros del hogar y de la sociedad en general (Brachet, 1992), se está trabajando con una hipótesis subyacente no sólo a las estrategias sanitarias, sino también a buena parte de la investigación sobre el tema: el altruismo materno (Whitehead, 1994). Este concepto se refiere a un conjunto de valores que hacen que los comportamientos de hombres y mujeres en el hogar y la familia sean diferentes. La característica principal de esta ideología es la construcción de la responsabilidad de la madre de ubicar la alimentación y el bienestar de sus hijos encima de toda otra consideración.⁵ Esto supone que la salud infantil es el objetivo prioritario de las madres, y que está por encima de todos los demás. El altruismo materno es una ideología,

⁵ Es necesario anotar que el sentimiento materno sólo se generalizó en Europa hasta fines del siglo XIX, acompañando la aparición de una actitud «moderna» de la familia y la sociedad hacia el niño. Al analizar el nacimiento de la familia moderna en el contexto de la Europa occidental, Shorter (1977: 20 y en general capítulo 5) afirma que “la buenas madres son una invención de la modernización. En la sociedad tradicional, las madres eran indiferentes al desarrollo y a la felicidad de sus hijos menores de dos años. En la sociedad moderna, ellas ponen el bienestar de sus bebés por encima de todo”, (nuestra traducción). Otros autores como Philippe Ariès (1975) o Jean-Louis Flandrin (1973) han sostenido que la sociedad tradicional (europea) se caracterizaba por la indiferencia de la madre respecto a los bebés.

culturalmente construida, que opera como un freno sobre los propios intereses de las mujeres, al dictarles las maneras de ser una buena madre. En todas las sociedades las mujeres conocen diferentes grados de discriminación, por su pertenencia al sexo femenino, en ningún país gozan de una igualdad con los hombres (Population Crisis Committee, 1988). Estas circunstancias constituyen lo que se llama la condición, posición o incluso *status* de la mujer.

Una hipótesis frecuente en la literatura pone en relación la condición de la mujer con la salud infantil, mediante el altruismo materno: se sugiere que dos aspectos de la posición de la mujer respecto al hombre —su autonomía en la toma de decisiones y su independencia económica— ayudan a mejorar la sobrevivencia infantil, al aumentar la capacidad de las mujeres de asegurarse que sus hijos reciban una nutrición y unos cuidados médicos adecuados (Caldwell, 1979 y 1986). La premisa básica es que, dado que son las mujeres las que paren y las responsables de los cuidados cotidianos de los niños pequeños en todas las culturas, normalmente están muy motivadas para asegurar la sobrevivencia de sus hijos, y son más sensibles y se preocupan más por los primeros síntomas de enfermedad que los hombres. Entonces, se supone que cuando tienen la capacidad de mejorar la nutrición infantil (porque ganan dinero y pueden comprar alimentos para sus hijos, por ejemplo), o de beneficiarse de servicios médicos (porque tienen la libertad de tomar decisiones por ellas mismas, sin tener que consultar a sus maridos o a sus suegras), ellas actuarán de acuerdo con sus capacidades, mejorándose la salud de sus hijos (Oppenheim, 1993).

Sin embargo, existe cierta confusión sobre lo que significa la condición de la mujer; gran parte de ella tiene su origen en la falta de una definición clara de los conceptos utilizados. Generalmente se utilizan indicadores de elementos tales como la autonomía,⁶ el control de las propiedades, la educación, la movilidad, el parentesco, el poder de la mujer en el contexto familiar, el trabajo femenino extradoméstico y sus ingresos, el status social, el valor asignado a la vida de las mujeres y a su trabajo, la separación ritualizada de los sexos, el control de la vida sexual de las mujeres o bien, el nivel de participación conjunta de los dos sexos en las actividades básicas (Caldwell y Caldwell, 1993; Ware, 1984, 1993). En particular, dos de estos elementos pueden entrar en contradicción: el status social denota prestigio, consideración, respeto, influencia y poder

⁶ La cual hace referencia al control de las mujeres sobre sus recursos y a su capacidad de tomar decisiones por ellas mismas y de actuar de acuerdo con estas decisiones. Se relaciona también con lo que otros miembros del hogar le permiten hacer, o bien, si es tratada con indulgencia o igualdad.

sobre el entorno doméstico; de su lado, la autonomía hace referencia al control sobre los recursos. Como lo dice claramente Caldwell (1986: 202): “La autonomía femenina ciertamente no es lo mismo que el status femenino, al menos tal y como es medido por el potencial de respeto o reverencia; de hecho, puede acercarse a lo opuesto” (nuestra traducción).

La estructura familiar tiene una influencia muy importante sobre la condición de la mujer; esta influencia se manifiesta a través de dos grupos de factores: la restricción de las actividades de la mujer y el control ejercido por su parentela, ya sea corresidente o no, por un lado, y por el otro, hasta dónde sus responsabilidades en el cuidado diario y la atención a sus hijos y otros dependientes pueden limitar sus posibilidades de acción (Ware, 1993).

En consecuencia, si consideramos el proceso salud-enfermedad durante la concepción, embarazo, parto, puerperio y primeros años de vida como un proceso a la vez biológico, social y cultural, en el cual la madre desempeña un papel preponderante, su comprensión requiere la consideración de los factores que pueden influir en los comportamientos de la madre en relación con los cuidados a la salud de los niños. Además, es necesario distinguir entre los factores que actúan en el ámbito comunitario o de la sociedad de aquellos que lo hacen al nivel de la familia o el hogar, es decir, diferenciar la estructura familiar, la cual puede traducirse en una limitación de la autonomía personal o una estructura de autoridad y de toma de decisiones desventajosa para las madres dentro de los hogares y las familias, de otros factores, tales como la instrucción o la actividad económica, que implican una comparación de la situación de la madre con la de otros miembros de la sociedad, no sólo con la de aquellos de su marco familiar inmediato. En este sentido, entendemos por estructura familiar el conjunto de modos de organización y de normas que regulan las relaciones entre individuos que tienen entre sí relaciones de parentesco o de cohabitación. Reservamos el término organización familiar o del hogar a las expresiones concretas de la estructura familiar, específicas para un caso particular. En otras palabras, un hogar o una familia puede presentar una cierta organización, pero siempre en el marco de la estructura familiar imperante en un lugar y un momento dados, siguiendo su composición y características particulares.

Por otra parte, una serie de características del objeto de estudio —el proceso salud-enfermedad durante la concepción, el embarazo, el parto, el puerperio y los primeros años de vida— me llevaron a incluir la estructura familiar como un factor que interviene en el proceso; además de que resulta muy difícil aplicar a

los niños la concepción integral de la salud propuesta por la OMS, la dependencia total de los niños pequeños respecto a sus madres, en primer lugar, y a su familia, en general, hace que éstos dispongan de muy pocos medios para intervenir en su estado de salud. Es la persona que se ocupa de él, generalmente su madre, la que decide si los signos que presenta el niño corresponden a una alteración de su estado de salud; asimismo, es esta persona, normalmente en interacción con otros miembros de la familia y de otras redes sociales, pero sobre todo con los demás miembros del hogar, quien decidirá qué acciones seguir; por ejemplo, buscar ayuda médica, pedir consejos a otras personas, recurrir a la automedicación, etcétera.

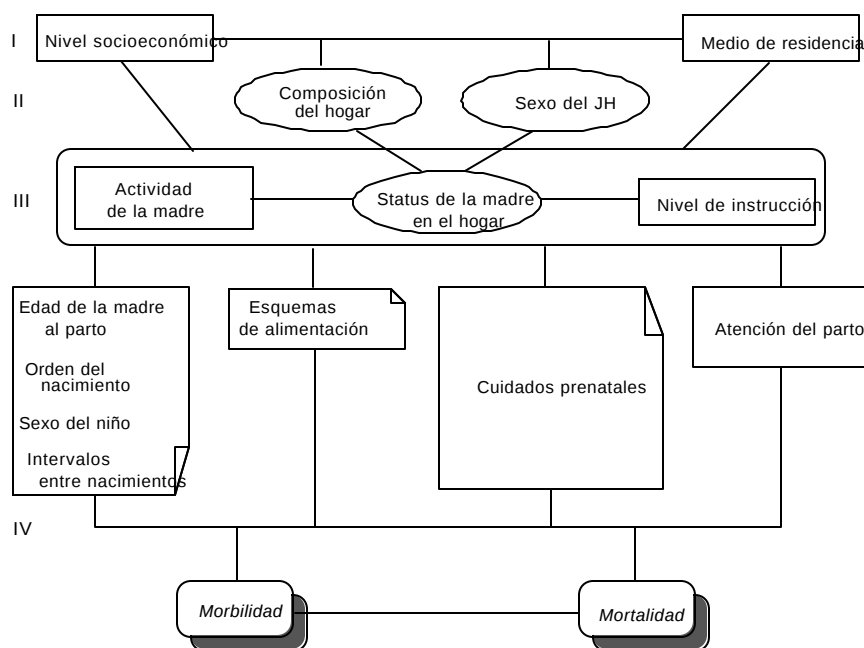


Figura 3

Considerando las restricciones impuestas por la fuente de datos, al momento de operacionalizar el esquema conceptual resulta el conjunto de relaciones mostrado en la figura 3, las cuales nos interesa verificar. El marco analítico tiene cinco niveles (indicados en el margen izquierdo):

1. En el primer nivel se incluye un indicador a escala comunitaria, el medio de residencia (rural, urbano o metropolitano), así como el estrato socioeconómico.
2. El segundo (indicado por óvalos) se refiere al hogar, y comprende la composición del hogar y el sexo del jefe.
3. El tercer nivel es el de la madre y su *status* en el hogar; hay que anotar que esta última variable, la composición del hogar y el sexo del jefe, constituyen los indicadores que se retuvieron de la estructura familiar.⁷
4. El cuarto nivel es el de las variables intermedias o determinantes próximos: los factores biodemográficos, los esquemas de alimentación, los comportamientos en materia de cuidados a la salud.⁸
5. Finalmente, el quinto nivel es el de los indicadores de la salud. Es necesario anotar que la Ensami, a diferencia de la Enfes, no incluye información sobre morbilidad por diarreas y que el pequeño tamaño de muestra impide hacer mediciones de la mortalidad.

Los cuestionarios de las encuestas consideradas permiten analizar los siguientes comportamientos en materia de cuidados a la salud:

1. La atención prenatal (atención del embarazo, atención temprana del embarazo, atención médica del embarazo y la calidad de la atención prenatal, considerando el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana de Atención del Embarazo, Parto y Puerperio. De esta manera, entre sus contenidos mínimos se debía contar con toma de peso y medición de la presión arterial de la mujer en cada consulta, si se le aplicó la vacuna contra el tétanos, si le recomendaron la lactancia, si le hablaron de planificación familiar y si le ofrecieron algún método para cuando terminara el embarazo);
2. los cuidados en el momento del parto (atención médica del parto, parto domiciliario,⁹)

⁷ Tradicionalmente se considera la actividad económica y el nivel de instrucción de la madre, pero aquí no las incluimos porque forman parte de la variable estrato socioeconómico.

⁸ La infraestructura de servicios en la vivienda, que determina la exposición a riesgos ambientales como infecciones, etc., ya está considerada en el estrato.

⁹ Aunque la encuesta de 1997 pregunta sobre la medición del peso del niño al nacer, decidimos no utilizarla por dos motivos: mantener la uniformidad en los análisis y para evitar respuestas no confiables sobre el pesaje del bebé, asociadas a atención no médica del parto.

3. la atención posparto (revisión a los 40 días);
4. los esquemas de alimentación, específicamente la lactancia materna (amamantamiento).

Construimos entonces un “índice de atención al embarazo y al parto”, que incluye todos los elementos mencionados anteriormente. Se trata de un índice relativo, es decir, que va de cero a uno, siendo este valor el que corresponde a la mejor atención recibida: atención prenatal, otorgada por un médico o una enfermera, en un ambiente sanitario, que comience en el primer trimestre, con al menos cinco consultas en las que se mida el peso y la presión arterial, se aplique la vacuna contra el tétanos, se recomiende la lactancia, se hable de planificación familiar y se ofrezca algún método para cuando termine el embarazo, parto atendido por médico o enfermera, llevado a cabo en medio sanitario, con revisión posparto en los 40 días y con amamantamiento.

Las características de la información proporcionada por las encuestas la hacen más adecuada para el análisis de los determinantes que de los indicadores de la salud. Esto hace que del quinto nivel de análisis del marco conceptual en este trabajo sólo incluyamos la mortalidad infantil y, de manera específica, la probabilidad de fallecer antes del primer aniversario. Lo anterior nos enfrenta al problema del truncamiento, y para solucionarlo decidimos considerar también aquellos casos sin exposición completa, es decir, los que habían nacido menos de un año antes del levantamiento de la encuesta y considerar los casos de fallecidos como mortalidad infantil.

En lo que se refiere al análisis propiamente dicho, preferimos concentrarnos en los comportamientos en materia de cuidados a la salud, es decir, decidimos no hacer una comparación exhaustiva de los indicadores disponibles de la estructura familiar con lo que se había encontrado en la Enfes. En cambio, con la Enaplaf se siguió el mismo procedimiento de asignación del status de la madre en el hogar a las mujeres que habían tenido hijos nacidos vivos desde enero de 1990 hasta la fecha de la encuesta, 1995, puesto que es para estos nacimientos que disponemos de información acerca de su salud. El status se definió como una combinación de la composición de los hogares, el sexo del jefe, la relación de parentesco con el jefe y la coresidencia o no del cónyuge, revisando primero las listas de miembros de cada hogar para asignar a cada persona mayor de 15 años la condición de unión *de facto*, en vez del estado marital declarado.

CUADRO 1
MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN FACTORES BIODEMOGRÁFICOS, SEGÚN STATUS
DE LA MADRE EN EL HOGAR

Mortalidad infantil	Esposa nuclear	Esposano nuclear	Hija con cónyuge	Hija sin cónyuge	Jefa del hogar	Otras	Total 1995	Total 1997
<i>Nacimientos en los 2 años previos</i>								
No	16.8	19.2	11.8	2.5	20.2	88.7	18.2	15.9
Sí	60.9	20.5	93.5	3.8	41.8	0.0	51.4	25.5
<i>Edad de la madre al parto</i>								
Menos de 20 años	15.4	3.0	17.0	0.0	0.0	0.0	10.6	19.3
20 a 24 años	7.8	0.0	71.3	6.5	0.0	192.4	20.4	13.9
25 a 29 años	5.8	26.1	0.0	0.0	48.4	-	9.1	16.4
30 a 34 años	86.7	16.0	0.0	0.0	11.8	0.0	65.1	15.6
35 años y más	38.1	45.1			57.3	-	39.9	35.4
<i>Orden del embarazo</i>								
1E	3.2	2.0	12.6	1.1	0.0	121.7	11.4	11.3
2-3	18.8	5.0	74.8	1.6	16.8	0.0	19.5	16.5
4-5	17.2	26.9	0.0	24.9	49.8	0.0	19.6	21.1
6+	109.8	60.1			88.3		96.5	36.4
<i>Zona</i>								
Urbana	28.9	15.9	7.3	0.9	23.1	96.1	26.0	17
Rural	22.7	31.9	60.1	9.1	24.5	0.0	27.4	20.9
Total	27.3	19.7	36.7	26.1	23.3	78.4	26.4	18.1

Fuente: Enaplaf 1995, Enadid 1997, últimos nacimientos.

CUADRO 2
COCIENTES DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN VARIABLES DE LA
MADRE, POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO

Enaplaf 1995	Estratos socioeconómicos				Total
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	
<i>Edad de la madre al parto</i>					
Menos de 20 años	35.5	4.1	0.9	0.0	10.6
20 a 24 años	5.6	32.9	0.0	0.0	20.4
25 a 29 años	25.1	5.4	2.7	0.0	9.1
30 a 34 años	181.9	47.2	42.1	19.5	65.1
35 años y más	32.1	62.6	24.0	-	39.9
<i>Orden del embarazo</i>					
1E°	13.7	14.1	1.5	0.0	11.4
2-3	19.7	31.8	0.5	0.0	19.5
4-5	24.1	13.4	24.6	-	19.6
6+	130.4	50.6	221.3	-	96.5
<i>Nacimientos en los 2 años previos</i>					
No	18.7	23.6	5.7	7.1	18.2
Sí	939	295	501.0	0.0	54.9
Total	42.9	24.9	15.4	6.0	26.4
<i>Enadid 1997</i>					
<i>Edad de la madre al parto</i>					
Menos de 20 años	14.3	22.3	22.4	0.0	19.3
20 a 24 años	18.9	9.6	12.5	28.4	13.9
25 a 29 años	13.9	23.2	16.1	3.1	16.4
30 a 34 años	26.0	16.4	10.9	7.4	15.6
35 años y más	29.3	43.7	31.5	39.6	35.4
<i>Orden del embarazo</i>					
1E°	13.8	7.1	14.1	13.5	11.3
2-3	18.0	20.4	12.1	14.2	16.5
4-5	22.2	19.5	24.2	8.9	21.1
6+	23.3	52.8	42.5	38.1	36.4
<i>Nacimientos en los 2 años previos</i>					
No	18.2	17.7	13.1	13.1	15.9
Sí	22.0	27.6	29.9	16.1	25.5
Total	19.3	19.9	16.3	13.7	18.1

Fuente: Enaplaf 1995, Enadid 1997, últimos nacimientos.

Al igual que sucedió con el análisis de la Enfes 1987, el status de la madre en el hogar continuó teniendo un valor discriminante al momento de analizar las características socioeconómicas de las mujeres: las nueras son más jóvenes y viven más frecuentemente en medios rurales; por su parte, las hijas tienen mayores niveles de instrucción y es mayor la proporción de ellas con experiencia laboral. Las esposas son de edades más avanzadas y con menor escolaridad; finalmente, podemos decir que el fenómeno de las jefas de hogar (con hijos menores de cinco años) es esencialmente urbano. Se confirman también los diferenciales en la mortalidad infantil relacionados con el status de la madre en el hogar, tal como podemos apreciar en el cuadro siguiente. A diferencia de lo encontrado con otras encuestas, la categoría “hijas con cónyuge” tiene muy pocos efectivos, por lo que los valores que están asociados a ella no son significativos. Resalta la sobremortalidad infantil de los vástagos de las nueras, que casi duplica al de las esposas en hogares no nucleares y sobre todo es 13 veces mayor al de las hijas sin cónyuge. Un aspecto que debemos de considerar es que los niveles generales de mortalidad infantil son tan bajos que podemos estar sujetos a grandes variaciones producto del pequeño número de eventos.

En la última columna mostramos los valores correspondientes a 1997, exclusivamente para el total, ya que no disponemos del status en el hogar. Llama la atención, además de la importante reducción en el nivel de la mortalidad, la reducción de los diferenciales asociados a cortos intervalos intergenésicos, así como a la alta paridad, mientras que se amplía el relacionado con el ámbito de residencia. Pero para poder hacer comparaciones es necesario considerar la mortalidad infantil según los estratos socioeconómicos, como se presenta en el cuadro 2.

En el cuadro anterior podemos ver, por un lado, cómo no hay un patrón consistente de la interacción entre el estrato socioeconómico y las variables que hemos denominado biodemográficas en nuestro esquema conceptual, y por el otro, cómo hay una clara relación negativa entre la mortalidad infantil y los estratos, aunque la amplitud de esta relación disminuye en el tiempo, como se aprecia mejor en la figura 4. El análisis del cuadro anterior, en conjunto con el esquema conceptual presentado previamente, nos lleva a la necesidad de considerar los otros factores considerados antes, es decir, los elementos de la atención al embarazo y al parto.

Mortalidad infantil según estrato socioeconómico

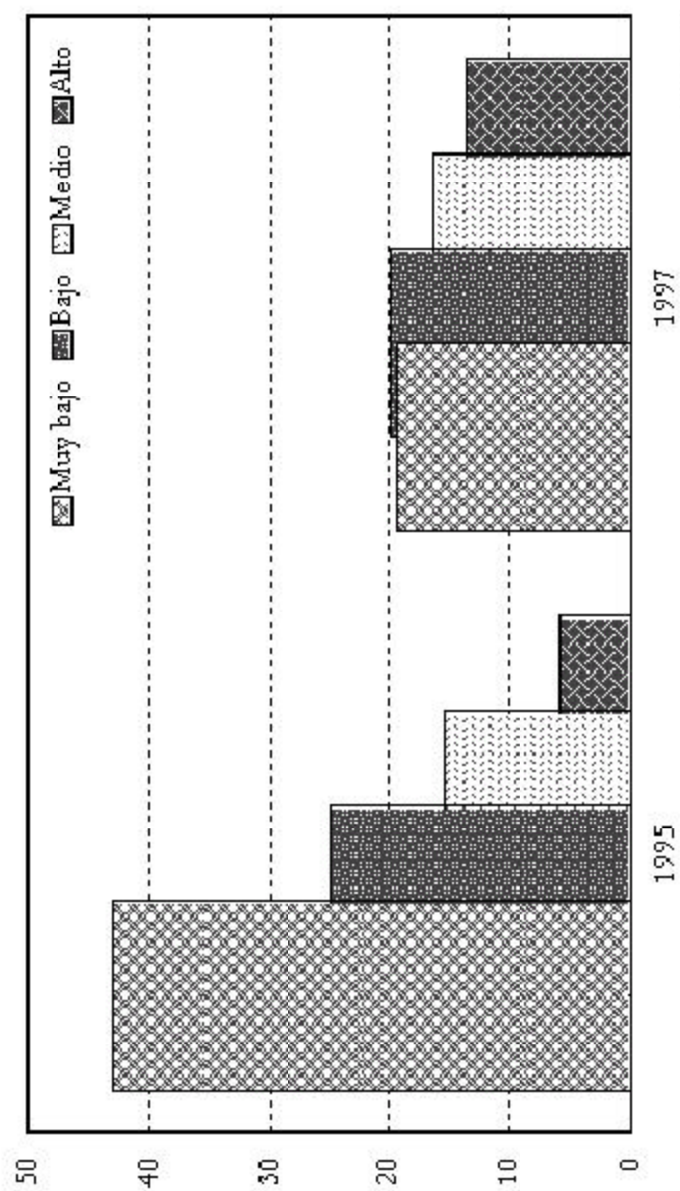


Figura 4

Fuente: ENAPLAF 95, ENADID 97, últimos nacimientos

Los cuidados a la salud durante el embarazo y el parto

Para el análisis de los comportamientos en materia de cuidados a la salud se siguió la misma estrategia empleada para el caso de la Enfes, siguiendo el marco analítico presentado antes. Ésta consistió en análisis bivariados y multivariados del índice de atención al embarazo y al parto, que mencionamos previamente. Por lo que toca a la prevalencia de los elementos de la atención prenatal y del parto, vemos que hay una asociación positiva con el estrato socioeconómico con todos los elementos, excepto lactancia.

Al considerar la totalidad de los elementos del “índice de atención al embarazo y al parto”, vemos que el efecto de la estratificación social sobre la atención de la salud se mantiene independientemente de las variables consideradas, en este caso las biodemográficas. Aunque la forma de las relaciones se mantiene en términos generales, podemos ver que al interior de cada estrato el efecto de cada variable presenta particularidades. Resulta necesario entonces analizarlo de manera conjunta.

Más que analizar cada uno de los elementos de los cuidados a la salud por separado, por economía se presentan solamente los resultados del análisis del “índice de atención al embarazo y al parto”. Para sintetizar toda esta información, tomando en cuenta los indicadores antes mencionados, así como el ámbito de residencia, en el caso de la Enaplaf 1995, el status de la madre en el hogar y la experiencia laboral y para la Enadid 1997 se controló la condición de salud con un “índice de complicaciones en el embarazo”, suponiendo que una mayor atención a la salud puede ser respuesta a eventos y condiciones mórbidas, más que a un afán preventivo en un embarazo sin riesgos ni complicaciones. Vale la pena mencionar que en trabajos anteriores habíamos construido indicadores similares de atención, pero que sin información acerca de los contenidos de la atención prenatal, tanto para la Enfes de 1987 como para la Ensami de 1994; habíamos encontrado que la utilización de servicios de salud materno-infantil a escala nacional alcanzaba en 1987, 62 por ciento de lo que podría considerarse óptimo; para 1992, según la Ensami se observa un aumento importante, pues ahora se recibe 85 por ciento de los cuidados a la salud considerados. Sin embargo, al considerar no sólo la cantidad sino la calidad de la atención, observamos un descenso importante, que se acentúa en 1997, debido quizá a que la Enaplaf se centra en las nueve entidades de mayor marginación en el país, en tanto que la Enadid es representativa a escala nacional.

CUADRO 3
 PORCENTAJES DE LOS ÚLTIMOS NACIMIENTOS CON DISTINTOS
 ELEMENTOS DE ATENCIÓN AL EMBARAZO Y AL PARTO, SEGÚN
 ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 1995 Y 1997

1995	Estratos socioeconómicos				Total
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	
Embarazo atendido por médico o enfermera	83.4	94.4	93.0	100.0	91.9
Revisión del embarazo en domicilio	15.7	3.2	1.3	0.1	5.6
Inicio atención embarazo en 1º trimestre	17.1	41.3	47.1	64.5	37.9
Parto atendido por médico o enfermera	64.6	93	97.3	99.9	87.6
Parto domiciliario	29.3	5.2	2.1	0.0	9.9
Revisión posparto	35.8	48.6	59.5	79.2	49.2
Lactancia	81.8	78.1	87.4	86.6	81.1
1997					92.5
Embarazo atendido por médico o enfermera	82.2	93.9	97.8	99.1	6.1
Revisión del embarazo en domicilio	14.6	5.1	1.7	0.7	69.0
Inicio atención embarazo en 1º trimestre	49.4	68.7	80.0	89.8	85.4
Parto atendido por médico o enfermera	61.4	89.2	97.2	99.5	10.7
Parto domiciliario	29.4	7.5	1.6	0.2	54.9
Revisión posparto	38.8	51.8	64.3	81.2	
Lactancia	92.3	88.9	88.7	90.1	89.8

Fuente: Enaplaf 1995, Enadid 1997, últimos nacimientos.

CUADRO 4
ÍNDICE DE ATENCIÓN AL EMBARAZO Y PARTO, SEGÚN VARIABLES
BIODEMOGRÁFICAS Y ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS

	Estratos socioeconómicos				
1995	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Total
<i>Edad de la madre al parto</i>					
Menos de 20 años	0.6202	0.7911	0.6447	0.8480	0.7352
20 a 24 años	0.6292	0.8075	0.8517	0.8562	0.7750
25 a 29 años	0.6501	0.8061	0.8693	0.8889	0.7873
30 a 34 años	0.5814	0.8368	0.8187	0.8716	0.7931
35 años y más	0.5269	0.7877	0.8504	0.8480	0.7142
<i>Orden del embarazo</i>					
1E°	0.6739	0.8004	0.7794	0.8652	0.7798
2-3	0.6560	0.8411	0.8679	0.8808	0.8112
4-5	0.5928	0.7783	0.7600	0.8356	0.7299
6+	0.4648	0.7488	0.7572	0.9524	0.6303
<i>Nacimientos en los 2 años previos</i>					
No	0.5985	0.8185	0.8224	0.8835	0.7772
Si	0.6269	0.7686	0.8348	0.8172	0.7387
Total	0.6076	0.8069	0.8251	0.873	0.7677
1997					
<i>Edad de la madre al parto</i>					
Menos de 20 años	0.4142	0.5116	0.5421	0.5742	0.4925
20 a 24 años	0.4188	0.5198	0.5561	0.5899	0.5095
25 a 29 años	0.4280	0.5191	0.5623	0.5924	0.5217
30 a 34 años	0.3979	0.4946	0.5609	0.59	0.5071
35 años y más	0.3623	0.4626	0.5280	0.5945	0.4635
<i>Orden del embarazo</i>					
1E°	0.4537	0.5303	0.5689	0.5994	0.5386
2-3	0.4257	0.5214	0.5569	0.5870	0.5194
4-5	0.4029	0.4939	0.5411	0.5735	0.4798
6+	0.3498	0.4287	0.4889	0.5556	0.3988
<i>Nacimientos en los 2 años previos</i>					
No	0.4179	0.5156	0.5588	0.5938	0.5135
Si	0.3873	0.4859	0.5362	0.5761	0.4732
Total	0.4091	0.5091	0.5544	0.5905	0.5043

Fuente: Enaplaf 95, Enadid 97, últimos nacimientos.

Para ver los efectos específicos de las variables que intervienen aplicamos un análisis de clasificación múltiple, cuyos resultados se observan en la figura 5 y el cuadro 5; este análisis multivariado confirma los hallazgos de los análisis individuales de cada indicador de atención a la salud infantil: los efectos más fuertes corresponden a las variables socioeconómicas, estrato y medio de residencia, pero aún controlándolas, junto con la edad al parto, el espaciamiento y el orden del nacimiento, encontramos que el status de la madre en el hogar tiene un efecto igualmente significativo, si bien de menor magnitud, en el sentido que esperaríamos: las categorías que suponemos revisten una condición de mayor dependencia están asociadas a una menor utilización de servicios de salud.

En otras palabras, los resultados de los análisis efectuados ponen en evidencia efectos negativos asociados a los status de mayor grado de dependencia en los hogares. Por otra parte, estos resultados son muy similares a los hallados anteriormente con los datos de la Enfes y la Ensami. Este grado de dependencia tiene que ver no solamente con los lazos de parentesco, sino también con las relaciones económicas, de poder, de repartición de tareas y de participación en la toma de decisiones; por lo tanto, la persistencia de estos hallazgos nos confirma la necesidad de considerar también el status de la madre en el hogar como un importante determinante de los comportamientos en materia de cuidados a la salud infantil.

Por otra parte, los estratos socioeconómicos muestran tanto el mayor efecto como una relación significativa y positiva: a mejores posiciones en la estratificación social se corresponden mejores niveles de atención al embarazo y parto. Además de mostrar que es la variable más importante, nos resalta el carácter de variables intermedias tanto de las biodemográficas —edad, paridad y espaciamiento— como de la atención a la salud, por lo que el análisis de la mortalidad infantil no puede llevarse a cabo con las herramientas usuales, como las regresiones lineales, pues se violaría el supuesto de la independencia de las variables explicativas. Una solución sería utilizar modelos de ecuaciones estructurales, pero aquí preferimos un camino más simple: el análisis, mediante regresiones logísticas, de los cocientes de mortalidad infantil, pero para cada uno de los estratos por separado, que es lo que presentamos a continuación con las figuras 6 y 7.

Efectos ajustados de diversos factores en el Índice de atención al embarazo y al parto

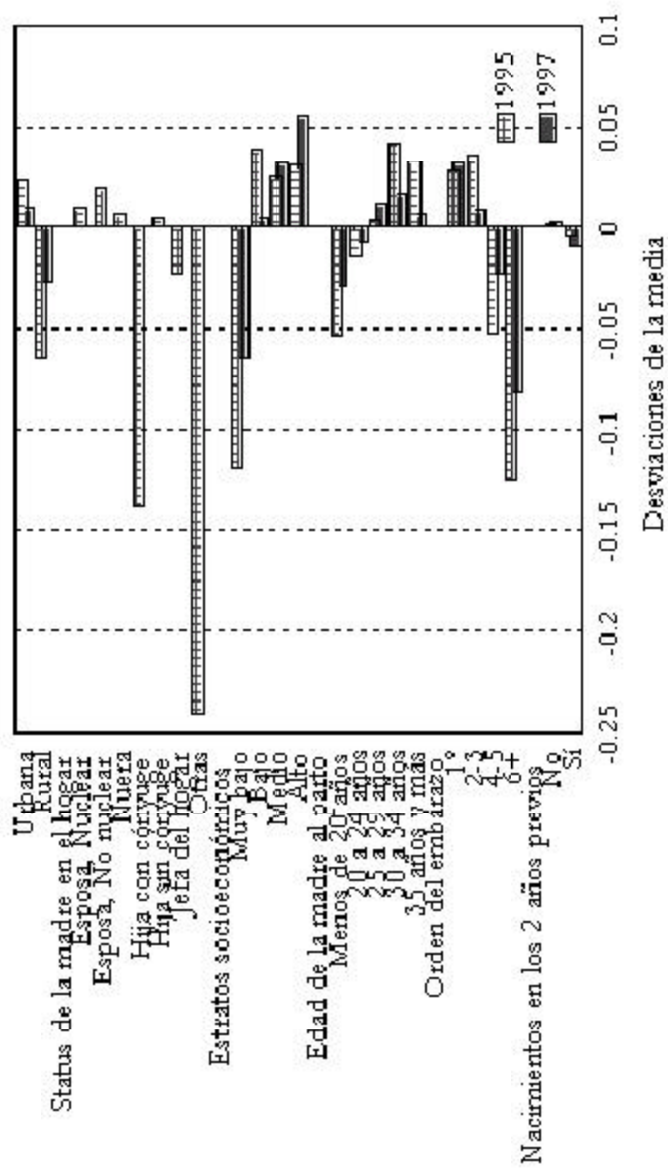


Figura 5

Fuente: ENAPLAF 95, últimos nacimientos

CUADRO 5
ANÁLISIS DE CLASIFICACIÓN MÚLTIPLE DEL ÍNDICE DE ATENCIÓN AL
EMBARAZO Y AL PARTO, 1995 Y 1997

		R: 0.5079 Media pronosticada			R: 0.5323 Media pronosticada	
	N	Sin corregir Eta	Corregida por los factores N Beta		Sin corregir Eta	Corregida por los factores Beta
<i>Zona</i>		3115	1732		3447	0.1238
Urbana	3339	0.8121	0.7930	6200	0.4306	0.4782
Rural	1227	0.6518	0.7038	15930	0.5337	0.5152
<i>Status de la madre en el hogar</i>		1786	0.1912			
Esposa nuclear	2977	0.7785	0.7787			
Esposa no nuclear	471	0.7720	0.7888			
Nuera	310	0.7479	0.7762			
Hija con cónyuge	40	0.6002	0.6310			
Hija sin cónyuge	360	0.7976	0.7741			
Jefa del hogar	284	0.7707	0.7463			
Otras	125	0.5550	0.5277			
<i>Estratos socioeconómicos</i>		3823	0.2847		4544	0.3046
Muy bajo	1043	0.6109	0.6499	5632	0.4095	0.4401
Bajo	2431	0.8073	0.8079	7888	0.5094	0.5095
Medio	873	0.8251	0.7952	6545	0.5543	0.5375
Alto	221	0.8730	0.8004	2066	0.5905	0.5599
<i>Edad de la madre al parto</i>		1161	0.1358		1267	0.1123
Menos de 20 años	706	0.7351	0.7151	3455	0.4925	0.4761
20 a 24 años	1299	0.7750	0.7547	6747	0.5095	0.4980
25 a 29 años	1245	0.7873	0.7732	5919	0.5217	0.5165
30 a 34 años	834	0.7931	0.8113	3648	0.5071	0.5209
35 años y más	483	0.7142	0.8027	2362	0.4635	0.5122
<i>Orden del embarazo</i>		2477	0.2425		3148	0.2549
1E°	1248	0.7803	0.7986	6390	0.5385	0.5367
2-3	2003	0.8121	0.8042	9462	0.5198	0.5140
4-5	791	0.7322	0.7163	3762	0.4802	0.4819
6+	524	0.6333	0.6437	2515	0.3995	0.4234
<i>Nacimientos en los 2 años previos</i>		736	0.0089		1234	0.0351
No	3442	0.7786	0.7702	17118	0.5138	0.5074
Sí	1125	0.7397	0.7655	5012	0.4742	0.4961
<i>Experiencia laboral</i>		1010	0.0115			
Nunca trabajó	1343	0.7333	0.7650			
Alguna vez trabajó	3224	0.7839	0.7707			

Continúa

CUADRO 5
ANÁLISIS DE CLASIFICACIÓN MÚLTIPLE DEL ÍNDICE DE ATENCIÓN AL
EMBARAZO Y AL PARTO, 1995 Y 1997 (CONTINUACIÓN)

	R: 0.5079 Media pronosticada		R²: 0.2579 Corregida por los factores		R: 0.5323 Media pronosticada		R²: 0.2833 Corregida por los factores	
	N	Sin corregir Eta	N	Beta	Sin corregir Eta	Beta	N	Beta
<i>Zona</i>		3115	1732		3447		0.1238	
Urbana	3339	0.8121	0.7930	6200	0.4306		0.4782	
Rural	1227	0.6518	0.7038	15930	0.5337		0.5152	
<i>Status de la madre en el hogar</i>		1786	0.1912					
Esposa nuclear	2977	0.7785	0.7787					
Esposa no nuclear	471	0.7720	0.7888					
Nuera	310	0.7479	0.7762					
Hija con cónyuge	40	0.6002	0.6310					
Hija sin cónyuge	360	0.7976	0.7741					
Jefa del hogar	284	0.7707	0.7463					
Otras	125	0.5550	0.5277					
<i>Estratos socioeconómicos</i>		3823	0.2847		4544		0.3046	
Muy bajo	1043	0.6109	0.6499	5632	0.4095		0.4401	
Bajo	2431	0.8073	0.8079	7888	0.5094		0.5095	
Medio	873	0.8251	0.7952	6545	0.5543		0.5375	
Alto	221	0.8730	0.8004	2066	0.5905		0.5599	
<i>Edad de la madre al parto</i>		1161	0.1358		1267		0.1123	
Menos de 20 años	706	0.7351	0.7151	3455	0.4925		0.4761	
20 a 24 años	1299	0.7750	0.7547	6747	0.5095		0.4980	
25 a 29 años	1245	0.7873	0.7732	5919	0.5217		0.5165	
30 a 34 años	834	0.7931	0.8113	3648	0.5071		0.5209	
35 años y más	483	0.7142	0.8027	2362	0.4635		0.5122	
<i>Orden del embarazo</i>		2477	0.2425		3148		0.2549	
1E°	1248	0.7803	0.7986	6390	0.5385		0.5367	
2-3	2003	0.8121	0.8042	9462	0.5198		0.5140	
4-5	791	0.7322	0.7163	3762	0.4802		0.4819	
6+	524	0.6333	0.6437	2515	0.3995		0.4234	
<i>Nacimientos en los 2 años previos</i>		736	0.0089		1234		0.0351	
No	3442	0.7786	0.7702	17118	0.5138		0.5074	
Sí	1125	0.7397	0.7655	5012	0.4742		0.4961	
<i>Experiencia laboral</i>		1010	0.0115					
Nunca trabajó	1343	0.7333	0.7650					
Alguna vez trabajó	3224	0.7839	0.7707					

Fuente: Enadid 1995, Enadid 1997, últimos nacimientos. En 1997: controlando por índice de complicaciones en el embarazo.

Efectos ajustados de diversos factores en el Índice de atención al embarazo y al parto

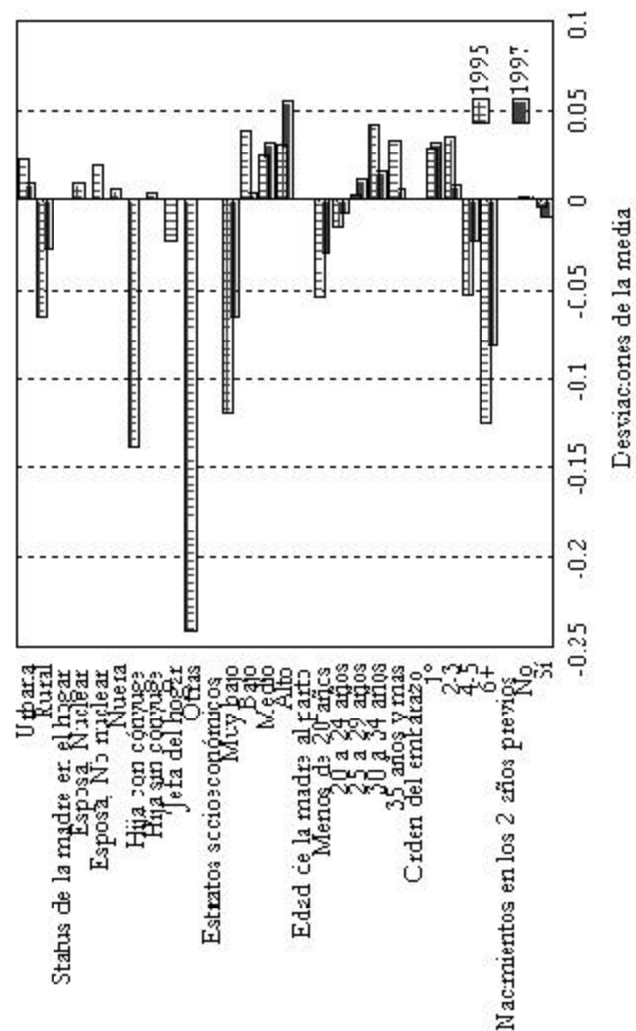


Figura 5

Fuente: ENAP-AP 95, últimos nacimientos

Efectos de diferentes variables en los momios de mortalidad infantil

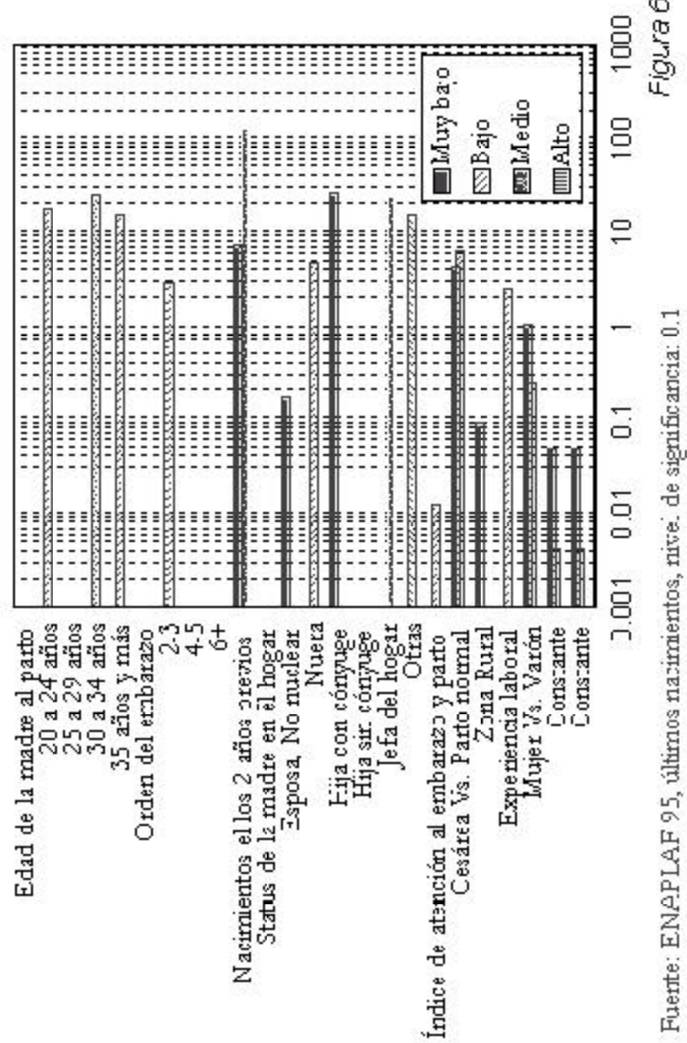


Figura 6

Fuente: ENAPLAF 95, últimos nacimientos, nivel de significancia: 0.1

CUADRO 6
RAZONES DE MOMIOS DE DIFERENTES VARIABLES POR ESTRATO
SOCIOECONÓMICO, 1995 Y 1997

	Estrato socioeconómico 1995				Estrato socioeconómico 1997			
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto
<i>Edad de la madre al parto</i>								
20 a 24 años		17.9095				0.2468	0.5576	
25 a 29 años						0.4230		
30 a 34 años		24.0812				0.2053	0.4307	
35 años y más		15.3596				0.3505		
<i>Orden del embarazo</i>								
2-3		2.9156				4.6183		
4-5						3.9571		
6+						11.1490		
Nacimientos en los 2 años previos	7.4169		129.1464				2.2533	
Status de la madre en el hogar								
Esposa no nuclear	0.1735							
Nuera		4.4932						
Hija con cónyuge	25.2549							
Hija sin cónyuge								
Jefa del hogar			23.7267					
Otras		15.5297						
Índice de atención al embarazo y parto		0.0123			0.1657	0.0306	0.0058	0.0016
Cesárea vs. parto normal	4.1451	6.2515			2.6412	1.7670	1.8553	4.6566
Zona rural	0.0883							
Experiencia laboral		2.5168						
Mujer vs. varón	1.0581	0.2395						
Constante	0.0482	0.0042			0.0186	0.0519	0.2417	
R cuadrado de Cox y Snell	0.1451	0.0594	0.0883	0.0707	0.0044	0.0148	0.0103	0.0235
R cuadrado de Nagelkerke	0.5600	0.3542	0.6559	1.0000	0.0262	0.0884	0.0707	1747

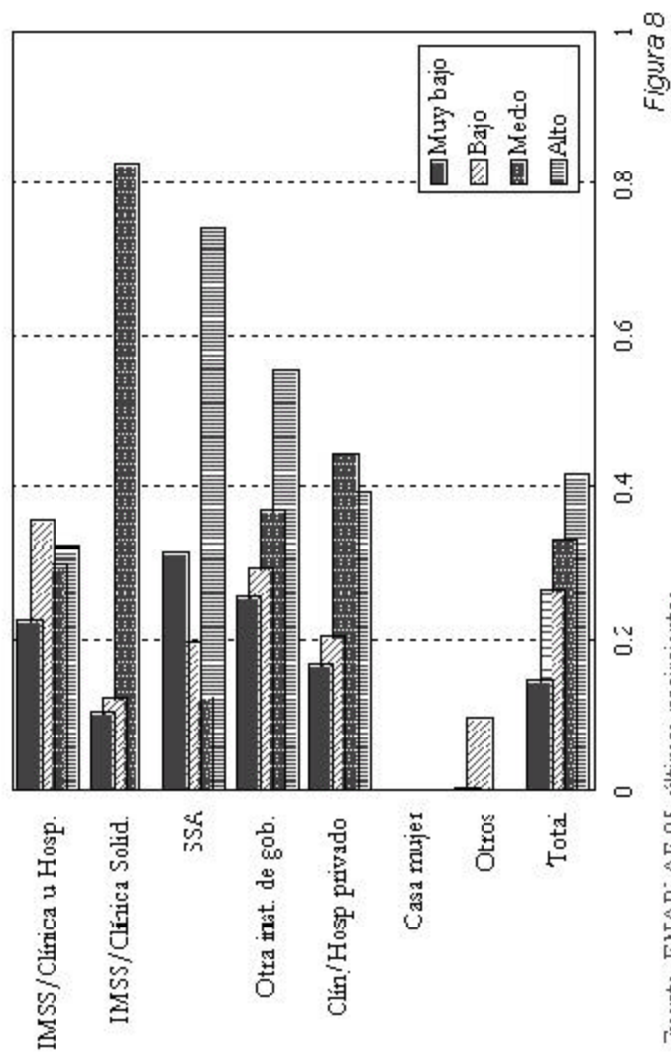
Continúa

CUADRO 6
RAZONES DE MOMIOS DE DIFERENTES VARIABLES POR ESTRATO
SOCIOECONÓMICO, 1995 Y 1997 (CONTINUACIÓN)

	Estrato socioeconómico 1995				Estrato socioeconómico 1997			
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto
<i>Edad de la madre al parto</i>								
20 a 24 años		17.9095				0.2468	0.5576	
25 a 29 años						0.4230		
30 a 34 años		24.0812				0.2053	0.4307	
35 años y más		15.3596				0.3505		
<i>Orden del embarazo</i>								
2-3		2.9156				4.6183		
4-5						3.9571		
6+						11.1490		
Nacimientos en los 2 años previos	7.4169		129.1464				2.2533	
Status de la madre en el hogar								
Esposa no nuclear	0.1735							
Nuera		4.4932						
Hija con cónyuge	25.2549							
Hija sin cónyuge								
Jefa del hogar			23.7267					
Otras		15.5297						
Índice de atención al embarazo y parto		0.0123			0.1657	0.0306	0.0058	0.0016
Cesárea vs. parto normal	4.1451	6.2515			2.6412	1.7670	1.8553	4.6566
Zona rural	0.0883							
Experiencia laboral		2.5168						
Mujer vs. varón	1.0581	0.2395						
Constante	0.0482	0.0042			0.0186	0.0519	0.2417	
R cuadrado de Cox y Snell	0.1451	0.0594	0.0883	0.0707	0.0044	0.0148	0.0103	0.0235
R cuadrado de Nagelkerke	0.5600	0.3542	0.6559	1.0000	0.0262	0.0884	0.0707	1747

Fuente: Enaplaf 1995, Enadid 1997, últimos nacimientos.

Proporción de nacimientos por cesárea según lugar de atención y estrato socioeconómico



Fuente: ENAPAF 95, últimos nacimientos

Figura 8

Como podemos apreciar, según los datos de la Enaplaf, ninguna variable resulta significativa para el estrato “alto”, lo cual probablemente tiene que ver con el bajo nivel de mortalidad infantil para ese grupo. Para la Enadid y el mismo estrato, solamente resultan significativos la atención a la salud y el hecho de haber sido una cesárea. Vemos que los efectos de las variables consideradas son totalmente distintos en los diferentes estratos sociales, así como son diferentes los ajustes de cada una de las ocho regresiones logísticas. Esto puede deberse al escaso número de eventos, pero de cualquier manera ratifica nuestra hipótesis de que se debe proceder a análisis por separado en cada estrato y privilegiando la atención a la salud como la variable más importante. Esto se hace incluso más evidente si consideramos los efectos de esta variable, que tiene un gradiente importante en 1997, pero en 1995 sólo es significativa para el estrato bajo.

Las preguntas deberían ser: ¿Qué está pasando en el proceso de atención a la salud que es tan diferente entre estratos sociales? ¿Cómo podemos acercarnos no sólo a lo que parecen ser demandas diferentes, sino también distintas formas de atender esas demandas? ¿Qué impacto tendrá la cada vez mayor fragmentación del Sistema de Salud, con propuestas como la del Seguro Popular, en la salud materno infantil? Solamente como un botón de muestra, que mueva a la reflexión, terminamos presentando el porcentaje de partos por cesárea según lugar de atención del parto, pero por estrato socioeconómico. Es claro que la resolución de un parto por cesárea no está respondiendo forzosamente a criterios médicos, y hasta ahora suponíamos que en algunas instituciones se privilegiaba esta vía, pero estas figuras nos enseñan que en ninguna de las instituciones se trata a todos por igual y, especialmente en 1997, hay un gradiente muy claro, de tal manera que independientemente de dónde tenga lugar el parto, hay una relación positiva entre estrato socioeconómico y porcentaje de cesáreas. Esto podría interpretarse como un fracaso del sistema de salud en la constitución de la ciudadanía, en el sentido de privilegiar el principio de igualdad de los seres humanos sobre consideraciones de orden económico y social.

Bibliografía

- ARIÈS, Philippe, 1975, *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Seuil, París.
- BRACHET, Márquez, Viviane, 1992, “¿Basta con sobrevivir? Los retos de la integración de la salud y el bienestar en el tercer mundo”, en *Salud Publica Mex*, 34(supl.).
- BRACHET, Márquez, Viviane, 1993, “De la doble a la triple jornada: la contribución de la mujer a la manutención del hogar y sus efectos en la salud de los hijos”, en C. A.

Denman *et al.* (coords.) *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, CIESAS, El Colegio de Sonora, Guadalajara.

BRONFMAN, Mario y Rodolfo Tuirán, 1984, "La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez", en UNAM, El Colegio de México, PISPAL, *Memorias del Congreso latinoamericano de Población y Desarrollo*, 2 vols., México.

BRONFMAN, Mario, 1990, "Familia y mortalidad infantil: la tendencia a repetir muertes infantiles", en Somede, *Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, INEGI, México.

CALDWELL, J. C. y P. Caldwell, 1993, "Women's position and child mortality and morbidity in less developed countries", en Nora Federici *et al.* (ed.), *Women's position and demographic change*, IUSSP-Oxford University Press, Oxford.

CALDWELL, John, 1979, "Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data", en *Population Studies*, 23.

CALDWELL, John, 1986, "Routes to low mortality in poor countries", en *Population and Development Review*, 12(2).

CRAMER, James, 1987, "Family structure and infant health", en Ponencia presentada en la reunión anual de la *Population Association of America*.

CURTIS, Siân *et al.*, 1991, "Birth interval effects and healthy families in Brasil", en IRD/Macro International, Inc., *Proceedings of the demographic and health surveys world conference, Washington, 1991*, 3 vols. Columbia, Maryland.

CURTIS, Siân *et al.*, 1993, "Birth interval and family effects on posneonatal mortality in Brasil", en *Demography*, 30.

DAS GUPTA, Monica, 1990, "Death clustering, mother's education and the determinants of child mortality in rural Punjab, India", en *Population Studies*, 44.

DAVIS, Kingsley y Judith Blake, 1956, "Social structure and fertility: an analytic framework", en *Economic development and cultural change*, 4.

DESJARDINS, Bertrand, 1992, "Constitution de la famille et mortalité des enfants en nouvelle-France", en ponencia presentada en el *Séminaire sur la mortalité des enfants dans le passé*, Centre Jacques Cartier, Université de Montréal y Commission de Démographie Historique de l'UIESP, Montréal.

DIRECCIÓN General de Atención Materno Infantil, 1994, *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1994*, Secretaría de Salud, México.

ECHARRI Cánovas, Carlos Javier 2003, *Hijo de mi hija... Estructura familiar y salud infantil en México*, El Colegio de México, México

ECHARRI Cánovas, Carlos Javier, 1999, "Estructura familiar y salud materno infantil en México", en Kenneth Hill *et al.* (coords.), *Las consecuencias de las transiciones demográfica y epidemiológica en América Latina*, El Colegio de México, Johns Hopkins University, México.

FLANDRIN, Jean-Louis, 1973, "L'attitude à l'égard du petit enfant et les conduites sexuelles dans la civilisation occidentale: structures anciennes et évolution", en *Annales de démographie historique*.

- GUO, Guang y Germán Rodríguez, 1991, "Estimating a multivariate proportional Hazard model for clustered data Using the EM algorithm, with an application to child survival in Guatemala", en *Office of population research Working Paper*, núm. 91-11, Princeton University.
- GUO, Guang, 1993, "Use of sibling data to estimate family mortality effects in Guatemala", en *Demography*, 30.
- HOBcraft, John *et al.*, 1985, "Demographic determinants of infant and early child mortality: a comparative analysis", en *Population Studies*, 39.
- HOBcraft, John, 1987, "Does family planning save children's lives?", IPPF, The Population Council, UNCHF, UNDP, UNFPA, The World Bank, WHO, *International Conference on Better Health For Women and Children Through Family Planning*, octubre 5-9, Nairobi.
- HUFFMAN, Sandra L. y Barbara B. Lamphere, 1984, "Breastfeeding performance and child survival", en *Population and Development Review*, 10(supl.).
- LALOU, Richard, 1992, "La mortalité endogène en nouvelle-France entre la sélection naturelle et la sélection sociale", ponencia presentada en el *Séminaire sur la mortalité des enfants dans le passé*, Centre Jacques Cartier, Université de Montréal y Commission de Démographie Historique de l'UIESP, Montréal.
- LYNCH, Katherine A. y Joel B. Greenhouse, 1994, "Risk factors for infant mortality in nineteenth-century sweden", en *Population Studies*, 48.
- MAHER, Vanessa, 1992, "Breast-feeding and maternal depletion: natural law or cultural arrangements?", en Vanessa Maher, *The anthropology of breast-feeding. Natural law or social construct*, Berg, Oxford.
- MASUY Stroobant, Godelieve, 1983, *Les déterminants individuels et régionaux de la mortalité infantile. La Belgique d'hier et d'aujourd'hui*, Département de Démographie, Université Catholique de Louvain CIACO éditeur, Louvain-la-Neuve.
- MEEGAMA, 1980, "Socio-economic determinants of infant and child mortality in Sri Lanka: an analysis of post-war experience", en *WFS Scientific Reports* núm. 8.
- MOSLEY, W. Henry y Lincoln C. Chen, 1984, "An analytical framework for the study of child survival in developing countries", en *Population and Development Review*, 10(supl.).
- OPPENHEIM Mason, Karen, 1993, "Women's position and demographic change", en Nora Federici *et al.* (ed.), *Women's position and demographic change*, IUSSP-Oxford University Press, Oxford.
- PALLONI, Alberto, 1985, "Santé et lutte contre la mortalité en Amérique Latine", en J. Vallin y A. López, (eds.), *La lutte contre la mort. Influence des politiques sociales et des politiques de santé sur l'évolution de la mortalité*, Cahier Travaux et Documents núm. 108, INED UIESP PUF, París.
- POPULATION Crisis Committee, 1988, "Classement de la condition féminine par pays: pauvres, impuissantes et enceintes", en *Population Briefing Paper*, núm. 20.

SCHLAEPFER, Loraine y José Luis Bobadilla, 1990, "Relación entre patrones reproductivos y mortalidad infantil: interpretaciones alternativas", en *Salud Pública de México*, núm. 32.

SHORTER, Edward, 1977, *Naissance de la famille moderne*, Seuil, París.

TABUTIN, Dominique *et al.*, 1990, "Politiques de santé, planification et systèmes d'information", Stage de perfectionnement, en *Démographie et planification de la santé*, CEPED-UIESP-URD, Lomé, Togo, 29 enero-17 febrero 1990.

TABUTIN, Dominique y Françoise Bartiaux, 1986, "Structures familiales et structures sociales dans le Tiers-Monde", en Association internationale de démographes de langue française, *Les familles d'aujourd'hui. Démographie et évolution récente des comportements familiaux*, Colloque de Ginebra (17-20 septiembre de 1984), AIDELF, París.

TRUSSELL, James y Samuel Preston, 1984, "Estimating the covariates of childhood mortality from retrospective reports of mothers", en J. Vallin *et al.*, (eds.), *Methodologies for the collection and analysis of mortality data, proceedings of a seminar at Dakar, Senegal*, julio 7-10, 1981, Ordina Éditions, Lieja.

WARE, Helen, 1984, "Effects of maternal education, women's role and child care on child mortality", en *Population and Development Review*, 10(supl.).

WARE, Helen, 1993, "The effects of fertility, family organization, sex structure of the labour market, and technology on the position of women", en Nora Federici *et al.* (ed.), *Women's position and demographic change*, IUSSP-Oxford University Press, Oxford.

WEISS, M.G., 1988, "Cultural models of diarrheal illness: conceptual framework and review", en *Social Science and Medicine*, 27(1), *Special Issue: Anthropological Studies of Diarrheal Illness*.

WHITEHEAD, Ann, 1994, "Wives and mothers: female farmers in Africa", en Aderanti Adepoju y Christine Oppong, *Gender, work and population in sub-Saharan Africa*, James Currey (on behalf of ILO), Londres.