

Marginalidad y mortalidad infantil

RENÉ JIMÉNEZ ORNELAS

INTRODUCCIÓN

La sobrevivencia de los niños menores de cinco años en los países en vías de desarrollo, como México, si bien se ha incrementado, aún se encuentra a considerable distancia de la alcanzada por los países desarrollados en los que el 97% de los niños sobreviven hasta los años escolares, mientras que en los países más pobres únicamente entre el 75% y el 80% logran llegar a los cinco años (Mosley, 1984). Las cifras anteriores reflejan una tendencia promedio, en donde la proporción de sobrevivientes de los estratos sociales depauperados aún son significativamente altas. Esta diferencia significa que gran cantidad de niños mueren a las primeras horas, días o meses de haber nacido o antes de llegar a la edad escolar, por causas que en los países de baja mortalidad han sido perfectamente evitables y gran cantidad de ellas erradicadas.

Lo anterior conlleva una doble problemática: por una parte, el mantenimiento de condiciones y situaciones sociales de la población en donde los hijos mueren por causas infecciosas, respiratorias, etcétera, y por otra parte, causas de muerte vinculadas con la vida moderna: accidentes, contaminación, etcétera. Es decir, en estos países sin haber erradicado las causas exógenas, ya se están sufriendo las causas llamadas del "desarrollo". Todo lo anterior se traduce en un promedio de vida inferior.

En este sentido, los efectos de la marginalidad en la sobrevivencia de la niñez se convierten en una situación dialéctica; por un lado, al compararse con las de los estratos agrícolas, jornaleros, medieros, etcétera, las mejoras en las condiciones sanitarias y de salud pueden traducirse en la actualidad en una disminución de la mortalidad de estos niños, y por otro lado, los efectos de este tipo de transformaciones en estratos sociales con mejores condiciones de vida ya se cumplieron y por lo tanto hay una disminución de la mortalidad de sus niños en el campo por una mayor accesibilidad a las instituciones de salud y en general a los beneficios del desarrollo socio económico (Jiménez, 1985).

Al observar así la relación marginalidad *versus* sobrevivencia de la niñez, inmediatamente surgen determinaciones fundamentales, es decir, qué se entiende por marginalidad de la población, y en este caso, de algunos estratos sociales.

Sin entrar en una discusión conceptual de los términos, se desea dejar claro que la utilización del concepto "marginalidad" en este estudio tiene un carácter analítico, y se refiere a las condiciones de vida de estratos sociales depauperados y que carecen de los mínimos bienes y servicios sociales para su sobrevivencia. De ninguna manera se quiere establecer que estos estratos "marginales" se encuentren fuera de las relaciones sociales, políticas y culturales que se establecen dentro de determinada formación social.

En diversos estudios se ha encontrado evidencias de que la mortalidad, y en especial la mortalidad infantil, resulta diferente según el estrato social de que se trate. Y se ha encontrado que los estratos "marginales" que habitan en las zonas conurbadas, sin ser los de mayor mortalidad en estas edades, sí se localizan en el rango de mayor nivel de mortalidad infantil (Jiménez, 1985).

El objetivo de este trabajo es el de mostrar cómo entre e intra estratos "marginales", con características de migración rural-urbana, se dan diferencias socio económicas y culturales, y cómo éstas se concretan en distintas experiencias en mortalidad infantil y de menores de cinco años.

El estudio abarca un análisis comparativo entre dos estratos sociales de los denominados "marginales". Uno que habita en asentamientos "espontáneos", al sur de la ciudad de México, en la delegación de Tlalpan, Santa Úrsula Xitla. El otro se localiza en una zona periférica de una ciudad industrial: la ciudad de León, en la colonia Santa Clara, dedicada principalmente a la producción de zapatos. En el estudio interesa analizar, además de las diferencias de mortalidad de los estratos, los factores relacionados con sus comportamientos.

Los trabajos de campo fueron realizados en periodos distintos; el de la ciudad de México se realizó en noviembre de 1980 y el de la ciudad de León en agosto de 1983. Sin embargo, el tipo de estimaciones y el análisis cualitativo de la mortalidad de menores de cinco años permiten hacer comparaciones prácticamente para los mismos períodos y estudiar las relaciones de la mortalidad con factores socioeconómicos. Para el grupo de la ciudad de León se presentará algunos resultados relevantes en cuanto a la problemática epidemiológica-ambiental y en las prácticas y concepciones de higiene, nutrición, salud-enfermedad, etcétera. Para el grupo de la ciudad de México, solamente se profundizó en la estimación de los niveles de mortalidad y en su relación con factores socio demográficos.

El documento se divide en tres partes; en la primera hay una breve descripción de los diferenciales generales de los estratos sociales; en la segunda, un análisis de la estimación y de la asociación entre las variables socioeconómicas y la mortalidad en menores de cinco años; en la tercera, una presentación de los resultados de mayor relevancia en cuanto a la problemática epidemiológica y socio antropológica del grupo de la ciudad de León; por último, algunos comentarios finales.

I. DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LOS ESTRATOS SOCIALES

I.1. *La comunidad de Santa Clara*

Santa Clara se localiza en una de las zonas periféricas de la ciudad de León. La colonia se formó hace aproximadamente 20 años; sus pobladores fueron principalmente migrantes que provenían de las zonas económicamente más atrasadas del mismo estado de Guanajuato. Dada la espontaneidad con que fueron llegando estos habitantes, puede decirse que no existió una planificación previa a la construcción y distribución de las viviendas, cuyo número total es de alrededor de 850.

En el momento de efectuar el levantamiento de la información, en el mes de agosto de 1983, la vialidad de la localidad era de terracería; actualmente, la pavimentación se encuentra muy extendida en la colonia; sin embargo, estas obras de pavimentación no fueron acompañadas de un sistema de alcantarillado, por lo que es muy común encontrar, principalmente en épocas de lluvias, grandes charcos de aguas estancadas que aunados a la falta de drenaje intradomiciliario conforman una atmósfera de insalubridad infecciosa y contaminante para la población, y sobre todo para la infantil.

Si se toma en cuenta la existencia de ciertos servicios (como el drenaje, la recolección de basura y las tomas de agua domiciliarias) para medir las condiciones de salubridad dentro de las viviendas, se observa que el 11.6% (81) de ellas presenta malas condiciones de salubridad, puesto que no posee un sistema de eliminación de excretas ni de basura y el agua la obtiene principalmente a través de pipas.

Por lo regular, las viviendas cuentan con sólo una o dos habitaciones, donde se realizan todas las actividades vitales de la familia. La separación de espacios en el interior de éstas se hace por medio de cortinas, tablas, etcétera, que en ningún caso constituyen una separación real, ya que el dormitorio es al mismo tiempo cocina y lugar de descanso.

Las condiciones infraestructurales precarias y deficientes de la colonia, así como el contenido y las formas de las viviendas, que son arquitectónicamente insatisfactorios, constituyen un ambiente propicio para el desarrollo y difusión de las enfermedades, a lo que se le suma la insuficiencia de servicios básicos (médicos, educativos, etcétera), que da lugar a un perfil de salud deteriorado de los habitantes, que se manifiesta en las altas tasas de morbilidad y un mayor riesgo de muerte.

En las 700 viviendas seleccionadas en la colonia habita una población total de 4 741 personas, distribuida por sexos de la siguiente manera: el 50.2% corresponde a la población masculina y el 49.8% restante, a la población femenina.

La estructura poblacional por edad que presenta este grupo mantiene una cierta relación con el papel que tienen los habitantes en la produc-

ción y por lo tanto, con el tipo de ocupaciones que desempeñan; ya que la misma dinámica del proceso de trabajo y de la obtención de ingresos requiere de una incorporación de fuerza de trabajo familiar (femenina, infantil) para la subsistencia y la reproducción.

En términos generales, se puede observar que el grado de instrucción está ligado con la edad de los habitantes: a mayor edad se da un mayor nivel de analfabetismo; así se tiene que, para el grupo de 45 años y más, el 62% (308) carece de instrucción y el 29.8% (148) ha cursado hasta 3º de primaria.

Se puede apreciar que la forma en que este grupo social se inserta en el proceso de producción, básicamente zapatero, tiene como característica importante el trabajo familiar, es decir, la incorporación de fuerza de trabajo infantil y femenina, que constituyen un apoyo a las actividades económicas para la complementación del ingreso. De esta forma, la población que aún se encuentra en edad escolar tiende a desertar del sistema educativo formal en sus primeros años, para incorporarse a los procesos de trabajo.

La forma de organización de la población económicamente activa en la colonia implica una cierta división del trabajo, que puede ser captada a través de las siguientes características: posición social dentro de la ocupación, tipos de actividad y rama, nivel de escolaridad y sexo, lo que podrá establecer la manera en que la población se inserta en el proceso de producción y las posibilidades que tienen los habitantes para satisfacer sus necesidades materiales de vida.

El renglón de la fabricación, que concentra a más del 50% (52.6%) de la PEA, se remite en su totalidad a la producción de calzado. La posición predominante en esta rama es la de los obreros, esto es, el 76.6% (612) del total de este grupo, del cual el 43.4% (347) es de obreros fijos y el 33.2% (265) de obreros eventuales. En esta rama se encuentran también los trabajadores por cuenta propia y no remunerados que constituyen el 13.4% (107) que, al igual que los obreros eventuales y patronos, conforman la fuerza de trabajo que no labora dentro de las grandes fábricas (obrerros fijos y empleados), sino en las "picas" o pequeños talleres familiares para la elaboración de maquila de la industria zapatera.

Las ocupaciones ubicadas en el sector servicio son las que siguen en importancia. En este grupo, los trabajadores por cuenta propia y los trabajadores no remunerados son el 56.2% del total: básicamente, todas aquellas personas que declararon desempeñar un tipo de trabajo doméstico, de reparadores o mecánicos eléctricos, plomeros, etcétera; es decir, se trata de una mano de obra poco calificada.

La PEA dedicada al comercio se ubica primordialmente en pequeños establecimientos (tiendas de abarrotes, carnicerías, tortillerías, etcétera) que se localizan dentro de la misma colonia, o bien, se refiere a vendedores ambulantes que comercian en muchas ocasiones con productos comestibles elaborados por ellos mismos.

Por último, tenemos a los que laboran en la rama de la construcción, que desempeñan fundamentalmente trabajos de albañilería, por lo que es comprensible que el 97.2% (177) sean obreros eventuales y por cuenta propia.

Los trabajos desempeñados por los habitantes en todas las ramas de actividad, en su mayoría son ocupaciones no calificadas, situación que está asociada con los niveles de instrucción que presenta la población y con su subsistencia cotidiana.

1.2. La comunidad de Santa Úrsula, Xitla

La población de este estrato habita en un área que se encuentra localizada al sur de la ciudad de México, en la delegación de Tlalpan, y comprende las siguientes colonias: Santa Úrsula, Xitla, Tepeximilpa, Tepetongo y la Meza de los Hornos; esta última, zona productora de ladrillos.

En sus inicios se trató de un asentamiento aislado, pero en la actualidad funcionan líneas de "peseros" (taxis colectivos) que, a través de un camino pavimentado, lo comunican en pocos minutos con la avenida de los Insurgentes, que atraviesa de sur a norte la ciudad.

La zona no cuenta con infraestructura básica. Sus habitantes no disponen de agua entubada; ésta les es abastecida por medio de pipas y a lomo de burro. Las pipas pertenecen a la delegación de Tlalpan y a particulares. No tienen drenaje y no existe servicio de recolección de basura.

En cuanto a la luz eléctrica, muchos de los pobladores la "toman" de tendidos cercanos, es decir, no existe un servicio formal de provisión de luz.

Los servicios médicos son cubiertos por un dispensario y el hospital Manuel González de Tlalpan.

La mayor parte de los entrevistados de la colonia de Santa Úrsula, Xitla, son dueños de sus viviendas y tienen sus papeles aparentemente en regla. Los de Tepetongo y Tepeximilpa son invasores de terrenos y tratan de obtener su legalidad, por lo cual se declaran dueños de sus terrenos. Los de la Meza de los Hornos son en una minoría dueños o rentan la tierra, y a la mayoría le prestan su vivienda. Los Hornos de la Meza fue el resultado de la división de dos ranchos: el Cuautla y el Taxqueña, que con anterioridad se dedicaban a tareas agrícolas. Así, del total de la zona, el 45.3% es dueño de vivienda, o así se declara; el 21.1% arrienda; el 33.6% vive en vivienda prestada.

El problema de muchos de los que se denominan "dueños" es que no tienen sus escrituras regularizadas. Este conflicto, entre otros, los ha llevado a organizarse y efectuar diversas gestiones frente a las autoridades.

La actividad económica realizada por los habitantes de la zona es característica de los llamados trabajadores informales, un alto porcentaje en servicios (24%) y en tareas poco calificadas, sin contratación permanente ni cobertura social.

Dentro de la actividad económica, se destaca la que se efectúa en los Hornos de la Meza. En dicha colonia, la principal actividad es la producción de ladrillos. La zona está constituida por aproximadamente 60 unidades económicas, en las que trabaja alrededor del 50% de la PEA de la colonia.

La producción se realiza a pequeña escala y con un grado mínimo de tecnificación; el trabajo es a destajo y la mano de obra familiar no remunerada tiene un peso preponderante en el nivel y costo de la producción; es común ver a las esposas e hijos de los jefes del hogar laborando junto a ellos en una serie de tareas específicas del proceso de elaboración del ladrillo.

Como ya se mencionó, la atención de la salud es precaria por la relativa carencia de servicios de salud y de infraestructura en la zona, y la falta de cobertura social para sus habitantes.

II. ANÁLISIS DE LA ESTIMACIÓN DE LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ Y DE LA ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIO ECONÓMICAS Y LA MORTALIDAD EN ESTAS EDADES

II.1. *Estimación de la mortalidad infantil y preescolar*

En las estimaciones de la mortalidad y su posterior análisis, se encuentra presente la suposición de que un mayor desarrollo económico de la región tendrá una relación inversa con los niveles de mortalidad en las edades menores de cinco años. Es decir, dado el alto grado de desarrollo alcanzado en la ciudad de México, se supondría que el grupo de Santa Úrsula, Xitla tendría un nivel de mortalidad sumamente inferior al del grupo de la ciudad de León.

Antes de llegar al análisis comparativo, se debe dejar claro que los periodos y el tiempo en que fueron realizados los trabajos de campo difieren en alrededor de tres años. Sin embargo, la tendencia y cambio en un lapso corto y en un proceso de crisis económica, cuyo efecto se ha hecho sentir con mayor crudeza en la población de menores recursos económicos y sociales, no significan evoluciones drásticamente diferentes en el abatimiento de la mortalidad. Sino que, por el contrario, la población sufre una merma en los precarios beneficios sociales y económicos que le permitieran hacer frente a sus necesidades alimenticias, sanitarias, etcétera. En resumen, más que la comparación de los niveles exactos que presentan, se centrará la atención del análisis en las tendencias y las variables de mayor ocurrencia en cuanto a su relación con la mortalidad en los menores de cinco años.

En los dos estratos, en las diferentes probabilidades de muerte se ha experimentado una disminución de mayor aceleración en el grupo de Santa Clara (cc), ya que este grupo parte de una probabilidad mayor para

las edades menores de cinco años. Este hecho determina que en el cálculo total de los distintos períodos generacionales se registren diferencias en donde el grupo de Santa Úrsula (GU) aparece con cifras menores.

CUADRO 1

PROBABILIDADES DE MUERTE POR GENERACIONES DE NACIMIENTOS EN SANTA ÚRSULA, XITLA, D. F. Y EN LA COLONIA SANTA CLARA, LEÓN
(Por mil nacidos vivos)

Generación	Santa Úrsula			Santa Clara				
	190	491	590	190	491	590		
1960-1964	71	25	96	113	57	170		
1965-1969	79	23	102	112	35	148		
1970-1974	69	20	89	86	20	106		
1975-1978 *	63	11	74	60	13	73		
Total	75)	70	20	90	81)	91	31	123

* Para el grupo de Santa Clara incluye 1979 (de ahí que se llegue a una 190 = 60 x 1000).

FUENTE: Encuesta sociodemográfica HSUNAM, 1980.

En cuanto a los niveles que alcanzan al final del periodo de análisis, prácticamente son iguales. La probabilidad de muerte infantil llega a un nivel de 60 (GC) y 63 (GU) por mil nacidos vivos en el mismo año, en tanto que al quitar el efecto de la mortalidad infantil y los consiguientes problemas de subregistro y mala declaración de la edad, la probabilidad de 1 a 4 años de edad llega a niveles de 11 (GU) y 13 (GC). A pesar de estas disminuciones, ambos estratos se encuentran por arriba del nivel de otros estratos sociales y del promedio nacional (para ese periodo era de 50‰ 190). Lo anterior sugiere que estos grupos están llegando a niveles similares, que son el reflejo de una situación y problemática de su realidad, en donde la obtención de mayores niveles de sobrevivencia para la población requiere de soluciones y estrategias, no sólo en el orden de la salud y de la sanidad, sino políticas, socio económicas y de aprovechamiento de los recursos de atención médica. Además, queda de manifiesto la diferencia en las posibilidades de sobrevivencia de estos estratos comparados con niveles sumamente más bajos de grupos que cuentan con protecciones económicas y sociales, como por ejemplo, el estrato obrero de Ciudad Sahagún cuya probabilidad de mortalidad infantil, para el mismo periodo, era de 37 muertos por mil nacidos vivos, y la de 1 a 4 años era

menor de tres muertos por cada mil niños en esas edades, y seguramente en estratos de mejores condiciones sociales y económicas se registran menores niveles en esta mortalidad.

Otro hecho que se debe destacar es el diferente nivel del que se parte: alrededor del doble en los tres indicadores (${}_1q_0$, ${}_4q_1$ y ${}_5q_0$), en 1960-64, en Santa Clara; la causa está en relación con el origen de los pobladores, que son migrantes de las zonas económicas más atrasadas del estado de Guanajuato, y cuya ubicación dentro de la estructura ocupacional, era de jornaleros, medieros, terciers, etcétera. En tanto que los que llegaron a Santa Úrsula tenían un mayor tiempo de residencia en el DF, aunque algunos en ocupaciones agrícolas. Sin embargo, en la actualidad ambos estratos enfrentan dificultades para poder hacer descender sus niveles de mortalidad en estas edades.

II.2. *Asociación entre variables socio económicas y la mortalidad en la niñez*

Para el análisis de los factores socio demográficos asociados con la mortalidad infantil se utilizó el modelo de Detector Automático de Interacciones (AID), que permite identificar las variables que tienen mayor efecto en la mortalidad infantil, así como determinar los grupos de mujeres de más alto riesgo (Minujin, *et al.*, 1983). A pesar de que el indicador $y^- = (\text{hijos fallecidos/hijos nacidos vivos} \times 100)$ (Jiménez, 1985), estrictamente no proporciona la cifra de mortalidad en menores de cinco años, es un estimador "adecuado" de ésta, ya que la mortalidad de estos estratos sociales se encuentra afectada, principalmente, por la mortalidad infantil y de menores de cinco años.

El análisis se hizo comparando el estrato marginal de Santa Úrsula con un estrato obrero y campesino, y el de Santa Clara con uno campesino. Al aplicar la metodología se obtuvo distintas particiones, de las cuales se presenta las ramificaciones correspondientes a cada estrato marginal como ilustración, y para el análisis las principales conclusiones de las diversas particiones.

Los principales factores que están íntimamente relacionados con las diferencias en la mortalidad en las edades, en la niñez, se explican a continuación.

a) En Santa Úrsula aparecieron como factores sociodemográficos que mayor asociación tenían con la relación de mortalidad en menores de cinco años: el intervalo intergenésico y la edad de la mujer al nacer el primer hijo nacido vivo.

Las variables socio económicas más frecuentes fueron: atención médica, nivel de escolaridad de la mujer e ingreso; en segundo término, la condición de actividad.

b) En la población de Santa Clara, se encontró que el intervalo inter-

genésico y la edad de la mujer al tener su primer hijo nacido vivo, son los factores sociodemográficos que sistemáticamente aparecen en las particiones. En segundo lugar de importancia, el estado civil, la edad a la primera unión y el intervalo protogenésico.

De los factores sociales, la escolaridad y la atención médica habitual, los principales; en segundo término los desechos, la obtención del agua, la existencia de un lugar para depositar sus excretas y la condición de actividad. Con excepción del último factor, los anteriores constituyeron una novedad con respecto al grupo de Santa Úrsula, y de suma importancia para la planificación de políticas de salud de estos estratos sociales.

c) Se observó que el grupo de madres con mayor riesgo de que mueran sus hijos menores de cinco años, en Santa Úrsula, es el de mujeres con menos de 16 años, con poca escolaridad, con intervalos intergenésicos menores a 26 meses, con poco ingreso y sin acceso a servicios médicos. En Santa Clara, las mujeres con menos de 17 años, con intervalos intergenésicos menores a 19 meses, con una edad menor de 18 años al tener su primer hijo, que no fueron a la escuela, sin acceso a los servicios de salud, cuyo estado civil es unión libre o divorciada y con poco ingreso, constituyen el grupo de madres con mayor riesgo de que mueran sus hijos en la niñez.

A pesar de que prácticamente en ambos estratos se reflejan situaciones de depauperación y factores socio económicos similares, tanto en las mediciones como en el análisis de las relaciones, el estrato de Santa Úrsula aparece ligeramente con menores niveles de mortalidad en la niñez. Para el estrato de Santa Clara, aparecieron factores como el acceso a los servicios médicos y la eliminación de excretas, que pueden representar una esperanza de reducir el alto nivel de mortalidad en estas edades. Las políticas generales de sanidad-higiene-protección de la salud, será indispensable asociarlas a políticas comunitarias, en donde la participación y la percepción de la población de estos grupos esté incorporada y forme parte de las mismas políticas y de la práctica de los servidores de salud. Lo anterior no establece que en el estrato de Santa Úrsula no deba de llevarse a cabo este tipo de acciones; por el contrario, los resultados indican que ahí también deberán llevarse a efecto.

III. ANÁLISIS SOCIO ANTROPOLÓGICO DE LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ PARA EL ESTRATO DE SANTA CLARA

En la investigación del estrato marginal de Santa Clara fue posible realizar un estudio de mayor profundidad. La integración del análisis socio-antropológico en esta investigación permitió profundizar en la explicación de la causalidad de la mortalidad infantil y preescolar de este grupo de Santa Clara.

Entre los elementos analizados destacan los tipos de padecimientos más

PARTICIÓN I. MUJERES CON HIJOS NACIDOS VIVOS

*Variables demográficas**Control por edad de la mujer*ESTRATO
SOCIAL

Santa Úrsula y = 9.0% n = 371	Intervalo intergenésico	$\left\{ \begin{array}{l} > 22 \text{ meses} \\ y = 12.27\% \\ n = 231 \\ \leq 22 \text{ meses} \\ y = 12.14\% \\ n = 140 \end{array} \right.$	Edad al primer nacido vivo	$\left\{ \begin{array}{l} \leq 21 \text{ años} \\ y = 12.48\% \\ n = 110 \\ > 21 \text{ años} \\ y = 10.90\% \\ n = 30 \end{array} \right.$
				$\left\{ \begin{array}{l} > 19 \text{ meses} \\ y = 9.86\% \\ n = 460 \\ \leq 19 \text{ meses} \\ y = 12.27\% \\ n = 125 \end{array} \right.$
Santa Clara y = 10.38% n = 585	Intervalo intergenésico	$\left\{ \begin{array}{l} > 19 \text{ meses} \\ y = 9.86\% \\ n = 460 \\ \leq 19 \text{ meses} \\ y = 12.27\% \\ n = 125 \end{array} \right.$	Estado civil	$\left\{ \begin{array}{l} > 20 \text{ años} \\ y = 9.94\% \\ n = 112 \\ \leq 20 \text{ años} \\ y = 14.40\% \\ n = 87 \end{array} \right.$
			Edad al primer hijo	

$$y = \frac{\text{Hijos fallecidos}}{\text{Hijos nacidos vivos}} \times 100$$

frecuentes, ya sean "tradicionales" o "científicos", los niveles de alimentación, de higiene, atención médica habitual, creencias sobre la muerte, etcétera.

En seguida se resume algunos de los resultados:

1) Las principales enfermedades encontradas fueron las infecciones de las vías respiratorias, gastrointestinales, parasitosis intestinal y enferme-

dades de la piel, cuya percepción de causalidad según las madres informantes tienen una asociación con la concepción binaria de lo frío y lo caliente, o bien, con la ingestión de "algo dañino", como alimentos descompuestos, o con el exceso de alimentos consumidos. Ahora bien, estas enfermedades son conocidas como diarreas, anginas, gripa, bronquitis, etcétera, y llamadas "de los doctores" o científicas. La población distingue las científicas de las tradicionales en que las primeras son las más graves, y por tanto, las más difíciles de curar; las segundas aparecen como menos graves porque, según declaraciones, "uno sabe lo que son y las sabe curar, y por ello los niños se mueren poco de ellas".

Entre las enfermedades tradicionales captadas, se encuentran: mal de ojo, susto, empacho, chupadura de bruja, etcétera, que presentan similitudes en los síntomas con las científicas, pero no así en lo que se refiere a su causalidad y tratamiento. Dichas enfermedades, según las informantes, tienen su origen, generalmente, en la mala o buena energía transmitida por otra persona (aunque no sea intencional); por tanto, su tratamiento curativo es a base de técnicas utilizadas por los yerberos o curanderos y que consisten en sobadas, rezos y la ingestión de algunas yerbas e infusiones.

2) Con respecto al estado nutricional de los niños, se constató que el 387.9% está desnutrido debido a las condiciones de alimentación que presenta gran parte de la población del estrato marginal; la dieta alimenticia es rica en carbohidratos (tortillas, frijol, refrescos, etcétera) y baja en contenido proteínico. Es decir, las familias investigadas practican una alimentación que se puede calificar de mala a regular; y que, según las informantes, va en deterioro porque el ingreso familiar no alcanza para obtener alimentos de orden básico (leche, carne, verduras, etcétera) para el consumo diario.

La alimentación de los menores de dos años presenta también condiciones deficitarias que se observan en los procesos de ablactación y destete, donde con frecuencia la leche es sustituida por refrescos u otros alimentos bajos en proteínas.

Ahora bien, los bajos niveles del estado nutricional de los niños no sólo es causa de la relación "condiciones económicas y adquisición de alimentos", sino que también interfiere otro tipo de asociaciones, como la estructura práctico-ideológica que tiene la población con respecto a lo que se considera buenos o malos alimentos, o bien, los alimentos que pueden "caer pesado" a los niños pequeños.

3) Las condiciones de higiene que tienen una fuerte relación con los procesos de morbi-mortalidad son malas en general, ya que en primer lugar, la zona se caracteriza por carecer de servicios infraestructurales eficientes. Situación que, sumada a las prácticas de higiene de la población, conforma una atmósfera propicia para el desarrollo de organismos patógenos que se evidencian en la presencia de enfermedades infecciosas.

Se pudo constatar que las condiciones de higiene de las familias estu-

diadas en todas sus dimensiones (vivienda, corporal, alimenticia, mamilas, chupones, etcétera) presentan niveles deficientes. Se pudo observar, inclusive, que aquellas familias donde se presentaron mayor número de casos de mortalidad, fueron las asociadas con las peores condiciones de higiene.

En algunos casos, en donde las condiciones en relación con el aseo corporal son deficientes, la higiene del vestido y la vivienda no es tan deficiente y es intermedia la situación en el manejo higiénico de la alimentación. Se encontró que cuando los hijos de 8 a 10 años preparan los biberones a sus hermanos menores, lo cual ocurre muy frecuentemente, el manejo higiénico es deficiente y se ocasiona enfermedades a los hijos pequeños.

En cuanto a las enfermedades, son muy frecuentes los episodios diarréicos y de empacho; las gripas son más bien escasas y hay presencia de piojos. La morbilidad es mayor en los hijos de madres que trabajan.

Con todos los antecedentes de pésimas condiciones económicas, higiénicas, alimentarias, de estatus y de mayor morbilidad, se explica en forma más que suficiente la presencia de múltiples casos de mortalidad infantil y preescolar que hay en las familias.

4) Por último, por lo que se refiere a la atención médica, se encontró que como regla general, la primera opción que se realiza es la autoatención, luego la asistencia a la farmacia o tendajón, después al centro de salud o curandero "tradicional" (yerbero, etcétera), y finalmente al médico privado.

Un hecho que se pudo constatar dentro de la carrera del enfermo es el proceso de autoatención, el cual es predominantemente a base de medicamentos de patente y en menor proporción de plantas medicinales. Esta predilección por los de patente puede deberse en gran medida a que su adquisición es rápida en tiendas y farmacias de la localidad. El aprendizaje de los diagnósticos y los tratamientos se hace dentro de los límites familiares, pero el mecanismo imitativo de los médicos es uno de los principales procesos de producción y reproducción del conocimiento curativo de las informantes.

5) El análisis de la mortalidad se llevó a cabo a través de la interrelación de diversos factores —sociales, ambientales, epidemiológicos, etcétera— que permitieron una interpretación más objetiva del fenómeno. Pero se pudo observar también la percepción ideológica que tiene este estrato sobre la muerte.

Las concepciones o creencias van desde aquellas enfermedades que son graves y que pueden concluir en la muerte (mal de ojo, susto, empacho, etcétera) si no son atendidas por curanderos "tradicionales", hasta aquellas que son consideradas como incurables (mal de ojo de lleno y chupadura de bruja), que aun cuando pueden ser tratadas por dichos curanderos, no tienen solución.

Estas concepciones tienen su explicación en términos de la existencia de un "más allá" relacionado con la presencia de una "fuerza buena o

mala". Así, la fatalidad, los designios, la brujería y sobre todo la relación con "dios" (que aparece como quien decide qué hacer con la vida del niño: "por más que uno cuide a sus hijos cuando se enferman, cuando dios manda, por más que uno haga la lucha de todas formas se mueren"), son ideas que operan conjuntamente para establecer una alternativa a la concepción de que los niños se mueren por las condiciones de vida, que determinan su mortalidad.

Comentarios finales

El efecto que causa la marginalidad en la mortalidad de menores de cinco años debe ser analizado de acuerdo con su especificidad. Lo anterior queda de manifiesto en el análisis de los estratos sociales objeto de estudio.

Los resultados analizados, si bien en las características socio económicas generales ubican a los dos estratos sociales en situaciones similares, al profundizar en los factores económicos-sociales dan cuenta de que dentro de la homogeneidad entre los estratos se dan diferencias. La población de Santa Clara, León, aparece en condiciones sociales, económicas y demográficas relativamente más desfavorables.

La situación anterior definitivamente está asociada con los niveles mayores de mortalidad en la niñez, con respecto a los experimentados por el estrato que habita al sur del Distrito Federal.

Debe establecerse que a pesar de las diferencias, ambos estratos están dentro del rango de mayor mortalidad en menores de cinco años en el país.

En Santa Clara, la integración de los diferentes niveles de análisis permitió profundizar en el conocimiento cuantitativo y cualitativo de la relación de factores sociales, económicos y culturales con la mortalidad. Se desprende del análisis de los resultados que es necesario buscar políticas de salud que conduzcan a un abatimiento real de los procesos de enfermedad y muerte que se presentan en este estrato y que se pueden generalizar con el de Santa Úrsula. Si bien las medidas a tomar deben proporcionar mejores condiciones de vida, de trabajo, incremento en los servicios infraestructurales, médicos, educativos, etcétera, también deben considerar otro tipo de elementos de las mismas comunidades, ya que los primeros por sí solos no constituyen una alternativa para cambiar estos procesos.

Uno de los elementos a considerar es la incorporación de los prestadores de servicios integralmente a los problemas y costumbres de la comunidad. Es decir, tanto médicos como enfermeras deben participar y utilizar las percepciones, prácticas, tipo y calidad de la alimentación, comportamientos higiénicos, con el fin de transformar o evitar determinadas conductas.

Para poder realizar esta propuesta se debe tomar en cuenta la información y posibles soluciones que las propias comunidades consideran más

importantes. Por lo tanto, la participación directa de la población y la utilización adecuada y organizada de los recursos existentes en las comunidades, son fundamentales para que las políticas de salud puedan dar mejores resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- Barkin, David (comp.), *Los beneficiarios del desarrollo regional*, Col. Setentas, México, 1972.
- Behm, R. H., "Mortalidad en América Central: Realidad actual y perspectivas", en *Revista Centroamericana de C. Salud*, 19:9-35, mayo-agosto, 1981.
- Brading, David A., *Haciendas and ranchos in The Mexican Bajío*, Cambridge Press University, 1978.
- Brass, W., *Cuatro lecciones de William Brass*, Serie D, núm. 91, CELADE, Santiago de Chile, 1977.
- Breilh, J. y E. Granda, *Investigación de la salud en la sociedad*, Quito, CEAS, 1982.
- Bronfman, Mario y Rodolfo Tuirán, *La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez*, El Colegio de México, 1983.
- González Delgado, J. B., "Mortalidad infantil: análisis de su reducción en el Municipio de Remedios (1970-1980). Valoración del "riesgo social", en *Revista Cub. Adm. Salud*, 9:209-218, julio-septiembre, 1983.
- Jelliffe, D. B., "Evaluación del estado de nutrición de la comunidad", Organización Mundial de la Salud, Serie Monografías, núm. 53, Ginebra, 1968.
- Jiménez, R., *Mortalidad infantil en dos zonas agrícolas: El Carmen, Tlaxcala y Rafael Delgado, Ver.*, mimeo., 1980.
- Jiménez, R. y A. Minujin, *Proyecto, análisis y estimación de la mortalidad en México*, México, IISUNAM, 1982.
- Jiménez, R. y A. Minujin, *Mortalidad infantil y clases sociales*, 2ª Reunión de Investigación Demográfica en México, 1980, CONACYT, 1982.
- Jiménez, R. et al., *Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad infantil*, mimeo., 1983.
- Jiménez, R. y A. Minujin, "Mortalidad infantil y clases sociales", en *Investigación Demográfica en México*, 1983.
- Jiménez, R. y A. Minujin (comp.), *Los factores del cambio demográfico en México*, Siglo XXI Editores, México, 1983.
- Jiménez, R., *Mortalidad infantil y preescolar desigual de grupos sociales*, tesis, El Colegio de México, mimeo., 1985.
- Jiménez, R. et al., *Informe final*.
- Labartha, Ma. de la Cruz, *La industria del calzado generada en el área urbana de la Cd. de León*, mecanografiado, CIS-INAH, México, 1978.
- Menéndez V., M. del C. y G. González P., "Análisis epidemiológico de la

- mortalidad infantil en un municipio de la Ciudad de La Habana", en *Rev. Cub. Adm. Salud*, 9:219-230, julio-septiembre, 1983.
- Miró, Carmen A. y Daniel Rodríguez, *Capitalismo y población en el agro latinoamericano*, El Colegio de México, 1981.
- Mosley H. Cheu Lincoln Child Survuval, *Strategies for research, A supplement to population and development review*, vol. 10.
- Nieto Calleja, Raúl, *Vida de trabajo de los obreros de calzado en la Cd. de León, Gto.*, tesis ENAH, 1980.
- Solimano, G., "The impact of socioeconomic development and ecological change on health and nutrition in Latin America", E/CEPAL/PROY 2/R, 18, 1979.
- Sullivan, J. M., *Models for the estimation of the probability of dying between Birth and Exact ages of early childhood: Population Studies*, 26 (1), 1972.
- Taucher, E., "Fertility and mortality in Latin America", en *Populi*, 10(3): 31-40, 1983.
- Warman, Arturo, *Ensayos sobre el campesinado en México*, Ed. Nueva Imagen, México, 1980.