

Niños y niñas ante la muerte por enfermedades diarreicas en México (1990-1994)

Florencia Peña*, Rosa Ma. Ramos** y Sonia Fernández***

Resumen: Se analiza el descenso entre 1990 y 1994 de las tasas de mortalidad en México por enfermedades diarreicas de la población infantil y preescolar, según sexo y entidad federativa. Se propone una alternativa metodológica para explorar la sobremortalidad entre uno y otro sexo. La resultante heterogeneidad entre los sexos, según la entidad federativa apunta hacia la necesidad de efectuar investigaciones donde se rescate el valor social que culturalmente se asigna a niños y niñas, dado que puede estar jugando un papel importante en cómo y por qué mueren.

Abstract: This paper analyzes the drop of diarrheal mortality rates in Mexico between 1990 and 1994 in children under five years old, by sex and state. The authors estimated the ratios between boy and girl mortality in all the states of the Mexican Republic. The states located in the upper and lower quartiles were selected. Although overmortality predominated in girls, the results showed heterogeneity between both sexes in different states. The results suggest the need to research the symbolic value culturally assigned to boys and girls; it might be playing an important role in determining how and why boys and girls are dying.

Desde principios de la década de los ochenta, México se ha enfrentado a una crisis económica que frenó el crecimiento del producto interno bruto registrado en décadas anteriores. Supuestamente con el fin de reactivar la economía del país, que llegó incluso a niveles de recesión, desde esta misma época se implementó un modelo económico de corte neoliberal, basado en políticas de ajuste estructural "recomendadas" por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

Para los fines del presente trabajo, es necesario considerar que este viraje económico ha redimensionado las relaciones entre el estado y la sociedad principalmente a través de un proceso de privatización de la vida (Benería; Grassi). Esto es, gran parte de los costos de reproducción de la fuerza de trabajo que antes eran sufragados por el estado (tales como salud, educación y subsidios a bienes salario,

* División de Posgrado, ENAH

** Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM

*** Dirección de Estadística, Secretaría de Salud

como las tortillas, pan y azúcar) han sido transferidos poco a poco al ámbito de lo privado hasta convertirse en gastos que hoy deben ser pagados por la familia.

Este proceso, aunado a un mercado de trabajo formal que se ha contraído por los efectos de la crisis y las políticas de ajuste, aumentando el desempleo y el subempleo; el férreo control de los salarios, que los ha reducido a mínimos históricos; la devaluación de la moneda y el encarecimiento acelerado de los costos de los mínimos de bienestar, han ocasionado que hoy en el país más del 60% de la población viva en la pobreza, sin que sean claros aún los signos de recuperación económica.

A pesar de este contexto de crisis y descenso de los niveles de bienestar para el conjunto de la población, y como bien lo ha señalado Menéndez (23), la mortalidad infantil y preescolar se ha ido reduciendo, tendencia que bajo el contexto de la crisis y por el aumento de la pobreza, se presenta como una paradoja.

En efecto, para los gobiernos y los organismos internacionales las tasas de mortalidad infantil y preescolar son un buen indicador de "desarrollo" de un país, supuestamente porque estas son sensibles a las condiciones de vida de la población. Estas cifras también han sido utilizadas para comparar estados y regiones en una misma nación, incluso, con base en ellas, los gobiernos han orientado sus decisiones en materia de política sanitaria.

Aquí se parte de la consideración de que las tasas de mortalidad de menores de cinco años por enfermedades diarreicas proporcionan información sobre las condiciones y el entorno sanitario en que viven las poblaciones. Sin embargo, debe señalarse que, como bien se sabe, la muerte de niños y niñas por enfermedades diarreicas es relativamente fácil de evitar con medidas puntuales, como es la rehidratación oral oportuna. Por ello, este tratamiento forma parte del conjunto de recomendaciones de bajo costo de organismos internacionales a los países subdesarrollados para disminuir la mortalidad en menores de cinco años, como son la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estas medidas son conocidas como GOBI, por sus siglas en inglés: control del crecimiento (*growth control*), rehidratación oral (*oral rehydration*), atención del embarazo y el parto (*birth control*) e inmunizaciones (*immunizations*).

Ciertamente, desde 1940, se ha observado en México un descenso de las tasas de mortalidad infantil y preescolar. Sin embargo, esta tendencia se ha visto acelerada a partir de los años ochenta, particularmente en el periodo de 1990 a 1994, siendo la reducción más notoria entre 1990 y 1991 (Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia).

A finales de la década de los ochenta (Secretaría de Salud, 1988), y especialmente a principio de los noventa, la disminución de la mortalidad infantil se con-

virtió en prioridad para el Estado. Esto fue así debido a los compromisos que México contrajo en la "Cumbre Mundial en Favor de la Infancia" los días 29 y 30 de septiembre de 1990 en el seno de las Naciones Unidas.

Como resultado de dicho evento, los representantes de los países asistentes redactaron y firmaron la "Declaración Mundial sobre Supervivencia, Protección y Desarrollo del Niño" y, un "Plan de Acción" con siete metas globales y veintiséis objetivos y metas de apoyo para cumplirse en el año 2000 en cada uno de los países que asumieron estos compromisos.

Las metas globales son:

- a) reducción a la mitad entre 1990 y el año 2000 de la tasa de mortalidad en niños menores de un año y menores de cinco años.
- b) reducción a la mitad entre 1990 y el año 2000 de la tasa de mortalidad materna.
- c) reducción a la mitad entre 1990 y el año 2000 de la tasa de desnutrición grave y moderada de los niños menores de cinco años.
- d) acceso universal al agua potable y a medios sanitarios de eliminación de excretas.
- e) acceso universal a la educación básica y finalización de la enseñanza primaria de por lo menos el 80% de los niños en edad escolar.
- f) reducción de la tasa de analfabetismo en adultos, por lo menos a la mitad del nivel registrado en 1990, con especial énfasis en la alfabetización de mujeres.
- g) mejoramiento de la protección de los niños en circunstancias especialmente difíciles.

Las metas de apoyo se integraron en diferentes apartados, para los fines del presente trabajo es importante destacar que se dedica uno a la "salud y educación de la mujer", probablemente a partir del reconocimiento de la importancia del impacto que tienen sus características sociodemográficas en los perfiles de morbilidad y mortalidad de su descendencia. Asimismo, es relevante señalar que en el apartado de "salud infantil y preescolar" se propone explícitamente lograr una reducción de 50% en las defunciones debidas a diarrea en niños menores de cinco años y de 25% en la tasa de incidencia de este padecimiento (Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia).

Si bien desde 1984 se había iniciado en México el Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas que tenía como eje la terapia de hidratación oral (Secretaría de Salud, 1991: 60); desde la citada Cumbre, las acciones encaminadas a disminuir las tasas de mortalidad en niños de este grupo de edad se vieron incrementadas. Esto se tradujo no sólo en el descenso en las tasas de mortalidad infantil y preescolar, sino también en un reordenamiento de las principales causas de muerte. El cambio más notorio fue que las enfermedades diarreicas en

1994 ocuparon la cuarta posición en las muertes infantiles, cuando en 1990 se encontraban en la segunda, mientras que en la mortalidad preescolar pasaron del primer sitio en 1990 al tercero en 1994 (Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia, 1995; Secretaría de Salud, 1995).

Consideraciones previas

En un trabajo anterior (Ramos, Fernández y Peña) se reconoce que la muerte tiene una determinación social importante, en él se exploraron las diferencias entre los sexos a nivel nacional y regional. Analizamos en primer lugar las tasas de mortalidad infantil y preescolar por todas las causas y, posteriormente, por enfermedades diarreicas, respiratorias agudas, deficiencias de la nutrición y accidentes,¹ en el que propusimos una alternativa metodológica para evaluar la posible sobremortalidad de uno u otro sexo.

En dicho trabajo se emplearon las estadísticas vitales como fuente documental, a pesar de que tienen limitaciones estructurales insoslayables, entre ellas:

- 1) En las tasas de mortalidad infantil, los principales problemas son el subregistro de las defunciones, cuya magnitud no es homogénea en el país; la falta de precisión en los denominadores empleados, que se basan en los nacimientos registrados y no en los realmente ocurridos, existe también duplicidad en el registro de nacimientos, eventos que distorsionan las cifras y de los que se desconoce su magnitud y frecuencia.
- 2) En la mortalidad preescolar, los problemas en el numerador son de menor magnitud, porque el subregistro de las defunciones se reduce. Sin embargo, en el denominador, salvo para el año censal, el monto de población para todos los grupos de edad se estima a partir de proyecciones de población, lo cual causa imprecisión.
- 3) Aunado a lo anterior, la trama que tiene lugar detrás del hecho de la muerte, se traduce a un dato nosológico único que simplifica en extremo y termina por ocultar el proceso social que se encierra en cada deceso.
- 4) La "causa de muerte" que se registra en el certificado de defunción depende del criterio, los conocimientos y los recursos técnicos con que cuente quien lo elabora (Córdova, Leal y Martínez).

A pesar de las limitaciones señaladas, el análisis de la mortalidad a partir de las estadísticas vitales delinea tendencias y, por tanto, puede abrir nuevos enfoques de investigación. En este trabajo, las cifras mostraron que utilizando razones como método comparativo (Ramos, Fernández y Peña), la distribución de la

¹ Precisamente porque éstas tienen una reconocida determinación social.

mortalidad por causa es heterogénea entre las entidades federativas y predomina sobremortalidad femenina por deficiencias de nutrición, mientras que ocurre el fenómeno inverso en relación con los accidentes. En cambio, la mortalidad por enfermedades diarreicas fue homogénea en las diferentes entidades federativas.

A partir de estos antecedentes, en nuestro trabajo se analiza el descenso de las tasas de mortalidad infantil y preescolar por enfermedades diarreicas en los menores de cinco años, según sexo y entidad federativa, asociado a la sobremortalidad masculina o femenina reportadas en el trabajo anterior. La exposición técnica de la metodología utilizada aquí se encuentra detallada en un apéndice al final del documento.

Resultados y comentarios

En los cuadros 1 y 2 se presentan las cifras calculadas a partir de las tasas de mortalidad infantil y preescolar por enfermedades diarreicas y su relación de mortalidad hombres/mujeres.

En su interpretación deberá tenerse presente que, por ejemplo, en el cuadro 1, mientras para el grupo de menores de un año a nivel nacional el índice relativo de sobremortalidad masculina fue de 95.2, en Durango fue de 70.8 y en Nayarit de 149.1. Esto quiere decir que la mortalidad de las niñas es 30 puntos superior a la de los niños en Durango, mientras que en Nayarit es 49 puntos inferior a la de los niños, en términos relativos.

Los resultados hicieron notorio un comportamiento heterogéneo entre las entidades federativas. En cuanto a la mortalidad infantil por diarreas el 56.25 % de los estados ($n=18$) presentaron valores inferiores a 100, es decir, sobremortalidad femenina; el 31.25% ($n=10$), sobremortalidad masculina, mientras que sólo en el 12.5% ($n=4$) había un equilibrio relativo entre los dos sexos (es decir los índices eran igual a 100 ± 1.5 puntos) (cuadro 1).

Esta heterogeneidad entre los sexos fue también registrada en la población preescolar, en el 53.1% ($n=17$) de los estados predominaba la sobremortalidad femenina; en 37.5% ($n=12$) fue mayor la sobremortalidad masculina; sólo en 9.4 % ($n=3$) no se observaron diferencias entre los sexos (cuadro 2).

Dado que en la literatura se reconoce y reporta una relativa ventaja biológica femenina que hace a las mujeres más resistentes a la muerte en los primeros años de vida (Montagu; Ruffie, citado en Badinter; Waldron, citado en INEGI), la presencia de sobremortalidad femenina por enfermedades diarreicas en poco más de la mitad de las entidades federativas podría estar relacionada con el valor simbólico que se otorga a los nacimientos masculinos y femeninos, casi siempre favoreciendo a los primeros.

Cuadro 1. Tasas de mortalidad infantil por enfermedades diarreicas y relación de mortalidad hombres/mujeres. Estados Unidos Mexicanos 1990-1994

Entidades Federativas	Tasas*		Razón de mortalidad hombres/mujeres	Índice relativo de sobremortalidad masculina
	hombres	mujeres		
Estados Unidos Mexicanos	245.5	200.6	122.39	95.2
Durango	48.7	52.5	91.02	70.8
Morelos	211.2	208.8	101.15	78.7
Tamaulipas	110	107.7	102.19	79.5
Chihuahua	128	120.5	106.17	82.6
Tlaxcala	376.7	346.9	108.59	84.4
Puebla	409.9	362.4	113.09	87.9
Guanajuato	407.8	357.6	114.04	88.7
Baja California	178.8	153.9	116.16	90.3
Nuevo León	86.4	74.1	116.61	90.7
Baja California Sur	153.1	130.8	117.03	91.0
Querétaro	324.8	273.9	118.61	92.2
Veracruz	191.8	159.6	120.18	93.5
Yucatán	235.3	194.8	120.79	93.9
Oaxaca	409.8	338.9	120.91	94.0
Distrito Federal	152.2	125.5	121.34	94.4
Michoacán	178.6	146.2	122.12	95.0
Sinaloa	73.2	58.2	125.80	97.8
Chiapas	350.5	276.9	126.61	98.5
Jalisco	183.1	143.5	127.62	99.2
Quintana Roo	210.3	162.4	129.51	100.7
México	399.6	307.7	129.86	101.0
Sonora	250.6	192.7	130.10	101.2
Coahuila	100.1	75.3	132.89	103.3
Aguascalientes	233.9	175.9	132.97	103.4
Guerrero	113.1	83.8	135.06	105.0
Hidalgo	193.8	143	135.51	105.4
San Luis Potosí	239.9	175	137.05	106.6
Zacatecas	224.7	163.5	137.46	106.9
Colima	252.7	183.1	138.03	107.3
Campeche	329	228.4	144.06	112.0
Tabasco	292.6	194.5	150.42	117.0
Nayarit	134.8	70.3	191.75	149.1

*Tasas por 100,000 nacidos vivos registrados. Se calcularon a partir de las defunciones ocurridas entre 1990-1994 (Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud).

La razón de mortalidad hombres/mujeres por todas las causas fue de 128.6

Cuadro 2. Tasas de mortalidad preescolar por enfermedades diarreicas y relación de mortalidad hombres/mujeres. Estados Unidos Mexicanos 1990-1994.

Entidades Federativas	Tasas*		Razón de mortalidad hombres/mujeres	Índice relativo de sobremortalidad masculina
	hombres	mujeres		
Estados Unidos Mexicanos	29.6	28.2	104.77	95.1
Baja California Sur	5.8	8.4	69.18	62.8
Sonora	8.1	10.6	76.26	69.2
Guanajuato	25.2	30.7	81.97	74.4
Yucatán	18.8	22.5	83.51	75.8
Coahuila	5	5.4	93.15	84.6
Chiapas	107.5	110.4	97.38	88.4
Chihuahua	15.4	15.6	98.88	89.8
Baja California	9	9.1	99.36	90.2
Oaxaca	120.7	121.1	99.63	90.5
Durango	5.4	5.3	101.84	92.5
Guerrero	35.7	34.8	102.60	93.2
Hidalgo	22.5	21.4	105.05	95.4
Sinaloa	6	5.6	106.64	96.8
Puebla	59.9	55.7	107.60	97.7
Querétaro	49.6	45.8	108.12	98.2
Aguascalientes	9.5	8.8	108.33	98.4
Jalisco	10.5	9.6	108.60	98.6
Michoacán	19.1	17.5	108.81	98.8
Veracruz	31.7	29.1	108.87	98.8
México	26.1	23.3	111.90	101.6
San Luis Potosí	27.9	24.2	115.44	104.8
Tabasco	24.8	20.6	120.04	109.0
Colima	23.2	18.2	127.54	115.8
Tlaxcala	24.9	18.8	132.46	120.3
Morelos	21.8	16.3	133.76	121.4
Zacatecas	12.6	9.4	134.20	121.8
Distrito Federal	8.4	6.2	136.39	123.8
Campeche	25.5	18.6	137.11	124.5
Tamaulipas	9.3	6.3	146.81	133.3
Nayarit	15.8	10.4	151.77	137.8
Quintana Roo	11	6	182.43	165.6
Nuevo León	6.7	3.6	185.86	168.7

*Tasas por 100,000 habitantes de 1 a 4 años. Se calcularon a partir de las defunciones ocurridas entre 1990-1994 (Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud).
La razón de mortalidad hombres/mujeres por todas las causas fue de 110.1.

Como ha sido encontrado para otros países (Das Gupta; Chen) este valor simbólico es traducido en prácticas maternas que hacen que los varones sean atendidos con más frecuencia cuando lloran, se les den alimentos de mejor calidad y sean llevados al médico con más asiduidad si se encuentran enfermos. Como contraparte, en las niñas se puede presentar "subinversión materna" (Scrimshaw), esto es, actitudes negligentes en su cuidado. Sin embargo, también es posible la situación inversa en la que se favorece a las niñas.

Así, para profundizar en la información obtenida en el trabajo ya citado (Ramos, Fernández y Peña) y partiendo del reconocimiento de la importancia del descenso de las tasas de mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de cinco años, nos interesó analizar la diferencia en las tasas de disminución de hombres y mujeres entre 1990 y 1994 en cada entidad federativa.

Tres eran las posibles tendencias a encontrar en aquellos estados con una mortalidad relativa mayor en uno u otro sexo:

- a) Una clara disminución de las tasas en el sexo que presentaba sobremortalidad. Este cambio demográfico probablemente estaría asociado con una tendencia a reducir las desigualdades previamente existentes.
- b) Una mayor disminución en el sexo previamente "favorecido". Esta tendencia denotaría un incremento en las desigualdades de género.
- c) Una disminución similar en ambos sexos, sin impacto en los diferenciales de las respectivas tasas.

Partimos del supuesto de que las tres situaciones podrían presentarse en los diferentes estados de la República Mexicana. Sin embargo, era de esperarse que en entidades donde se había registrado una sobremortalidad femenina, la tendencia a la disminución en las tasas de mortalidad infantil y preescolar por diarrea fueran mayores en hombres que en mujeres, mientras que en aquéllas dónde se había registrado una sobremortalidad masculina, la situación sería inversa. Este comportamiento reforzaría la hipótesis de que existe trato preferencial para uno u otro género, con capacidad de impactar las tasas de mortalidad.

En el cuadro 3 y 4 se presentan los valores de las tasas de mortalidad infantil y preescolar por enfermedades diarreicas, respectivamente, registradas en 1990 y 1994, tanto en hombres como en mujeres, así como la variación porcentual de las tasas 90-94 y la diferencia intersexual en la variación de las tasas.

Los ocho estados del cuartil superior en que se encontró sobremortalidad femenina en la población menor de un año son: Durango, Morelos, Tamaulipas, Chihuahua, Tlaxcala, Puebla, Guanajuato y Baja California. Los ocho del cuartil inferior en que se registró sobremortalidad masculina son: Guerrero, Hidalgo, San Luis Potosí, Zacatecas, Colima, Campeche, Tabasco y Nayarit (cuadro 3).

Cuadro 3. Tasas de mortalidad infantil por enfermedades diarreicas y variación porcentual en la disminución de las mismas en diferentes entidades federativas entre 1990/1994. Estados Unidos Mexicanos.

Entidad Federativa	Tasas 1990		Tasas 1994		Variación porcentual de las tasas 1990/1994		Diferencia intersexual en la variación de las tasas* 1990/1994
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
	Estados Unidos Mexicanos	400.7	319.5	151.2	118.9	62.27	
Durango	107.0	72.3	26.0	57.0	75.70	21.16	54.54
Morelos	316.5	312.4	121.3	111.0	61.67	64.47	-2.79
Tamaulipas	198.3	202.8	79.0	84.6	60.16	58.28	1.88
Chihuahua	264.0	241.4	101.3	121.8	61.63	49.54	12.08
Tlaxcala	583.0	495.9	264.0	231.3	54.72	53.36	1.36
Puebla	574.4	508.3	270.9	230.5	52.84	54.65	-1.82
Guanajuato	695.4	594.1	227.2	228.1	67.33	61.61	5.72
Baja California	338.7	199.1	114.3	123.9	66.25	37.77	28.48
Guerrero	205.7	129.3	57.4	40.0	72.10	69.06	3.03
Hidalgo	309.3	224.7	136.5	56.2	55.93	74.99	-19.06
San Luis Potosí	418.9	250.8	160.6	112.4	61.66	55.18	6.48
Zacatecas	379.6	284.2	135.3	70.9	64.36	75.05	-10.70
Colima	433.2	263.1	143.0	85.5	66.99	67.50	-0.51
Campeche	472.8	470.3	174.6	83.2	63.07	82.31	-19.24
Tabasco	565.1	404.0	104.2	80.4	81.56	80.10	1.46
Nayarit	230.5	135.4	81.9	26.2	64.47	80.65	-16.18

*Tasas por 100,000 nacidos vivos registrados.

**Calculada a partir de las variaciones porcentuales de las tasas registradas en 1990 y 1994, en hombres y mujeres.

Fuente: Cálculos a partir de la información proporcionada por la Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud.

Cuadro 4. Tasas de mortalidad preescolar por enfermedades diarreicas y variación porcentual en la disminución de las mismas en diferentes entidades federativas entre 1990/1994. Estados Unidos Mexicanos.

Entidad Federativa	Tasas* 1990		Tasas* 1994		Variación porcentual de las tasas 1990/1994		Diferencia intersexual en la variación de las tasas** 1990/1994
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
	Estados Unidos Mexicanos	47.6	44.9	17.6	15.9	64.08	
Baja California Sur	12.0	12.4	0	5.8	100.00	53.23	46.77
Sonora	12.1	19.3	3.2	7.8	73.55	59.59	13.97
Guanajuato	49.4	54.5	17.9	22.8	63.77	58.17	5.60
Yucatán	27.4	31.1	13.9	25.7	49.27	17.36	31.91
Coahuila	11.1	8.3	2.0	2.0	81.98	75.90	6.08
Chiapas	150.9	163.4	61.1	59.4	59.51	63.65	-4.10
Chihuahua	31.7	32.7	16.7	9.4	47.32	71.25	-23.94
Baja California	10.5	16.8	9.4	6.5	10.48	61.31	-50.83
Morelos	39.8	27.9	9.4	8.1	76.38	70.97	5.41
Zacatecas	24.9	13.5	6.8	1.4	72.69	89.63	-16.94
Distrito Federal	13.2	9.6	9.1	4.7	31.06	51.04	-19.98
Campeche	34.6	19.4	21.5	3.2	37.86	83.51	-45.64
Tamaulipas	17.9	14.6	6.4	3.8	64.25	73.97	-9.73
Nayarit	25.5	17.6	11.3	7.0	55.69	60.23	-4.54
Quintana Roo	11.1	6.5	17.0	5.9	-53.15	9.23	-62.38
Nuevo León	10.0	4.4	5.4	3.5	46.00	20.45	25.55

*Tasas por 100,000 habitantes de 1 a 4 años.

**Calculada a partir de las variaciones porcentuales de las tasas registradas en 1990 y 1994, en hombres y mujeres.

Fuente: Cálculos a partir de la información proporcionada por la Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud.

En los dieciséis estados mencionados se presentó disminución en la tasa por enfermedades diarreicas y, consistentemente, en aquéllos donde las diferencias en la variación porcentual de las tasas entre hombres y mujeres fue mayor a 10 puntos y el índice relativo mostraba sobremortalidad femenina, el porcentaje de disminución fue mayor entre la población masculina (Durango, Chihuahua y Baja California), mientras que en Hidalgo, Zacatecas, Campeche y Nayarit, clasificados con sobremortalidad masculina, la reducción fue mayor en las mujeres. Esto parece confirmar la hipótesis de la existencia de atenciones y cuidados preferenciales hacia hombres y mujeres, respectivamente.

Entre los preescolares, las tasas de mortalidad por enfermedades diarreicas disminuyeron en todas los estados, con excepción de Quintana Roo, en donde en los varones se registró un aumento (cuadro 4). En este grupo de edad, el índice relativo reportó sobremortalidad femenina en Baja California Sur, Sonora, Guanajuato, Yucatán, Coahuila, Chiapas y Baja California. Mientras que se presentó sobremortalidad masculina en Morelos, Zacatecas, Distrito Federal, Campeche, Tamaulipas, Nayarit, Quintana Roo y Nuevo León.

Al igual que en el caso anterior, se consideraron como diferencias intersexuales relevantes las que variaban en ± 10 puntos. Así, se encontró que en los primeros ocho estados, con la excepción de Chihuahua y Baja California, disminuyeron más las tasas de mortalidad masculina. Situación inversa se observó en aquellos estados caracterizados por sobremortalidad masculina que, con la excepción de Nuevo León, redujeron más sus tasas de mortalidad femenina.

Es decir, de los estados con diferencias de más de 10 puntos, solamente en tres se observó una probable tendencia a la disminución de las desigualdades de género ante la muerte. En el resto de las entidades federativas parecen prevalecer "preferencias" socio-culturales hacia hombres o mujeres, que impactan la magnitud regional de sus muertes.

A manera de conclusión

Como ya hemos señalado, al estudiar el comportamiento de la mortalidad empleando la información proveniente de las estadísticas vitales se presentan limitaciones insoslayables para el usuario (Arriaga; López; Padilla; Ramos, Fernández y Peña).

Por ejemplo, las tasas de mortalidad por enfermedades no son indicadores del todo confiables. Existen diversos elementos de sesgo e imprecisión en las cifras con que éstas se calculan, entre los más importantes pueden anotarse: el alto subregistro de las muertes de los menores de cinco años (especialmente de las

muerres infantiles), el elevado subregistro y registro extemporáneo de los nacimientos —sobre todo en los países “pobres” y en las zonas rurales, que es donde las diarreas cobran más vidas— así como la falta de recursos tecnológicos, de homogeneidad en los criterios y de la capacitación necesaria para diagnosticar y determinar la causa primaria de muerte (Córdova, Leal y Martínez). En efecto, los cuadros diarreicos pueden estar complicados con otros padecimientos y, en muchas ocasiones, éstos son los que se registran como causa del deceso.

Además, respecto al empleo de las tasas de mortalidad infantil y preescolar por enfermedades diarreicas como indicadores mundialmente reconocidos para evaluar el desarrollo de los países y los niveles de bienestar de su población, habría que reconocer que precisamente por ello, se prestan a ser objeto de manipulación política por parte de responsables de programas y de gobiernos nacionales y regionales.

Sin embargo, a pesar de todo lo anterior, por su relativa estandarización en la forma de calcularlas, su cobertura internacional y nacional y su registro sistemático a través de los años, estas tasas ofrecen la ventaja de permitir efectuar comparaciones entre países, estados y regiones, así como de identificar hechos y tendencias en periodos definidos, características que no ofrecen otros indicadores de salud.

En México las cifras oficiales reportan que desde 1993, se ha reducido un 50% la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de cinco años. Sin embargo, no se cuenta con información confiable sobre la tasa de incidencia de este padecimiento a nivel nacional. Al respecto, se espera que esta tendencia a la baja sea sostenida no sólo hasta el año 2000, como el compromiso de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia lo indica, sino que tenga un efecto permanente y contemple no sólo salvar de la muerte a niños y niñas, sino mejorar la calidad de vida de los sobrevivientes. Por supuesto, esto exigiría crear las condiciones para garantizar la eliminación de los cuadros diarreicos repetitivos que minan al organismo, haciéndolo proclive a desnutrición secundaria y a otros cuadros infecciosos que afectan su óptimo desarrollo.

Las tasas de mortalidad analizadas hacen evidente la necesidad de investigar con detenimiento y a través de trabajo de campo el impacto de la cultura, la crisis y las políticas de ajuste estructural en el cuidado diferencial hacia niños y niñas para explicar porqué a pesar de la cobertura del Programa Nacional para la Prevención y el Control de las Enfermedades Diarreicas Agudas, se encontró una disminución desigual de este padecimiento como causa de muerte por sexo y entidad federativa entre 1990 y 1994.

Por tanto, los resultados de este trabajo señalan la necesidad de incorporar en el análisis y los programas de acción la perspectiva de género para tomar en cuenta el valor simbólico que se otorga a niños y niñas en las distintas regiones del país. Consideramos que dicho valor condiciona un trato desigual para hombres y mujeres y que éste incide sobre las diferencias encontradas en las tasas de mortalidad, por esta causa, desde el lado de la biología es inexplicable la disminución diferencial de las muertes encontrada.

Las tasas aquí analizadas parecen indicar que los estados en los que se registró sobremortalidad femenina y una mayor disminución en las tasas de mortalidad masculina, así como en aquéllos en que se presentó la tendencia inversa, serían ideales para realizar investigaciones antropológicas de campo sobre la temática descrita. Esto se debe a que las cifras apuntan hacia claras desigualdades de género que marcan no sólo las vidas de los menores de cinco años, sino también sus muertes.

Apéndice

Descripción técnica de la metodología empleada:

- a) Para efectuar las comparaciones, se utilizaron las tasas de mortalidad infantil y preescolar registradas en las estadísticas vitales de 1990 a 1994, tanto a nivel nacional como por entidad federativa.
- b) Además de la mortalidad general, se incluyó la causada por enfermedades diarreicas, respiratorias agudas, deficiencias de nutrición y accidentes, por estar fuertemente influenciadas por el contexto social.
- c) Para poder contar con un número significativo de eventos, se promedió el número de defunciones ocurridas en el lapso de 1990-1994, según edad, sexo y entidad federativa. Con estas cifras se calcularon las tasas promedio con las que se determinó la razón entre ambas tasas de mortalidad para el periodo respectivo (tasas de defunciones masculinas registradas/tasas de defunciones femeninas registradas x 100) y así generar un indicador para determinar una posible sobremortalidad masculina.

Es necesario precisar que en estricto sentido, estas cifras no representan el valor absoluto de la sobremortalidad masculina, esto es, no es equivalente al índice de sobremortalidad masculina (relación entre el número de defunciones masculinas registradas/número de defunciones femeninas registradas x 100) (Secretaría de Salud, 1994). Este procedimiento nos pareció de mayor utilidad, pues al emplear tasas los valores absolutos de las defunciones, según sexo, se hacen relativos en función de la población sujeta a riesgo (número de nacimientos o de

niños entre 1 y 5 años masculinos o femeninos, según se trate de mortalidad infantil o preescolar) lo que valida la comparación entre ellas.

d) Con el propósito de valorar qué tan importante es el "excedente" de la mortalidad de un sexo respecto al otro, se decidió indexar (dar un valor igual a 100 a la razón de las tasas de mortalidad general de hombres/mujeres a nivel nacional y por las causas tanto en el caso de la mortalidad infantil como en la preescolar). Con fines estrictamente operativos, este procedimiento sirvió para cuantificar, en términos de una base numérica homogénea (promedio igual a 100), el correspondiente excedente de mortalidad masculina para cada una de las causas, tomando como base el valor indexado (llamado índice relativo). Con ello se anula el peso de la supuesta desventaja biológica masculina en estas edades, sin considerar dicho valor "adecuado", "correcto" o "deseable".

e) Conceptualmente, la interpretación que deberá darse a este índice relativo, consiste en que ante un valor de 100, la mortalidad de hombres es igual a la de mujeres; si el indicador es inferior a 100, éste reflejará mayores muertes femeninas, mientras que valores superiores a 100, traducen una mortalidad más elevada en los varones.

En el presente trabajo, una vez calculados los índices relativos de sobremortalidad masculina:

f) Se ordenaron las entidades federativas de acuerdo con los valores de dicho índice y se dividieron en cuartiles. En la discusión que aquí se lleva a cabo sólo se consideraron los ocho estados de la República ubicados en el cuartil superior y los ocho en el cuartil inferior, por ser los extremos con mayores diferencias.

g) Asimismo, se obtuvieron los valores de las variaciones porcentuales de las tasas entre 1990 y 1994. Una vez obtenida esta cifra, a los valores de los hombres se restaron los de las mujeres.

Bibliografía

Arriaga, E. E.

1988 "Problemas relacionados con la medición de la mortalidad", en *La mortalidad en México: niveles, tendencias y determinantes*, M. Bronfman & J. Gómez de León (compiladores), Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, COLMEX, México, pp. 143-164.

Badinter, E.

1986 *XY. La identidad masculina*, Alianza Editorial, Madrid.

Benería, L.

- 1992 "The Mexican debt crisis: Restructuring the economy and the household", en *Unequal burden: Economic crisis, persistent poverty, and women's work*, L. Benería y S. Feldman (editores), Westview Press, Boulder, Colorado, pp. 83-104.

Chen, L.C.

- 1988 "Micro-approaches to the study of childhood mortality in rural Bangladesh", en *Micro-approach to demography research*, A. Hill (editor), Keagan-Paul, Londres.

Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia

- 1995 *Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia*, Secretaría de Salud, México.

Córdova, A., G. Leal, y C. Martínez

- 1989 "El problema del diagnóstico por causa", en *Investigación multidisciplinaria de la mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años. Primer seminario de demografía formal*, R. Jiménez (coordinador), Cuernavaca, Morelos, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, México, pp 39-45.

Das Gupta, M.

- 1987 "Selective discrimination against female children in rural Punjab, India", en *Population Development Review*, 13, pp. 77-100.

Grassi, E.

- 1993 "Redefinición del papel del estado en la reproducción y cambios en el discurso sobre familia y mujer en Argentina", en *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*, S. González (coordinadora), COLMEX, México, pp. 223-252.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

- 1995 *Perfil estadístico de la población mexicana: Una aproximación a las inequidades socioeconómicas, regionales y de género*, INEGI y Sistema Integral de las Naciones Unidas, México.

López, M. G.

- 1988 "Problemas de la estadística demográfica desde el punto de vista de los productores", en *La mortalidad en México: niveles, tendencias y determinantes*, (M. Bronfman y J. Gómez de León (compiladores), Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, COLMEX, México, pp. 57-67.

Menéndez, E.

- 1989 Mortalidad en México. "A preguntas simples ¿sólo respuestas obvias?", en *Investigación multidisciplinaria de la mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años. Primer seminario de demografía formal*, R. Jiménez (coordinador), Cuernavaca, Morelos, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, México, pp. 19-38.

Montagu, A.

- 1970 *La mujer, sexo fuerte*, Ediciones Guadarrama, Madrid.

Padilla, J. C.

- 1989 "Problemática de la información sobre mortalidad", en *Investigación multidisciplinaria de la mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años, Primer seminario de demografía formal*, R. Jiménez (coordinador), Cuernavaca, Morelos, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, México, pp. 163-167.

Ramos, R., S. Fernández y F. Peña

- 1997 "Género y causas de muerte en menores de cinco años", en *Estudios de Antropología Biológica*, UNAM, México, pp. 299-318.

Secretaría de Salud

- 1991 *México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia*, Secretaría de Salud, México.
- 1994 *Estadísticas vitales 1994* (mimeo), México.
- 1995 *Avances en salud materno infantil 1980-1994*, Secretaría de Salud, México.
- 1988 *Memorias de Cocoyoc. Primer seminario "Situación y perspectivas de la mortalidad en menores de cinco años en América Latina"*, Secretaría de Salud, OPS/OMS/UNICEF, México.

Scrimshaw, S. C. M.

- 1980 "La mortalidad infantil y el comportamiento respecto a la regulación del tamaño de la familia", en *Estudios de Población*, Asociación Colombiana para el Estudio de la Población, número especial, abril, pp. 81-97.