

GÉNERO Y CAUSAS DE MUERTE EN MENORES DE CINCO AÑOS

Rosa Ma. Ramos Rodríguez, Sonia Fernández Cantón*
y Florencia Peña Saint Martin**

Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México

**Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud*

***Escuela Nacional de Antropología e Historia, Instituto Nacional de Antropología e Historia*

INTRODUCCIÓN

En México se ha cuantificado ampliamente el hecho de que las mujeres y los hombres a lo largo de su ciclo vital enferman y mueren de diferentes causas y en distinta magnitud. Además, esta información se analiza frecuentemente utilizando promedios nacionales, lo que diluye las especificidades regionales y de los diversos grupos que conforman la sociedad.

Múltiples han sido los ejes de análisis para dar cuenta de estas diferencias; sin embargo, parece indispensable establecer líneas de investigación que permitan profundizar en la explicación causal de la heterogeneidad en los perfiles de salud entre hombres y mujeres, regiones y grupos sociales.

Este trabajo se propone explorar las posibles diferencias regionales por sexo en las tasas de mortalidad de la población infantil y preescolar, y sugerir que el género puede ser una categoría de análisis útil para profundizar en la explicación de las diferencias encontradas, todo ello con el fin de buscar nuevos enfoques y categorías de análisis que trasciendan el análisis global ahistórico de la información, esto es, el manejo de la población como un agregado de individuos aislados, sin considerar que están inmersos en procesos y relaciones sociales que impactan sus formas de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

Para efectuar las comparaciones se eligieron las tasas de mortalidad infantil y preescolar registradas en las estadísticas vitales de 1990 a 1994, tanto a nivel nacional como por entidad federativa. Se determinó utilizar estos grupos de edad por ser la etapa de la vida en la que los individuos son dependientes de los adultos, considerando que los «estilos de vida» en los sujetos a estas edades aún no son influidos por elementos como la actividad laboral desempeñada, el sedentarismo, las adicciones, entre otros. Se eligió además de la mortalidad general, la ocurrida por cuatro causas en estos grupos etáreos: enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias agudas, deficiencias de la nutrición y accidentes, todas ellas caracterizadas por tener una fuerte determinación social.

Con el objetivo de contar con un número significativo de eventos, se optó por promediar el número de defunciones ocurridas en el lapso de 1990-1994, según edad, sexo y entidad federativa. Con estas cifras se estimaron las correspondientes tasas promedio, que a su vez permitieron calcular la razón entre ambas tasas de mortalidad para el periodo respectivo (tasas de defunciones masculinas registradas/tasas de defunciones femeninas registradas por 100) y así generar un indicador para determinar una posible sobremortalidad masculina (Cuadro 1). Debe precisarse que, en estricto sentido, estas cifras no representan el valor absoluto de la sobremortalidad masculina, esto es, no son equivalentes al índice de sobremortalidad masculina (relación entre el número de defunciones masculinas registradas/número de defunciones femeninas registradas por 100) (Secretaría de Salud 1994), y de hecho lo consideramos de mayor utilidad pues, al emplear tasas, los valores absolutos de las defunciones según sexo se relativizan en función de la población sujeta a riesgo (número de nacimientos, o de niños entre 1 a 5 años masculinos o femeninos, según se trate de mortalidad infantil o preescolar), lo que valida la comparación entre ellas.

Para valorar qué tan importante es el «excedente» de la mortalidad de un sexo sobre el otro para las diversas causas seleccionadas, se decidió *indexar* (dar un valor igual a 100 a la razón de las tasas de mortalidad de hombres/mujeres a nivel nacional y por todas las

*Cuadro 1*Tasas de mortalidad infantil y preescolar de acuerdo con el sexo.
Estados Unidos Mexicanos 1990-1994

Grupo de edad	Tasas*		Razón de mortalidad hombres/mujeres
	Hombres	Mujeres	
Infantil*	2188.8	1701.6	128.6
Preescolar**	157.1	142.7	110.1

* Tasa por 100 000 nacidos vivos registrados.

** Tasa por 100 000 habitantes de 1 a 4 años.

Fuente: Dirección General de Estadística e Informática, SSA.

causas) tanto en el caso de la mortalidad infantil (128.6=100) como en la preescolar (110.1=100) (Cuadro 2).

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».

Siguiendo el procedimiento descrito, a partir de las razones calculadas se obtuvieron las cifras *indexadas* (índice relativo de sobremortalidad masculina) en cada grupo de edad, según causa de muerte y entidad federativa.

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 desventajas en el sexo femenino, mientras que valores superiores a 100 traducen una mortalidad más elevada en los varones.

Deberá tenerse presente que al comparar los valores del índice relativo, por ejemplo en el cuadro 2, este índice que, según el procedimiento descrito y para el grupo de menores de un año y para todas las causas es de 100, mientras es de 89.5 en el conjunto de los menores que murieron por deficiencias de la nutrición; pero ello no quiere decir que este valor represente 89% de las muertes por todas las causas, sino que en términos relativos la mortalidad de las niñas

Cuadro 2

Valores relativos entre las tasas de mortalidad infantil según sexo y causa de muerte seleccionada.

Estados Unidos Mexicanos 1990-1994

Causas	Mortalidad Infantil		Mortalidad Preescolar	
	Razón de mortalidad hombres/mujeres	Índice relativo de sobremortalidad masculina	Razón de mortalidad hombres/mujeres	Índice relativo de sobremortalidad masculina
Todas las causas	128.6	100.0	110.1	100.0
Infecciones intestinales	122.4	95.2	104.8	95.1
Infecciones respiratorias agudas	125.2	97.3	100.0	90.8
Deficiencias de la nutrición	115.1	89.5	96.3	87.5
Accidentes	123.7	96.2	144.2	130.9

Fuente: Cálculos propios con base en la información de Mortalidad generada por INEGI/DGEI, SSA.

es 10.5 puntos superior a la de los niños; o bien, el valor del índice relativo en el grupo de preescolares que murieron por accidente fue de 130.9; esto indica que la mortalidad de los varones fue 30.9 puntos superior a la de las mujeres.

RESULTADOS

A nivel nacional, para niños y niñas, los valores de las tasas de mortalidad infantil y preescolar, así como la razón entre dichas tasas según sexo, se presentan en el cuadro 1, en donde se destaca claramente una sobremortalidad masculina (100: 128.6) en el grupo infantil, diferenciación que se mantiene, si bien no con la misma magnitud, cuando la razón entre las tasas se analiza por causa (Cuadro 2).

En el grupo de menores de 5 años (Cuadro 1) la sobremortalidad masculina no es tan obvia (100: 110.1), pero estudiada según causa (Cuadro 2) se hace patente que las mujeres están en desventaja

cuando la muerte se debe a deficiencias de la nutrición, mientras que para los accidentes la sobremortalidad masculina es muy superior.

Ahora bien, investigando en ambos grupos de edad los diferenciales según el índice relativo, se destaca proporcionalmente una sobremortalidad femenina sea cual fuere la causa de defunción considerada en este trabajo, con excepción de los accidentes en los preescolares, en los que, como se mencionó en el párrafo anterior, se presenta una marcada sobremortalidad masculina. Hechos que, *per se*, deben ser investigados (Cuadro 2).

Los comentarios anteriores se refieren al ámbito nacional, pero es más importante el comportamiento de los índices relativos en cada entidad federativa, observándose que los diferenciales por sexo se magnifican más en unas que en otras, según causa de muerte (Cuadros 3 y 4).

Así, similar a lo encontrado en el conglomerado nacional, tanto en el grupo infantil como preescolar, en más de la mitad de los estados el índice relativo muestra que las mujeres se encuentran en desventaja con respecto a los varones. Se destaca que el fenómeno se agudiza en el caso de la mortalidad por deficiencias de la nutrición, particularmente en edad preescolar, y se invierte dramáticamente en el caso de la mortalidad por accidentes en preescolares. Estos hechos se sintetizan en las figuras 1 a 4.

Biología, sociedad y muerte. Algunas reflexiones teóricas

Entre otros procesos sociodemográficos, la mortalidad, sobre todo por causas y sexo, ha sido poco abordada desde el punto de vista antropológico. Sin lugar a dudas, este tipo de análisis es importante e indispensable si se parte de la consideración de que el motivo de la muerte está indisolublemente articulado a las particularidades en que transcurrió la vida del individuo que fallece, es decir, si se reconoce que la muerte tiene una determinación social importante.

En efecto, la llamada «causa de muerte» refleja las especificidades genéticas del sujeto, entretejidas con lo ocurrido en prácticamente toda la trama de su existencia: las condiciones en las que ocurrió su proceso de crecimiento y desarrollo, las singularidades que cobró su vida afectiva y familiar, las relaciones sociales que estableció, los «estilos de vida» que desarrolló, los cuadros patológicos

Cuadro 3

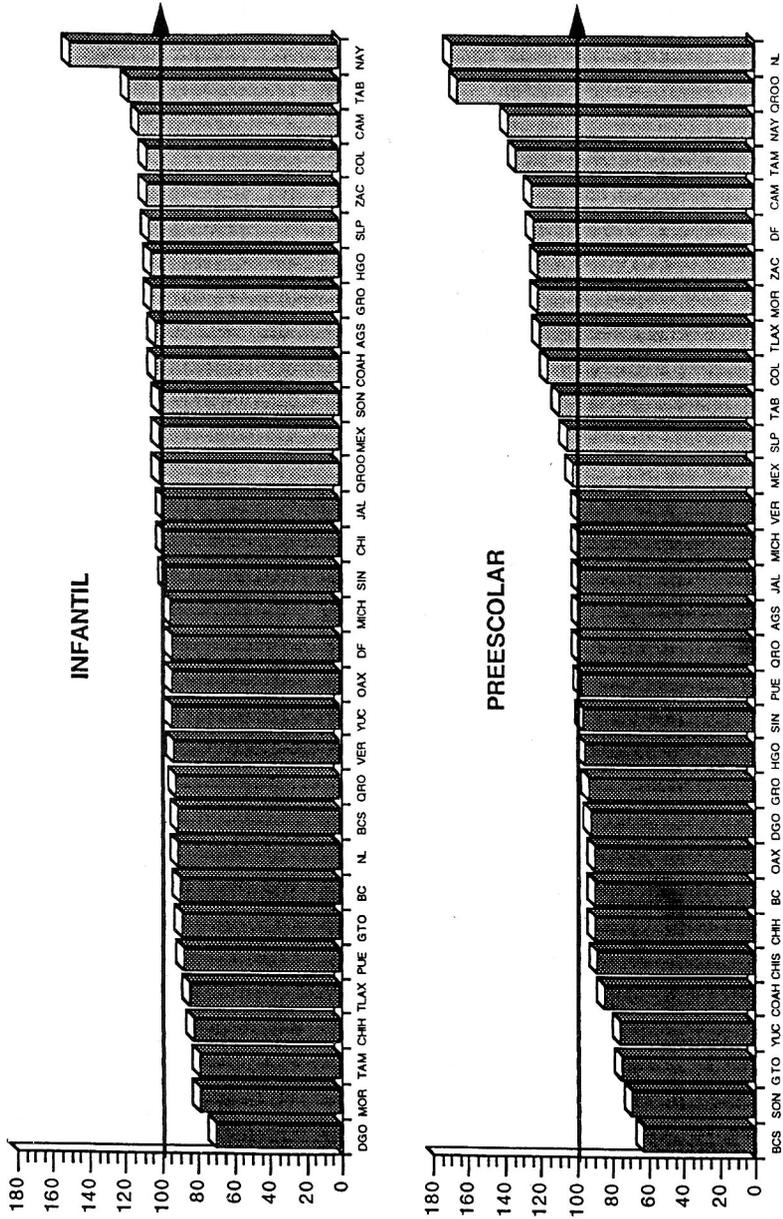
Índice relativo de sobremortalidad masculina en menores de un año según causa de muerte y entidad federativa. Estados Unidos Mexicanos 1990-1994

Entidad Federativa	Infecciones respiratorias agudas	Enfermedades diarreicas	Accidentes	Deficiencias de la nutricion
Aguascalientes	116.7	103.4	143.6	122.1
Baja California	93.4	90.3	104.4	56.5
Baja California Sur	131.8	91.0	103.3	87.6
Campeche	72.7	112.0	55.8	73.0
Cahuila	103.2	103.3	79.6	88.8
Colima	106.7	107.3	108.8	67.0
Chiapas	95.4	98.5	96.4	98.3
Chihuahua	109.4	82.6	92.4	101.1
Distrito Federal	101.0	94.4	96.7	103.7
Durango	84.8	70.8	135.8	109.7
Guanajuato	98.6	88.7	93.7	87.0
Guerrero	97.5	105.0	117.8	82.0
Hidalgo	91.0	105.4	90.8	111.0
Jalisco	95.7	99.2	93.0	88.8
México	99.7	101.0	107.2	91.2
Michoacán	100.5	95.0	85.0	94.2
Morelos	95.6	78.7	70.6	66.5
Nayarit	108.8	149.1	96.4	97.9
Nuevo León	91.9	90.7	93.0	84.5
Oaxaca	90.8	94.0	77.6	78.7
Puebla	99.5	87.9	97.6	88.4
Querétaro	98.9	92.2	58.0	72.8
Quintana Roo	100.9	100.7	102.9	65.9
San Luis Potosí	99.1	106.6	140.5	103.9
Sinaloa	96.7	97.8	86.7	84.8
Sonora	94.4	101.2	106.2	88.7
Tabasco	94.1	117.0	97.3	102.6
Tamaulipas	94.1	79.5	118.8	71.9
Tlaxcala	90.0	84.4	91.0	66.8
Veracruz	93.4	93.5	87.2	104.0
Yucatán	90.9	93.9	95.4	61.8
Zacatecas	110.7	106.9	59.4	107.2

Cuadro 4

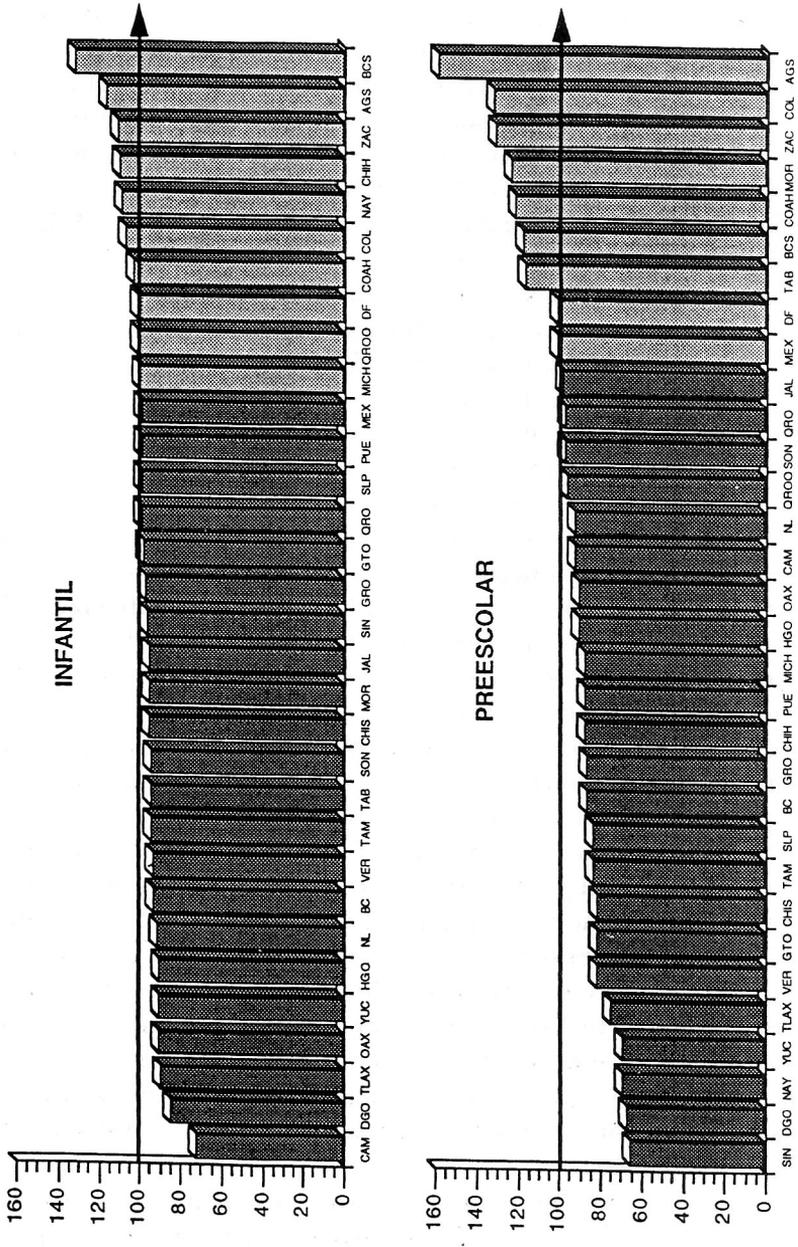
Índice relativo de sobremortalidad masculina en preescolares
según causa de muerte y entidad federativa. Estados Unidos
Mexicanos 1990-1994

Entidad Federativa	Infecciones respiratorias agudas	Enfermedades diarreicas	Accidentes	Deficiencias de la nutrición
Aguascalientes	159.5	98.4	227.3	154.0
Baja California	86.4	90.2	105.7	68.5
Baja California Sur	117.3	62.8	129.6	70.3
Campeche	92.1	124.5	121.9	77.0
Cahuila	121.8	84.6	95.9	111.9
Colima	132.0	115.8	107.6	66.0
Chiapas	81.6	88.4	159.4	90.5
Chihuahua	88.0	89.8	113.2	108.5
Distrito Federal	101.4	123.8	117.5	57.1
Durango	67.1	92.5	108.1	88.1
Guanajuato	81.5	74.4	145.1	88.4
Guerrero	86.8	93.2	122.8	90.9
Hidalgo	90.9	95.4	123.0	102.8
Jalisco	98.4	98.6	133.0	91.8
México	101.0	101.6	132.8	84.6
Michoacán	88.1	98.8	134.0	103.6
Morelos	123.7	121.4	179.6	79.6
Nayarit	69.5	137.8	147.6	53.5
Nuevo León	92.1	168.7	141.2	35.2
Oaxaca	91.0	90.5	131.2	82.9
Puebla	88.0	97.7	123.9	92.0
Querétaro	97.2	98.2	131.4	68.3
Quintana Roo	96.0	165.6	99.7	61.6
San Luis Potosí	84.1	104.8	119.6	88.1
Sinaloa	66.0	96.8	152.3	140.8
Sonora	97.1	69.2	128.9	74.1
Tabasco	116.9	109.0	164.2	94.5
Tamaulipas	83.9	133.3	127.4	157.1
Tlaxcala	75.3	120.3	157.2	80.0
Veracruz	81.5	98.8	130.4	82.8
Yucatán	69.5	75.8	114.1	74.0
Zacatecas	131.1	121.8	133.9	132.2



Infantil se refiere a menores de un año y preescolar a niños de 1 a 4 años.

Figura 1. Índice relativo de sobremortalidad masculina por infecciones respiratorias agudas (promedio 1990-1994).



Infantil se refiere a menores de un año y preescolar a niños de 1 a 4 años.

Figura 2. Índice relativo de sobremortalidad masculina por enfermedades diarreicas (promedio 1990-1994).

que padeció, los trabajos que realizó, el mundo simbólico que construyó, entre muchos otros aspectos; situaciones que, por supuesto, están inmersas dentro de un contexto histórico específico.

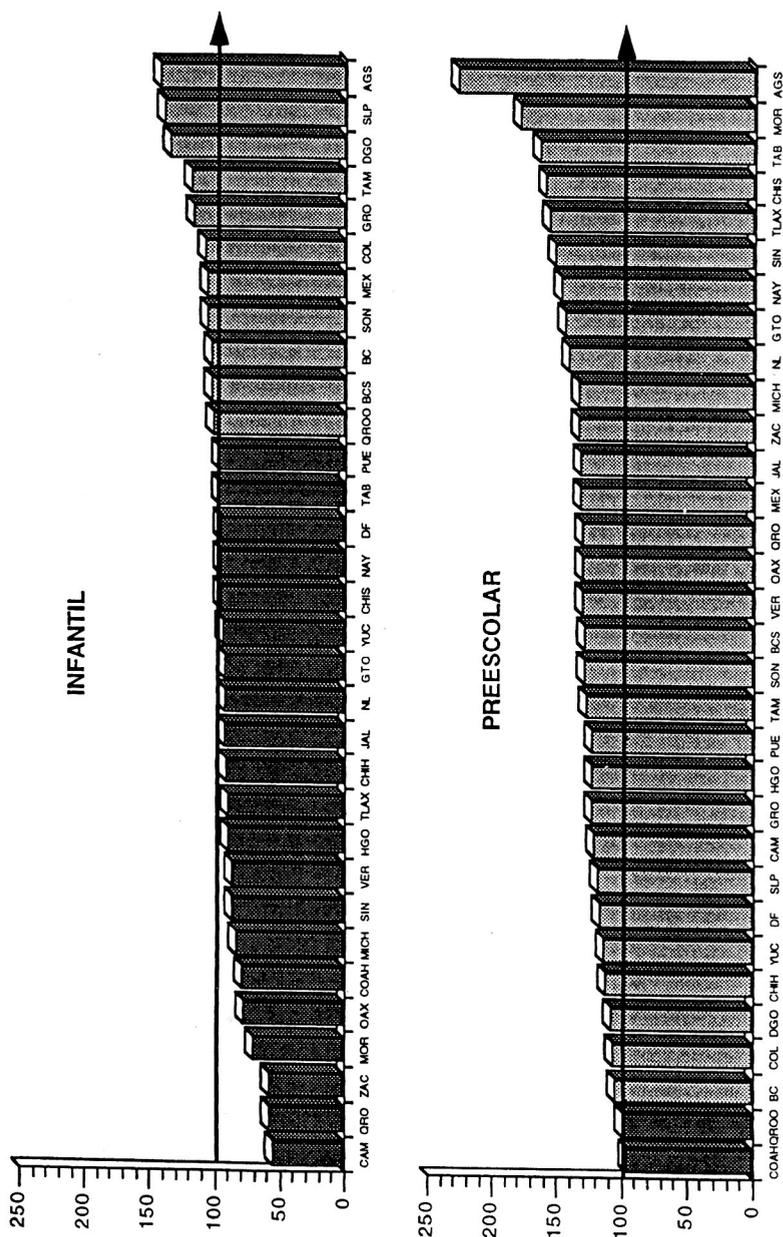
La mayoría de los estudios abocados al tema de la mortalidad emplean la información consignada en los certificados de defunción que, una vez procesada, constituye las estadísticas vitales. Sin embargo, en México, son varias las limitaciones estructurales e insoslayables presentes en la información disponible en éstas (López 1988, Padilla 1989):

1. En el caso de las tasas de mortalidad infantil, los principales problemas son el subregistro de las defunciones, cuya magnitud no es homogénea en el país, y la falta de precisión en los denominadores empleados, ya que se basan en nacimientos registrados y no en los realmente ocurridos, así como por la reconocida duplicidad en el registro de nacimientos. Eventos que si bien distorsionan las cifras, se desconoce su frecuencia y magnitud.

2. En el caso de la mortalidad preescolar, los problemas en el numerador son de menor magnitud en cuanto al subregistro de las defunciones. Sin embargo, en el caso del 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 incorpora también cierto rango de imprecisión.

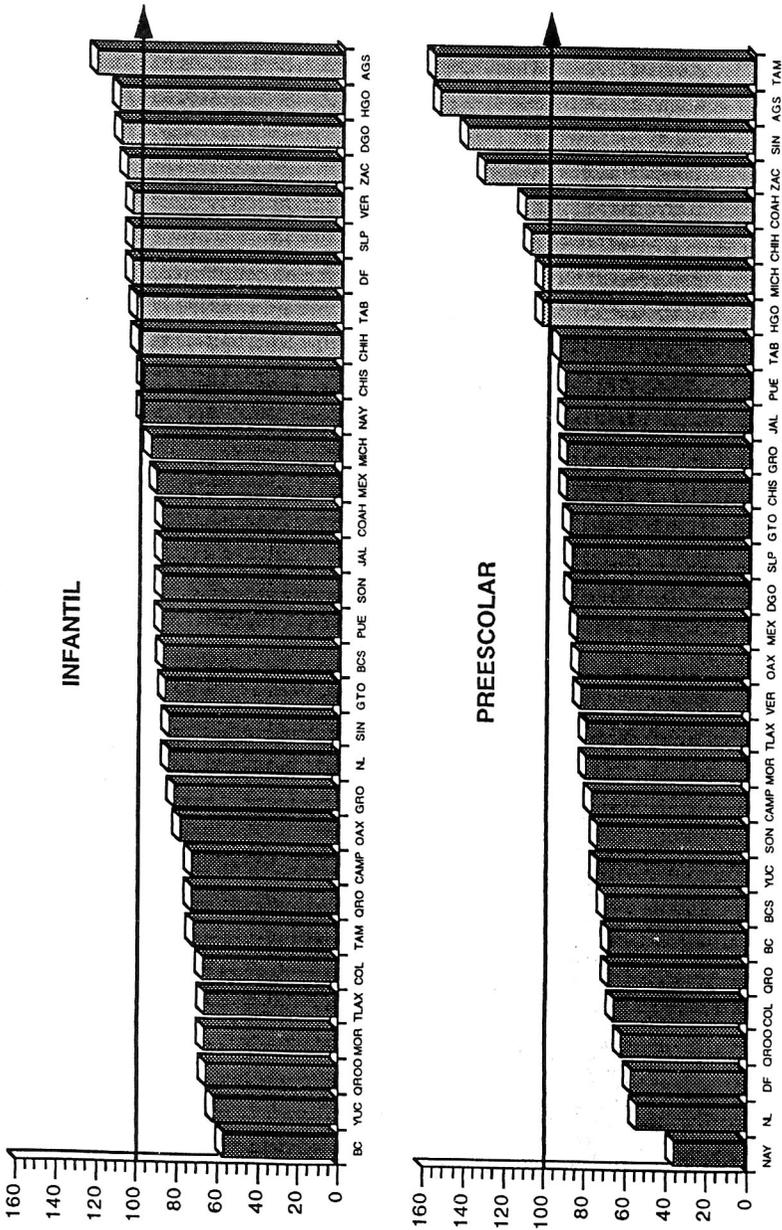
3. Aunado a lo anterior, el complicado tramado que tiene lugar detrás del hecho de la muerte, al ser traducido a un dato nosológico único, simplifica en extremo y termina por ocultar el proceso social que se encierra en cada deceso. La codificación de la «causa de muerte» está basada en la Clasificación Internacional de Enfermedades, es decir, es diagnosticada por personal de salud, formado en lo que Capra (1982) denomina el «modelo biomédico», entrenado para reconocer los signos y los síntomas de las enfermedades y no para poner atención en los individuos enfermos y las relaciones sociales que éstos establecen. Por tanto, las patologías que pudieron intervenir en la ocurrencia del deceso no son relacionadas ni siquiera con el estado físico y emocional general del paciente, menos aún con la calidad de vida del mismo.

Esta forma de concebir los motivos de las defunciones es una parte estructural e ineludible de los registros sobre mortalidad por



Infantil se refiere a menores de un año y preescolar a niños de 1 a 4 años.

Figura 3. Índice relativo de sobremortalidad masculina por accidentes (promedio 1990-1994).



Infantil se refiere a menores de un año y preescolar a niños de 1 a 4 años.

Figura 4. Índice relativo de sobremortalidad masculina por defunciones de la nutrición (promedio 1990-1994).

causas, lo que hace difícil el análisis a profundidad del fenómeno de la defunción.

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 y Martínez (1989) han señalado acertadamente que la confiabilidad del diagnóstico de las causas de muerte puede variar enormemente, ya que en él están implicadas desde necropsias muy precisas, hasta información general proporcionada por los familiares del fallecido, lo cual también incorpora un sesgo importante a su análisis.

5. Por último, el problema del estudio de la mortalidad no se circunscribe sólo a la calidad de los datos, como ha señalado Menéndez (1989), existe muy poca producción teórica en relación con el estudio de la mortalidad y aún es escasa la investigación que, basándose en fuentes secundarias, trate de profundizar en los hechos histórico-sociales que están detrás de determinadas causas de muerte.

En el campo de la biología humana es aceptado que los individuos del sexo femenino tienen una mayor resistencia, hecho que parece explicar que las tasas de mortalidad femenina sean menores prácticamente desde la concepción (Montagu 1970, Ruffie, citado en Badinter 1986, Waldron, citado en Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática 1995).

En los países desarrollados se estima que por cada 150 concepciones masculinas hay 100 femeninas, pero al nacimiento la proporción de hombres *vs* mujeres fluctúa entre 103 a 107:100. Así, en nuestro país, al momento del nacimiento existe una mayor proporción de hombres que de mujeres, pero esta diferencia se reduce paulatinamente, de manera que alrededor de los 20 años es igual o incluso se encuentra invertida (Consejo Nacional de Población 1995, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas para la Mujer 1995).

El Banco Mundial (1993) reporta en la mortalidad una ventaja femenina de más de 30% en los países europeos antes socialistas. Esta misma fuente señala que en el mundo las mujeres presentan una ventaja de alrededor de 10% en la carga de morbilidad por 1 000 habitantes. A su vez, indica que las mujeres pierden menos años de vida ajustados en función de la discapacidad por muerte prematura,

aunque la carga de morbilidad femenina, en términos generales, es mayor que la masculina.

Ruffie (citado en Badinter 1986: 52), basándose en el censo de 1980, sintetiza bien estos hechos para Francia: *in utero* morían más niños que niñas; un niño varón de cero a 12 meses costaba a la seguridad social 1 714 francos más que una niña en condiciones equivalentes. A pesar de que en este país nacían más niños que niñas (de 104.5 a 108.3 niños por cada 100 niñas), hasta los 50 años la proporción de hombres y mujeres sobrevivientes era semejante, pero a los 80 años quedaban sólo 58 hombres por cada 100 mujeres.

Si bien lo antes dicho parece indicar que la sobremortalidad masculina es un hecho aparentemente universal, observable en cifras promedio, se ha reportado que en situaciones particulares puede ocurrir el fenómeno inverso. De esta manera, algunas diferencias en las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres sólo pueden explicarse por el significado social que adquiere la diferencia sexual. Por tanto, para tratar de ir más allá de la simple comparación estadística de las diferencias entre los sexos, desde nuestro punto de vista, es necesario retomar lo que se conoce como «perspectiva de género» en el análisis.

El género alude al orden simbólico con que los diversos grupos sociales elaboran las diferencias sexuales que singularizan a los machos y a las hembras de nuestra especie biológica. Por tanto, la identidad de género de cada sujeto es siempre socialmente asignada, según su sexo biológico y dicho orden simbólico. No se es simplemente macho o hembra en relación con la reproducción «natural» de la especie, sino que a partir de serlo se estructuran códigos precisos, colectivamente construidos, que posicionan a los sujetos de determinada manera en un contexto histórico-cultural preciso, lo que constituye su identidad de género (Harris 1986, Lagarde 1990, Lamas 1986).

Si bien existen divergencias en las maneras en que las diferentes culturas aprehenden «lo femenino» y «lo masculino», en todo grupo social dicha aprehensión asigna obligaciones y prohibiciones con la familia y la comunidad, conductas y actitudes personales correctas o condenables, tareas posibles o no de desarrollar, entre otros aspectos. Así, el género forma parte estructural del entramado de las relaciones sociales que los sujetos establecen. Además, el género junto con otras

identidades y condiciones específicas (por ejemplo propiedad o no de medios de producción, etnia, etapa de la vida, religión y nacionalidad) conforman la matriz a partir de la cual se lleva a cabo la división social del trabajo y la distribución del poder en un grupo social dado.

Por ello, no sólo la diferencia biológica «natural» ante la reproducción de la especie (el sexo), sino también la construcción simbólica que a partir de ella se realiza (el género) adquieren significado para explicar las diferentes condiciones en que se lleva a cabo la vida de hombres y mujeres en las sociedades actuales. Este punto de vista resulta fundamental para poder entender cómo se entretajan situaciones específicas para ocasionar cierto tipo de muertes en los individuos XX o XY de nuestra especie.

En las sociedades occidentales y desde la perspectiva de la construcción de la identidad de género, es fácil descubrir la estrecha relación que ésta tiene con la división social del trabajo. Así, las mujeres construyen su identidad fundamentalmente a partir de las responsabilidades en la maternidad, crianza de los hijos y el trabajo doméstico que, se asume, desempeñarán en la vida adulta. Como contraparte, se espera que los hombres funjan como «jefes de familia» y «proveedores principales del hogar», por lo que deben incorporarse a trabajos remunerados, lo que les otorga un valor simbólico superior al de las mujeres y los sitúa en una posición de poder en el interior del grupo doméstico.

Para que como adultos cumplan eficientemente con su papel social, desde el nacimiento, en los niños y en las niñas se fomentan conductas particulares. En los hombres puede propiciarse la agresividad, independencia, dominancia, dureza afectiva, rebeldía, entre otras; mientras se procura que las mujeres sean sumisas, obedientes, tranquilas, afectivas, etcétera. Así, a pesar de la aparente ventaja biológica de las mujeres, es de esperarse que la construcción simbólica del «deber ser» de los hombres y de las mujeres deje su impronta en las tasas de muerte y su causalidad diferencial por sexo.

Por ejemplo, en Bangladesh y el norte de la India se registra un exceso de mortalidad femenina infantil y preescolar debido a que las niñas reciben menos comida, son menos atendidas por sus madres y son llevadas con menos frecuencia al médico (Chen 1988, Das Gupta 1987). Se hipotetiza que esta «subinversión materna» (Scrimshaw 1982) en las hijas tiene una estrecha relación con el hecho de que las

mujeres deben aportar dote al casarse y mudarse a casa de los suegros, por lo que sus familias no reciben con ellas beneficios económicos.

Para México, Garduño (1994) ha señalado que el género puede explicar gran parte de las muertes en hombres adultos en edad productiva porque ocasiona que éstos, en su afán de alcanzar el ideal masculino que dicta la sociedad, acaben muriendo por accidentes, homicidios, suicidios, cirrosis y síndrome de dependencia del alcohol. Es decir, su conducta exhibe destructividad que, sin embargo, es socialmente aceptada y justificada como masculina.

COMENTARIOS FINALES

A reserva de efectuar un análisis más minucioso sobre la realidad que se descubre a través de los diferenciales por sexo de la mortalidad preescolar e infantil, quisiéramos terminar con el señalamiento de algunas líneas que nos parecen fundamentales para futuras investigaciones.

Un hecho que llamó la atención fue encontrar diferencias importantes en el índice relativo descrito por entidad federativa, acontecimiento inexplicable desde un enfoque biologicista. Este acontecimiento exige una profunda reflexión e investigaciones en las cuales la construcción en la identidad de género y las circunstancias históricas y culturales en que ésta se lleva a cabo sean tomadas en cuenta.

Por ejemplo, en el caso de la sobremortalidad femenina por desnutrición hipotetizamos que una «subinversión materna» (Scrimshaw 1982) hacia las mujeres puede estar jugando un papel importante, teniendo como posible origen el valor simbólico y económico diferencial que las culturas y los miembros de las unidades domésticas dan a los menores, según su sexo y orden en la paridad, casi siempre significando una desventaja para las mujeres.

En cambio, en la sobremortalidad preescolar masculina por accidentes habría que explorar las conductas que en ese género se fomentan, de acuerdo con los patrones culturales prevalecientes, que podrían estar ocasionando que se expongan a mayores riesgos que culminan en accidentes mortales; aunque, dado que esta tendencia parece universal, pudiera ser que en el comportamiento mas-

culino hubiera cierta impronta de su "naturaleza biológica", cuestión insuficientemente investigada.

Por supuesto, un análisis antropológico riguroso de la mortalidad por accidentes en este grupo sociodemográfico deberá tomar en cuenta las causas específicas que llevaron a los niños a la muerte y la frecuencia con que niños y niñas están involucrados en accidentes no mortales.

Creemos que en la mortalidad infantil y preescolar la dinámica del grupo doméstico (en especial quien está a cargo del cuidado de los niños, que generalmente es la madre) tiene un papel fundamental que no debe ser soslayado en el análisis. Así, la composición del parentesco de las unidades familiares, las relaciones interpersonales entre sus miembros, las redes de apoyo con que cuentan, las condiciones materiales que les son propias, la distribución interna de responsabilidades, así como elementos macroestructurales como la pertenencia a cierta cultura y grupo social, con la simbolización del valor de ser hombres o mujeres y el papel social que a ambos sexos les corresponde desempeñar en la vida adulta, son fundamentales. Sin embargo, este tipo de investigaciones aún está por realizarse.

RESUMEN

Con pocas excepciones, el hecho de que existen diferenciales de morbimortalidad entre hombres y mujeres se ha documentado y analizado a través de promedios nacionales. Sin embargo, por lo menos en México, estas diferencias demográficas entre los sexos parecen ser heterogéneas en las distintas entidades federativas. Por tanto, este trabajo, utilizando las tasas de mortalidad infantil y preescolar para cuatro importantes causas (enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias agudas, deficiencias de la nutrición y accidentes), pretende mostrar la necesidad de trascender el tratamiento estadístico global y ahistórico con que comúnmente se maneja la información. Se calcularon las razones de las tasas de mortalidad infantil y preescolar masculina/femenina, correspondientes al periodo 90-94, para en su caso inferir, de acuerdo con el comportamiento universalmente aceptado, una posible sobremortalidad masculina. Los resultados muestran que la distribución de las razones es heterogénea entre las entidades federativas; sin embargo, destaca el predominio de una franca sobremortalidad femenina por deficiencias de la nutrición, mientras ocurre el fenómeno inverso en relación con los accidentes. Se concluye que estos eventos deben ser inves-

tigados e interpretados a la luz del impacto de la construcción social del género en las formas concretas en que se lleva a cabo el cuidado y la crianza de los niños en diferentes regiones del país.

PALABRAS CLAVE: mortalidad infantil, mortalidad preescolar, mortalidad diferencial, género, dimorfismo sexual.

ABSTRACT

With few exceptions the existence of differential rates of illness and death between men and women have been documented and analyzed through national averages. However, in Mexico at least, these demographic differences between the sexes appear to vary greatly in different federal entities. This research uses the death rates of infants and pre-schoolers from four important causes (diarrheas, respiratory illnesses, nutritional deficiencies and accidents) to demonstrate the need to transcend the global and ahistorical statistical treatment commonly given to such information. The ratios of masculine/feminine infant and preschool mortality rates were calculated for the period 1990-94 in order to detect presumed evidence for a higher masculine death rate. The results show that the distribution of ratios varies among federal entities; however, the predominance of female mortality as a result of nutritional deficiencies was noted in contrast with male predominance in the case of accidents. In conclusion, these events require additional research and interpretation in light of the social construct of gender and the way it affects the specific forms of child raising and care in different regions of the country.

REFERENCIAS

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN

1995 *Estimaciones del Consejo Nacional de Población (junio 1995)*, documento interno.

BADINTER, E.

1992 *XY. La identidad masculina*, Alianza Editorial, España.

BANCO MUNDIAL

1993 *Informe sobre el desarrollo mundial 1993*, Banco Mundial, Washington, D. C.

CAPRA, F.

1982 *El punto crucial*, Editorial Estaciones, Argentina.

CÓRDOVA, A., G. LEAL Y C. MARTÍNEZ

1989 El problema del diagnóstico por causa, en R. Jiménez (coord.), *Investigación multidisciplinaria de la mortalidad y morbilidad en niños*

menores de cinco años, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México Cuernavaca, México: 39-46.

CHEN, L.

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

DAS GUPTA, M.

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

GARDUÑO, M.A.

1994 La categoría género en la explicación de los perfiles de enfermedad y muerte de varones y mujeres, *Salud Problema*, 25: 17-25.

HARRIS, O.

1986 Unidad doméstica como unidad natural, *Nueva Antropología*, 8 (30): 119-122.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA Y FONDO DE DESARROLLO DE NACIONES UNIDAS PARA LA MUJER

1995 *La mujer mexicana: un balance estadístico al final del siglo XX*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, y Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas para la Mujer, México.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA

1995 *Perfil estadístico de la población mexicana: una aproximación a las inequidades socioeconómicas, regionales y de género*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, y Sistema Integral de las Naciones Unidas, México.

LAGARDE, M.

1990 *Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas y locas*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

LAMAS, M.

1986 Antropología feminista y la categoría de género, *Nueva Antropología*, 8 (30): 173-198.

LÓPEZ, MA. G.

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

MENÉNDEZ, E.

1989 Mortalidad en México. A preguntas simples, ¿sólo respuestas obvias?, en R. Jiménez (coord.), *Investigación multidisciplinaria de*

la mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México, Cuernavaca, México: 19-38.

MONTAGU, A.

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

PADILLA, J. C.

1989 Problemática de la información sobre mortalidad, en R. Jiménez, (coord.), *Investigación multidisciplinaria de la mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años*, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México, Cuernavaca, México: 163-167.

SCRIMSHAW, S.

1982 La mortalidad infantil y el comportamiento respecto a la regulación del tamaño de la familia, *Estudios de Población*, Asociación Colombiana para el Estudio de la Población: 81-97.

SECRETARÍA DE SALUD

1994 *Estadísticas vitales 1994*, Secretaría de Salud, México.