

SALUD Y POBREZA.
EL MANEJO DE LA SALUD PRENATAL EN UN
CONTEXTO DE POBREZA URBANA

Adriana López Ramírez

Consejo Nacional de Población

INTRODUCCIÓN

Este trabajo aborda los determinantes del cuidado de la salud materno-infantil en los hogares de Chimalhuacán, una de las áreas de mayor pobreza y marginación de la zona metropolitana de la ciudad de México, haciendo énfasis en un componente del proceso salud/enfermedad/atención que ha sido abordado —etnográfica y teóricamente— por la antropología desde la década de los veinte, pero que sólo en fechas recientes empieza a ser considerado en la producción teórica sobre la reproducción social (Menéndez 1990).

Desde el punto de vista de la transición de la salud, los cambios de comportamiento orientados a la prevención de enfermedades (*health management*) y la recuperación de la salud suponen no sólo nuevos perfiles epidemiológicos y cambiantes escenarios demográficos —de altos a bajos niveles de mortalidad—, sino también modificaciones en la respuesta social organizada ante estas condiciones (Caldwell 1989, Ruzicka y Kane 1989).

Sin embargo, en América Latina la transición de la salud se ha caracterizado por una profunda heterogeneidad y una fuerte asociación entre las condiciones de vida y los niveles de salud y bienestar. Esto ha ocasionado que la creciente desigualdad social y la mayor vulnerabilidad de numerosos grupos de población, como resultado de la crisis económica y los programas de austeridad, se evidencien en la marcada transformación en la organización familiar, en los

roles femeninos y en la participación de los niños en la fuerza de trabajo, produciendo las condiciones para una mayor morbilidad y mortalidad (Palloni 1989).

Uno de los ámbitos sociales que permite profundizar en el conocimiento de estas cambiantes respuestas sociales ante las condiciones de salud de una población es la familia, entendida no sólo como la entidad mediadora entre procesos estructurales mayores, que en el nivel microsocia! produce y reproduce los sistemas de representaciones y comportamientos individuales, sino también como nivel analítico y objeto de estudio (García y Oliveira 1990).

Desde el punto de vista de la antropología médica, el binomio familia/grupo doméstico constituye un referente obligado en la descripción, análisis y explicación del proceso salud-enfermedad-atención, ya que en la familia se constituyen y operan los principales determinantes de la morbilidad y de la mortalidad de sus miembros, y se delimitan los patrones de búsqueda de atención y de uso de servicios de salud. Desde la perspectiva de la reproducción de los grupos sociales, el ámbito doméstico es el lugar donde se detectan las enfermedades, se adoptan medidas preventivas o acciones curativas mediante decisiones que trastocan la vida cotidiana de sus miembros y que, al participar en el mantenimiento de la salud del grupo, contribuyen a la subsistencia cotidiana y al reemplazo de las generaciones (Oliveira y Salles 1989, Secretaría de Salud 1994b). Lejos de plantear a la familia como una unidad monolítica, situarla como un ámbito que modifica y es modificado en su estructura, composición y organización interna por los procesos de salud-enfermedad, la concibe como una entidad mediadora relevante entre las demandas individuales y la oferta institucional de salud.

MARGINACIÓN Y POBREZA EN EL ÁREA CONURBADA DE LA ZONA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

La zona metropolitana de la ciudad de México (ZMCM) constituye la más importante concentración económico-demográfica, el principal centro cultural y sede de la actividad política, industrial y financiera del país.

La centralización de la producción y distribución de bienes y servicios, así como el rezago socioeconómico prevaleciente en amplias regiones del país¹ originaron un intenso éxodo de población de 1921 a 1970. A partir de entonces, la ZMCM ha entrado en una fase de disminución en su ritmo de crecimiento como resultado de un cambio en la dirección y magnitud de las corrientes migratorias internas (Partida 1994).

Asociada a la inmigración y al poblamiento de la periferia, se ha dado una fuerte expansión geográfica del área urbana producto de la mercantilización del suelo, de los costos crecientes de los servicios y de la imposibilidad de pagar los incrementos de alquiler —debido al desempleo, al subempleo y a una inestable inserción en el mercado de trabajo—, incentivando la ocupación ilegal de terrenos. El impacto social de estos asentamientos ilegales se refleja en un deterioro en la calidad de vida y en la paulatina reducción de los niveles de bienestar, situación que afecta a 29% del área urbanizada de la ZMCM (Legorreta 1992).

Aun cuando la ZMCM cuenta con un complejo conjunto de obras de infraestructura indispensables para la producción económica, los sectores de bajos ingresos se enfrentan a grandes carencias para llevar a cabo la reproducción de la población. Desde este punto de vista, el mantenimiento de zonas habitacionales en condiciones de precariedad «...forma parte y sustenta la acumulación económica, pues reduce al mínimo el costo de la reproducción de la fuerza de trabajo, [y genera] menores presiones salariales. La pobreza parece así necesaria y conveniente a la estructura económica de la ciudad» (Legorreta 1992: 129).

Esta situación, agravada por los efectos de la crisis en la economía de los hogares de bajos ingresos, se ve reflejada en un evidente empeoramiento en el acceso a los servicios urbanos. Así, la provisión de agua entubada dentro de la vivienda bajó de 61.5% en 1980 a 54% en 1990, siendo más acentuado este descenso en los municipios receptores de asentamientos populares (Coulomb 1992).

¹ Según la Encuesta Nacional de Migración en Áreas Urbanas, en 1986 uno de cada cuatro habitantes de la ZMCM era inmigrante; 80% de ellos provenía de entidades relativamente cercanas a la zona, caracterizadas por una alta densidad de población, altos índices de ruralización y niveles de vida por debajo del promedio nacional (Consejo Nacional de Población 1987).

De los municipios mexiquenses que integran actualmente la ZMCM,² Chimalhuacán es uno de los que presenta el mayor deterioro en sus condiciones socioeconómicas y una muy alta marginación, lo cual se refleja en una elevada mortalidad (Reyes y Straffon 1993). Es también, según indicadores de calidad de vida, uno de los 42 municipios del valle de México con las condiciones de vida más precarias, encontrándose prácticamente ausentes los componentes de protección y/o compensación para llevar a cabo la reproducción cotidiana de las familias y sus miembros (Blanco *et al.* 1993).

Con una tasa de crecimiento anual de 15.8%, la mayor parte del intenso poblamiento de Chimalhuacán proviene de la migración. En 1990, 45.7% de la población residente en el municipio había nacido en otra entidad (INEGI 1990). De éstos, 77% provenía del Distrito Federal (40.1%), Oaxaca (14.2%), Puebla (10.8%), Michoacán (6.7%) y Veracruz (5.2%), representando una fuente potencial de aumento en la demanda de servicios básicos.

A nivel de infraestructura doméstica la estadística censal muestra que, en 1990, 57.2 % de las viviendas en Chimalhuacán no contaba con instalación de drenaje y 21.6% no disponía de agua entubada dentro de la vivienda.³

LOS RECURSOS DE LA SALUD

Desde hace varios años, prácticamente todos los países atraviesan una severa crisis económica que repercute en la eficiencia de sus servicios de salud (Secretaría de Salud 1994a). En México, a pesar de que en 1992 una quinta parte del gasto en desarrollo social se destinó

² Si bien no existe consenso sobre el número de municipios que integran la ZMCM, generalmente se incluyen, además de las 16 delegaciones del Distrito Federal, 27 municipios conurbados del Estado de México (Consejo Nacional de Población 1992). Chimalhuacán, situado al nororiente del Distrito Federal, forma parte de la ZMCM desde 1960 (Gobierno del Estado de México 1993).

³ Según datos de la encuesta sobre determinantes de la salud materno-infantil, levantada en Chimalhuacán en 1994 por el Centro de Estudios en Población y Salud, en los hogares en donde viven mujeres con al menos un embarazo en los cinco años previos a la encuesta, 66.3% no tenía drenaje y 83.5% carecía de agua entubada dentro de la vivienda (Gómez de León *et al.* 1995).

Cuadro 1
Recursos para la salud disponibles en 1992*

Recursos materiales y humanos	Estado de México	Chimalhuacán
Unidades médicas**	907	7
Consultorios	3 337	29
Médicos	3 670	26
Enfermeras	5 099	18

* No incluye IMSS, IMSS-Solidaridad ni Secretaría de Marina.

** Todas son de primer nivel.

Fuente: Sistema Nacional de Salud (1992), *Boletín de Información Estadística* 12 (1).

a las instituciones del sector salud,⁴ 9.7% de la población total del país y el 30.5% de la del Estado de México no contaba con servicios de salud (Secretaría de Salud 1994a).

Aun cuando no se cuenta con datos por municipio sobre el volumen de población no cubierta por los servicios de salud, es posible pensar que si a nivel nacional existe un fuerte desequilibrio en la distribución de los servicios —el cual se manifiesta en una disminución de los recursos físicos y humanos disponibles conforme aumenta la marginación— este patrón se reproduce al interior de las entidades federativas.⁵ Esto implicaría que, en el Estado de México, los municipios con mayor marginación presentarían los rezagos más evidentes en materia de servicios de salud (Cuadro 1).

⁴ Según las estadísticas del Sistema Nacional de Salud, el Estado mexicano no sólo ha aumentado el porcentaje del gasto en desarrollo social dentro del gasto programable del sector público (de 33.2 a 50.2%, entre 1988 y 1992), sino que, en 1992, 21.5% del gasto en desarrollo social fue absorbido por el sector salud (Secretaría de Salud 1994c). Con respecto a la participación del presupuesto en salud en el Producto Interno Bruto, las estadísticas muestran —a precios constantes de 1980— un descenso de 3.4 a 2.8% entre 1980 y 1992 (Sistema Nacional de Salud 1992).

⁵ Además de esta tendencia, se ha encontrado que la participación de las instituciones que atienden población abierta aumenta proporcionalmente en la medida en que aumenta el grado de marginación. Por el contrario, las instituciones de seguridad social incrementan su participación relativa a medida que las entidades están menos marginadas (Secretaría de Salud 1994a).

Pese a que en la década de los ochenta la Secretaría de Salud extendió sus servicios a áreas urbanas marginadas con el Programa de Atención Primaria (Secretaría de Salud 1994a), Chimalhuacán sólo cuenta con cinco centros de salud y un hospital para la población no derechohabiente, además de un programa de promotores comunitarios de salud. Para la población derechohabiente existen dos clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Aunada a esta escasa disponibilidad de servicios públicos de salud para una población de 411 890 habitantes (Consejo Nacional de Población 1992), se da una desigual distribución regional de las instalaciones médicas, ya que la mayoría se encuentra en el centro del municipio, *i.e.*, en los asentamientos más antiguos y de mayores ingresos económicos, lo cual ha significado que los servicios de salud no hayan logrado atender la demanda generada en la zona (Gómez de León *et al.* 1995). Así, tres centros de salud del municipio tienen una población abierta asignada cercana a las 45 000 personas cada uno,⁶ por lo que un promedio de dos consultas anuales supone cubrir 90 000 consultas. Cada centro de salud funciona con dos o tres médicos que atienden de 50 a 70 consultas por día; esto significa que, cada año, se tiene una cobertura equivalente a 20% de lo esperado.

Sumado a la baja cobertura de los servicios de salud para la población no derechohabiente, 18.9% de las mujeres en Chimalhuacán no acude porque considera que el servicio ofrecido es de mala calidad (largos tiempos de espera, maltrato, falta de material y medicina, escasez de personal calificado y ausentismo del mismo).⁷ La gran movilidad intra e intermunicipal de gran parte de la población dificulta, además, un seguimiento adecuado de las acciones y programas de salud desarrollados por los promotores comunitarios.

⁶ Información de los Centros de Salud Herreros, Plateros y San Lorenzo sobre el número total de población y población no derechohabiente censada en sus microrregiones.

⁷ Sólo 0.5% de las mujeres mencionó el costo del servicio de los centros de salud entre las razones de no uso. En otras investigaciones más que una percepción de mala calidad del servicio, el alto costo del transporte y de los medicamentos es lo que restringe la utilización de servicios entre las familias pobres (Secretaría de Salud 1994b).

METODOLOGÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Los datos presentados forman parte de una investigación realizada en 1994 por el Centro de Estudios en Población y Salud de la Secretaría de Salud. El objetivo fue conocer y profundizar —mediante una encuesta probabilística y entrevistas en profundidad— en las relaciones existentes entre la condición social de la mujer y la salud infantil en un contexto de marginación y pobreza urbana.⁸

Los datos estadísticos permiten establecer asociaciones entre algunos determinantes demográficos y socioeconómicos del cuidado de la salud, evaluados por medio de la práctica de atención prenatal (si la mujer acudió con algún agente de salud —tradicional o institucional— mientras estaba embarazada del último hijo nacido vivo, el motivo de la búsqueda de atención médica y el trimestre del embarazo en que ocurrió la primera revisión).

La elección de la atención prenatal como indicador de patrón de comportamiento obedece tanto a la disponibilidad de información como al hecho de que las mujeres y los niños continúan representando uno de los grupos de población más vulnerables, especialmente entre los sectores con un fuerte rezago socioeconómico y estructura de opciones más restringidas. De ahí que conocer los factores habilitadores y predisponentes que intervienen en la utilización de servicios de salud preventivos permitirá contar con elementos que aseguren un uso más eficiente de los programas y reorientar las acciones diseñadas en materia de salud materno-infantil, sobre todo si se considera que el uso de servicios de salud entre la población de escasos recursos se da principalmente con fines curativos.⁹

La información se analizó para dos subgrupos de mujeres bajo el supuesto de que el curso de vida individual de las mujeres —y su estrecha relación con la etapa del ciclo de desarrollo familiar—

⁸ Para el diseño conceptual y metodológico, véase *Pobreza, desnutrición y atención a la salud en una zona marginada de la ciudad de México*, Consejo Nacional de Población 1996.

⁹ En un periodo de seis meses, 52.6% de las visitas al Centro de Salud fue para buscar atención por enfermedad, mientras que prácticas preventivas como llevar periódicamente a los niños al monitoreo del crecimiento y la demanda de métodos anticonceptivos sólo fueron demandadas por 2.7 y 2.8% de las mujeres, respectivamente. Si bien la vacunación de los niños —como práctica preventiva— representó 28.9% de las consultas a los centros de salud, debe recordarse que ésta

modifica las prácticas del cuidado de la salud. La edad cronológica permitió distinguir dos generaciones de mujeres utilizando como punto de corte los 30 años de edad.

Primero, se identificaron las variables que mediante asociaciones bivariadas mostraran comportamientos diferenciales en la utilización de control prenatal y que la literatura sobre el tema ha identificado como determinantes (Infante 1990). Posteriormente, se ajustaron modelos estadísticos para establecer el peso relativo de las variables sociodemográficas que se asocian con la no utilización de control prenatal. Estos resultados corresponden a la primera etapa del análisis multivariado que se está realizando y se refieren únicamente a los efectos brutos calculados con regresiones logísticas.

RESULTADOS

Las mujeres entrevistadas en Chimalhuacán constituyen una población relativamente joven: la edad mediana es de 27 años y 65.7% es menor de treinta años. Las variables relativas a las características de la vivienda y el hogar muestran mejores condiciones de vida para las mujeres menores de 30 años: un porcentaje ligeramente menor de viviendas con piso de tierra, un menor número de consumidores por aportadores de ingreso (índice C_i/A_i) —especialmente entre los hogares nucleares— y menores porcentajes de empleos inestables. Por su parte, las cohortes de mayor edad tienen un tamaño medio de familia mayor —tanto en los hogares nucleares como extensos— con un alto valor del índice C_i/A_i , *i.e.*, un mayor número de consumidores por cada aportador, especialmente en los hogares extensos,¹⁰ y duermen, con más frecuencia, cuatro o más personas en la misma habitación (Cuadro 2).

se encuentra fuertemente institucionalizada a través de la cartilla nacional de vacunación y las semanas nacionales de salud.

¹⁰ Al finalizar las estrategias seguidas por los hogares mexicanos frente a la crisis económica, Tuirán (1993) encuentra una tendencia decreciente en el número de consumidores (C_i) por perceptor de ingreso (P_i) entre 1985 y 1988. Esto significa que, con el deterioro del ingreso familiar, los hogares recurrieron a la inserción de un mayor número de miembros en trabajos por cuenta propia o en empleos asalariados. En ninguno de los estratos socioeconómicos que el autor considera, el índice C_i/P_i fue mayor de 4.5 para el área metropolitana de la ciudad de México.

Un mejor estatus socioeconómico de las mujeres jóvenes también parece evidenciarse en el mayor porcentaje de jefes de hogar con un alto nivel de escolaridad y de jefes empleados en ocupaciones del sector formal. Así, mientras que 74.7% trabaja como empleado u obrero y sólo 17.3% lo hace por su cuenta, los porcentajes respectivos para

Cuadro 2
Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas por características seleccionadas según edad de la madre

Características	Menores de 30 años	30 años o más	n
Características de la vivienda			
<i>Distribución</i>	65.7	34.3	1215
<i>Material de piso</i>			
Tierra	9.4	12.5	117
Otro	90.6	87.5	1097
<i>Disponibilidad de agua</i>			
Sí	16.1	17.2	194
No	83.9	82.8	1020
<i>Disponibilidad de baño</i>			
Letrina o fosa	62.3	59.5	719
Drenaje	32.8	36.6	443
Otro	4.9	3.9	53
<i>4 o más hab./cuarto</i>			
Sí	28.2	37.5	370
No	71.8	62.5	845
Características de la familia			
<i>Tipo</i>			
Nuclear	73.1	80.3	917
Extensa	26.9	19.7	298
<i>Núm. residentes</i>			
4 o menos	53.2	16.9	503
5 o 6	26.3	40.5	377
7 o más	20.5	42.6	335
Prom. de residentes	5.1	6.4	
Prom. de aportadores económicos	1.5	1.4	
<i>Índice Ci/Ai</i>	4.14	5.31	
Hogares nucleares	3.56	5.10	
Hogares extensos	5.67	6.18	

Fuente: Encuesta sobre determinantes del cuidado de la salud materno infantil, Chimalhuacán, 1994.

Cuadro 3
Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas por características seleccionadas según edad de la madre

Características	Menores de 30 años	30 años o más	n
Características del jefe del hogar			
<i>Sexo</i>			
Masculino	95.4	94.4	1155
Femenino	4.6	5.6	57
<i>Escolaridad</i>			
Primaria incompleta	22.5	35.8	316
Primaria completa	28.0	33.3	359
Secundaria y más	49.5	30.9	525
<i>Condición de ocupación</i>			
Sí	93.4	93.3	1132
No	6.4	6.7	81
<i>Posición en el trabajo</i>			
Empleado	60.4	51.8	699
Obrero	14.3	16.1	186
Cuenta propia	17.3	23.1	230
Otra situación	7.9	9.0	99
<i>Ingreso</i>			
1 S. M.* o menos	43.0	78.6	416
De 1 a 2 S.M.*	47.3	58.5	565
Más de 2 S. M.*	9.7	12.9	119
Condiciones familiares			
<i>Alcoholismo en el hogar</i>			
No o rara vez	84.8	82.7	1010
Alguien bebió	15.2	17.3	205
<i>Violencia por alcoholismo</i>			
Sí	6.3	9.5	91
No	46.2	40.3	528
Nadie bebió	47.5	50.3	596
<i>Irregularidad en el empleo</i>			
Sí	30.6	36.0	389
No	69.4	64.0	799
<i>Redes</i>			
Sí	72.5	54.9	816
No	27.5	45.1	399
<i>Derechohabiciencia</i>			
Sí	39.8	37.8	485
No	60.2	62.2	730

* S.M. Salario mínimo

Fuente: Encuesta sobre determinantes del cuidado de la salud materno infantil, Chimalhuacán, 1994.

los jefes de hogar de las mujeres de mayor edad son de 67.9 y 23.1%. Sin embargo, con respecto al salario, las mujeres jóvenes se encuentran en franca desventaja frente a las de mayor edad, ya que 43% de los hogares en que viven tiene un ingreso por debajo de un salario mínimo y menos del 10% gana más de dos salarios mínimos (Cuadro 3).

Cuadro 4
Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas por características seleccionadas según edad de la madre

Características de la mujer entrevistada	Menores de 30 años	30 años o más	n
<i>Lugar de socialización</i>			
Rancho	11.9	25.0	189
Pueblo	28.5	32.7	391
Ciudad	59.6	42.3	635
<i>Estado civil</i>			
Unida	30.9	21.4	320
Casada	61.5	71.4	809
Ex unida	5.5	6.4	66
Soltera	2.1	0.7	20
<i>Escolaridad</i>			
Primaria incompleta	18.4	44.2	325
Primera completa	32.2	34.9	401
Secundaria y más	49.4	20.9	489
<i>Condición de ocupación</i>			
Trabaja actualmente	17.5	23.7	229
Extrabajadora	34.5	31.5	410
Nunca ha trabajado	48.0	44.8	576
<i>Posición laboral</i>			
Empleada doméstica	14.4	21.7	99
Obrera	14.2	12.0	89
Empleada	57.7	41.5	339
Cuenta propia	11.4	21.7	96
Otra situación	2.2	3.1	16
<i>Estatus intradoméstico</i>			
Bajo	13.4	15.5	179
Medio	46.9	40.8	538
Alto	39.7	43.7	498

Fuente: Encuesta sobre determinantes del cuidado de la salud materno infantil, Chimalhuacán, 1994.

El perfil sociodemográfico de las mujeres muestra que la ciudad fue el contexto primario de socialización predominante de las generaciones jóvenes, mientras que las mujeres de mayor edad crecieron en ambientes rurales en la mayoría de los casos (59.6 y 57.7%, respectivamente). La distribución de ambas generaciones por estado civil es muy similar, siendo ligeramente superior el porcentaje de uniones libres entre las mujeres más jóvenes (Cuadro 4).

Las variables de escolaridad y empleo se comportan en la dirección esperada. Mientras que una de cada dos mujeres jóvenes tiene una escolaridad de secundaria o más, este nivel sólo se encontró en 20.9% de las mujeres de mayor edad, quienes concentraron los niveles más bajos de escolaridad. A pesar de la menor calificación —evaluada por la escolaridad— de las mujeres de 30 años o más para incorporarse a la fuerza de trabajo, el porcentaje que declaró trabajar al momento de la encuesta fue superior al de las mujeres más jóvenes. Sin embargo, su baja escolaridad podría estar asociada a la posición que ocupan en la estructura ocupacional: 21.7% trabaja como empleada doméstica y un porcentaje similar por cuenta propia. En el caso de las mujeres jóvenes estos porcentajes son de 14.4 y 11.4%, respectivamente.

Para evaluar la posición de las mujeres en la estructura del poder doméstico, se construyó un indicador sobre su acceso y ejercicio a través de la participación en la toma de decisiones y el grado de autonomía.¹¹ Los datos muestran que mientras las mujeres jóvenes tienden a concentrarse en la categoría de estatus medio, las mujeres de mayor edad parecen tener, con más frecuencia, mayor autonomía.

El uso de servicios de salud se evaluó a través del porcentaje de mujeres que lleva a cabo prácticas de salud mediadas por instituciones médicas, sean éstas públicas o privadas. Únicamente se consideró que la mujer había tenido atención prenatal si declaró haber asistido, por lo menos una vez, con un médico (privado o institucional). Esto permitió contar con un indicador que, *grosso modo*, remite al grado de medicalización de las mujeres y su contacto con instituciones de sa-

¹¹ En este caso, se preguntó si la mujer necesitaba que el cónyuge autorizara la compra de artículos como ropa, zapatos o medicamentos y si pedía permiso para salir de la casa. Si ambas respuestas eran negativas, se calificó como “estatus alto”, si ambas eran positivas como “estatus bajo” y las combinaciones como “estatus medio”.

Cuadro 5

Distribución porcentual de la atención prenatal durante el embarazo del último hijo nacido vivo con respecto al total de mujeres

Agente	Total*	Primera revisión**	Última revisión**	Promedio de visitas	n
Partera	17.1	15.7	18.3	3.4	199
Médico particular	53.5	49.4	29.4	5.6	578
Médico institucional	62.2	33.4	49.4	6.3	681
Enfermera o PRODIAP	2.8	1.5	2.8	4.5	33

*Los porcentajes de esta columna no suman 100% porque no son excluyentes.

** Estos porcentajes se calculan únicamente con las mujeres que declararon haber consultado más de un agente de salud.

Fuente: *Encuesta sobre determinantes del cuidado de la salud materno infantil, Chimalhuacán. 1994.*

lud. Se excluyó del indicador de cuidados preventivos prenatales la utilización de la partera empírica debido al relativamente bajo porcentaje de mujeres que, además de acudir a revisiones con médicos, lo hacen con una partera.¹² El menor número promedio de visitas y el hecho de que sólo una de cada cinco mujeres busca a la partera para su última revisión apuntan en la misma dirección (Cuadro 5).

Mientras en 1987 la cobertura de atención prenatal —incluidas parteras empíricas— en el nivel nacional fue de 84.2% (Buekens *et al.* 1990), en Chimalhuacán el porcentaje de mujeres que acudió con un médico para llevar a cabo un control periódico de su embarazo fue de 74.0%.¹³

La atención prenatal es más frecuente en mujeres residentes de viviendas con un equipamiento doméstico adecuado (agua entubada dentro de la vivienda, instalación de drenaje y piso diferente a

¹² Mientras que en algunos países latinoamericanos el papel de las parteras empíricas en el uso de la atención prenatal representa entre 38 y 21% de la cobertura, en México esta cifra es de 13%, según datos de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987 (Buekens *et al.* 1990).

¹³ En sentido estricto, esta cifra no es comparable, ya que la cobertura de atención prenatal estimada con la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud incluye todos los embarazos ocurridos en los cinco años previos a la fecha de la encuesta. Esto significa que la cobertura está sobrestimada, ya que las mujeres que acuden a revisión prenatal entran al porcentaje tantas veces como embarazos hayan tenido.

Cuadro 6

Distribución porcentual de mujeres que tuvieron atención médica durante el embarazo del último hijo nacido vivo, con respecto al total de mujeres, por características seleccionadas según edad de la madre

Características	Total de mujeres n=74.0	Menores de 30 años n=73.0	30 años o más n=76.0
Características de la vivienda y del hogar			
<i>Material del piso</i>			
Tierra	62.0	57.7	68.5
Otro	75.4	74.5	77.0
<i>Disponibilidad de agua</i>			
Sí	76.8	71.2	86.8
No	73.4	73.2	73.7
<i>Disponibilidad de baño</i>			
Letrina o fosa	71.9	70.9	73.9
Drenaje	78.0	76.9	79.9
Otro	72.5	72.9	71.4
<i>4 o más hab./cuarto</i>			
Sí	63.4	62.7	64.5
No	78.8	77.0	82.9
<i>Tipo de familia</i>			
Nuclear	76.6	76.0	77.7
Extensa	66.0	64.9	69.0
<i>Núm. residentes</i>			
4 o menos	79.2	78.1	85.9
5 o 6	74.2	69.5	80.2
7 o más	66.1	64.0	68.1
<i>Índice Ci/Ai</i>			
Usuarías*	4.4	4.0	5.1
No usuarias	4.9	4.4	5.9

* La única manera de observar el comportamiento de este índice es presentando el valor correspondiente a las no usuarias de atención prenatal.

tierra), en hogares de tamaño reducido, de tipo nuclear y con un jefe masculino (Cuadro 6, 7 y 8). Una evaluación preliminar de los efectos brutos de las variables de vivienda y familia ajustando modelos de regresión logística muestra que el tener piso de tierra y vivir en hogares con siete miembros o más expone dos veces más al riesgo de

Cuadro 7

Distribución porcentual de mujeres que tuvieron atención médica durante el embarazo del último hijo nacido vivo, con respecto al total de mujeres, por características seleccionadas según edad de la madre

Características	Total de mujeres n=74.0	Menores de 30 años n=73.0	30 años o más n=76.0
Características del jefe del hogar			
<i>Sexo</i>			
Masculino	74.1	73.1	76.1
Femenino	71.7	71.7	71.7
<i>Escolaridad</i>			
Primaria incompleta	68.1	70.8	64.8
Primaria completa	70.5	66.3	77.5
Secundaria y más	80.7	78.3	87.9
<i>Condición de ocupación</i>			
Sí	74.2	73.2	76.1
No	71.7	70.6	74.7
<i>Posición en el trabajo</i>			
Empleado	73.7	72.9	75.3
Obrero	81.9	80.6	84.1
Cuenta propia	69.5	68.1	71.7
Otra situación	72.2	70.5	75.9
<i>Ingreso</i>			
Menos de 1 S.M.	69.3	69.1	69.9
De 1 a 2 S.M.	78.5	79.2	77.3
Más de 2 S.M.	75.6	69.4	84.5
Condiciones familiares			
<i>Alcoholismo en el hogar</i>			
Sí	61.9	63.2	59.8
No	76.3	74.7	79.4
<i>Violencia por alcoholismo</i>			
Sí	55.1	54.9	55.4
No	75.3	75.0	75.9
Nadie bebió	75.7	73.3	80.0
<i>Irregularidad en el empleo</i>			
Sí	67.5	68.9	65.3
No	77.6	75.7	81.7
<i>Redes</i>			
Sí	75.5	73.7	80.2
No	70.9	71.0	70.9
<i>Derechohabiencia</i>			
Sí	83.5	82.3	86.1
No	67.9	66.8	69.9

Cuadro 8

Distribución porcentual de mujeres que tuvieron atención médica durante el embarazo del último hijo nacido vivo, con respecto al total de mujeres, por características seleccionadas según edad de la madre

Características	Total de mujeres n=74.0	Menores de 30 años n=73.0	30 años o más n=76.0
Características de la mujer			
<i>Lugar de socialización</i>			
Rancho	68.1	62.6	66.1
Pueblo	73.0	70.7	78.1
Ciudad	78.6	79.2	77.6
<i>Estado civil</i>			
Unida	68.7	69.2	67.4
Casada	76.9	75.5	79.1
Ex unida	73.2	69.6	79.1
Soltera	52.6	61.7	0.0
<i>Escolaridad</i>			
Primaria incompleta	63.8	63.5	64.1
Primaria completa	75.8	71.7	83.1
Secundaria y más	79.5	77.3	89.7
<i>Condición de ocupación</i>			
Trabaja actualmente	77.7	76.9	78.9
Ex trabajadora	68.8	68.9	68.8
Nunca ha trabajado	76.1	74.4	79.5
<i>Posición en el trabajo</i>			
Empleada doméstica	51.2	51.1	51.3
Obrera	73.4	73.4	73.5
Empleada	77.7	76.3	81.1
Cuenta propia	75.2	71.4	79.0
<i>Estatus intradoméstico</i>			
Bajo	63.9	62.6	66.1
Medio	73.0	70.7	78.1
Alto	78.6	79.2	77.6
<i>Prom. de hijos nacidos vivos</i>			
Usuarías*	2.9	2.1	4.3
No usuarias	3.4	2.5	5.5

* El promedio de hijos nacidos vivos sólo tiene sentido si se comparan los valores de las usuarias y no usuarias de atención prenatal.

Fuente: Encuesta sobre determinantes del cuidado de la salud materno-infantil, Chimalhuacán, 1994.

Cuadro 9

Efectos brutos de los factores de riesgo asociados con la ausencia de atención prenatal según variables seleccionadas en dos generaciones de mujeres. Chimalhuacán 1994

Variable y categorías de referencia	Menores de 30 años		30 años y mayores	
	beta	exp. (beta)	beta	exp. (beta)
Material del piso				
Tierra				
Cemento madera otro*	7634b	2.1457	.4310	1.5388
Agua entubada dentro de vivienda				
Sí*				
No	.0996	1.1047	-.8484c	.4281
Disponibilidad y tipo de baño				
Letrina o fosa séptica	.3134c	1.2371	.3383	1.4025
Conectado al drenaje de calle*				
Desagua al suelo o no tiene	.2128a	1.1047	.4648	1.5918
Cuatro o más personas por cuarto				
Sí	.6914a	1.9966	.9818a	2.6692
No*				
Tipo de familia				
Nuclear*				
Extensa	.5363b	1.7097	.4478	1.5648
Número de residentes en hogar				
Cuatro o menos*				
Cinco o seis	.4494c	1.5674	.4093	1.5057
Siete o mas	.7002b	2.0141	1.0506b	2.8595
Número de menores de 5 años				
Uno*				
Dos o más	.4591b	1.5826	.7465b	2.1097
Número de mujeres > 15 años				
Una*				
Dos o más	.4879b	1.6290	.5825c	1.7905
Sexo del jefe del hogar				
Masculino*				
Femenino	.0710	1.0736	.2262	1.2538
Escolaridad del jefe del hogar				
Primaria incompleta	.3990d	1.4904	1.3779a	3.9666
Primaria completa	.6073b	1.8355	.7484c	2.1137
Secundaria y más*				
Aportación del esposo al gasto familiar en salarios mínimos				
Menos de 1 salario mínimo	.0119	1.0120	.8573d	2.3568
De 1 a 2 salarios mínimos	-.5214d	.5937	.4729	1.6062
Mas de 2 salarios mínimos*				

Cuadro 9 (Continuación)

Variable y categorías de referencia	Menores de 30 años		30 años y mayores	
	beta	exp. (beta)	beta	exp. (beta)
Consumo regular de alcohol en hogar				
No o nadie bebió en último mes*				
Sí	.5426b	1.7205	.9538a	2.5956
Violencia doméstica por consumo de alcohol				
Sí	.9054b	2.4730	.9316c	-.2338
No*				
Nadie bebió en último mes	.0901	1.0942	2.5885	.7915
Empleo inestable de alguno de los cónyuges				
No*				
Sí	.3383d	1.4025	.8631a	2.3705
Redes sociales de ayuda				
Sí*				
No	.1376	1.1475	.5102c	1.6656
Derechohabencia				
Sí*				
No	.8349a	2.3046	.9788a	2.6612
Lugar de socialización				
Rancho	.4743d	1.6068	.8243b	2.2803
Pueblo	.7821a	2.1861	.4100	1.5068
Ciudad*				
Estado civil				
Unida	.3195d	1.3765	.6034c	1.8282
Casada*				
Viuda, divorciada o separada	.2976	1.3466	-.0012	.9988
Soltera	.6500	1.9155	—	—
Escolaridad de la mujer				
Primaria incompleta	.6671b	1.9486	1.5814a	4.8618
Primaria completa	.2908	1.3375	.5651	1.7597
Secundaria y más*				
Condición de ocupación				
Trabaja actualmente*				
Ex-trabajadora	.4074d	1.5028	.5284d	1.6962
Nunca trabajó	.1316	1.1407	-.0337	.9669
Posición en el trabajo				
Empleada doméstica	1.1290a	3.0925	1.4044a	4.0729
Obrera o empleada*				
Trabajadora por cuenta propia	.1558	1.1686	.4340	1.5434
Otra situación	.25481	.2903	.1331	1.1424
Estatus intradoméstico				
Bajo	.8180a	2.2659	.5761d	1.7792
Medio	.4555c	1.5769	-.0265	.9739
Alto*				

* Categoría de referencia

Significancia estadística: < 0.001= a; < 0.01= b; < 0.05= c; < 0.1= d.

no asistir a control prenatal entre las mujeres jóvenes, siendo esta asociación estadísticamente significativa (Cuadro 9). Entre las mujeres de mayor edad, un hogar numeroso incrementa este riesgo a 2.9 veces.

Tanto la escolaridad del jefe del hogar como de la mujer mostraron diferencias importantes en el comportamiento preventivo. Mientras que en los hogares donde el jefe no tiene la primaria completa sólo 68.1% de las mujeres asiste a control prenatal, cuando el jefe tiene una escolaridad de secundaria o más este porcentaje alcanza 80.7%. Una situación similar ocurre con la escolaridad de la mujer, en donde tener primaria incompleta representa un riesgo 2 y 4.9 veces mayor de no buscar atención prenatal entre las generaciones jóvenes y de mayor edad, respectivamente. Esta asociación positiva entre el nivel de escolaridad y el control prenatal podría deberse a la presencia de mayores habilidades básicas que repercuten en la calidad de la atención que la mujer se otorga a sí misma y a su descendencia, así como a la capacidad que éstas adquieren para manejar los recursos del hogar, incluidos aquí los relativos al cuidado de la salud. Por otra parte, también se ha manejado la hipótesis de que una mayor escolaridad supone tener una mayor conciencia sobre los beneficios que aportan los cuidados preventivos en materia de salud (Bitran y McInnes 1993).

En el caso de la ocupación, son claramente los hogares donde el jefe es obrero o empleado donde se encuentran los mayores porcentajes de mujeres utilizadoras de servicios de atención prenatal. Aun cuando esta etapa del análisis no permite ser concluyente, es muy probable que en esta asociación esté mediando el hecho de que la participación en el mercado formal de trabajo supone tener acceso a instituciones de seguridad social. Así, mientras que en los hogares encabezados por un jefe obrero el 81.9% de las mujeres utiliza atención prenatal, cuando el jefe es trabajador por cuenta propia este porcentaje es del 69.5%. Una situación similar se observa entre las mujeres que trabajan como empleadas domésticas, estando expuestas 3.1 y 4.1 veces más a no recibir atención prenatal que las empleadas u obreras.

Un contexto rural de socialización se asoció con un uso poco frecuente de control prenatal, especialmente entre las mujeres de mayor edad. Así, el haber crecido en un pueblo expone a estas mujeres

a un riesgo 2.3 veces mayor de no utilizar cuidados preventivos que las mujeres criadas en contextos urbanos.

Al igual que la escolaridad materna, los datos señalan una relación directa entre el manejo de la salud —en el sentido que lo plantea Caldwell (1989)— y la autonomía femenina. De hecho, así como la educación es probablemente parte de la autonomía, esta última puede conformar una mayor libertad de acción y elección de prácticas preventivas. Los resultados preliminares del análisis estadístico apuntan en la misma dirección: entre las cohortes jóvenes tener un bajo estatus intradoméstico, así como condiciones familiares negativas expone 2.3 y 2.5 veces más a la no utilización del control prenatal. En las cohortes de mayor edad llama la atención que el indicador de poder doméstico no se asociara al cuidado de la salud.

El ingreso del esposo no parece constituirse en un recurso indispensable para la revisión del embarazo. De hecho, entre las generaciones jóvenes el porcentaje de mujeres que se revisa durante el embarazo es muy similar cuando el marido percibe menos de un salario mínimo o más de dos. Entre las cohortes de mayor edad, un ingreso por debajo del salario mínimo mostró un riesgo relativo 2.6 veces mayor de no asistir a control prenatal.

Las variables sobre el acceso a la seguridad social y la presencia de redes sociales de ayuda se comportaron en la dirección esperada. En ambas cohortes, el ser derechohabiente de alguna institución de seguridad social y contar con la ayuda de algún familiar o amigo para cuidar a los hijos se asoció con una mayor utilización de cuidados prenatales.¹⁴

¹⁴ El concepto de redes sociales en el área de la salud hace referencia a aspectos tan diversos como la accesibilidad, demanda, utilización, aceptación y valoración cultural de los servicios de salud. Sin embargo, incluso en el estudio de la influencia de las redes sociales en la utilización de servicios de atención prenatal, su importancia se ha centrado en aspectos curativos, es decir, cuando se percibe un problema de salud, sin que ello signifique que el papel de las redes sociales en la demanda de servicios prenatales se restrinja a la referencia a la consulta médica (Infante 1988 y 1990).

CONCLUSIONES

El carácter preliminar del examen de los comportamientos preventivos en salud obliga, más que a derivar conclusiones sobre el manejo de la salud materno-infantil en los hogares de un área urbana marginada de la ciudad de México, a plantear algunos elementos de reflexión en torno a las condiciones en que se lleva a cabo la reproducción social de grupos humanos concretos.

Mientras que, por un lado, el Estado a través de su política económica y sus programas de ajuste y reestructuración ha sido incapaz de revertir la tendencia hacia un creciente empobrecimiento de sectores cada vez más numerosos de la población —acentuando aún más la desigualdad social y con ello el acceso a satisfactores de necesidades básicas—, por el otro, los servicios de salud y de seguridad social se encuentran en una etapa de desfinanciamiento que necesariamente repercute en la diversidad de servicios accesibles a la población y en la calidad con que éstos son ofrecidos.

Este cambio en las estrategias de provisión y financiamiento de los servicios de salud por parte del gobierno responde no sólo a la recesión económica de la década pasada y actual. Algunos autores consideran que la búsqueda de alternativas se da también en respuesta a las altas tasas de crecimiento poblacional prevalecientes y a que los programas de salud cubren diversos y ambiciosos objetivos (Bitran y McInnes 1993). Sin embargo, también se ha señalado que el cambio de un enfoque que adopta una visión integral de la salud y el bienestar, a otro que prioriza una concepción de la salud como el abatimiento de algunas enfermedades mortales, necesariamente hace énfasis en la prestación de servicios médicos de bajo costo y desvinculados de las mejoras en las condiciones socioeconómicas. De esta forma, se abandona implícitamente un concepto de salud que busca integrar la prevención y el tratamiento de enfermedades con mejores niveles de bienestar, y se adoptan programas que depositan (casi exclusivamente) en la madre la salud de los hijos (Brachet-Márquez 1992).

Aunado a este intento de institucionalización de la madre como agente de salud de sus hijos, incluso en las condiciones de vida más adversas, se plantea la necesidad de incrementar su estatus extrahoméstico mediante el acceso en igualdad de condiciones que el

varón al ámbito escolar y al mercado de trabajo, y de otorgarle mayor poder doméstico. Esto supone que las mujeres no sólo tengan una mayor participación en la asignación de recursos, sino que mejoren su situación social en la medida en que intervengan efectivamente en el acceso y control de los recursos del hogar.

Sin embargo, la inserción de las mujeres —pero también de los niños y los ancianos— en el mercado laboral se ha dado como parte de las múltiples estrategias desplegadas por los hogares, especialmente los de bajos ingresos, en contextos de crisis (Tuirán 1993); lo que ha significado que, en la mayoría de las ocasiones, el trabajo femenino complemente o sustituya el ingreso familiar a través de empleos de baja calificación y escasa retribución. Además de la sobrecarga de trabajo que esto implica —dada la falta de reasignación de tareas al interior del grupo doméstico—, se dificulta la vigilancia del desarrollo pre y postnatal y el seguimiento de medidas preventivas orientadas a mejorar la sobrevivencia infantil (Brachet-Márquez 1992).

Esta situación obliga a reconsiderar los modelos de acción en que se estructuran y organizan los programas de salud, a través de una evaluación crítica que conjugue factores macroestructurales, políticas y acciones en la materia, y microprocesos a nivel de individuos y grupos domésticos (Brachet-Márquez 1992), a fin de avanzar en la construcción de escenarios que lejos de promover la reproducción intergeneracional de la pobreza, ofrezcan mejores condiciones de desarrollo social y económico.

RESUMEN

En el municipio de Chimalhuacán el intenso proceso de poblamiento, que se ha dado en los últimos veinte años, se ha acompañado de un cada vez más restringido acceso a la vivienda y de una demanda de infraestructura de servicios —públicos y de salud— que resulta insuficiente ante una población que se duplica cada cinco años. Sin embargo, la utilización de servicios de salud no se circunscribe únicamente a la oferta y demanda existentes, y de entre la gama de factores asociados, los de carácter económico son quizá los más frecuentemente citados. Esto señala la necesidad de recuperar aspectos macro y microsociales vinculados con la utilización de servicios de salud, destacando el papel que los determinantes sociales, culturales y demográficos tienen en este proceso. El objetivo de este documento es realizar un diagnóstico sobre las principales relaciones que guardan los factores sociodemográficos —a

través de información de encuesta— y culturales —con datos de carácter cualitativo— con el uso de servicios de salud en el municipio de Chimalhuacán, y presentar algunos problemas asociados con la utilización y oferta de servicios desde la perspectiva de los propios prestadores.

PALABRAS CLAVE: servicios de salud, salud, pobreza urbana, Chimalhuacán, México.

ABSTRACT

Chimalhuacan is a zone that shows a very rapid increase in its population that demands housing and public services, including health, that is unsatisfactory for a population that doubles every 5 years. But the use of health services has to do not only with those offered in the area, but also with their cost. This shows the need to consider macro and microsocial aspects in relation to the use of health services, enhancing the role played by social, cultural and demographic factors. This paper presents the diagnosis of the relationship among sociodemographic factors —obtained through interviews—, cultural factors —with qualitative information— and the use of health services in Culhuacan, and presents some of the problems that we found on the provision and use of such services, from the perspective of their purveyors.

REFERENCIAS

BITRAN, R. Y K. MCINNES

1993 *The demand for health care in Latin America. Lessons from the Dominican Republic and El Salvador*, Economic Development Institute, Seminar Paper, 46, World Bank, Washington, D. C.

BLANCO, JOSÉ ET AL.

1993 Plan regional metropolitano del valle de México. Calidad de vida. Análisis de condiciones y tendencias, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, mimeo.

BRACHET-MÁRQUEZ, V.

1992 ¿Basta con sobrevivir?, los retos de la integración de la salud y el bienestar en el tercer mundo, *Salud Pública de México*, 34 (suplemento): 65-73.

BUEKENS, P., P. HERNÁNDEZ Y C. INFANTE

1990 La atención prenatal en América Latina, *Salud Pública de México*, 32 (6): 673-684.

CALDWELL, J.

1989 Introductory thoughts on health transition, en J. Caldwell et al. (eds.), *What we know about health transition. the cultural, social and*

behavioural determinants of health, The proceedings of an international workshop, Canberra, Australia.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN

1987 *Encuesta Nacional de Migración en Áreas Urbanas*, Dirección General de Estudios de Población, México.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN

1992 *La zona metropolitana de la ciudad de México: situación actual y perspectivas demográficas y urbanas*, Dirección General de Estudios de Población, México.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN

1996 *Pobreza, desnutrición y atención a la salud en una zona marginada en la ciudad de México*, Consejo Nacional de Población, México.

COULOMB, R.

1992 El acceso a la vivienda en la ciudad de México, *La zona metropolitana de la ciudad de México: situación actual y perspectivas demográficas y urbanas*, Consejo Nacional de Población, México.

GARCÍA, B. Y O. OLIVEIRA

1990 *Trabajo y familia en la investigación sociodemográfica de México*, ponencia presentada en la reunión 50 años, La población en el desarrollo de México, CEDDU, El Colegio de México, México.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

1993 *Panorámica socioeconómica del Estado de México*, Secretaría de Finanzas y Planeación, Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística y Catastral, Toluca, México.

GÓMEZ DE LEÓN, J., E. ZÚNIGA, A. LÓPEZ, C. RODRÍGUEZ Y T. RAPHAEL

1995 *Estatus de la mujer y salud infantil en una zona marginada de la ciudad de México*, Informe de investigación presentado a la Fundación Ford, Octubre, mimeo.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA

1990 *XI Censo General de Población y Vivienda*, resultados preliminares, México.

INFANTE C., C.

1988 Bases para el estudio de la interacción familia-redes sociales-uso de los servicios de salud, *Salud Pública de México*, 30 (2): 175-196.

1990 Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda, *Salud Pública de México*, 32 (4): 419-429.

LEGORRETA, J.

1992 El medio ambiente en los asentamientos ilegales y su impacto en la calidad de vida, *La zona metropolitana de la ciudad de México*.

Situación actual y perspectivas demográficas y urbanas, Consejo Nacional de Población, México.

MENÉNDEZ, E.

- 1990 Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica, ponencia presentada en la Reunión Nacional de Investigación sobre la Familia, Trabajo y Salud, Guadalajara, 6 y 8 de diciembre de 1990, citado en: Soledad González (comp.) (1995), *Las mujeres y la salud*, El Colegio de México.

OLIVEIRA, O. Y V. SALLES

- 1989 Acerca del estudio de los grupos domésticos: un enfoque sociodemográfico, en O. Oliveira, V. Salles y P. Lehalleur (comps.), *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*, UNAM/El Colegio de México/Porrúa, México.

PALLONI, A.

- 1989 The meaning of the health transition, en J. Caldwell *et al.* (eds.), *What we know about health transition: the cultural, social and behavioural determinants of health*, The proceedings of an international workshop, Canberra, Australia.

PARTIDA, V.

- 1994 La ciudad de México. Nuevo derrotero en su ritmo de crecimiento, *Demos*, 7: 13-14, México.

REYES, B. Y B. STRAFFON

- 1993 *La mortalidad en la zona metropolitana de la ciudad de México*, Centro de Estudios en Población y Salud, Secretaría de Salud, México.

RUZICKA, L. Y P. KANE

- 1989 Health transition: the course of morbidity and mortality, en J. Caldwell *et al.* (eds.), *What we know about health transition: the cultural, social and behavioural determinants of health*, The proceedings of an international workshop, Canberra, Australia.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- 1992 *Boletín de Información Estadística*, 12 (1), Secretaría de Salud, México.

SECRETARÍA DE SALUD

- 1994a Cobertura de los servicios de salud. El reto de la equidad, *Cuadernos de Salud*, 1, Serie Organización y Funcionamiento, Secretaría de Salud, México.
- 1994b Mujer y familia. Pilares de la salud en México, *Cuadernos de Salud*, 2, Serie Población y Salud, Secretaría de Salud, México.
- 1994c Gasto en salud. Inversión y administración. *Cuadernos de Salud*, 3, Serie Organización y Funcionamiento, Secretaría de Salud, México.

- 1994d *Encuesta Nacional de Salud II*, Secretaría de Salud, México.
- TUIRÁN, R.
- 1993 *Estrategias familiares de vida en época de crisis: el caso de México, Cambios en el perfil de las familias: la experiencia regional*, CEPAL, Naciones Unidas, Santiago de Chile.