

Formación y Dinámica Familiar en México, Centroamérica y el Caribe*

■ Marina Ariza **
Orlandina de Oliveira

Introducción

El objetivo de este trabajo es explorar las interrelaciones entre los procesos de formación y disolución de las familias y su dinámica interna. La comparación entre México, Centroamérica y El Caribe resulta de gran interés por los marcados contrastes existentes entre los países en cuanto a los tipos de unión marital y la presencia de familias dirigidas por mujeres¹.

* Este trabajo constituye una versión resumida de la ponencia presentada en la V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, D.F., 5 al 9 de junio de 1995.

** Orlandina de Oliveira: Profesora-Investigadora de El Colegio de México. Doctorado en Sociología por la Universidad de Texas, Austin. Estudia los temas de mercado de trabajo y familia en México y América Latina. Entre sus últimas publicaciones se encuentra el libro: *Trabajo femenino y vida familiar en México*, en coautoría con Brígida García.

Marina Ariza: Investigadora del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México. Candidata a Doctora en Sociología por El Colegio de México. Trabaja los temas de migración, familia y género, con especial interés en la migración femenina. Su tesis de Doctorado se titula *Mujeres y Migración, la migración femenina en República Dominicana*, El Colegio de México.

¹ En este artículo retomamos y reelaboramos partes de un trabajo más amplio sobre las familias en México, Centroamérica y El Caribe, véase Ariza, González de la Rocha y Oliveira (1994).

INDICE

- *Formación y Dinámica Familiar en México, Centroamérica y el Caribe* 1
- *Transición de la Mortalidad: Caminos, Componentes y Limitaciones* 8
- *Una Valiosa Fuente de Información sobre la Población Dominicana: La Encuesta Demográfica y de Salud de 1996 (ENDESA-96)* 12

FORMACION Y DISOLUCION DE LAS UNIONES CONYUGALES

Las uniones maritales legales, consensuales y de visita

En diferentes contextos socioculturales, la normatividad social y las prácticas reales establecen que a partir de una cierta edad las personas deben tener una relación de pareja estable (Jelín, 1989)². La región que analizamos se caracteriza por una elevada prevalencia de la unión marital y una baja frecuencia del celibato a edades adultas. Predomina en términos generales un patrón temprano de unión conyugal, más acentuado en las mujeres que en los hombres³. En los últimos años se ha verificado un cambio en el calendario de la nupcialidad hacia una reducción de las uniones precoces, más marcado en las mujeres⁴.

Un rasgo singular de la formación familiar en México, Centroamérica y El Caribe es la coexistencia de múltiples formas de vida en pareja: matrimonios legales, uniones

² Elizabeth Jelín atribuye al familismo latinoamericano la norma que prescribe el matrimonio y los hijos, en especial para las mujeres (1989:130).

³ En El Salvador (1971), Cuba (1981) y República Dominicana (1979), las mujeres se unen por primera vez -en promedio- antes de los 20 años. En otros, como Guadalupe y Martinica, se desconoce con certeza la edad de la primera unión porque sólo se registran las uniones legales. Jamaica, Guatemala y México tienen los niveles más elevados de uniones de adolescentes varones, seguidos de Cuba y República Dominicana (Naciones Unidas, 1990).

⁴ En los años setenta esta tendencia se aprecia en Centroamérica y varios países de El Caribe (Guadalupe, Haití, Martinica, Puerto Rico y Trinidad y Tobago); en México a partir de los ochenta (Quilodrán, 1993; Naciones Unidas, 1990).

consensuales y uniones de visita⁵. En esta región las uniones no legalizadas constituyen prácticas habituales de formación de pareja y reproducción⁶. No obstante, la situación particular de El Caribe -heterogénea en sí misma- contrasta de modo llamativo con la de México y algunos países centroamericanos, donde las uniones no legalizadas asumen la forma de uniones consensuales. En varias de las islas caribeñas la gran mayoría de las mujeres alguna vez unida inicia su vida marital bajo la forma de unión de visita⁷.

La **edad al casarse** y el tipo de unión están íntimamente relacionados. Las uniones no legalizadas ocurren a edades más tempranas que el matrimonio legal (Naciones Unidas, 1990). Varios autores se han preguntado acerca de la influencia de las uniones consensuales precoces sobre la mayor o menor **estabilidad** familiar. Resultados disponibles indican que las uniones de visita tienden a ser más inestables que las consensuales y las legales. En varias islas caribeñas, el porcentaje de mujeres de 15 a 49 que no está en

unión actualmente pero que inició su vida conyugal en unión de visita, es muy superior al de aquéllas que se casaron por primera vez en forma legal (United Nations, 1990- datos para 1975-1977). Los índices de duración de las uniones en ciudades metropolitanas de América Latina y El Caribe confirman la mayor estabilidad de las uniones legales frente a las consensuales (Onaka, et al. 1977, citado en Rossetti, 1994).

Pero la interpretación de estos datos no deja de ser polémica. En realidad, una proporción importante de relaciones maritales actualmente legalizada empezó como consensual o de visita. En varios países de El Caribe, sólo 37% o menos de las mujeres actualmente casadas de forma legal lo fue en su primera unión⁸. Cifras para mediados de los setenta indican que en Haití, Jamaica y Martinica, cerca del 80% de las uniones empezó como unión de visita (United Nations, 1990). Este conjunto de evidencias sugiere que la interrelación entre el tipo de unión y su grado de estabilidad es compleja y que se requieren análisis

longitudinales para su estudio adecuado. Se plantea como hipótesis la existencia de un patrón de transformación del tipo de unión a lo largo del ciclo de vida de las parejas con diferentes trayectorias posibles⁹. Así, a muy temprana edad las parejas se forman mediante uniones de visita, posteriormente, algunas cohabitan en forma consensual y otras legalizan la unión mediante el matrimonio (Chevannes, 1994). Esta tendencia a la legalización permite relativizar las afirmaciones acerca de la mayor inestabilidad de las uniones de visita.

Independientemente del tipo de unión, la estabilidad de las relaciones conyugales se ha modificado en las últimas décadas en varios países de la región: la disolución voluntaria se ha incrementado y la causada por viudez ha disminuido; también se han hecho más frecuentes las segundas uniones maritales (Quilodrán, 1989; Rossetti, 1994). Ambas tendencias son más acentuadas en los países de El Caribe. Cifras para 1980 indican que Puerto Rico, Cuba, Guadalupe, Martinica -y República Dominicana en 1970- muestran tasas de divorcio muy

⁵ De acuerdo con la definición censal, la unión de visita indica que la mujer ha tenido un hijo en el año previo al censo, aunque no estuviera ni casada ni en unión libre en el momento en que era recolectada la información (Massiah, 1983). Desde un punto de vista social, estas uniones suponen un tipo de relación conyugal en la que - a pesar de que no se comparte un mismo domicilio- se toman decisiones conjuntas sobre una serie de aspectos de la vida familiar, entre ellos la socialización y crianza de los hijos.

⁶ En otros países de América Latina y en otras regiones del mundo predomina el matrimonio sancionado por la ley (Rossetti, 1994).

⁷ Haití y República Dominicana sobresalen con cifras de uniones no legalizadas superiores a 60%; les siguen Jamaica y Cuba. En Centroamérica, El Salvador, Guatemala y Nicaragua, presentan el mismo patrón (Naciones Unidas, 1990).

⁸ Son excepciones Trinidad y Tobago pero, principalmente Guyana, donde las mujeres de origen asiático, debido a sus tradiciones e influencias culturales, optan por el matrimonio legal como primera unión marital en porcentajes que fluctúan entre 85 y 76%, respectivamente (Ariza et. al, 1990).

⁹ Véase, R.T.Smith, 1956; M. G. Smith, 1966; Roberts y Sinclair, 1978; Chevannes, 1994, entre otros.

cesdem POBLACION Y SOCIEDAD

BOLETIN BIMESTRAL
AÑO II • No. 8 • MARZO-ABRIL DE 1996
CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES Y
DEMOGRAFICOS (CESDEM)

Av. Bolívar 911 (anterior 187), Apartado Postal 25319
Tels.: 541-2055 / 541-2865 / Fax: (809) 541-9762
Correo electrónico: cesdem@cesdem@redid.org.do
Santo Domingo, D. N., República Dominicana

PARA COMUNICACION INTERNACIONAL:

P. O. Box 149020, C.P.S. #382, Coral Gables, F.L. 33114, U.S.A.

CONSEJO EDITORIAL

Marisela Duval
Carmen Julia Gómez
Maritza Molina
Juan José Polanco
Nelson Ramírez

Diseño e Impresión:
Editorial Gente, calle Padre Billini No. 357, Tel. y
Fax: 686-7353, Santo Domingo, R. D.

superiores a México y los demás países de Centroamérica (Naciones Unidas, 1983; Rossetti, 1994). En República Dominicana, 21.7% de las mujeres había tenido dos o más uniones a mediados de los ochenta, aunque sólo un 7.1% había tenido de tres a cinco (Quilodrán, 1992; Duarte, et. al, 1989).

La alta prevalencia de las familias con jefatura femenina

Las familias dirigidas por mujeres han experimentado en años recientes una creciente importancia numérica en los países desarrollados y en desarrollo. Factores de diversa índole se asocian con este incremento: la mayor esperanza de vida de las mujeres, su creciente independencia asociada con una escolaridad más alta y con mejores condiciones económicas; la menor incidencia de un segundo matrimonio entre las viudas, y el abandono del hogar por parte de los hombres cuando no pueden desempeñar el papel de proveedores debido a los bajos salarios, el desempleo y el alcoholismo¹⁰. La enumeración de estos factores no constituye, sin embargo, un argumento suficiente para explicar el peso diferencial de familias encabezadas por mujeres en la región. Como lo muestra la siguiente clasificación, El Caribe se distingue de Centroamérica y México por una frecuencia mucho mayor de familias con jefatura femenina:

- Países con **muy alta prevalencia** (más de 40%): Barbados, Granada, Monserrat, San Vicente/Granadinas, Santa Lucía y San Cristóbal/Nevis¹¹.
- Países con **alta prevalencia** (entre 30 y 40%): Dominica, Guadalupe, Martinica, Turks/

Caicos, Cayman y Jamaica.

- Países con **prevalencia moderada** (entre 20 y 30%): Bermuda, las Islas Vírgenes Británicas, Cuba, las Antillas Neerlandesas, Puerto Rico, República Dominicana, Trinidad y Tobago, Guyana y Belice.
- Países con **prevalencia reducida** (menos de 20%): México, Costa Rica y Guatemala.

Para entender la mayor presencia de hogares dirigidos por mujeres en El Caribe es importante tener en cuenta su diversidad histórica, étnica, cultural y sociodemográfica. De acuerdo con los analistas del tema, las islas caribeñas presentan una serie de especificidades que podrían estar detrás de la alta prevalencia de jefatura femenina. Entre otras, sobresalen: la elevada proporción de población de origen afrocaribeño, la importancia de las uniones de visita, los elevados niveles de embarazo adolescente, la fuerte migración internacional masculina y el consiguiente desbalance en los índices de masculinidad, y las altas tasas de divorcio y disolución de las uniones (Massiah, 1983; Buvinic, 1990).

Debido a la marcada interrelación entre estos aspectos, se ha dado una cierta controversia acerca de cuáles serían los más relevantes. Una de las cuestiones más discutidas se refiere a los intentos de atribuir la mayor presencia de jefas a los procesos masivos de migración internacional masculina. Al analizar los países de El Caribe inglés, Charbit (1984) encuentra una correlación positiva entre un menor índice de masculinidad y una mayor importancia relativa de las familias encabezadas por mujeres. No

obstante, este autor concuerda con M.S. Smith (1966) al enfatizar que el **tipo de unión marital** es un factor explicativo más importante de la presencia de jefatura femenina que el desbalance en los volúmenes por sexo de la población. Smith argumenta que, en El Caribe, las diferentes modalidades de unión y la importancia de las familias dirigidas por mujeres, son rasgos característicos de la organización social y no dependen de manera aislada de los aspectos demográficos; más bien éstos últimos son el resultado de la forma en que las sociedades están organizadas, de sus tradiciones culturales, sus normas y valores.

Hay que considerar, además, que parte de las diferencias entre países puede encontrar su explicación en problemas de medición del fenómeno. Como es sobradamente conocido, la definición de jefe de hogar utilizada en los censos y encuestas se refiere a la persona reconocida como tal por los miembros del hogar. Este concepto ha sido ampliamente criticado por subestimar el peso de las familias con jefatura femenina, sobre todo en los países donde los estereotipos sociales que asignan a los varones el papel de jefe-proveedor y a las esposas el de ama de casa, están más arraigados. En las sociedades caribeñas¹², sin embargo, factores históricos y culturales han contribuido a una mayor flexibilidad de los modelos familiares, a la centralidad del sistema matrifocal y, lo que es más importante, a la valoración del papel de la mujer como sostén de la familia. Podría pensarse, en consecuencia, que en el contexto cultural caribeño -a diferencia de México y Centroamérica-, es más factible que los miembros de la familia reconozcan a las mujeres

¹⁰ Véase Massiah (1983); Chant (1988); Buvinic (1990); García y Oliveira (1994).

¹¹ La clasificación se elaboró con datos de los años 70 y 80 (véase, Ariza et. al, 1994).

¹² Al hablar de manera global de los países caribeños estamos conscientes de la enorme heterogeneidad que encierran. No obstante, esta heterogeneidad es uno de los rasgos que los singularizan.

como jefas, aún en presencia del cónyuge¹³.

FORMACION DE FAMILIAS Y DINAMICA INTRAFAMILIAR : LOS DISTINTOS MODELOS DE AUTORIDAD

Para destacar la relación entre estructuras familiares y dinámica intrafamiliar contrastamos dos situaciones tipológicas: el modelo tradicional de jefatura masculina versus el modelo de jefatura femenina propio de las familias matrifocales.

Familias con jefes varones: aceptación, imposición o cuestionamiento de la autoridad masculina

El modelo de autoridad masculina encuentra sus bases en la creencia en la superioridad del varón frente a la mujer y en el papel socialmente asignado a éste como proveedor económico de la familia. Como ha sido ampliamente discutido en los estudios de género, el rol masculino se define principalmente por su vinculación con el mundo exterior, su ascendencia moral proviene de su función como proveedor de las necesidades materiales del hogar. En contraposición, el rol femenino circunscribe a las mujeres a la esfera doméstica delegándoles la responsabilidad de satisfacer las necesidades afectivas, de socialización y mantenimiento del hogar en sentido general.

En un interesante estudio sobre las actitudes y las prácticas sexuales de los hombres en Barbados, Dann (1987) muestra cómo la visión masculina de su auto vinculación con el hogar escinde muy claramente las esferas de competencia. Los hombres se ven a sí mismos principalmente como proveedores materiales y como instructores de los hijos varones en las cosas de la vida, las que incluyen el

aprendizaje de modos de interacción con otros hombres y de pautas de consumo alcohólico; entienden asimismo que a sus mujeres les corresponde preparar las comidas, hacer las compras y educar a las hijas. En el caso de México algunas investigaciones señalan que -desde la visión masculina- el cuidado de los niños pequeños y la cocina son los ámbitos considerados como más típicamente femeninos, los que se constituyen a su vez en los de mayor segregación genérica (Gutman, 1993).

Este modelo "ideal" de división sexual del trabajo adquiere especificidades en los diversos contextos familiares. Estudios para las islas caribeñas sugieren que las distintas pautas conyugales suponen variaciones en las definiciones de los roles masculinos de padre y esposo (Clarke, 1966). En general, mientras mayor respetabilidad social posee la unión, mayor es su capacidad en cuanto a la discriminación interna de roles en función del género (Chevannes, 1994). En América Latina y El Caribe, el matrimonio legal es el tipo de unión que más respetabilidad social confiere a los esposos. Su formalización implica un grado mayor de legitimidad de la autoridad masculina a los ojos de ambos cónyuges y, por tanto, el fortalecimiento de los esquemas tradicionales de asignación de los trabajos productivos y reproductivos. En el mismo sentido, las uniones de visita acarrearán una división sexual del trabajo más flexible, en la cual las mujeres cuentan con la posibilidad de una distribución más equitativa de las tareas domésticas (Powell, 1986). No obstante, esto ocurre sólo en los momentos de convivencia en la residencia de la mujer. Existe evidencia que muestra que al pasar de formas consensuales de unión a la formalización legal del matrimonio,

los hombres disminuyen el grado de cooperación con el trabajo doméstico reforzando el patrón de participación tradicional (Chevannes, 1994). La aceptación por ambos cónyuges de un criterio más estricto de distribución interna de los roles a partir del matrimonio legal, pone de manifiesto la distinta valoración cultural de los tipos de unión y su peso diferencial sobre las pautas de autoridad familiar.

Además de las variaciones entre uniones es posible encontrar distinciones en el modo de ejercicio del poder masculino en parejas que comparten un mismo tipo de unión. El mosaico de experiencias personales genera una multiplicidad de dinámicas familiares que oscila desde la aceptación y la aquiescencia, hasta la imposición por la fuerza y el cuestionamiento¹⁴ (Oliveira, 1995). La conformidad con el modelo de autoridad masculina se reconoce, por ejemplo, en la **aceptación** por parte de las mujeres del control de su movilidad. Esta se expresa en la importancia de la figura social del "permiso" (García y Oliveira, 1994). Las mujeres deben solicitar autorización de los maridos para todas aquellas actividades que las alejan del entorno familiar. El control sobre la movilidad puede disminuir cuando mejora la condición de la mujer en términos de su situación laboral, su educación y el sector social a que pertenece. Una figura social análoga es la del "respeto" (Benería y Roldán, 1987); en la medida en que reconocen la superioridad moral de los hombres en el hogar, las mujeres deben mostrar su subordinación al acatar las normas de interacción que él impone.

Otra expresión indirecta de la aceptación del poder masculino se encuentra en la actitud en general **pasiva** de las mujeres frente al control de su sexualidad; la mayoría deja a los hombres la iniciativa en este espacio íntimo de relación. Los análisis de

¹³ Este argumento no niega que en El Caribe también pueda darse una sobreestimación de los jefes varones. A pesar de que en estos países se enfatiza la matrifocalidad, la autoridad masculina continúa siendo el modelo socialmente idealizado (Massiah 1983).

¹⁴ Entendemos, naturalmente, que las situaciones señaladas no son excluyentes y que las mismas pueden coexistir o ocurrir en diferentes momentos a lo largo de la vida familiar.

Figueroa Perea y Rivas Reyes (1993) para México muestran que la sexualidad sigue estando muy vinculada a la reproducción en el ámbito de las representaciones sociales que comparten. La valoración de la relación sexual como un lazo afectivo en sí mismo y como una relación placentera crece en las mujeres más educadas, en las de origen urbano, en las que alguna vez han tomado medidas para regular la fecundidad y en las más jóvenes.

Además de las dinámicas familiares en las que prevalece el consenso y la aceptación, nos encontramos con situaciones en las que el uso de la fuerza constituye un mecanismo habitual de **imposición** de la autoridad masculina. El recurso a la violencia física tiene lugar cuando por alguna razón el hombre siente amenazada su autoridad. Su ocurrencia constituye, sin duda, una expresión contundente de las asimetrías que encierra el mundo familiar. Los estudios realizados en México revelan que la violencia se ejerce principalmente sobre las mujeres casadas y separadas, siendo el agresor el esposo o compañero en el 83.2% de los casos (Oliveira *et. al.*, 1994). Se estima que entre 20 y 25% de los homicidios en América Latina son el resultado de la violencia ejercida en los hogares (Jelín, 1994).

Entre las explicaciones que se han dado para entender la violencia masculina, uno de los argumentos más recurrentes es el sentimiento de frustración de los hombres ante la imposibilidad de cumplir el papel

socialmente asignado de proveedores económicos de la familia (Katzman, 1993). En el estudio realizado por García y Oliveira (1994), las autoras encuentran que son precisamente los hogares en los que las mujeres son en realidad las **jefas económicas**¹⁵, los que muestran una mayor carga de violencia doméstica¹⁶. La sola independencia de la mujer sería así un factor de inseguridad desde la percepción masculina. En general, los hombres expresan su temor al verbalizar que las mujeres "pueden llegar a perderles el respeto" (Benería y Roldán, 1987). Estos aspectos corroboran las tensiones que en la identidad masculina acarrear los procesos de individuación de la mujer. Como señala Gutman, citando a Turner (1974), estos procesos han colocado a la masculinidad en una situación "liminar".

Pero las dinámicas familiares que se establecen a partir del modelo tradicional de jefatura masculina incluyen también situaciones de **cuestionamiento** de la autoridad. La literatura sobre el tema ha mostrado que uno de los ámbitos en que más activamente se manifiesta la inconformidad de las mujeres con el modelo tradicional es el control de los recursos internos del hogar (De Barbieri, 1984; Benería y Roldán, 1987; Stichter, 1990). El nivel de educación y la participación en la actividad económica remunerada son dos aspectos muy estrechamente vinculados con en el grado de cuestionamiento del patrón tradicional¹⁷.

Familias con jefatura femenina: la matrifocalidad, un caso especial de autoridad femenina

Las familias matrifocales suponen la convivencia de tres o dos grupos generacionales (abuela, hija y nieta)¹⁸, los que reconocen a las mujeres de mayor edad -usualmente la abuela materna o la tía- el derecho de organizar la vida doméstica. En El Caribe la matrifocalidad guarda una estrecha relación con las formas de unión no coresidenciales que implican la posibilidad de varias relaciones conyugales sucesivas, subsistiendo a través de ellas la relación madre-hijo como unidad básica. Gracias a la aparente debilidad de la relación matrimonial, las familias caribeñas han sido calificadas como "unidades de crianza" (Safa, 1980).

La ausencia física del padre del entorno familiar no significa, sin embargo, una falta de interacción con él o su nula presencia simbólica¹⁹. Como lo señala Charbit (1987) y lo muestran Robert y Sinclair (1978) en sus investigaciones sobre Jamaica, las unidades matrifocales entablan pautas de socialización que implican la interacción recurrente con el padre y el intercambio entre éste y los demás miembros de la familia. Estos autores presentan materiales que llevan a cuestionar los estereotipos que asumen como un comportamiento dominante la irresponsabilidad del varón y el ausentismo paterno. Las uniones de visita permiten el establecimiento de una relación

¹⁵ La concepción de jefas económicas se refiere aquí a mujeres casadas que proporcionan en realidad la mayoría del ingreso familiar.

¹⁶ Algunos factores contextuales y familiares pudieron ser asociados con esta dinámica familiar, entre ellos la socialización en un entorno familiar donde la violencia fuera a su vez un elemento recurrente (García y Oliveira, 1994).

¹⁷ La mayoría de los estudios muestran una relación positiva entre nivel de escolarización y las posibilidades crecientes de negociación en la esfera doméstica en el caso de las mujeres. El potencial de cambio del trabajo extradoméstico parece depender más de la pertenencia de clase, aunque ambos factores están obviamente interconectados. Véase además Naciones Unidas, 1989a; Chant, 1991; García y Oliveira, 1994, y García, 1995.

¹⁸ No existe una definición unívoca de matrifocalidad. En un sentido amplio las familias matrifocales engloban tanto a aquellas en que la mujer es la verdadera jefa en ausencia del varón, como a las que -aún estando éste presente de manera regular- desempeña un papel secundario en relación con la esfera primaria de las relaciones madre-hijo. En estas familias tienen preeminencia las relaciones de parentesco por vía materna, en las que la abuela asume habitualmente el papel de jefe del grupo (Safa, 1980). Para dar una idea de la importancia del fenómeno: se estima que alrededor del 15% de los niños jamaquinos menores de 15 años crece dentro de familias matrifocales (Roberts, 1986).

¹⁹ Entendemos que la sola ausencia del jefe varón no tiene por qué implicar, necesariamente, un modelo alternativo de autoridad. En la medida en que la socialización se da a partir de un mismo modelo cultural, las mujeres suelen reproducir el patrón de relación apoyándose en la red de parentela, o en la variedad de referentes culturales que sirven como refuerzo del mismo.

cercana entre padres e hijos, propician la interacción con el padre durante sus visitas a la casa y la realización de actividades en común.

A pesar de estos aspectos, la ausencia de la figura paterna no deja de tener efectos contradictorios sobre la dinámica familiar. Existe información que documenta situaciones de sobreautoridad de los hijos varones mayores sobre los demás niños en familias pobres caracterizadas por la ausencia del padre, en República Dominicana y México (Duarte *et. al*, 1991; González de la Rocha, 1988). En estos contextos, las mujeres se apoyan con frecuencia en los hijos varones mayores para controlar la interacción familiar reproduciendo así un modelo de socialización sexualmente jerárquico.

Las interpretaciones sobre el papel de la familia matrifocal afrocaribeña y la condición femenina no dejan de ser controversiales. Algunos autores consideran que las uniones de visita presentan claros inconvenientes para las mujeres porque los hombres pueden negar la paternidad o rehuir sus obligaciones (R.T. Smith, 1956).

Sin embargo, estudios más recientes no dan respaldo empírico a estos argumentos (Brody, 1981; Charbit 1984, 1987; Dann, 1987). De acuerdo con los hallazgos de Roberts y Sinclair (1978), las mujeres atribuyen varias ventajas a estas uniones en comparación son las consensuales: les aseguran más libertad e independencia, constituyen una protección contra la violencia doméstica, implican una menor carga de trabajo doméstico y contribuyen a mantener el romanticismo de la relación. Se afirma también que redundan en mayor beneficio

económico para la familia en conjunto, ya que el dinero que el compañero aporta se canaliza solamente para cubrir las necesidades familiares, sin tener que compartirlo con el varón. A pesar de ello, no deja de existir controversia respecto de la valoración positiva de esta autonomía por parte de las mujeres; se señala que en la misma debe ponderarse el status conyugal de la unión. La pregunta es hasta qué grado las mujeres valoran más la independencia que este tipo de unidad familiar les proporciona, que la seguridad y el status de la formas de unión legalizadas.

Consideraciones finales

El análisis mostró la existencia de una estrecha relación entre el tipo de unión y la edad a que ocurre, de tal modo que mientras más tempranamente se produce menos probable es su carácter legal. En lo que concierne a la estabilidad, los datos permiten corroborar la mayor inestabilidad relativa de las uniones no legales. Sin embargo, la relación variable entre el ciclo de vida y el tipo de unión a que se hizo referencia, sugiere la necesidad de estudios longitudinales que permitan esclarecer la verdadera naturaleza de la misma.

Entre los rasgos sociodemográficos propios de la región se encuentra la elevada presencia de familias dirigidas por mujeres. Esta peculiaridad, respecto de la cual los países difieren en rangos de intensidad, ha sido objeto de no pocas controversias. Los argumentos empleados oscilan desde los estrictamente demográficos a los históricos, culturales y -hasta- metodológicos. Entre todos destacamos el peso de las uniones de

visita, dada la estrecha relación que ellas guardan con la formación de familias matrifocales.

La comparación entre el modelo de autoridad tradicional y la dinámica intrafamiliar de las unidades matrifocales nos permitió constatar que las distintas formas de unión suponen variaciones en los roles socialmente construidos de maridos y esposas, lo que a su vez determina diferencias en las pautas de interacción familiar. La mayor laxitud de las formaciones familiares de El Caribe permite flexibilizar en ocasiones las estructuras de autoridad tradicionales. Las uniones de visita posibilitan en general la apertura de más espacios de poder femenino dentro de las organizaciones familiares. Las mujeres parecen apreciar positivamente estos espacios ganados en virtud del distanciamiento del modelo normativo, aun cuando éste permanezca efectivamente como un ideal a alcanzar en los años de madurez. Tiene lugar así, como lo mostró Powell (1986) y anteriormente Clarke (1966), una relación entre el tipo de unión y la naturaleza de la experiencia familiar vivida.

De todos los aspectos discutidos emerge con claridad que en la variedad de pautas conyugales y sus dinámicas intrafamiliares inciden complejos procesos de índole histórica, étnica, sociodemográfica y cultural. Ante todo, esta complejidad llama la atención acerca de la necesidad de realizar estudios comparativos de carácter interdisciplinario que permitan sopesar el peso relativo de los distintos factores involucrados en la diversidad de pautas y dinámicas familiares de México, Centroamérica y El Caribe.

Bibliografía

Ariza, Marina, Mercedes González de la Rocha y Orlandina de Oliveira (1994), "Características, estrategias y dinámicas familiares en México, Centroamérica y el Caribe". Trabajo preparado para el Population Quality of Live Independent Commission (mimeo), México.

Benería, L. y Marta Roldán (1987), *Las encrucijadas de clase y género. Trabajo a domicilio, subcontratación y dinámica de la unidad doméstica en la ciudad de México*. México, El Colegio de México-Fondo de Cultura Económica.

Brody B., Eugene (1981), "Sex, Contraception, and Motherhood in Jamaica", Harvard University Press.

Buvinic, Mayra (1990), *The vulnerability of Women-Headed Households: Policy*

Questions and Options for Latin America and the Caribbean. Documento presentado en la reunión The Vulnerable Women, Viena, noviembre (mimeografiado).

Chant, Sylvia (1991), **Women and Survival in Mexican Cities.**, Manchester, Manchester University Press.

Chant, Sylvia (1988), "Mitos y realidades de la formación de las familias encabezadas por mujeres", en Gabayet, Luisa et. al (comps.), **Mujeres y Sociedad. Salario, hogar y acción social en el occidente de México**, El Colegio de Jalisco y CIESAS, Guadalajara, pp. 181-203.

Charbit, Yves (1984), **Caribbean Family Structure: Past Research and Recent Evidence from the WFS on Matrilocality.** Scientific Reports, Number 65. Voorburg Neetherlands, International Statistical Institute.

Charbit, Yves (1987), **Famille et Nuptialité dans Le Caraïbe.** Institut National d'Etudes Démographique, Travaux et Documents Cahier no. 114, France, Presses Universitaires de France.

Chevannes, Barry (1994), "Presiones y tensiones: Análisis de la situación de la familia en el Caribe", en **Familia y Futuro. Un programa regional en América Latina y El Caribe**, CEPAL/UNICEF, Santiago de Chile, pp.63-88.

Clarke, E. (1966), **My Mother who Fathered me: a Study of the Family in Three Selected Communities in Jamaica.** Second edition with introduction by M.G. Smith, London: Allen and Unwin.

Dann, Graham (1987), **The Barbadian Male. Sexual Attitudes and Practice.** Macmillan Caribbean, Hong Kong.

De Barbieri, Teresita (1984), **Mujeres y vida cotidiana**, México, Fondo de Cultura Económica (FCE), e Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM.

Duarte, Isis, Carmen J. Gómez y Marina Ariza (1991), **Menores en circunstancias especialmente difíciles en la República Dominicana**, Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Santo Domingo, República Dominicana.

Duarte, I., C. Baéz, C.J. Gómez y M. Ariza (1989), **Población y Condición de la Mujer en República Dominicana**, Instituto de Estudios de Población y Desarrollo, (PROFAMILIA), Santo Domingo.

Figuroa Perea, Juan Guillermo y Gabriela Rivera Reyes (1993a), "Algunas reflexiones sobre la representación social de la sexualidad femenina", en González M., Soledad (coord), **Mujeres y relaciones de género en la Antropología latinoamericana**. México, El Colegio de México, pp. 141-167.

García, Brígida y Orlandina de Oliveira (1994),

Trabajo femenino y vida familiar en México, México, El Colegio de México,

García, Brígida (1995), "Family Dynamics and Urban Poverty: a Mexican and Latin American Perspective", documento presentado en el Seminario Demography and Poverty, IUSSP-UNICEF, Florencia, 2-4 marzo.

González de la Rocha, M. (1988), "De por qué las mujeres aguantan golpes y cuernos: una análisis de hogares sin varón en Guadalajara", en Gabayet, Luisa et. al (comps.) **Mujeres y Sociedad. Salario, hogar y acción social en el occidente de México**, El Colegio de Jalisco y CIESAS, Guadalajara, México, pp. 205-227.

Gutman, Matthew (1993), "Los hombres cambiantes. Los machos impenitentes y las relaciones de género en México en los noventa", en **Estudios Sociológicos**, Vol. XI, n.ºm. 33, septiembre-diciembre.

Jelín, Elizabeth (1989), "El celibato, la soledad y la autonomía personal: elección personal y restricciones sociales", en **Estudios Demográficos y Urbanos**, Vol. 4 no.1, en-abr, pp. 117-38.

Jelín, Elizabeth (1994), "Las relaciones intrafamiliares en América Latina", en **Familia y Futuro. Un programa regional en América Latina y El Caribe**, CEPAL/UNICEF, Santiago de Chile, pp.37-55.

Katzman, Rubén (1993), "¿Por qué los hombres son tan irresponsables?", en CEPAL: **Cambios en el perfil de las familias: la experiencia regional**, Santiago de Chile, pp. 110-121.

Massiah, Jocelyn (1983), **Women as heads of households in the Caribbean: family structure status.** United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

Naciones Unidas, (1965, 1969, 1975, 1986, 1988 y 1990), **Demographic Yearbook**, Nueva York.

Naciones Unidas (1990), "Patterns of first marriage, timing and prevalence", Departamento de Asuntos Internacionales y Sociales, Nueva York, ST/ESA/SER.R/111, Anexo A-2, pp. 303-307.

Naciones Unidas (1989), "América Latina: El desafío de socializar el ámbito doméstico". Serie Mujer y Desarrollo, Santiago de Chile.

Oliveira, Orlandina de et. al (1994), "Las familias mexicanas: diagnóstico y recomendaciones". Trabajo preparado por el Grupo Técnico sobre Familia del Comité Nacional Coordinador para la Conferencia Mundial de la Mujer de 1995.

Oliveira, Orlandina de (1995), "Familia y relaciones de género en México", ponencia presentada en el VIII Simposio Internacional de Humanismo: Mujer, Familia y Sociedad, organizado por la Sociedad Internacional Pro Valores Humanos E. From-S. Zubirán A.C., El

Colegio de México y el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F., 22-24 de marzo.

Onaka-Alvin Takashi, David Yaukey y Albert Chevan (1977), "Reproductive time lost through marital dissolution in metropolitan Latin America", en **Social Biology**, Vol. 24, No.2, Summer, pp. 106-116.

Powell, Dorian (1986), "Caribbean Women and their Response to Familial Experiences", en **Social and Economic Studies**, Vol. 35. No.2, pp. 83-130.

Quilodrán, Julieta (1993), "La dinámica de la población y la formación de parejas". Ponencia presentada en la paralela 11 sobre "Mujer, Familia y Transición Demográfica". IV Conferencia Latinoamericana de Población, México, D.F., marzo.

Quilodrán, Julieta (1992), "La vida conyugal en América Latina: contrastes y semejanzas", ponencia presentada en **El poblamiento de las Américas**. Actas, Vol.3, Veracruz, pp. 245-264.

Quilodrán, Julieta (1989), "México, diferencias de nupcialidad por regiones y tamaños", en **Estudios Demográficos y Urbanos**, Vol. 4 núm. 3, septiembre-diciembre, México, El Colegio de México, pp. 595-613.

Roberts, George (1986), "Some Demographic Aspects of the Family", en Sub Regional Seminar on Changing Family Patterns and Women's Role in the Caribbean. Institute of Social and Economic Research, University of the West Indies, Cave Hills, Barbados, Final Report.

Roberts, G.W. y S.A. Sinclair (1978), **Women in Jamaica: Patterns of Reproduction and Family**. New York: KTO Press.

Rossetti, Josefina (1994), "Hacia un perfil de la familia actual en Latinoamérica y el Caribe", en **Familia y Futuro. Un programa regional en América Latina y El Caribe**, CEPAL/UNICEF, Santiago de Chile, pp.17-65.

Safa, Heln (1980), **Familias del Arrabal. Un estudio sobre desarrollo y desigualdad**, Puerto Rico, Edit. Universitaria, Universidad de Puerto Rico.

Smith, R.T. (1956), **The Negro Family in British Guiana: Family Structure and Social Status in the Villages**. London, Routledge and Kegan Paul.

Smith, M.G. (1966), "Introduction to the second edition of E. Clarke, **My Mother who Fathered me**. London: Allen and Unwin.

Stichter, Sharon : **Women, Employment and the Family in the International Division of Labour**. Temple University, Philadelphia, 1990.

Turner, Víctor (1974), **Dramas, fields and metaphors: Symbolic action in human society**, Ithaca, Cornell University Press.

Transición de la Mortalidad: Camino, Componentes y Limitaciones*

■ Francisco I. Cáceres Ureña**
Demógrafo, Ph. D.

En las poblaciones de Europa Occidental y de América del Norte, la mortalidad inició su fase de descenso desde mediados del siglo XIX. No obstante, se considera al siglo XX como el gran testigo de los cambios más significativos que se produjeron en el control de los factores causantes de la muerte precoz.

La falta de sincronía en el descenso de la mortalidad entre las diversas regiones del mundo está asociada, entre otros factores, a los diferentes patrones y niveles de desarrollo que caracterizan a los conglomerados humanos que habitan esas áreas. Mientras que, para Europa Occidental y América del Norte el período entre aproximadamente 1850 y 1950 se caracterizó por cambios lentos y continuos en los patrones y niveles de mortalidad, en Europa del Este y del Sur este proceso de cambios se concentró en las tres décadas comprendidas entre 1920 y 1950.

Mientras que la mortalidad de los países hoy industrializados se caracterizaba por esa dinámica de descenso, en las poblaciones del

Tercer Mundo aún se experimentaban bajos niveles de sobrevivencia. En América Latina, las excepciones la constituían la Argentina, Chile, Costa Rica, Uruguay y probablemente Panamá, donde la mortalidad ya había experimentado descensos moderados¹. Algunas poblaciones de América Latina, como la República Dominicana, Guatemala, Nicaragua, Perú y Bolivia, habían experimentado ganancias poco significativas en los niveles de sobrevivencia antes de 1945.²

El descenso en los índices de mortalidad, que se tradujo en aumentos significativos de los niveles de sobrevivencia para la gran mayoría de países del Tercer Mundo, ocurrió después de la finalización de la Segunda Guerra Mundial. Así, en un estudio desarrollado sobre América Latina³ se verificó que, hasta 1930, la mortalidad disminuyó en forma moderada en los países más avanzados de la región, mientras que en las poblaciones restantes el descenso fue muy lento. Sin embargo, en los años 30 la esperanza de vida se incrementó de

forma rápida y casi igual en todos los países del área, independientemente del grado de desarrollo económico que los caracterizaba. Pero las magnitudes de esas ganancias en los niveles de sobrevivencia pueden ser consideradas modestas si se comparan con la disminución experimentada por la mortalidad después de la Segunda Guerra Mundial. En el período de la post-guerra, muchos países alcanzaron incrementos en los niveles de sobrevivencia hasta tres veces mayores que los experimentados por algunas poblaciones de Europa Occidental en el contexto de la transición de la mortalidad⁴.

Los esfuerzos realizados en las áreas de la salud y el saneamiento ambiental fueron elementos decisivos en el descenso de la mortalidad en América Latina a partir de 1930. Esta lucha se hizo efectiva a través del desarrollo de campañas contra la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, mediante la expansión de los servicios de salud preventiva y curativa, a través de reformas sanitarias, mediante el mejoramiento

* Resumen de la sección del mismo nombre del capítulo 1 de la Tesis Doctoral del autor.

** Demógrafo asesor de la Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia, investigador del Instituto de Estudios de Población y Desarrollo y profesor de Estadística de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

¹ NACIONES UNIDAS. *Factores Determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas*. Nueva York, 1978. v.1.

² PALLONI, Alberto. Mortality in Latin America: emerging patterns. *Population and Development Review*, New York, v.7, n.4, p.623-649, Dic. 1981

³ ARRIAGA, Eduardo, DAVIS, Kingslay. The pattern of mortality change in Latin America. *Demography*, Washington, v.6, n.3, p.223-242, Aug. 1969.

⁴ GWATKIN, Davidson R. Indications of change in developing country mortality trends: the end of an era? *Population and Development Review*, New York, v.6, n.4, p.615-644, Dec. 1980.

en la calidad del agua urbana y la extensión del servicio hasta muchas comunidades rurales.

La tecnología destinada a la eliminación de los vectores de transmisión de las enfermedades, a la inmunización y los tratamientos curativos, desarrollada en las naciones de mayor grado de industrialización, fue rápidamente adquirida por los países del Tercer Mundo mediante la importación. Esa tecnología llegó hasta la población de los países menos desarrollados en forma masiva, básicamente a través de programas gubernamentales de salud. Dado ese carácter generalizado y los elevados niveles de mortalidad existentes, su eficacia fue casi inmediata y sus efectos en la disminución de la mortalidad fueron sensiblemente elevados en algunos casos, y espectaculares en otros.

Dada la eficacia de las medidas, en la época apareció un gran optimismo con relación a las perspectivas relacionadas con la sobrevivencia para los países del Tercer Mundo. Hasta 1980, existía la esperanza de que, a corto plazo, todos los países del mundo podrían llegar a alcanzar niveles de sobrevivencia comparables con los de Europa y América del Norte. A finales de los años 70, Durand⁵ postuló que, los países del Tercer Mundo pasarían por tres fases en la transición de la mortalidad. Durante la primera etapa, escasas ganancias, muchas veces reversibles, serían

registradas. En la segunda etapa, ganancias anteriores serían recuperadas y habría una aceleración con ganancias significativas en los valores de la esperanza de vida. En la tercera etapa, Durand previó que las reducciones en la mortalidad irían desacelerando en la medida que las poblaciones se aproximarán a los límites biológicos máximos.

Con esta discusión como telón de fondo cabría preguntar: por qué aún existen países donde prevalecen elevados niveles de mortalidad?

Fue solamente a inicios de los años 80 que esta visión optimista comenzó a ser cuestionada de una forma más amplia. Gwatkin⁶ señalaba que las nuevas tendencias de los años 70 representaban el fin de la era de descenso de la mortalidad. Sobre este particular tendríamos que volver a la historia de la mortalidad, antes abordada, para tratar de entender, aunque de forma simplificada, estas tendencias no esperadas. Primero es necesario considerar la naturaleza del descenso de la mortalidad en los países industrializados y posteriormente examinar la disminución diferenciada experimentada por los países de menor grado de desarrollo después de los años 60. Las ganancias experimentadas por los niveles de sobrevivencia en Europa y América del Norte fueron consecuencia de transformaciones que influenciaron las condiciones de vida de la

población. Además de los avances en el campo de la medicina, la disminución de la mortalidad en los países industrializados se atribuye a factores cuya evolución ocurrió de forma paralela al proceso histórico experimentado por esas naciones, tales como el desarrollo económico y la elevación de los niveles de ingreso, las reformas médicas y de salud pública, y las reformas sociales⁷. A finales del siglo pasado, los países actualmente industrializados también sufrieron los efectos de epidemias de enfermedades infecciosas. Sin embargo, la mortalidad asociada a estas enfermedades disminuyó significativamente antes de la introducción de las medidas de salud preventivas y curativas para tratar estas enfermedades⁸. La explicación se basa: 1) en los avances de corte socio-económico que se tradujeron en mejoramiento de los niveles nutricionales de la población, lo que posibilitó una mayor resistencia y recuperación ante la infección, y en la calidad de las viviendas construidas, lo cual redujo la exposición a estas enfermedades; y 2) a través de las reformas sanitarias en las ciudades, las cuales también contribuyeron con la disminución de la exposición a estas enfermedades. Las medidas específicamente médicas también tuvieron su papel en este proceso de descenso, sin embargo, su importancia fue complementaria del proceso ya iniciado y, de cierta

⁵ DURAND, John. *Comment. Population and Economic Change in Developing Countries*. ed. R. Easterlin. The University of Chicago Press. 1980

⁶ GWATKIN, Davidson R. *Indications of change ... op. cit.*

⁷ NACIONES UNIDAS. *Factores determinantes ... op. cit.*

⁸ McKEOWN, Thomas et. al. *An interpretation of the decline of mortality in England and Wales during the twentieth century. Population Studies*, London, v.29, n.3, p.391-422, Nov. 1975.

McKINLAY, John B., McKINLAY, Sonja E. *Medical measures and decline of mortality*. In: KERN, Conrad (ed.). *The sociology of health and illness*, New York: St. Martin's Press, 1981. p.12-30.

forma, más complejo.

Por su parte, la disminución de la mortalidad en los países del Tercer Mundo no obedeció a coyunturas similares a las de las poblaciones de Europa y América del Norte. Ciertamente que los programas de salud pública y los progresos en el saneamiento del habitat tuvieron gran impacto en la disminución de la mortalidad en esos países. Esas medidas tuvieron su mayor impacto sobre la exposición de la población a enfermedades infecciosas y contagiosas específicas. Sin embargo, después de estos grandes avances continúan existiendo diversos problemas de salud para los cuales la población requiere de condiciones socio-económicas (p.e: nutricionales, habitacionales, etc.) adecuadas para resistir y recuperarse de ellas, así como acceso a los servicios primarios de salud para tratarlas cuando ocurran. Ambos requerimientos sirven como prerequisites para la continuación del descenso de la mortalidad y están, en gran medida, asociados al grado de desarrollo socio-económico de la población.⁹

Un examen general de las tendencias recientes y de las diferencias en los niveles de mortalidad de los países del Tercer Mundo muestra que, las poblaciones donde la mortalidad continúa elevada representan países que no experimentaron procesos de transformaciones sociales y/o económicas considerables. Una

respuesta simple para las divergencias en las tendencias de la mortalidad reside en la explicación de que, las condiciones socio-económicas de la población imponen barreras que no pueden ser superadas por estas medidas. De esta forma, ya haciendo referencia a los países de Latinoamérica y el Caribe, hay que esperar la existencia de divergencias en las tendencias de la mortalidad después de los años 60.

Mientras esta explicación es plausible para las tendencias en las últimas dos décadas, es preciso investigar cuales son los componentes envueltos y por qué las medidas en el área de salud fueron eficaces en los años 40 y 50 y posteriormente se agotaron en algunos países. La explicación general, que no obstante ser razonable, es demasiado simple, por lo que debería servir apenas como telón de fondo. En la aceptación de este argumento existe la posibilidad de caerse de nuevo en la polarización del antiguo debate sobre desarrollo socio-económico versus medidas de salud. De esta forma, se aceptaría la línea de razonamiento de que es solamente el desarrollo socio-económico lo que posibilita la continuación del descenso de la mortalidad y probablemente se dejaría de lado la importante interrelación/interacción de éste con las medidas de la salud. Para entender la desaceleración del ritmo de descenso en algunos países y la continuación en otros es preciso

contemplar las medidas tomadas y las enfermedades envueltas.

Los programas y medidas implementados durante los años 40 y 50 pueden ser divididos en cuatro grupos:

- 1) combate a los vectores de transmisión (p.e. DDT y otros insecticidas en el caso de la malaria, fiebre amarilla, fiebre tifoidea, dengue, etc.);
- 2) inmunización (p.e. viruela, sarampión, difteria, polio, meningitis, tosferina, fiebre amarilla, tétano, etc.);
- 3) medicamentos curativos (antibióticos y sulfanomides en los casos de gripe, neumonía y otras infecciones de naturaleza bacteriológica y viral);
- 4) reformas urbanas y sanitarias (canalización de aguas estancadas, recogida de la basura, construcción de acueductos, instalación de alcantarillados sanitarios, domiciliarios y públicos).

La desagregación de estas medidas se torna importante para el análisis, debido a la vinculación de cada una de estas con aspectos del desarrollo económico y social. Las ganancias obtenidas al comienzo de las intervenciones ciertamente estuvieron más relacionadas con el combate a las enfermedades transmitidas por insectos. Estas intervenciones

⁹ Las observaciones aquí expuestas tratan de esquivar el dualismo muy visible en la literatura sobre "La Transición de la Mortalidad" que hace énfasis en el desarrollo socio-económico o en las innovaciones en el área de la salud. Johanson y Mosk (1987), en su estudio sobre Inglaterra, Italia y Japón, presentaron un esquema teórico que, en gran medida resuelve el debate polarizado. Ellos trabajan con las ideas de que, la mortalidad es, por un lado, el resultado de la exposición a las enfermedades y, por el otro, el resultado de la resistencia y recuperación de los individuos frente a las infecciones. Por su parte, la recuperación y la resistencia están más vinculadas al desarrollo socio-económico. La exposición a la enfermedad está más asociada a reformas sanitarias, uso de insecticidas e inmunización, mientras que los tratamientos curativos reducen la prevalencia de enfermedades y, por tanto, también reducen la transmisión y nuevas incidencias. Desde esta perspectiva, la mortalidad puede disminuir como respuesta a cambios a nivel socio-económico y/o avances en el área de la medicina. Por tanto, ambos son necesarios para alcanzar elevados niveles de sobrevivencia.

fueron razonablemente fáciles de implementar de forma vertical a nivel comunitario, sin mucha participación de la población y con bajos costos. Ciertamente que, el uso del DDT y otros insecticidas residuales con la finalidad de combatir al mosquito transmisor de la malaria, también redujeron otros insectos y tuvieron un impacto significativo en la incidencia de otras enfermedades. Las poblaciones afectadas por la malaria también experimentaron mejoras en las condiciones para resistir y recuperarse de otras enfermedades infecciosas¹⁰.

Mientras las medidas en contra de la malaria fueron fáciles de implementar sin mucha infraestructura y con bajos costos, otras medidas precisaban de un mayor grado de desarrollo del sistema de salud primaria y de mayor nivel de participación de la población. Así, varios autores¹¹ argumentan que la reducción de la mortalidad encontraba barreras relacionadas con el propio nivel de desarrollo de muchos países del Tercer Mundo. Por un lado, en algunos no existía la infraestructura y organización institucionales suficientes para el combate a las enfermedades transmisibles por contacto con las personas infectadas o a través de la contaminación vía alimentos, agua y aire. Por otro lado, las condiciones nutricionales de la población, especialmente de los niños, eran insuficientes para mantener la resistencia y

recuperación de las enfermedades que permanecieron. Dentro de esta amplia categoría de enfermedades existen varias estrategias a ser consideradas, separadamente y en conjunto: inmunización, tratamientos terapéuticos, y mejores condiciones sanitarias y nutricionales de la población. Dada la interacción entre exposición a la infección y la resistencia y recuperación de la infección, tanto el desarrollo socio-económico de la población y el desarrollo de los sistemas de salud primaria e infraestructura de saneamiento básico son importantes en la continuación del proceso de descenso de la mortalidad.

El control de algunas de estas enfermedades puede ser efectuado a través de inmunización. Las campañas de vacunación sirven como un ejemplo de estrategias que se basan en una infraestructura mínima para cubrir la población contra episodios mórbidos de naturaleza contagiosa e infecciosa. Algunas vacunas, por ejemplo contra la fiebre amarilla y tífus, pueden ser aplicadas eficientemente, aunque sean administradas con poca frecuencia. Estas, a su vez, no requieren del establecimiento de infraestructura médica en las comunidades. Otras vacunas, especialmente contra enfermedades consideradas hoy en día como de niños, para ser eficaces en el control epidemiológico necesitan de cierta regularidad y de una infraestructura de salud básica y permanente. Otras enfermedades,

para las cuales no existen vacunas, dependen de condiciones sanitarias, prácticas de higiene, y resistencia de los individuos ante ellas.

En conclusión, las diversas medidas implementadas durante los años 40 y 50, en mayor o menor grado, tuvieron su impacto en la reducción de la mortalidad de los países del Tercer Mundo que, en algunos casos se tradujo en ganancias espectaculares en los valores de la esperanza de vida. Las intervenciones, a nivel comunitario, ocurridas durante los años de post-guerra (1945-1955) tuvieron su mayor impacto sobre enfermedades que afectan a los individuos, independientemente de sus condiciones socio-económicas. El éxito de éstas, por tanto, dependía cada vez más de la capacidad infraestructural y organizacional de los sistemas de salud pública y de la participación y condiciones socio-económicas de la población. Por tanto, reducciones futuras de la mortalidad dependerían, cada vez más, del acceso de las personas, y de sus familias, a las condiciones socio-económicas y nutricionales mínimas y las condiciones sanitarias básicas de sus comunidades, y del acceso a tratamientos preventivos y curativos a nivel individual. El progreso en estos diferentes frentes varía de un país a otro, lo cual se tradujo en las divergencias observadas en los niveles de mortalidad entre países, definiendo procesos transicionales diferentes entre países.

¹⁰ DAVIS, Kingslay. The population specter: rapidly declining death rate in densely populated countries: the amazing decline of mortality in underdeveloped areas. *American Economic Review*, Evanston, v.46, n.2, p.305-318, May, 1983.

¹¹ PALLONI, Alberto. Mortality in Latin America ... op. cit.

HAKKERT, Ralph. Avanços metodológicos recentes na medição dos diferenciais da mortalidade. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, v.1, n.1/2, p.171-192, Jan./Dez. 1984.

McCRACKEN, Stephen D. *Why children die: a study of child mortality in Greater Sao Paulo*. Gainesville, 1987. Thesis (Master), Center for Latin American Studies, University of Florida.

Una valiosa fuente de información sobre la población dominicana:

La Encuesta Demográfica y de Salud de 1996 (ENDESA-96)

Este año será realizada la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA-96), bajo la conducción del Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM), con la cooperación de la Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia/Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (PROFAMILIA/IEPD) y la Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN). Este es un estudio basado en una muestra que permitirá hacer estimaciones a nivel nacional, por zona rural y urbana y para las ocho regiones de salud del país.

La ENDESA-96 será llevada a cabo en el marco de la tercera ronda del programa mundial de encuestas demográficas y de salud (Demographic and Health Surveys, DHS) implementado desde 1984 por Macro International Inc. en alrededor de 35 países de África, Asia y América Latina, bajo contrato con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Desde el año 1975 vienen realizándose en el país diversas encuestas demográficas que han sido sumamente valiosas para documentar los cambios en la fecundidad, la prevalencia anticonceptiva, la salud materno-infantil y otras variables relacionadas con la población. En el marco del programa mundial DHS han sido implementadas en el país dos encuestas, la DHS-86 y la ENDESA-91, en los años 1986 y 1991, respectivamente.

Los objetivos generales de la ENDESA-96 son los siguientes:

1. Proveer a las autoridades gubernamentales e instituciones nacionales y locales la informaciones y análisis necesarios para tomar decisiones

en el campo de población y salud.

2. Incrementar la información internacional disponible sobre características demográficas de los países participantes en el programa DHS a fin de llevar a cabo estudios comparativos de salud y población.

La recolección de datos será realizada entre agosto y noviembre de este año y conllevará la movilización por campos y ciudades de todo el país de supervisores y docenas de entrevistadores, entrenados cuidadosamente para garantizar la calidad de la información. La asistencia técnica está a cargo de Macro International Inc. y el financiamiento proviene de la USAID, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (a través de la Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud), UNICEF, UNFPA y el Proyecto Integrado de Salud en el Suroeste (PRISA).

La ENDESA-96 se basará en muestra de 10,000 hogares en todo el país, esperando lograr unas 8,500 entrevistas completas de mujeres en edad fértil. Serán aplicados un cuestionario de hogar, uno individual dirigido a mujeres de 15 a 49 años de edad y sus hijos menores de 5 años, uno exclusivamente para hombres, con el objetivo de obtener datos sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, y un cuarto sobre gastos en salud. Los cuestionarios individual, de hogar y de hombres se han aplicado en otros países donde se desarrolla el programa mundial de encuestas DHS, pero el cuestionario sobre gastos en salud se ha diseñado sólo para República Dominicana. En la

elaboración de los cuestionarios han participado representantes de las instituciones financiadoras y otros organismos nacionales e internacionales que ejecutan programas de población y desarrollo en el país. Todas estas instituciones conforman un comité consultivo de la encuesta.

Se investigará una amplia gama de variables, entre las que se destacan la fecundidad, mortalidad infantil y materna, conocimiento y uso de anticonceptivos, peso y talla de las mujeres y de los menores de 5 años, lactancia materna, población económicamente activa, migración interna e internacional, inmunización y nupcialidad. Además de estas variables que ya fueron investigadas por la anterior ENDESA, los cuestionarios incluyen preguntas sobre gastos en salud, SIDA y violencia doméstica.

La contribución de la ENDESA-96 es fundamental para formular los planes de acción y estrategias para disminuir la mortalidad infantil y materna, mejorar la calidad y acceso a los servicios de salud y de planificación familiar. Asimismo, ENDESA-96 proveerá la base para evaluar los cambios ocurridos desde la ENDESA-91 en la prestación de dichos servicios a la población, la fecundidad y la contracepción, las tendencias migratorias, el desempleo, entre otras importantes variables sociodemográficas.

Con ENDESA-96, todos los sectores interesados en las condiciones de vida de la población, tanto del ámbito académico (estudiantes, profesores, investigadores, etc.) como político (legisladores, dirigentes, etc.) y los medios de comunicación, podrán contar con una amplia y confiable base de datos para reflexionar y planificar nuestro desarrollo social.