

## Mortalidad infantil y crisis en México

*Mario Bronfman*

### Introducción

EN ESTE ARTÍCULO analizaremos algunas características recientes de la mortalidad infantil en México. Una primera versión de este trabajo formó parte del informe final del proyecto "Social Sectors and Reproduction in Mexico",<sup>1</sup> investigación que consistió en un "análisis en profundidad" de los datos generados por la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (Enfes) realizada por la Secretaría de Salud en 1987.<sup>2</sup>

En el periodo analizado la Enfes captó, aproximadamente, 11 600 nacimientos, los que constituyen el universo de este análisis. Tomando en cuenta el lapso seleccionado, los valores de la mortalidad infantil deben ser referidos a junio de 1980.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> El proyecto Social Sectors and Reproduction in Mexico fue realizado como parte de un convenio entre el Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México, la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud y The Population Council; en el mismo participaron M. Bronfman, B. García, F. Juárez, O. de Oliveira y J. Quilodrán. Su versión en inglés se encuentra actualmente en prensa en la DHS Further Analysis Series.

<sup>2</sup> La ENFES formó parte de un esfuerzo internacional que abarcó varios países y que recibió en conjunto el nombre de Demographic and Health Surveys (DHS). La responsabilidad de la operación en México corrió por cuenta de la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud.

<sup>3</sup> Dos decisiones técnicas adoptadas merecen ser explicadas:

a) como indicador de la mortalidad infantil se decidió utilizar la probabilidad de morir entre el nacimiento y el segundo año de edad (2q0). La elección de 2q0 permite eliminar la distorsión que introduce la probabilidad de muerte de menores de un año, es decir, la tendencia a concentrar las muertes al año exacto de edad. Si bien somos conscientes de las dificultades que se incorporan con esta decisión —dificultades de comparación con otros trabajos y modificación de las causas de

En el texto se presenta, en primer lugar, una actualización de los niveles, las tendencias y los diferenciales de la mortalidad en México. Seguidamente se analiza la mortalidad infantil en diferentes sectores sociales, definidos a partir de la inserción laboral de la persona de la cual la mujer entrevistada dependía económicamente. La muestra fue dividida, inicialmente, en dos grandes grupos: los agrícolas (27%) y los no agrícolas (73%). Estos últimos, a su vez, fueron subdivididos entre sectores medios (26.5%) y populares (46.3%), y éstos fueron diferenciados entre asalariados (33.5%) y no asalariados (12.8%). De esta manera la muestra quedó conformada por cuatro sectores sociales.<sup>4</sup>

En la última parte, se intenta resumir las conclusiones principales del trabajo.

#### Niveles, tendencias y diferenciales

La mortalidad infantil en México ha venido bajando de forma consistente en las últimas décadas. Todas las mediciones que se derivan de las encuestas con alcance nacional (Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976; Encuesta Nacional Demográfica, END, 1982) señalan, invariablemente, este descenso. Los datos de la Enfes vienen a confirmar el mantenimiento de esta tendencia.

Este hecho no es trivial pues una de las preocupaciones de los estudiosos de la mortalidad infantil es evaluar la hipótesis, varias veces afirmada, de que el impacto de la crisis que ha caracterizado a la década de los ochenta se refleja en un quiebre de la tendencia a la baja de este indicador.

Sin embargo, el ritmo del descenso no es similar para todas las categorías de las variables con las cuales se calculan los diferencia-

---

muerte entre el primero y el segundo año de vida— creemos que en el balance tienen mayor peso las ventajas apuntadas.

b) se decidió tomar los nacimientos ocurridos entre 1976 y 1985. El límite superior se justifica por el hecho de que la encuesta fue realizada en 1987 y de esta manera todos los nacidos vivos tenían la probabilidad de haber muerto hasta el segundo año. La selección del límite inferior se debe al hecho conocido de que a medida que se retrocede en el tiempo aumentan los problemas de precisión en el registro adecuado de los fenómenos.

<sup>4</sup> Una descripción detallada de las características de los sectores sociales y de las estrategias para su construcción se encuentra en el primer capítulo del informe del proyecto Social Sector and Reproduction in Mexico, realizado por B. García y O. de Oliveira.

les. La consecuencia de esta evolución es una ampliación de la brecha entre sectores, lo que parecería estar indicando que, más allá de la tendencia global, hay un aumento de la inequidad reflejada en la mortalidad infantil.

Tomando los nacimientos registrados por la Enfes entre 1976 y 1985, la  $2q_0$  es de 64.3 por mil nacidos vivos mientras que en la Encuesta Nacional Demográfica era, para el año de 1972, de 72.6 por mil. Esto implica en ocho años un descenso relativo de 11.4%. Al analizar este indicador para las diferentes categorías de algunas variables, la distribución responde a lo que habitualmente se encuentra y que se puede resumir de la siguiente manera (cuadro 1):<sup>5</sup>

a) hay una relación curvilínea entre la edad de la madre al dar a luz y la  $2q_0$ ; la mortalidad es más alta en las edades extremas —menos de 20 y más de 34 años— y se reduce en el grupo de edad intermedia;

b) hay una relación lineal directa entre el orden de embarazo y la  $2q_0$ ; los embarazos de orden más elevado registran tasas de mortalidad infantil más altas que los de orden inferior;

c) hay una relación lineal inversa entre el intervalo intergenésico y la  $2q_0$ ; cuanto más tiempo media entre embarazos la mortalidad infantil es menor;

d) hay una relación lineal inversa entre el tamaño de la localidad de residencia y la  $2q_0$ ; la mortalidad infantil es mayor en las localidades de menos de 20 000 habitantes y menor en las áreas metropolitanas;

e) la  $2q_0$  es sensiblemente mayor en la categoría de baja educación (sin instrucción o primaria incompleta) al compararla con la de educación media y alta (primaria completa y más);

f) la  $2q_0$  en la categoría negativa del índice de servicios en la vivienda (insevi)<sup>6</sup> es casi el doble que la de las categorías media y alta agrupadas;

g) la mortalidad en el sector agrícola es mayor que la registra-

<sup>5</sup> Las variables seleccionadas para calcular los diferenciales de mortalidad infantil son las que habitualmente se utilizan en este tipo de análisis. La recurrencia de su uso deriva del hecho de que numerosos trabajos constatan que se trata de aquellas que, además de arrojar los diferenciales más significativos, tienen una relación de determinación en diferentes niveles del fenómeno (Mosley y Chen, 1984).

<sup>6</sup> El índice de servicios de la vivienda (insevi) fue elaborado con base en tres indicadores: disponibilidad de agua potable en la vivienda, disposición de excretas y electricidad. Cada uno de estos indicadores fue dicotomizado. En la categoría "bueno" del insevi se agruparon aquellas viviendas con por lo menos dos indicadores en su valor positivo.

**Cuadro 1**

Probabilidades de muerte entre el nacimiento y el segundo año de edad (2q0), por variables seleccionadas, México, 1976-1985

	<i>2q0</i>
Total nacional	64.3
Tamaño de la localidad	
Menos de 20 000 habitantes	82.6
20 000 y más habitantes	52.7
Áreas metropolitanas	35.3
Índice de servicios de la vivienda	
Bueno	88.3
Malo	44.4
Grupo social	
Agrícolas	86.2
No manuales	37.6
Manuales no asalariados	58.3
Manuales asalariados	65.0
Educación de la madre	
Sin instrucción o primaria incompleta	82.6
Con primaria completa y más	42.3
Edad de madre al dar a luz	
15-19	78.8
20-34	57.2
34-49	81.1
Orden de embarazo	
1	47.1
2-3	61.1
4-5	67.1
6 y más	83.5
Intervalo intergenésico	
1-12 meses	123.0
13-23 meses	80.9
24-47 meses	55.1
48 y más meses	41.8

Fuente: Enfes, 1987.

da por cualquiera de los sectores urbanos. Entre éstos, los “medios” tienen los niveles más bajos mientras que los “populares” en sus dos subdivisiones —no asalariados y asalariados— tienen tasas parecidas.

Si comparamos estos datos con los producidos por la END (Bronfman y Tuirán, 1984) vemos que la categoría positiva del *in-sevi* pasó del 59.9 al 44.4 por mil mientras que la negativa lo hizo del 92.8 al 88.3 por mil. En el primer caso se trata de un descenso relativo de 26% mientras que en el segundo sólo es de 5%. Como resultado de este descenso desigual la diferencia del 32.9 por mil que existía en 1972 pasó a ser de 43.9 por mil en 1980.

Algo semejante ocurre si analizamos la 2q0 según lugar de residencia. En las áreas rurales el descenso fue sólo de 1% —de 83.4 a 82.6 por mil—, mientras que en las urbanas fue de 21% como resultado de haber pasado de 58.0 a 45.9 por mil.

Al analizar la evolución por sector social llama la atención que entre los agrícolas hubo un incremento de la mortalidad infantil que de 73.8 por mil creció a 86.2 por mil, lo que significa un aumento de 17%. En todos los sectores sociales no agrícolas hubo descensos, pero de diferente intensidad. Mientras que los “medios” (no manuales) descendieron 18%, los manuales no asalariados lo hicieron en 12% y los manuales asalariados en sólo 5%. De esta manera, la diferencia entre los sectores extremos en términos de sus tasas de mortalidad infantil —agrícolas y no manuales— pasó de 27.9 por mil a 48.6 por mil.

Estos datos parecen confirmar lo que afirmábamos más arriba, en el sentido de que el descenso global de la mortalidad oculta un incremento de las diferencias. A la luz de este hallazgo tal vez convenga reformular la hipótesis respecto del impacto de la crisis, ya que ésta no se expresa en un cambio en la tendencia al descenso de la mortalidad infantil sino en un aumento de la desigualdad.

### Mortalidad infantil y sectores sociales

En la sociodemografía latinoamericana, y en particular en México, un tema privilegiado ha sido el esfuerzo por tratar de profundizar en la caracterización y la comprensión del efecto que las condiciones sociales tienen sobre la mortalidad. En este sentido la pertenencia a un grupo social —denotado con nombres diferentes como estrato, clase social, sector, etc.— ha recibido especial atención (Mier

y Terán y Rabell, 1982; Bronfman y Tuirán, 1984; Minujin *et al.*, 1984; Celade, 1987; Wood y Carvalho, 1988).

Diversas investigaciones apoyadas en variadas fuentes de información muestran, invariablemente, que los grupos sociales que concentran las mejores condiciones de vida tienen niveles inferiores de mortalidad infantil. El estilo con que fue tratada habitualmente esta relación fue el de manejar al grupo social como una variable explicativa en el mismo nivel que las otras que se utilizan para el análisis de diferenciales, aun cuando se le atribuye un mayor poder analítico y una mayor capacidad explicativa. Algunos planteos críticos cuestionan esta última afirmación y sostienen que el hecho de producir diferenciales más importantes se debe más a la decisión metodológica sobre cómo construir empíricamente las categorías y el nivel de detalle en los cortes de las variables (Sawyer, 1985).

La estrategia elegida en este trabajo consiste en tratar los sectores sociales como subpoblaciones.<sup>7</sup> La hipótesis central que subyace a este tratamiento sostiene que las características de la distribución de la mortalidad infantil en el nivel más agregado encontrará especificidades significativas en los diferentes sectores sociales. Para poner a prueba esta hipótesis presentamos a continuación tres líneas diferentes de tratamiento de la información.

En la primera se busca especificar la magnitud y dirección de los diferenciales de la mortalidad en las diferentes subpoblaciones; en la segunda, a través de tablas cruzadas, se quiere mostrar las formas típicas que asumen ciertas distribuciones y relaciones en cada sector social; por último, en la tercera, se intenta mostrar a través de una técnica de análisis multivariado cuáles son los modelos que dan cuenta de la mortalidad en cada subpoblación.

### *El análisis de los diferenciales*

Para ejemplificar esta línea de análisis se han tomado tres variables que se ubican en diferentes niveles de complejidad; edad de la

<sup>7</sup> Esta decisión está explicada por García y de Oliveira (véase nota 3) de la siguiente manera: "una tercera opción que elegimos los autores del presente trabajo es la consideración de los sectores sociales como subpoblaciones al interior de las cuales es posible esperar distintos efectos o interacciones de condicionantes como la escolaridad, zona de residencia y otros. Una estrategia análoga es la que se sigue en el estudio de Naciones Unidas sobre determinantes de la fecundidad en los países del programa Encuesta Mundial de Fecundidad. En este estudio se definen subuniversos de países de acuerdo a sus niveles de desarrollo (Naciones Unidas, 1987)".

madre al dar a luz; educación de la madre, e índice de servicios en la vivienda (cuadro 2). La elección de estas variables está lejos de ser una decisión tomada al azar. Se trata de las variables que habitualmente son utilizadas en los estudios de mortalidad infantil para el cálculo de los diferenciales (véase nota 4). La primera de ellas se ubica en un nivel biodemográfico; la segunda en uno socioindividual y la última en uno socioambiental.

Cuadro 2

Diferenciales de mortalidad en la población y en cuatro sectores sociales, para variables seleccionadas  
(en miles)

	<i>Población total</i>	<i>Agrícolas</i>	<i>No manuales</i>	<i>Manuales no asalariados</i>	<i>Manuales asalariados</i>
Edad al dar a luz	21-(—2)*	25-13*	7-17*	18-(—15)*	18-9*
Educación de la madre	40	45	12	14	23
Índice de servicios de la vivienda	44	30	36	43	31

\* La primera cifra se refiere a la diferencia entre las edades 15-19 y 20-34, y la segunda entre las edades 15-19 y 35-49.

La edad de la madre fue tricotomizada en las siguientes categorías: 15-19, 20-34 y 35-49 años. En el total se puede observar que las diferencias entre la primera y la segunda categorías y entre éstas y la tercera es de 21 y —2 por mil, respectivamente. Estas diferencias *se agudizan* en el sector agrícola (25 y 13 por mil), *disminuyen* levemente entre los manuales asalariados (18 y 9 por mil), *cambian el ordenamiento* de los diferenciales entre los manuales no asalariados (18 y —15 por mil) y *modifican la forma de la distribución* entre los no manuales (7 y 17 por mil).

La educación de la madre permite dividir las entre aquellas con baja instrucción (sin instrucción o primaria incompleta) y las instruidas (primaria completa y más). En el total la diferencia entre

ambas categorías es de 40 por mil pero al analizarla por sectores el peso de esta variable se modifica sustancialmente. En los tres sectores urbanos disminuye la magnitud de los diferenciales (12, 14 y 23 por mil) y entre los agrícolas aumenta (45 por mil), lo que especifica claramente el papel de la educación en los diferentes sectores sociales.

El índice de servicios en la vivienda también fue dicotomizado, y resultaron, separados aquéllos que tienen una mala disponibilidad de servicios (agua, excretas, luz) y los que tienen servicios regulares o buenos. En el total de la población la diferencia de mortalidad entre ambos grupos es de 44 por mil. Esta diferencia se reduce entre los agrícolas (30 por mil), los manuales asalariados (31 por mil) y los no manuales (36 por mil) y se mantiene casi estable entre los manuales no asalariados (43 por mil).

Este conjunto de datos permite verificar una vez más que los diferenciales que se observan para el conjunto de la población deben ser manejados con suma cautela y no derivar de ellos conclusiones que, por apresuradas, son erróneas. En este caso concreto, la variabilidad resultante de analizar el comportamiento de la mortalidad infantil en subgrupos significativos de la población es mucho más esclarecedora que su análisis agregado.

### *El análisis de las relaciones*

Al presentar los diferenciales señalamos que la mortalidad analizada según la edad de la madre al dar a luz seguía, en el conjunto de la población, la distribución tradicionalmente observada con forma de "U". Pudimos luego ver que esto no ocurría en todos los grupos sociales. El cuadro 3 nos muestra que al analizar la mortalidad según dicha variable pero especificando la disponibilidad de servicios en la vivienda para diferentes sectores sociales, esa distribución se modifica en cuatro de los ocho grupos así conformados (gráficas 1, 2 y 3).

Es interesante destacar el hecho de que, salvo para los "manuales no asalariados", cuando se dispone de buenos servicios en la vivienda la relación edad-mortalidad es lineal e inversa, disminuyendo esta última a medida que aumenta la primera. Entre los "agrícolas" la mortalidad del grupo de 35-49 años con buenos servicios es diez veces mayor que la de 15-19 años con buenos servicios. Para las mismas categorías la relación entre los "no manuales" es tres a una y entre los "manuales asalariados" llega casi a

Cuadro 3

Probabilidad de morir entre los 0 y 2 años, según la edad al dar a luz, índices de servicios de la vivienda y sector social de pertenencia

Edad	Grupo social							
	Agricultores		No manuales		Manuales no asalariados		Manuales asalariados	
	Buena	Mala	Buena	Mala	Buena	Mala	Buena	Mala
15-19	133	89	37	44	50	83	6.2	8.1
20-34	48	79	26	67	32	69	4.0	7.1
35-49	12	98	12	87	50	122	3.5	12.2

Fuente: Enfes, 1987.

dos a uno. Resulta obvio de la lectura del cuadro que mientras ciertos subgrupos presentan niveles de mortalidad típicos de países con bajas tasas, otros subgrupos tienen los niveles de los países con las más altas tasas de mortalidad.

### *Los modelos multivariados*

La tercera línea de análisis consistió en modelar la relación entre un conjunto de variables relevantes seleccionadas y la  $2q0$ . Para ello se utilizaron modelos de regresión múltiple. Los resultados que se presentan en el cuadro 4 confirman y precisan la hipótesis presentada en ese trabajo en el sentido que la mortalidad infantil es un fenómeno heterogéneo que no reconoce los mismos factores explicativos en todos los sectores sociales.

Esta precisión opera a través de dos mecanismos; por un lado, hay variables que están presentes dando cuenta de la mortalidad en algunos grupos y no en otros; por el otro, aún cuando estén las mismas variables, las categorías que determinan niveles diferentes de mortalidad no son las mismas. En nuestro caso se puede ver cómo los modelos de los diferentes sectores cambian en cuanto a su nivel de complejidad.

Entre los hallazgos más interesantes podemos señalar los siguientes:

a) la educación de la madre no tiene un peso significativo en todos los modelos, y es especialmente notable el hecho de que entre los "populares no asalariados" ningún incremento en el nivel educacional produce mejoras en la mortalidad infantil;<sup>8</sup>

b) el lugar de residencia sólo conserva una importancia significativa en la reducción de la mortalidad infantil entre los sectores medios y desaparece entre los otros sectores;

c) la disponibilidad de servicios en la vivienda parece ser una variable con alto poder explicativo ya que su categoría positiva resulta significativa en la disminución de la mortalidad infantil en todos los sectores sociales con excepción de los agrícolas;

d) la interacción entre la edad de la madre al dar a luz y el orden de nacimiento es la única variable que pesa significativamente en los cuatro modelos.

<sup>8</sup> Para una discusión muy sugerente sobre el papel de la educación en los procesos demográficos véase Figueroa, 1989.

Cuadro 4

Modelos de regresión lineal múltiple de la mortalidad infantil (2q0), para la población total y sectores sociales

Variable	Total		Agricultores		No manuales		Manuales no asalariados		Manuales asalariados	
	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta
edluz 20-34 <sup>a</sup> ordemb 1	-0.027	-0.037 <sup>b</sup>	-0.037	-0.032	-0.020	-0.045 <sup>a</sup>	-0.004	-0.005	-0.035	-0.047 <sup>b</sup>
edluz 20-34 <sup>a</sup> ordemb 2-3	-0.019	-0.036 <sup>b</sup>	-0.026	-0.038 <sup>a</sup>	-0.021	-0.056 <sup>a</sup>	-0.034	-0.066 <sup>a</sup>	-0.006	-0.011
edluz 20-34 <sup>a</sup> ordemb 4-5	-0.011	-0.018	-0.006	-0.010	-0.000	-0.000	-0.043	-0.078 <sup>b</sup>	-0.011	-0.019
edluz 35-49 <sup>a</sup> ordemb 1	-0.051	-0.008	-0.092	-0.006	-0.033	-0.009	-0.055	-0.010	-0.053	-0.007
edluz 35-49 <sup>a</sup> ordemb 2-3	0.002	0.008	-0.078	-0.017	-0.041	-0.025	0.072	0.023	-0.076	0.029
edluz 35-49 <sup>a</sup> ordemb 4-5	-0.037	-0.019 <sup>a</sup>	-0.007	-0.003	-0.040	-0.030	-0.065	-0.030	-0.043	-0.022
primaria incompleta	-0.020	-0.41 <sup>b</sup>	-0.016	-0.030	-0.063	-0.116 <sup>b</sup>	0.015	0.034	-0.028	-0.058 <sup>a</sup>
primaria completa	-0.029	-0.057 <sup>b</sup>	-0.043	-0.058 <sup>b</sup>	-0.044	-0.117 <sup>a</sup>	0.012	0.025	-0.034	-0.071 <sup>a</sup>
y sec. inc.	-0.032	-0.056 <sup>b</sup>	-0.047	-0.032	-0.044	-0.123 <sup>a</sup>	0.009	0.014	-0.042	-0.068 <sup>b</sup>
secundaria com. y más	-0.003	-0.006	-0.015	-0.015	-0.004	-0.012	0.002	0.005	-0.003	-0.006
Zona (20 000 y más)	-0.013	-0.022	-0.050	-0.019	-0.028	-0.072 <sup>b</sup>	0.006	0.012	-0.000	-0.001
áreas metropolitanas	-0.023	-0.050	-0.010	-0.014	-0.022	-0.041 <sup>a</sup>	-0.044	-0.096 <sup>b</sup>	-0.024	-0.049 <sup>b</sup>
Insevi										

<sup>a</sup> coeficiente significativo a  $p < 0.05$ .

<sup>b</sup> coeficiente significativo a  $p < 0.01$ .

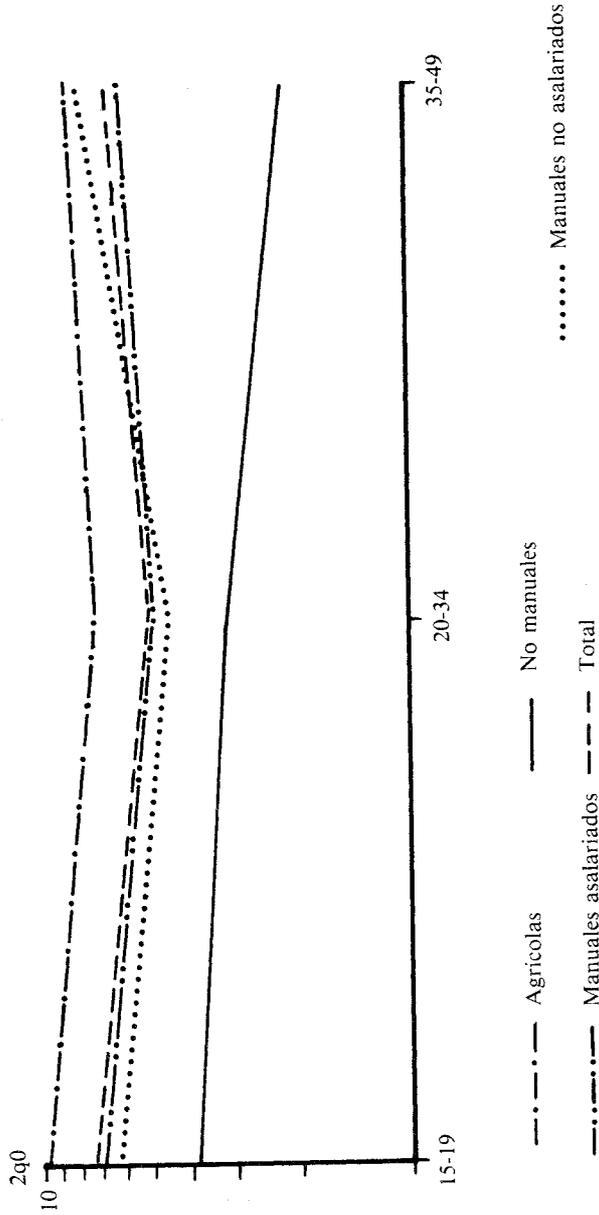
edluz = edad al dar a luz.

ordemb = orden de embarazo.

Insevi = índice de servicios de la vivienda.

Gráfica 1

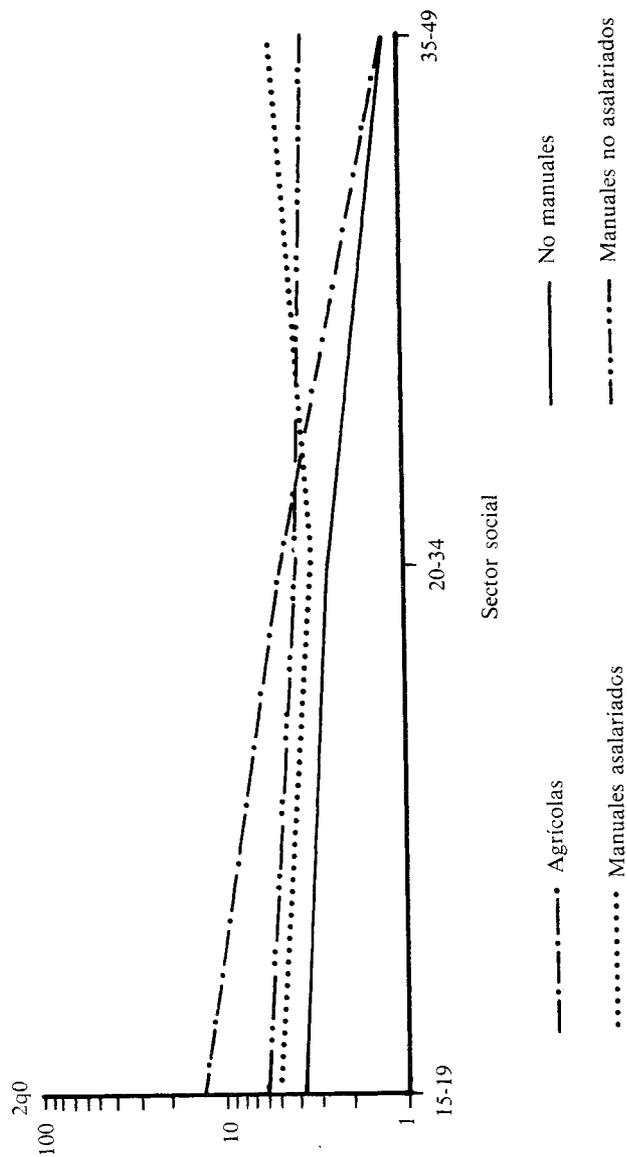
Probabilidades de morir entre 0 y 2 años (2q0), según edad al dar a luz y sector social de pertenencia



Fuente: Enfés, 1987.

**Gráfica 2**

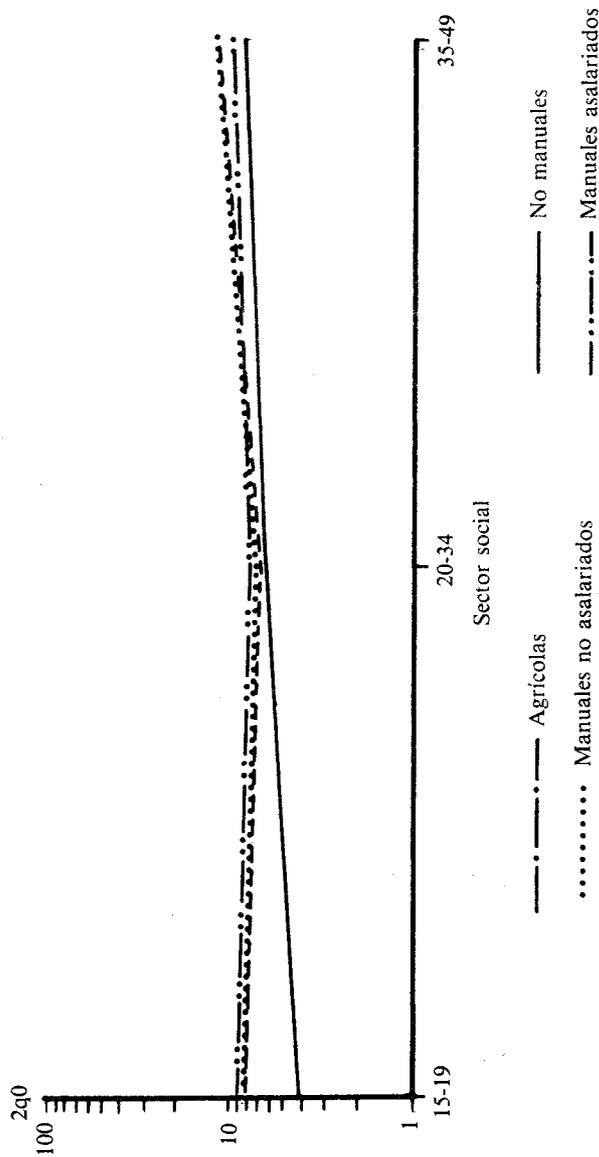
Probabilidades de morir entre 0 y 2 años (2q0), según edad al dar a luz, insevi bueno y sector social



Fuente: Enfes, 1987.

**Gráfica 3**

Probabilidades de morir entre 0 y 2 años (2q0), según edad al dar a luz, insevi malo y sector social



Fuente: Enfes, 1987.

### Conclusiones

Los datos presentados permiten extraer un conjunto de conclusiones que creemos conveniente destacar;

a) la tendencia al descenso de la mortalidad infantil se mantiene en la década de los ochenta aunque algunas predicciones preveían que el impacto de la crisis se expresaría en una modificación de esta tendencia;

b) el descenso de la mortalidad infantil no tiene el mismo ritmo ni la misma intensidad en diferentes sectores sociales, y es mayor en los grupos que ya tenían las mejores condiciones;

c) como consecuencia de lo anterior las tasas de mortalidad infantil expresan una agudización de la desigualdad;

d) de esta manera, México sigue mostrando la presencia simultánea de niveles muy desiguales de mortalidad infantil que al comparar entre algunos subgrupos resultan en una relación de diez a uno.

Los diferenciales en el conjunto de la población conservan las tendencias tradicionalmente observadas. Sin embargo, al analizarlas comparando los distintos sectores sociales resulta evidente que dichos diferenciales "promedian" realidades muy diferentes.

Se pueden extraer dos conclusiones adicionales de esta evidencia. La primera es que aún las tradicionales constantes biológicas no parecen ser ni tan constantes, ni tan biológicas o, dicho en otras palabras, aún las constantes biológicas reconocen un nivel de determinación social. La segunda es que esta realidad diferencial por sectores debe conducir a promover políticas diferenciales que permitan abatir la mortalidad en los grupos donde es sensiblemente más alta y favorecer de esa manera la equidad.

En términos de líneas futuras de investigación parecería que la estrategia de analizar lo que ocurre con la mortalidad infantil en los diferentes sectores sociales es un camino adecuado para dar cuenta de este tipo de fenómenos en sociedades caracterizadas por una profunda desigualdad.

### Bibliografía

- Bronfman, M. y R. Tuirán, 1984, "La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad infantil en la niñez", *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*, vol. 1:187-220.
- Celade, 1987, *Costa Rica: Los grupos Sociales de riesgo para la sobrevivencia infantil 1960-1984*, Celade, Ministerio de Salud, Universidad de Costa Rica, San José.

- Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF), 1979, México, SPP e Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM.
- Encuesta Nacional Demográfica (END), 1982, México, Consejo Nacional de Población (Conapo).
- Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (Enfes), 1987, México, Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud.
- Figueroa, J. 1989, "Reflexiones poco demográficas sobre un componente de la dinámica demográfica", mimeo.
- Mier y Terán, M. y C. Rabell, 1982, *La mortalidad intrauterina en México*, Cuaderno de Investigación Social 7, México, IISUNAM.
- Minujín, A. *et al.*, 1984, "Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad infantil", *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*, vol. 1.
- Mosley, W.H. y L. Chen, 1984, "An analytical framework for the study of child survival in developing countries", en *Population and Development Review*, vol. 10: 25-45.
- Naciones Unidas, 1987, *Fertility behaviour in the context of development. Evidence from the World Fertility Survey*, Population Studies, núm. 100, Nueva York.
- Sawyer, D. 1985, "Considerações sobre o estado das artes nas pesquisas de mortalidade", mimeo.
- Wood, C. y J.A.M. de Carvalho, 1988, *The demography of inequality in Brazil*, Cambridge University Press, Gran Bretaña.