

## Salud materno-infantil entre la población trabajadora en Tijuana: un estudio de caso\*

**Norma Ojeda\*\***

*Este trabajo describe el comportamiento diferencial de la salud materno-infantil entre mujeres de un grupo de trabajadores asalariados en la frontera de México con Estados Unidos, concretamente en la ciudad de Tijuana, Baja California. Se analiza el caso particular de las mujeres que son usuarias de los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, diferenciándolas según su participación como trabajadoras o no trabajadoras en el mercado formal del trabajo y la manualidad en el empleo de las que laboran en la industria y en el sector de los servicios y el comercio.*

*El estudio se realiza a partir de la información que presenta la encuesta Condiciones Sociales de las Mujeres y Salud Reproductiva en Tijuana, que forma parte de un proyecto de investigación que lleva el mismo nombre. Ésta es una encuesta post-partum aplicada al total de las mujeres (2 595) que fueron internadas por razones de embarazo en el hospital de gineco-obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tijuana, durante la primavera de 1993.*

### Introducción

El dinamismo económico de la frontera de México con Estados Unidos durante las últimas dos décadas ha traído consigo una alta concentración de la población en los grupos de edad propios para trabajar. Esto es como consecuencia principalmente de los numerosos flujos de migrantes que vienen desde distintos lugares del interior de México en busca de oportunidades de empleo en las ciudades fronterizas mexicanas, o bien que desean cruzar la frontera para internarse en el país vecino como trabajadores legales o bien de manera indocumentada.

Esta concentración de población impacta las estructuras por edad de ambos sexos; sin embargo, sus efectos sociodemográficos varían según se trate de la población femenina o masculina. En este caso interesa centrar nuestra atención en las mujeres quienes, además de representar poco más de la mitad de la población total fronteriza, son

\* Este estudio fue posible gracias al apoyo de la Fundación John D. and Catherine T. MacArthur.

Una versión modificada de este trabajo se presenta con el título "Maternal Health among Working Women: a Case Study in the Mexican-U.S. Border" de Norma Ojeda y Gudelia Rangel.

\*\* Departamento de Estudios de Género y de Familia, El Colegio de la Frontera Norte.

actores sociales fundamentales para entender las condiciones de reproducción demográfica y social de la región. Ellas, además de seguir cumpliendo con sus tradicionales papeles en la familia, desempeñan una importante función en la economía local, lo que se manifiesta en las cada vez más altas tasas de participación económica femenina dentro de los mercados laborales.

El trabajo de las mujeres en la frontera sigue concentrándose en el sector económico del comercio y los servicios por ser la fuente de empleo femenino más importante en algunas de las ciudades fronterizas como en el caso de Tijuana. En 1987 los servicios y el comercio ocupaban 70.8% de la población económicamente activa total (PEA) y 72.8% de la PEA femenina (Cruz, 1990).

Los cambios que han ocurrido en los mercados de trabajo de las ciudades fronterizas, sin embargo, han traído consigo una creciente demanda de mano de obra femenina en la industria. Por ejemplo, en Tijuana, Baja California, se ha dado una intensa contratación de trabajadoras especialmente en la industria maquiladora, de modo que en 1987 este sector de la economía ocupaba 26.2% de la PEA total y 25.3% de la PEA femenina (Cruz, 1990).

Los pronósticos para 1995 son una ocupación de 27.5% de la PEA total por parte del sector industrial y de 71.6% por el comercio y los servicios en Tijuana (Carrillo, 1991). El crecimiento de ambos sectores en la economía tijuana nos hace suponer que la proporción de la PEA femenina ocupada en la industria y los servicios seguirá aumentando.

Estos cambios en la economía y el fenómeno de la migración han impactado la estructura y dinámica demográfica de la población tijuana imprimiéndole algunas características que la diferencian del resto del país. En lo referente a las mujeres, éstas tienen un perfil sociodemográfico que refleja condiciones de vida peculiares respecto del promedio nacional. Algunas de estas características son resumidas en un estudio realizado anteriormente por esta misma autora (Ojeda, 1995) de la siguiente manera.

En la frontera hay una mayor proporción de mujeres en edades activas en comparación con el ámbito nacional. En el caso de Tijuana, esta característica se acentúa aún más al compararla con lo que sucede en el conjunto de los municipios fronterizos. Respecto de la educación y el trabajo, las mujeres de la frontera norte tienen también niveles de escolaridad y tasas de actividad laboral más altas que el promedio de las mexicanas; esta situación nuevamente es más mar-

cada entre las tijuanaenses que en el conjunto de las mujeres fronterizas. En esta ciudad las mujeres son en promedio todavía más escolarizadas y trabajan en una proporción más elevada.

La proporción de solteras mayores de 11 años de edad en la región fronteriza es similar a la que se da en el país. En cambio hay notables diferencias entre estos dos lugares en la estructura marital de las mujeres que alguna vez han estado casadas o unidas. En la frontera hay una proporción mayor de mujeres con uniones conyugales no legalizadas que en el país en su conjunto pero, al parecer, esto es todavía más marcado en Tijuana por tener el número relativo más alto de mujeres viviendo en uniones libres o consensuales. Asimismo, hay una proporción ligeramente más alta de divorciadas y separadas en la frontera que en el conjunto del país. Finalmente, a partir de la misma fuente de información se identificó un porcentaje más alto de madres solteras en la frontera y, particularmente en Tijuana, en comparación con el total nacional.

Estas características indican por un lado, mejores condiciones de escolaridad y de participación económica entre las tijuanaenses, pero por otro señalan condiciones de menor estabilidad conyugal y, por lo mismo, familiar en comparación con el promedio nacional.

La población femenina en Tijuana tiene también la característica de concentrarse de manera significativa en los grupos de edades no sólo productivas sino también reproductivas, principalmente entre los 15 y 34 años de edad. Las consecuencias demográficas y sociales que de esto se desprenden son varias y complejas, pero una de particular importancia es la que se refiere a la demanda de servicios médicos, especialmente los de salud reproductiva.

Aquí al igual que en otras partes de México, las instituciones públicas de salud son las que atienden las necesidades de servicio médico y hospitalario de la gran mayoría de las personas.<sup>1</sup> Como parte de un plan político administrativo de corte nacional sobre la prestación de servicios de salud a la población, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la institución que da atención a los asalariados del sector productivo privado y los familiares dependientes económicos de

<sup>1</sup> En el caso de Tijuana, la utilización de los servicios de la medicina privada definitivamente está fuera del alcance de las grandes mayorías, incluyendo a la población trabajadora con ingresos superiores al salario mínimo. Una de las tantas contradicciones en las condiciones sociales de vida en la frontera es el gran número de instituciones de salud privadas que están orientadas fundamentalmente al mercado de la población que vive en el país vecino y a grupos socioeconómicos locales muy ricos.

estos trabajadores. Esta población asalariada no forma parte de los grupos sociales más pobres del país lo que, sin embargo, no quiere decir que no tengan limitaciones económicas importantes, especialmente en el caso de las mujeres obreras en la industria y las trabajadoras manuales en el sector comercial y los servicios.

Tijuana es una de las ciudades mexicanas con más problemas de abastecimiento de servicios urbanos. Existen grandes rezagos en la pavimentación de sus calles, en la disponibilidad de servicios básicos, tales como dotación de agua en general y de agua potable en particular. La mayor parte de sus asentamientos urbanos no tienen drenaje; hay un déficit importante en la disponibilidad de viviendas y es común que éstas carezcan de servicio de agua corriente y sanitario en su interior.

Estas características en el hábitat de la población en Tijuana se traducen en condiciones sociales de vida que están lejos de ser las deseables para la mayoría de la población, a pesar del estado de bonanza que hasta hace muy poco tiempo se vivía en el nivel macro de la economía local. Esto se aplica no sólo a los grupos marginales de la población tijuanaense —que por supuesto son los más afectados—, sino incluso a la población asalariada que comúnmente está formada por migrantes de escasos recursos y que en una proporción importante se ven obligados a vivir en lugares que carecen de los servicios más elementales de urbanización. Al respecto es ilustrativo el estudio de Roberto Sánchez (1990) sobre las precarias condiciones de vida de las trabajadoras de la industria maquiladora, y el trabajo de Tona-tiuh Guillén (1990) sobre servicios públicos y marginalidad en la frontera, donde se resalta el problema de precariedad de la población migrante.

Por otra parte, la crisis económica generalizada y las políticas de ajuste económico de los años ochenta, además de ampliar la desigualdad social y económica entre la población mexicana en todo el país (Solidaridad, 1991), hizo que hubiera recortes importantes del presupuesto del sector salud. Esto ha frenando y, en algunos casos, deteriorado la cobertura y calidad de los sistemas de salud, particularmente aquellos que están en la provincia y en los lugares más remotos de la ciudad de México como en el caso de Tijuana.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Tijuana es la ciudad fronteriza del norte de México más lejana del Distrito Federal, lugar donde está la administración central de los servicios de salud en el país. Hay cerca de 1 500 millas de distancia entre estas dos ciudades.

Desafortunadamente, existe una brecha amplia entre el desarrollo social y el crecimiento económico en la región que se refleja en la presencia de importantes rezagos en la distribución de los beneficios sociales entre los distintos grupos sociales de la población tijuanaense. En este sentido, los servicios que otorga el sector salud no son la excepción. Existe una alta demanda de servicios de salud, principalmente de los que otorgan las instituciones públicas, las cuales se ven rebasadas en su capacidad instalada para dar un servicio de óptima calidad. Éste es el caso del IMSS en la atención a la salud de la población asalariada y, en particular, de la población femenina trabajadora.<sup>3</sup> Sólo para tener una idea al respecto, vale considerar que en 1992 cerca de 70% del total de los nacimientos atendidos en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el estado de Baja California ocurrieron en el IMSS (SNS, 1992).<sup>4</sup> Por otra parte, durante el trabajo de campo de la encuesta realizada para este estudio se pudo constatar la excesiva demanda hospitalaria en el área gineco-obstétrica del IMSS, ya que en menos de dos meses y medio se atendieron a 2 976 mujeres en un solo hospital (Ojeda, 1994).

Así, a la creciente población femenina en busca de servicios de salud reproductiva se le suman precarias condiciones sociales de vida y un servicio público de salud que, por diversas razones, se está viendo rebasado en su capacidad para ofrecer condiciones óptimas de atención a la población en la región. Éstos son aspectos que necesitan ser tomados en cuenta para una apreciación realista de las condiciones en que se desarrolla la reproducción de la población trabajadora y, por lo mismo, las condiciones de atención a la salud reproductiva de sus mujeres en esta parte del país.

Con el propósito de aproximarnos al conocimiento de esta problemática, se llevó a cabo una encuesta como parte de un proyecto de investigación más amplio sobre las condiciones sociales de las mujeres y la salud reproductiva en Tijuana.<sup>5</sup> En esta encuesta se entrevista-

<sup>3</sup> Son varios los factores que contribuyen a esta situación. Además de los relacionados con los efectos propios de la crisis económica que ha vivido todo el país y de sus manifestaciones locales, hay otros que se derivan de la política centralista del gobierno de México, que impiden agilizar y mejorar la oferta local de los servicios médicos, así como otros que se asocian a la inercia misma del alto crecimiento demográfico en la región.

<sup>4</sup> El Sistema Nacional de Salud está compuesto por todas las instituciones públicas de salud que operan en el país.

<sup>5</sup> Encuesta Sobre Condiciones Sociales de las Mujeres y Salud Reproductiva en Tijuana, B.C.; Proyecto de investigación "Condiciones sociales y salud reproductiva en Tijuana, B.C.", Norma Ojeda (investigadora responsable), Departamento de Estudios de Población, El Colegio de la Frontera Norte.

ron a todas las mujeres que ingresaron al hospital de gineco-obstetricia del IMSS en Tijuana entre el 24 de marzo y el 30 de mayo de 1993, para analizar las condiciones de salud materno-infantil de las mujeres que pertenecen al grupo de los trabajadores afiliados al IMSS. Este trabajo presenta algunos de los resultados obtenidos en la encuesta.

### **Algunas características del estudio**

Como ya se mencionó, el IMSS es una institución pública de salud que opera en todo el país y da atención médica general y hospitalaria a la clase de los asalariados de la iniciativa privada. A esta institución de salud están afiliados tanto los trabajadores como los familiares de éstos que dependen económicamente de su salario. De modo que la población a la que hace referencia este estudio está compuesta por las esposas, hijas y madres de los trabajadores varones, así como por las trabajadoras y las madres e hijas de dichas trabajadoras que por razones de salud ingresaron al hospital para recibir atención médica gineco-obstétrica durante el periodo señalado.

Por la manera en que se levantó la información se trata de un registro continuo que combina, por una parte, datos demográficos, sociales y de salud reproductiva obtenidos mediante una entrevista con la paciente a partir de un cuestionario estandarizado y, por otra, un extracto de la información que, de manera sistemática, se obtiene por medio del registro hospitalario. De este modo se obtuvieron un total de 2 796 entrevistas con mujeres que acudieron al hospital por cualesquiera de las siguientes razones: parto, aborto, amenaza de parto prematuro, amenaza de aborto, infecciones o complicaciones relacionadas con el embarazo, cirugía obstétrica, esterilización e infecciones no relacionadas con el embarazo. Un total de 2 596 mujeres acudieron al hospital por razones relacionadas con un embarazo.

Para el desarrollo de este estudio, se utiliza la información correspondiente al total de las 2 596 mujeres que fueron hospitalizadas por causas relacionadas con un embarazo. Éstas constituyen el total del universo que el IMSS atendió en Tijuana por estas razones durante el periodo en observación. Así, la selección de la población por estudiar se hizo únicamente bajo el criterio de que la mujer debió haber sido hospitalizada a causa de un embarazo que había llegado a término, o bien, de que presentaba alguna complicación durante su evolución o a lo largo del puerperio.

Se analiza la salud materno-infantil de estas mujeres que forman parte de la población trabajadora que está afiliada al IMSS en Tijuana.<sup>6</sup> El estudio consiste en un análisis diferencial, por un lado, de la morbilidad sentida por la mujer durante el embarazo y, por el otro, del resultado final del embarazo (nacimiento vivo, nacimiento muerto, pérdida o aborto), así como del bajo peso al nacer de los nacidos vivos, según la participación económica de las mujeres en el mercado formal del trabajo y conforme la manualidad en el empleo entre las trabajadoras de la industria y las del sector de los servicios y el comercio.

A partir de la respuesta a la pregunta “¿a qué se dedica usted regularmente?”, se diferenció a las mujeres en “trabajadoras” y “amas de casa”, siendo estas últimas las que declararon dedicarse únicamente a las tareas del hogar. La población de mujeres trabajadoras, a su vez, fue dividida según la rama de actividad en la que declararon estar empleadas definiendo los grupos de: “trabajadoras en la industria” y “trabajadoras en el sector servicios y el comercio”.<sup>7</sup>

Finalmente, se consideró conveniente para los fines del análisis diferenciar a las trabajadoras según su manualidad en el empleo dentro de cada una de las ramas de actividad económica consideradas. El grupo de las “trabajadoras manuales” lo forman las trabajadoras vinculadas directamente con la producción o la prestación de servicios tales como las obreras, técnicas, conductoras, afanadoras, meseras, mucamas, etc. Por su parte el grupo de las “trabajadoras no manuales” comprende aquellas vinculadas indirectamente a la producción o prestación de servicios y el comercio, tales como profesionistas, gerentes, maestras, supervisoras de línea, oficinistas, empleadas administrativas, comerciantes y vendedoras ambulantes, etcétera.<sup>8</sup>

En lo general se considera que el trabajo en sí mismo no constituye un factor de riesgo para la salud materna; sin embargo, sí lo pueden ser las condiciones en que se lleva a cabo la actividad laboral de las mujeres. Al respecto es importante distinguir las actividades ma-

<sup>6</sup> Importa señalar que en su gran mayoría se trata de mujeres trabajadoras o bien de las esposas o compañeras de los trabajadores varones afiliados al IMSS.

<sup>7</sup> No se consideró a las mujeres trabajadoras del sector agrícola debido a su insignificante proporción en la población trabajadora total.

<sup>8</sup> Importa señalar la proporción de algunos de estos tipos de trabajadoras en la formación de los grupos. Resaltan por su gran peso, las obreras que representan 51.3% del total de la población femenina trabajadora entrevistada, mientras que en el extremo opuesto están las profesionistas y las trabajadoras ambulantes con 0.8 y 0.9% de casos, respectivamente, y las conductoras con sólo 0.2 por ciento.

nuales de las no manuales que, dependiendo del sector productivo en que se desarrollen, pueden significar esfuerzo y posturas inconvenientes para la salud de la mujer, sobre todo durante las etapas más avanzadas del embarazo.

Sería de esperarse que las mujeres que desarrollan actividades laborales manuales tiendan a presentar más problemas de salud materno-infantil, especialmente en el caso de las que trabajan en el sector industrial. Por lo regular, este sector productivo impone sobre la trabajadora posturas y rutinas de trabajo que pueden ser extenuantes en condiciones normales y peor aún durante el embarazo.

En lo que respecta a los indicadores de salud seleccionados para realizar el análisis, importa mencionar que se refieren a dos distintas pero complementarias unidades de análisis en el fenómeno de la salud materno-infantil: la mujer y el producto del embarazo.

Las características del levantamiento de la información permitieron, por un lado, obtener datos sobre la salud de la madre durante el curso del embarazo y así calcular el número de casos que presentaron algunos de los padecimientos considerados por los expertos como graves durante el mismo, como son los sangrados, temblores y convulsiones, dolor abdominal intenso, fiebre por más de tres días, etc; y otros menos graves —dependiendo de su temporalidad y severidad— como son la anemia, el vómito fuerte, hinchazón de cara, manos, piernas y pies, etc. Este conjunto de indicadores nos permite aproximarnos al conocimiento de algunas de las dificultades de salud sufridas por la mujer más allá del resultado mismo del embarazo. Por otra parte, se pudo contar con información acerca de la condición de sobrevivencia del producto y generar dos distintos pero complementarios indicadores al respecto, utilizando la valiosa información del registro hospitalario. Así, pudo calcularse el número de casos distintos a un nacido vivo; o sea la frecuencia de mujeres que tuvieron un nacido muerto, una pérdida o aborto en los distintos subgrupos de población femenina, así como muy importantemente la frecuencia de recién nacidos vivos que tuvieron bajo peso al nacer. Ambos tipos de indicadores permiten evaluar el éxito del embarazo en aspectos contundentes de su resultado. El indicador de bajo peso al nacer además tiene la ventaja de referirnos al número de casos de recién nacidos que por su bajo peso pueden presentar problemas de sobrevivencia en las primeras semanas de vida y de desarrollo posterior del de la niño (a).

Finalmente, importa mencionar que los resultados que aquí se presentan contribuyen a señalar un aspecto importante en torno de

la salud materno-infantil de las trabajadoras, mismo que rebasa al caso particular de Tijuana. Éste consiste en la necesidad de incluir a la manualidad en el empleo junto con la rama de la actividad económica en la determinación y el análisis de los riesgos de la salud materno-infantil que se desprenden del trabajo de la mujer.

No obstante, cabe advertir que por ser éste un estudio exploratorio sobre los diferenciales de la salud materno-infantil los resultados que se desprenden del mismo deberán ser puestos a prueba en un estudio posterior más detallado en el que se controlen los múltiples efectos intervinientes que se derivan de las características sociales y demográficas de las mujeres incluidas en el estudio.

#### **Antecedentes del tema de estudio**

Durante el periodo de gestación de la mujer ocurren una serie de cambios fisiológicos que conducen a una modificación de las funciones normales de ciertos órganos y sistemas corporales. El progresivo aumento del tamaño del útero grávido, los cambios hormonales y el aumento en las demandas metabólicas destinadas al desarrollo del producto pueden desencadenar procesos patológicos de carácter tanto infeccioso, como no infeccioso; y complicaciones en enfermedades preexistentes. Dichos procesos se van a reflejar como padecimientos específicos a lo largo del embarazo.

Sin embargo, como bien lo plantea Ana Langer (1993: 222), en su cita referente a Hartman y otros autores,

el embarazo, parto y puerperio en sí mismos no deberían ocasionar problemas de salud a las mujeres; pero cuando suceden en un ambiente desfavorable, como son las condiciones de vida precarias, la falta de conocimientos sobre la reproducción, patrones culturales que obstaculizan la atención temprana, la falta de recursos económicos, la desnutrición materna, la mala calidad y la falta de disponibilidad y acceso a los servicios de salud, la reproducción se convierte en un evento de alto riesgo para las mujeres.

Sociológicamente, la maternidad y por lo mismo el embarazo son valorados de manera distinta y tienen diferentes significados entre mujeres de distintos grupos sociales aun dentro de un mismo país. A esto contribuyen muchos factores, entre los que están las diferencias en los niveles educativos de las mujeres y sus parejas, sus condiciones

económicas, sus valores sociales, el contexto cultural en que se desarrollan, los proyectos de vida laboral y en otras esferas, de las mujeres y sus parejas, etc. Al respecto, es ilustrativo el estudio realizado por Brígida García y Orlandina de Oliveira (1991) en torno de vivencias acerca de la maternidad y el trabajo en México.

No obstante todas estas diferencias, en caso de embarazo la mayoría de las mujeres desearían tener un embarazo sano y por lo mismo libre de morbilidades que las puedan dejar afectadas de por vida o incluso causarles la muerte. En la mayor parte de los casos, esto último sucede asociado a situaciones que están más allá de la voluntad deliberada de las mujeres y que, en cambio, obedecen a problemas económicos, sociales, psicológicos o simplemente a ignorancia, los cuales ponen en condiciones de riesgo su salud reproductiva.

De acuerdo también con Ana Langer (1993: 22), citando a Leslie y Gutiérrez, "La salud reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social durante el proceso de reproducción. Este bienestar responde a las condiciones económicas [...], las condiciones de vida de la mujeres, a su estatus en la sociedad y a factores demográficos".

En última instancia son los factores macrosociales los que principalmente deben ser identificados como los determinantes de las condiciones diferenciales en la salud reproductiva de las mujeres en cualquier sociedad. En este sentido, un factor que cobra cada vez mayor importancia son las condiciones laborales en que se desarrolla el trabajo remunerado femenino.

Este factor que pareciera obvio, sin embargo presenta ciertas dificultades analíticas en cuanto a su carácter como factor predictivo de la salud reproductiva. Al respecto, Córdova *et al.* (1989: 228) plantea muy atinadamente las dificultades de identificar un sentido unilateral en la relación entre el trabajo de la mujer y la salud de ésta. Según esta autora,

en la entrada de la mujer al mundo laboral hay elementos potencialmente favorables a la salud, como podrían ser la obtención de un ingreso que amplía el acceso al consumo, la incorporación a ciertas prestaciones, la convivencia con los compañeros de trabajo; pero también elementos potencialmente nocivos como la exposición a numerosos riesgos físicos, químicos, biológicos y psicosociales derivados de la actividad laboral, así como la sobrecarga que puede representar el desarrollo simultáneo de las labores domésticas, entre otros. Pero no es fácil identificar hasta dónde el saldo de esta combinatoria redunde en beneficio o en detrimento de los niveles de salud de las mujeres que en ellos se insertan.

También Sylvia Guendelman (1993) reconoce la dificultad de identificar una sola dimensión —negativa o positiva— en la relación trabajo femenino y salud en general. Esta autora incluso encuentra más factores positivos de los efectos del trabajo femenino sobre la salud general de las trabajadoras en un estudio empírico aplicado a mujeres ocupadas en la industria maquiladora en Tijuana.

La revisión de la literatura sobre el tema, sin embargo, permite ver que hay evidencias empíricas sobre daños a la salud materno-infantil entre grupos seleccionados de la población femenina trabajadora, como es el caso de las asalariadas de la industria maquiladora. Sobre el particular, son ilustrativos los hallazgos de la investigación de Catalina Denman (1990a, 1990b) sobre nacimientos de bajo peso entre las trabajadoras de la maquila en Nogales, Sonora. Esta misma autora también nos señala la presencia de esquemas sociales distintos entre obreras de la maquila y trabajadoras de los servicios en relación con la probabilidad de nacimientos de bajo peso.

La necesidad de conocer y entender la variedad de factores que actúan en contra de la salud reproductiva de las mujeres trabajadoras ha llevado a los investigadores a plantear la necesidad de incluir en el análisis otro tipo de aspectos, además de los estrictamente relacionados con la actividad laboral de la mujer. Entre éstos están los que se refieren a las condiciones sociales de vida, familiares y personales de las trabajadoras (Lara, 1993); los relacionados con los problemas del medio ambiente y sus implicaciones sobre la salud materno-infantil (Garza, 1993). Otro tipo de factores se refiere a la percepción equivocada de la sintomatología común durante el embarazo (Salinas, 1991).

Es innegable la conveniencia de examinar el peso de todos y cada uno de éstos y otros factores en la determinación de los riesgos de la salud reproductiva. Sin embargo, también es indispensable tener un conocimiento empírico más amplio sobre el comportamiento diferencial de la salud reproductiva entre mujeres de distintos grupos sociales y en contextos regionales particulares. Es precisamente con esta intención que se desarrolla el presente trabajo. Se busca contribuir modestamente al conocimiento de la variedad de situaciones que prevalecen al respecto entre las mujeres que trabajan y las que no trabajan y que, por su posición en el empleo o bien la posición en el empleo de sus maridos o compañeros respectivamente, pertenecen al sector social asalariado en la ciudad fronteriza de Tijuana.

## Características de las mujeres en el estudio

### *Perfil sociodemográfico*

Se trata de mujeres cuyas características demográficas están directamente relacionadas con el objeto de estudio (la salud materno-infantil) y que, por lo mismo, las hacen no ser comparables con el total de la población femenina tijuanaense. La población sujeta a estudio es una población femenina que es altamente selectiva (para propósitos analíticos) por razones tanto sociales como demográficas, entre las que destacan tener los siguientes atributos: ser mujeres fértiles concentradas en las edades reproductivas más activas y ser trabajadoras en casi la mitad de los casos. A estas características se le suman otras por ser frecuentemente migrantes, tener un orden de paridad bajo y una peculiar estructura marital. Esto es además de tratarse de mujeres que en su inmensa mayoría cuentan con seguridad médica por ser derechohabientes del IMSS.<sup>9</sup>

Esta selectividad se refleja en la información que se presenta en el cuadro 1 indicando que cerca de 80% de las mujeres tenía entre 15 y 29 años de edad al momento de ser entrevistadas. La estructura por edad de las amas de casa es muy similar a la del conjunto de las trabajadoras, aunque entre estas últimas hay una mayor proporción de mujeres menores de los 20 años de edad trabajando en actividades manuales.

En relación con la estructura marital, anteriormente se mencionó que Tijuana tiene un número relativo más alto de mujeres viviendo en uniones libres en comparación no sólo con el total nacional sino también respecto del conjunto de la región fronteriza. En el mismo cuadro 1 podemos ver que este tipo de arreglo conyugal también se presenta de manera frecuente entre las mujeres sujetas a estudio, ya que se da en más de la tercera parte de ellas en todos los subgrupos, pero principalmente entre las trabajadoras manuales, con 47% de casos. Asimismo, llama la atención el número de trabajadoras que no tienen pareja por ser divorciadas, separadas y solteras, lo que indica condiciones de menor estabilidad conyugal en el desarrollo del embarazo de un número importante de trabajadoras, principalmente entre las que tienen ocupaciones manuales.

<sup>9</sup> No todas las pacientes entrevistadas eran derechohabientes del IMSS. Una pequeña proporción de ellas fueron hospitalizadas ahí, no obstante que tenían derecho a otro tipo de servicio médico público —como el ISSSTE—; o bien que, careciendo de seguridad médica, utilizaron los servicios del IMSS por razones de emergencia y/o por preferencia pagando el servicio como en cualquier otro hospital.

## CUADRO 1

**mss-Tijuana: Características sociales y demográficas de mujeres embarazadas de 15 a 49 años de edad y de sus hogares, según su condición laboral y manualidad en el empleo**

Características	Trabajadoras			Amas de casa (1 410)
	Manuales (707)	No manuales (479)	Total (1 186)	
Edad				
15-19	20.0	12.3	16.8	19.3
20-24	37.8	39.0	38.1	37.5
25-29	23.6	27.6	25.5	24.2
30-34	10.3	12.5	11.1	11.6
35-39	5.5	6.7	6.0	4.0
40-49	2.8	1.9	2.5	3.4
Estado civil				
Unidas	47.0	32.2	41.0	34.8
Casadas	39.0	55.3	45.6	63.8
Sin pareja	14.0	12.5	13.4	1.4
Educación				
0-5	16.7	6.1	12.6	17.7
6-8	71.4	52.5	63.4	69.4
9 y +	11.9	41.4	23.8	12.9
Lugar de nacimiento				
* Baja California o Estados Unidos	17.9	25.5	20.9	25.6
* Otro lugar de México o país	82.1	74.5	79.1	74.4
Ocupación cónyuge				
Manual	83.3	58.6	73.3	74.2
No manual	16.7	41.4	26.7	25.8
Principal contribuidor económico del hogar				
Cónyuge	33.9	28.0	31.7	96.4
Ella pareja	61.8	69.1	64.5	1.5
Otro	4.3	2.9	3.8	2.1

Fuente: Encuesta Condición Social de la Mujer y Salud Reproductiva en Tijuana, B.C., Instituto Mexicano del Seguro Social/El Colegio de la Frontera Norte, primavera 1993.

Respecto de la educación, también se señaló anteriormente que Tijuana tiene una población fronteriza más escolarizada en números relativos que el nivel nacional y que la propia región fronteriza del norte del país. En este contexto, la población femenina sometida a estudio presenta niveles de escolaridad aún más elevados, ya que está

compuesta en una gran proporción de trabajadoras de la industria y del sector de los servicios y el comercio en la ciudad. Así, como era de esperarse, las trabajadoras tienen mayor escolaridad que las amas de casa. También es claro que entre las trabajadoras, las ocupadas en actividades no manuales son las más instruidas por presentar una proporción tres veces mayor de mujeres con más de ocho años de escolaridad que las trabajadoras manuales (véase el cuadro 1).

La presencia de migrantes en Tijuana se refleja de manera obvia en el origen predominantemente no fronterizo de las mujeres entrevistadas, pero sobre todo entre las que trabajan en actividades manuales. En ninguno de los grupos las mujeres nacidas en Baja California o en Estados Unidos rebasan el 25 por ciento.

Por otra parte, se obtuvo información sobre las condiciones económicas de sus hogares mediante la pregunta sobre la ocupación del cónyuge —en los casos aplicables— y sobre quién o quiénes son los principales contribuidores a la economía del hogar. De manera sorprendente se encontró una gran homogeneidad en la ocupación de los cónyuges de las amas de casa y de las trabajadoras en su conjunto, ya que como podemos ver en el cuadro 1 casi tres cuartas partes de los cónyuges de ambos grupos de mujeres tienen ocupaciones manuales. En cambio, sí hay una diferencia al respecto entre las trabajadoras manuales y las no manuales, ya que entre estas últimas el porcentaje de mujeres casadas o unidas con hombres en ocupaciones no manuales es tres veces más alto.

Finalmente, interesa resaltar la importancia de la participación de las trabajadoras en la jefatura económica de sus hogares. El 65% de las mujeres dijeron ser ellas solas o bien ellas junto con su pareja, las principales contribuidoras a la economía familiar, lo cual es un poco más marcado entre las mujeres con ocupaciones no manuales.

### **Ciclo conyugal, fecundidad y antecedentes de salud reproductiva al embarazo actual**

En correspondencia con su joven estructura por edad, la mayoría de las mujeres entrevistadas se encontraban en etapas iniciales de su ciclo conyugal. De acuerdo con la información del cuadro 2, más de 60% de las mujeres en todos los grupos declaró tener menos de seis años de haber iniciado su vida en pareja, independientemente del tipo de arreglos conyugales, aunque son las trabajadoras quienes comparativamente tienen las uniones más jóvenes.

**CUADRO 2**  
**IMSS-Tijuana: Ciclo conyugal, fecundidad y características del embarazo**  
**actual de mujeres de 15 a 49 años de edad, según su**  
**condición laboral y manualidad en el empleo**

<i>Características</i>	<i>Trabajadoras</i>			<i>Amas de casa</i>
	<i>Manuales</i>	<i>No manuales</i>	<i>Total</i>	
Ciclo conyugal				
0-2	43.2	48.3	45.2	40.6
3-5	18.4	17.0	17.9	25.8
6 y +	38.4	34.7	36.9	33.6
Hijos nacidos vivos <sup>1</sup>				
0-1	51.1	61.6	55.3	34.1
2-3	35.1	31.1	33.4	50.0
4 y +	13.8	7.3	11.3	15.9
Con alguna pérdida, aborto o mortinato <sup>2</sup>	27.0	23.6	25.7	23.5
Orden del embarazo actual <sup>3</sup>				
Primero	40.6	50.5	44.4	26.1
Segundo y tercero	39.9	37.2	38.7	50.6
Cuarto o mayor	19.5	12.3	16.9	23.3
Último intervalo intergenésico				
menos de 17	7.7	5.2	6.7	13.8
17-27 meses	6.7	6.6	6.7	13.8
28 y +	85.6	88.2	86.6	72.4
Atención prenatal al séptimo mes de embarazo				
0-3 veces	8.1	4.3	6.8	18.8
4-5	33.3	31.4	32.5	38.4
6 y más veces	58.6	64.3	60.7	42.8

<sup>1</sup> Se refiere al número total de hijos nacidos vivos incluyendo el actual.

<sup>2</sup> Se refiere al haber tenido en toda su vida al menos un aborto, y pérdida o hijo nacido muerto, incluyendo el actual en caso de ser aplicable.

<sup>3</sup> Se refiere al intervalo cerrado por el evento actual que puede ser un hijo nacido vivo, mortinato o aborto y el nacimiento del último hijo nacido vivo anterior al evento actual.

Fuente: Encuesta Condición Social de la Mujer y Salud Reproductiva en Tijuana, B.C., Instituto Mexicano del Seguro Social/El Colegio de la Frontera Norte, primavera 1993.

En correspondencia con lo anterior, más de 80% de las mujeres en todos los grupos tienen un máximo de tres hijos nacidos vivos, aunque dentro de este rango se observan algunas variaciones interesantes en relación con la fecundidad de las amas de casa y la de las

trabajadoras, ya que mientras la mitad de las amas de casa tenía entre dos y tres hijos al momento de ser entrevistadas, 55% de las trabajadoras tiene como máximo un hijo, caso en el que sobresalen las ocupadas en actividades no manuales.

La menor fecundidad de las mujeres que trabajan a cambio de un salario está ampliamente documentada en la literatura para varios países tanto desarrollados como en vías de desarrollo; lo mismo que la menor fecundidad de mujeres con mayor escolaridad. Por este motivo no es de sorprender que sean las trabajadoras no manuales las que, al momento de la entrevista, tuvieron un número menor de hijos a pesar de tener una estructura por edad muy similar a la de las trabajadoras manuales. En el mismo cuadro 2 se presentan los resultados sobre la proporción de mujeres con al menos un embarazo terminado en pérdida, aborto o mortinato —hijo nacido muerto—, el orden del embarazo actual y el tamaño del último intervalo intergenésico cerrado.

Respecto del primer aspecto, llama la atención que alrededor de la cuarta parte de las mujeres en todos los grupos había tenido al menos una pérdida, aborto o mortinato en lo que hasta el momento de la entrevista habían vivido de su periodo reproductivo. Al hacer la comparación entre las amas de casa y el total de trabajadoras, podemos ver que es poca la diferencia que hay entre estos dos grupos en cuanto a la proporción de mujeres que se han visto en esta situación, a pesar de sus mayores diferencias en cuanto al número de hijos nacidos vivos. De modo que las amas de casa no sólo han tenido más hijos, sino que también han experimentado pérdidas por aborto o mortinatos casi en la misma proporción que el conjunto de las trabajadoras.

Por otra parte, podemos observar que las trabajadoras manuales presentan las cifras más elevadas de pérdidas, abortos o mortinatos, con un nivel de 27%, no obstante tener una estructura por edad ligeramente más joven que las ocupadas en actividades no manuales.

Respecto del orden del embarazo actual —nuestro objeto de estudio de aquí en adelante—, en el mismo cuadro 2 podemos observar que, en comparación con lo anterior, el embarazo actual es el primero en la historia reproductiva de un número mayor de trabajadoras que de amas de casa. 44% de las trabajadoras son primigestas en comparación con 26% de las amas de casa. Entre las trabajadoras, éste es el primer embarazo para cerca de 10% más de asalariadas no manuales que entre las manuales.

Otra característica por considerar se refiere al tamaño del último intervalo intergenésico. Uno de los factores más señalados en la lite-

ratura sobre los riesgos de la salud materno-infantil es el tamaño de los intervalos entre embarazos. Como una aproximación, en este estudio se parte de considerar el intervalo cerrado entre el nacimiento del último hijo nacido vivo y el evento actual, que puede haber sido un hijo nacido vivo, mortinato o bien un aborto.

La información respectiva que se presenta en el cuadro 2 indica para el grupo de las amas de casa una proporción elevada de intervalos muy cortos, menores de 17 meses, con aproximadamente 14% de casos. En ventaja comparativa, el grupo de las trabajadoras presentan sólo la mitad de casos y por lo mismo en menores condiciones de alto riesgo por esta causa.

Tomando en cuenta intervalos ya no tan cortos pero aún en condiciones de riesgo, o sea menores de 28 meses, observamos que el número de casos en riesgo se duplica en todos los grupos, hecho en el que destacan nuevamente las amas de casa con casi 27% de los casos, mientras que entre las trabajadoras son las asalariadas manuales quienes presentan la mayor frecuencia de casos con 14%. Nótese que esta última cifra es la mitad de la respectiva para las amas de casa.

La última característica por considerar se refiere a la atención médica prenatal recibida. Al respecto se contabilizan las visitas que hicieron las mujeres, que cumplieron al menos siete meses de embarazo, al servicio médico de control prenatal. Con base en este indicador, podemos ver en el cuadro 2 que nuevamente son las amas de casa las que presentan las condiciones de mayor riesgo por falta de atención prenatal, ya que 19% de ellas acudieron menos de cuatro veces a control.<sup>10</sup>

En términos comparativos la frecuencia de atención prenatal entre las trabajadoras es más alta que la de las amas de casa, pero no suficiente. La recomendación médica es acudir a control médico por lo menos una vez por mes durante el embarazo. Por tratarse de mujeres que en su inmensa mayoría tenían acceso al servicio médico del IMSS, al ser derechohabientes, esperaríamos que esta población pudiera haber cumplido muy de cerca con tal recomendación médica. Esto, sin embargo, estuvo muy lejos de ocurrir aun entre las trabajadoras, ya que cerca de 40% de ellas acudió como máximo cinco veces a control prenatal.<sup>11</sup>

<sup>10</sup> El servicio médico de control prenatal pudieron haberlo recibido en cualquiera de las clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, o bien, en cualquier otro servicio médico en Tijuana u otro lugar.

<sup>11</sup> Sólo 1.8% de las mujeres no estaban afiliadas al IMSS al momento de ser entrevistadas.

*Primera conclusión*

En resumen, es importante resaltar las siguientes características del perfil sociodemográfico y los antecedentes del embarazo actual del promedio de las mujeres en cada uno de los grupos considerados:

En comparación con el grupo de las trabajadoras, se observó que las amas de casa tienen una fecundidad acumulada más elevada hasta el momento de ser entrevistadas y, por consiguiente, presentan un número menor de primigestas al ingresar al hospital. Tienen una proporción similar de pérdidas, por abortos o mortinatos; presentan en mayor proporción casos de intervalos intergenésicos cortos y acudieron en menor número a recibir atención médica prenatal. Estas dos últimas características aluden claramente a una situación comparativamente de mayor riesgo durante el embarazo actual entre las amas de casa que entre el total de las trabajadoras.

La heterogeneidad de este último grupo de mujeres, sin embargo, se manifiesta en el hecho de que las trabajadoras manuales se diferencian de las no manuales por tener un número más elevado de hijos nacidos vivos hasta el momento de la entrevista y, por lo mismo, menos casos de embarazo actual de primer orden; han tenido en mayor proporción algún aborto o mortinato en su historia reproductiva, así como también presentan intervalos intergenésicos cortos y atención médica prenatal insuficiente en una proporción ligeramente más alta que las trabajadoras no manuales. Estas características en su conjunto harían esperar un número relativo más elevado de trabajadoras manuales con problemas de salud durante el embarazo actual.

**Morbilidad sentida y resultado del embarazo***Percepción de padecimientos sentidos durante el embarazo*

En un intento por considerar el estatus de la salud materna desde la condición física de la mujer embarazada, se incluye información sobre padecimientos de salud durante el proceso del embarazo. Para esto se obtuvo información acerca de algunos de los padecimientos más comunes, pero no por ello menos graves, que las mujeres dijeron haber tenido durante el embarazo actual; entre éstos, algunos

son considerados de alto riesgo tomando en cuenta, sobre todo, los meses de su aparición y duración.<sup>12</sup>

A partir de la respuesta de las mujeres acerca de padecimientos sentidos durante el embarazo, se generó un perfil de ocho padecimientos que se presentan en el cuadro 3. Nuevamente, se hace una diferencia entre las amas de casa y las trabajadoras, y a estas últimas se les clasifica según si trabajan en actividades manuales o no manuales.

Con fines comparativos centramos primeramente nuestra atención en los padecimientos sentidos por las amas de casa en relación con el total de las trabajadoras. Al respecto podemos observar en el cuadro 3 que, con excepción de sangrados, las amas de casa tuvieron padecimientos de salud casi en la misma proporción o bien por arriba de las trabajadoras. llama la atención los casos de anemia, presión alta e hinchazón de cara, manos, piernas y pies entre las amas de casa.

Por su parte, la morbilidad sentida entre las trabajadoras, según su condición de manualidad en el empleo, refleja ciertas diferencias que resultan contradictorias con lo que se esperaría teóricamente. Estas diferencias se dan en el sentido que, en la mayoría de los tipos de padecimientos, fueron las trabajadoras no manuales las que padecieron en mayor proporción problemas de salud durante el embarazo. De modo que con excepción de la categoría de temblores o convulsiones, las cifras indican un rango de entre 7 y 0.6 puntos porcentuales en contra de la salud de las trabajadoras no manuales versus las trabajadoras manuales.

La interpretación adecuada de estas cifras, sin embargo, nos lleva a considerar la posibilidad, primero, de que estemos frente a una situación de diferencias en la calidad de las respuestas entre las entrevistadas y no necesariamente de diferencias en su morbilidad sentida. Esto es considerando las diferencias que, a su vez, existen en los niveles de escolaridad de estas dos subpoblaciones. Podríamos suponer que las trabajadoras no manuales por su mayor nivel educativo

<sup>12</sup> Importa señalar que los casos de padecimientos que fueron declarados por las mujeres no fueron confirmados con los expedientes de las pacientes. Sin embargo, para controlar la veracidad de las respuestas, se capacitó a los entrevistadores acerca de cómo indagar sobre la evidencia que apoyaba la respuesta en cada padecimiento declarado. Esto se facilitó gracias a que cuatro de los seis entrevistadores participantes tenían formación profesional médica o afín a esta área: dos médicos, una enfermera y una trabajadora social con especialidad en salud pública. Las otras dos entrevistadoras tenían nivel de licenciatura en ciencias sociales.

## CUADRO 3

IMSS-Tijuana: Proporción de mujeres que tuvieron algún padecimiento de salud en distintos momentos del embarazo, según su condición laboral y manualidad en el empleo

<i>Tipo de padecimiento o morbilidad</i>	<i>Trabajadoras</i>			<i>Amas de casa (1 410)</i>
	<i>Manuales (707)</i>	<i>No manuales (479)</i>	<i>Total (1 186)</i>	
Anemia	18.1 (22.7)	23.4 (25.0)	20.4 (23.6)	22.1 (17.6)
Dolor abdominal intenso	15.7 (29.7)	16.1 (37.7)	16.0 (32.6)	15.9 (18.8)
Hinchazón de cara, manos, piernas y pies	43.8 (80.0)	45.1 (81.5)	44.4 (80.6)	47.9 (84.5)
Sangrados	18.2 (17.1)	22.5 (20.4)	20.0 (18.6)	13.1 (32.4)
Temblores o convulsiones	2.4 (41.2)	1.9 (22.2)	2.2 (34.6)	2.2 (48.4)
Presión alta	8.1 (57.9)	11.3 (61.1)	9.4 (59.5)	10.9 (66.9)
Presión baja	15.1 (38.3)	15.7 (29.3)	15.3 (34.6)	15.0 (37.0)
Infecciones urinarias	28.6 (37.1)	35.7 (29.8)	31.5 (33.8)	30.3 (49.9)

Fuente: Encuesta Condición Social de la Mujer y Salud Reproductiva en Tijuana, B.C., Instituto Mexicano del Seguro Social/El Colegio de la Frontera Norte, primavera 1993.

respondieron de manera más confiable acerca de sus padecimientos sentidos durante el embarazo.<sup>13</sup>

Otro factor a considerar, pero de naturaleza distinta, es un posible impacto negativo sobre la salud materna de la estructura por edad menos joven que tiene el grupo de las trabajadoras no manuales (véase el cuadro 1). Alguno de estos factores, o bien la combinación de ambos, pudiere explicarnos la diferencias obtenidas entre los dos grupos de trabajadoras respecto al reporte de su morbilidad sentida durante el embarazo.

<sup>13</sup> En otro estudio se han detectado problemas en la percepción sobre la sintomatología del embarazo, sobre todo entre mujeres con bajos niveles educativos (Salinas *et al.*, 1991).

*Resultado del embarazo y bajo peso al nacer*

Ahora bien, considerando el estado físico del producto del embarazo, un indicador que de manera frecuente se considera adecuado para medir el estatus de la salud materno-infantil es el peso al nacer de los hijos nacidos vivos. La información para estimar este indicador se obtuvo directamente del registro hospitalario por medio de lo que en el IMSS se denomina "hoja de partos productos y abortos", que el personal médico del hospital se encarga de completar. Esto garantiza la calidad de la información y, por lo mismo, la confiabilidad de los datos.

En el cuadro 4 presentamos los resultados obtenidos de esta manera, los cuales antes fueron empatados con la información respectiva sobre las características de las madres en la encuesta.

## CUADRO 4

**IMSS-Tijuana: Resultado del embarazo y peso al nacer de los hijos sobrevivientes de mujeres de 15 a 49 años de edad, según su condición laboral y manualidad en el empleo**

<i>Características</i>	<i>Trabajadoras</i>			<i>Amas de casa</i>
	<i>Manuales</i>	<i>No manuales</i>	<i>Total</i>	
Resultado del embarazo	(553)	(358)	(919)	(1 158)
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
			(801)	(1068)
Hijos nacidos vivos	85.2	90.2	87.2	92.3
Mortinato	1.2	1.1	1.2	.9
Pérdida/aborto	13.6	8.7	11.6	6.8
Peso al nacer <sup>1</sup>	(471)	(323)	(801)	(1 069)
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
A término (2 500 y más grs.)	96.2	96.3	96.2	95.0
Prematuro (1 000-2 499 grs.)	3.6	3.7	3.7	4.7
Inmaduro (500-999 grs.)	.2		.1	.3

<sup>1</sup> No se consideran nacimientos múltiples.

Fuente: Encuesta Condición Social de la Mujer y Salud Reproductiva en Tijuana, B.C., Instituto Mexicano del Seguro Social/El Colegio de la Frontera Norte, primavera 1993.

Primeramente, se tienen los datos sobre el resultado del embarazo, que se clasifican en tres categorías, según la tipología utilizada por el IMSS: nacidos vivos, mortinatos y pérdidas/abortos. Enseguida, se presentan los resultados obtenidos en relación con el peso de los hi-

jos nacidos vivos sobrevivientes, eliminando del estudio los partos gemelares.

Respecto del resultado del embarazo, las cifras indican una clara situación de ventaja para las amas de casa con un porcentaje más alto de embarazos terminados en nacidos vivos, en comparación con el conjunto de las trabajadoras. El número de mortinatos y abortos es superior entre las trabajadoras, con aproximadamente 12% de los casos, versus 7% en las amas de casa.

Entre las trabajadoras, las asalariadas manuales son las que presentan el mayor número de abortos con un nivel de casi 14%, en comparación con 9% entre las trabajadoras no manuales.

Sin embargo, al considerar el peso al nacer del total de los hijos nacidos vivos, se observa una situación distinta a la anterior. Según este indicador, son las amas de casa quienes presentan condiciones de mayor desventaja por tener la proporción más alta de casos con nacimientos de bajo peso. Si consideramos todos los nacimientos de menos de 2 500 gr (prematuros e inmaduros), se obtiene exactamente un 5% de estos nacimientos entre las madres amas de casa, en comparación con un 3.8 % para el conjunto de las madres que trabajan; y prácticamente no hay diferencia en este indicador entre las trabajadoras manuales y las no manuales (véase el cuadro 4).

### *Segunda conclusión*

Considerando los tres diferentes tipos de indicadores sobre la salud materno-infantil de las entrevistadas, podemos resaltar dos hallazgos generales. El primero es la contradicción a la que se llega en el uso del indicador sobre padecimientos sentidos dentro del grupo de las trabajadoras; esto es en el sentido de que son las trabajadoras no manuales las que dijeron haber tenido más problemas de salud. La naturaleza misma del indicador, sin embargo, nos hace dudar de la validez de este resultado por reflejar, tal vez, más una situación de percepción sobre la salud que el estado real de la salud de la madre.

En cambio, podemos estar seguros de la confiabilidad de los hallazgos obtenidos alrededor del resultado del embarazo y del peso de los nacimientos que sobrevivieron al parto, por ser información obtenida directamente de las hojas médicas del registro hospitalario. Así, con base en la frecuencia observada en estos dos indicadores, podemos decir, por un lado, que si bien el número de embarazos que ter-

minan felizmente en hijos nacidos vivos entre las amas de casa es mayor que entre las trabajadoras, la mayor frecuencia de casos de bajo peso al nacer entre los nacidos vivos de las amas de casa impiden afirmar que este último grupo de mujeres tienen claramente mejores condiciones de salud materno-infantil que las trabajadoras.

Esto es congruente con lo observado en la sección anterior de este mismo trabajo, respecto del mayor número relativo de amas de casa con el último intervalo intergenésico corto y la mayor proporción de casos con atención prenatal insuficiente. A esto habría que agregar, pese a los problemas ya señalados del indicador, el mayor número de casos de anemia que reportaron precisamente haber tenido las amas de casa.

Sobre las condiciones de salud materno-infantil entre las trabajadoras, podemos decir que si bien la proporción de nacimientos de bajo peso entre éstas es menor que entre las amas de casa, esto no quiere decir que todas las madres trabajadoras tengan necesariamente mejores condiciones de salud, según se nota en su alto número de embarazos terminados en abortos, particularmente entre las que tienen ocupaciones manuales.

Asimismo, este último tipo de trabajadoras presenta la frecuencia más alta de casos con por lo menos una pérdida, ya sea por aborto o mortinato, en su historia reproductiva; más casos de intervalos intergenésicos cortos cerrados por el evento actual y menor número de visitas a control prenatal durante el embarazo actual.

Es posible suponer que si todos los embarazos terminaran en un nacimiento vivo —esto es, controlando por el número de pérdidas—, las trabajadoras podrían llegar a tener igual o mayor número de hijos con bajo peso al nacer que las amas de casa.

### **Condiciones de salud materno-infantil entre distintos grupos de trabajadoras**

Con el objeto de conocer un poco más sobre la morbilidad sentida durante el embarazo y el resultado de este último entre las trabajadoras, se consideró conveniente diferenciarlas no sólo por la manualidad en el empleo sino también por la rama de actividad en la que dijeron trabajar. Asimismo, se tomó en cuenta algunas de las condiciones laborales que prevalecieron durante el desarrollo del embarazo, o bien, durante la mayor parte de éste.

*Morbilidad sentida durante el embarazo entre las trabajadoras*

El análisis diferencial de la salud materno-infantil de las trabajadoras, según la manualidad en el empleo, se debe acompañar también de su diferenciación, según se trate de mujeres que laboran en el sector industrial, o bien en el de los servicios y el comercio. Las cargas laborales y la exposición a riesgos en el trabajo no son las mismas necesariamente para todas las trabajadoras manuales y todas las trabajadoras no manuales. Las características del empleo en la fábrica son distintas de las que prevalecen en la gran variedad de trabajos comprendidos en el sector servicios y el comercio, tales como pequeños locales comerciales, grandes almacenes, restaurantes, hoteles, bares, oficinas privadas, etcétera.

La variedad de condiciones laborales que se pueden dar entre estos dos grandes sectores de la producción, necesariamente deben afectar de manera diferencial a la salud materno-infantil de las trabajadoras, pero sobre todo a las que tienen ocupaciones manuales. Por ejemplo, entre las obreras y las trabajadoras manuales en servicios y el comercio hay importantes diferencias en las jornadas de trabajo y la posibilidad de tomar descansos durante el mismo; así también las puede haber entre las empleadas no manuales en la industria y las empleadas en el comercio y los servicios, como se podrá ver más adelante.

Este tipo de comparación de la trabajadoras además permite, de algún modo, controlar el sesgo que se introduce en la calidad de las respuestas de las entrevistadas acerca de los padecimientos sentidos durante el embarazo, debido a las diferencias en el nivel educativo que tienen las trabajadoras no manuales versus las manuales.

Al respecto, la información que se presenta en el cuadro 5 indica que los padecimientos más frecuentes en el total de las trabajadoras fueron las hinchazones de cara, manos, piernas y pies; las infecciones urinarias; la anemia y los sangrados. Estos padecimientos se dieron por lo menos en 20% de las embarazadas de todos los grupos laborales. Les siguen los casos de dolor abdominal intenso y presión baja en cerca de 15% del total de las trabajadoras, y no resulta nada despreciable la frecuencia de embarazadas que dijeron haber padecido presión alta.

También en el cuadro 5 podemos apreciar la bondad de establecer la comparación entre subpoblaciones de trabajadoras manuales y no manuales, considerando la rama de actividad, para tener una apreciación más fina de la frecuencia con que se dio cada tipo de pa-

## CUADRO 5

**EMSS-Tijuana: Proporción de trabajadoras que tuvieron algún padecimiento de salud en algún momento del embarazo, según manualidad en el empleo y rama de actividad (porcentajes)**

<i>Tipo de morbilidad</i>	<i>Trabajadoras manuales</i>			<i>Trabajadoras no manuales</i>	
	<i>Total (1 184)</i>	<i>Industria (578)</i>	<i>Servicios/comercio (129)</i>	<i>Industria (139)</i>	<i>Servicios/comercio (338)</i>
Anemia	20.4	17.1	22.5	14.4	27.2
Dolor abdominal intenso	16.0	14.7	20.2	12.2	17.8
Hinchazón de cara, manos, piernas y pies	44.4	43.9	43.4	48.2	43.5
Sangrado	20.0	17.6	21.0	21.0	23.4
Temblores o convulsiones	2.2	1.9	4.7	2.9	1.5
Presión alta	9.4	7.3	11.6	10.1	11.5
Presión baja	15.3	14.4	18.6	12.2	17.2
Infecciones urinarias	31.5	28.2	30.2	27.3	39.3

Fuente: Encuesta Condición Social de la Mujer y Salud Reproductiva en Tijuana, B.C., Instituto Mexicano del Seguro Social/El Colegio de la Frontera Norte, primavera 1993.

decimiento dentro de los distintos grupos que componen a la población femenina trabajadora en Tijuana.

La anemia es el padecimiento que se dio con mayor rango de variación entre los grupos. Si bien una quinta parte de las trabajadoras dijeron haber estado anémicas durante el embarazo, esta proporción varió sensiblemente dentro de cada uno de los grupos de trabajadoras manuales y trabajadoras no manuales, según la rama de actividad en la que laboraron. En ambos grupos son las trabajadoras en los servicios y el comercio las que en mayor proporción dijeron haber tenido esta deficiencia de salud; ello varió el porcentaje de las trabajadoras manuales en 5 puntos y el de las mujeres con ocupaciones no manuales hasta en 13 puntos.

Esta situación también se presenta en otro tipo de padecimientos, aunque con rangos de variación sensiblemente menores a los observados para el caso de la anemia. Por ejemplo, 16% del total de las trabajadoras dijeron haber sufrido dolor abdominal intenso durante el embarazo, pero este tipo de padecimiento se presentó con aproxi-

madamente 5 puntos porcentuales más entre las asalariadas manuales en los servicios y el comercio que entre las obreras. Lo mismo ocurre entre las empleadas en servicios y el comercio en relación con las empleadas en la industria.

Para todas las categorías de padecimientos, las asalariadas manuales en los servicios y el comercio presentan valores porcentuales superiores a las de las obreras, excepto en la categoría de hinchazones de cara, manos, piernas y pies. También entre las asalariadas no manuales, las empleadas en los servicios y el comercio tienen porcentajes más altos en la mayoría de los padecimientos incluidos. Las excepciones son nuevamente hinchazones de cara, manos, piernas y pies, así como los casos de temblores y convulsiones.

Así, los resultados sobre morbilidad sentida durante el embarazo no presentan evidencia suficiente para afirmar que las trabajadoras manuales hayan tenido más problemas de salud durante el embarazo que el grupo de las no manuales. En cambio, sí indican una situación más desfavorable en la salud de las trabajadoras ocupadas en el sector de los servicios y el comercio en comparación con las que estaban trabajando en la industria.

#### *Resultado del embarazo y bajo peso al nacimiento entre las trabajadoras*

La información sobre el resultado del embarazo y el bajo peso al nacer de los hijos sobrevivientes al parto nuevamente señalan una situación distinta sobre la salud materno-infantil entre los distintos grupos de trabajadoras en Tijuana. Los datos del cuadro 6 confirman los hallazgos indicados en la sección anterior sobre la mayor proporción de embarazos de trabajadoras no manuales que terminaron en nacimientos vivos, en comparación con los de las asalariadas manuales.

Al comparar este indicador por rama de actividad, sin embargo, nos permite ver que hay condiciones claramente diferenciales de salud materno-infantil dentro del grupo de las trabajadoras manuales y sólo en menor medida, entre las trabajadoras no manuales.

Entre las manuales, vemos que tanto las obreras como las trabajadoras manuales en los servicios y el comercio tienen efectivamente las cifras más elevadas de embarazos terminados en pérdidas por aborto o mortinato, pero que esta situación es más grave entre las asalariadas manuales de los servicios y el comercio —con una diferencia de 2.6 puntos porcentuales más en el número total de pérdidas— en comparación

## CUADRO 6

IMSS-Tijuana: Resultado del embarazo y peso al nacer de los hijos sobrevivientes de trabajadoras de 15 a 49 años de edad, según manualidad en el empleo y rama de actividad económica

<i>Características</i>	<i>Trabajadoras manuales</i>		<i>Trabajadoras no manuales</i>	
	<i>Industria</i>	<i>Terciario</i>	<i>Industria</i>	<i>Terciario</i>
Resultado del embarazo	(459)	(94)	(108)	(248)
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Hijos nacidos vivos	85.6	83.0	89.8	90.3
Hijo nacido muerto	1.5		.9	1.2
Pérdida aborto	12.9	17.0	9.3	8.5
Peso al nacer <sup>1</sup>	(393)	(78)	(97)	(224)
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
A término (2 500 y más grs.)	95.9	97.4	95.9	96.4
Prematuro (1 000-2 499 grs.)	3.8	2.6	4.1	3.6
Inmaduro (500-999 grs.)	.3			

<sup>1</sup> No se considera nacimientos múltiples.

Fuente: Encuesta Condición Social de la Mujer y Salud Reproductiva en Tijuana, B.C., Instituto Mexicano del Seguro Social/El Colegio de la Frontera Norte, primavera 1993.

con las obreras. En cambio, la diferencia que se da al respecto entre los dos grupos de trabajadoras no manuales es notablemente menor, lo que indica condiciones de salud materno-infantil menos heterogéneas.

Al utilizar el indicador de bajo peso al nacer para los hijos nacidos vivos de los distintos grupos de trabajadoras, nuevamente se observan condiciones de clara heterogeneidad en la salud materno-infantil de las trabajadoras manuales según la rama de actividad en la que se ocupan, pero en esta ocasión son las obreras las más afectadas. El porcentaje de bebés con bajo peso es mayor entre las madres obreras que entre las madres que trabajan en actividades manuales en el comercio y los servicios —sector terciario. De modo que los resultados arrojan una diferencia de punto y medio porcentual en detrimento de las obreras respecto de las otras trabajadoras manuales; esta diferencia significa cerca de dos bebés más con estas condiciones entre las obreras (véase el cuadro 6).

También se observan diferencias entre la salud materno-infantil de las trabajadoras no manuales, donde las más afectadas nuevamente son las empleadas en la industria, aunque en esta ocasión los resultados indican diferencias menos agudas con sólo medio punto porcentual más en contra de las empleadas industriales respecto de las empleadas en los servicios y el comercio.

De este modo, la proporción de nacimientos vivos con bajo peso al nacer refleja una situación más delicada en la salud materno-infantil de las mujeres que trabajan en la industria que en las que lo hacen en el sector terciario. La proporción de obreras y empleadas en la industria con nacimientos de bajo peso es superior al de las trabajadoras manuales y empleadas en los servicios y el comercio.

### *Tercera conclusión*

Los indicadores sobre salud materno-infantil utilizados para examinar las condiciones que presentaron los distintos grupos de trabajadoras nos permiten concluir dos aspectos generales.

Primero, la frecuencia de casos de morbilidad sentida durante el embarazo identifican a las trabajadoras de los servicios y el comercio como las más afectadas en su salud por padecimientos físicos durante el embarazo. Pero, al parecer, la condición de manualidad no es un factor decisivo en la determinación o no de una mayor frecuencia de padecimientos.

Segundo, el número de embarazos terminados en aborto o mortinato y la proporción de nacimientos vivos con bajo peso al nacer señalan, en cambio, una situación más compleja en la relación entre manualidad en el empleo y condiciones de salud materno-infantil de las trabajadoras industriales, versus las trabajadoras de los servicios y el comercio. Entre las de la industria, la manualidad en el empleo se asocia con una clara situación diferencial en la salud materno-infantil, donde las obreras son las más afectadas por tener más pérdidas o abortos. En cambio, la manualidad en el empleo entre las trabajadoras de los servicios y el comercio, si bien también se observa asociada a una mayor frecuencia de pérdidas o aborto entre las mujeres con actividades manuales, esto no sucede en relación con la proporción de nacimientos de bajo peso que tienen las mujeres de este mismo grupo. Esta situación, sin embargo, más que ser una contradicción en el efecto de la manualidad sobre la salud materno-infantil, pudiera deberse a un efecto de selectividad sobre los embarazos de las trabajadoras manuales; de haberse realizado los nacimientos, éstos hubieran resultado de bajo peso, pero antes terminaron en pérdidas o abortos. De manera que el efecto de la manualidad sobre la salud materno-infantil entre las trabajadoras de los servicios y el comercio pudiera no estar operando de igual manera a como se da entre las trabajadoras

de la industria. En ambos casos podríamos decir que son las trabajadoras manuales quienes tienen condiciones de salud menos favorables, pero esto se expresa de diferente manera dentro de cada uno de los dos sectores productivos considerados.

### *Carga de trabajo, edad y atención prenatal entre las trabajadoras*

Sin pretender dar una respuesta al porqué de los resultados anteriores, pero sí en el ánimo de proporcionar elementos que nos permitan darles sentido, se incluye información acerca de algunos aspectos de la actividad laboral de las mujeres durante su embarazo, así como de la atención prenatal que recibieron.

Las características del empleo en la industria son diferentes de las que se dan en el sector de los servicios y el comercio en varios órdenes. Uno de los más importantes para los propósitos de este estudio es que las trabajadoras cuenten con una estabilidad en los derechos de seguridad social que les permita tener acceso al servicio médico general y especializado. Éste es sin duda un importante factor positivo para la salud mental y física de las futuras madres.

Pero en la industria hay otro tipo de características que pueden tener una influencia perniciosa sobre la salud tanto física como mental de las madres. Hay una mayor rigidez en las rutinas de trabajo; la jornada laboral mínima es de ocho horas diarias y en ocasiones son más por el sistema de pago de horas extras, como el único recurso disponible para aumentar el salario; la semana de trabajo es de siete días, y es común el manejo de sustancias tóxicas en la ejecución del trabajo diario. Otro factor son las limitadas posibilidades de continuidad y promoción dentro de la estructura laboral de la industria, lo que en gran medida explica el fenómeno de la rotación en el empleo, sobre todo entre las trabajadoras de la industria maquiladora.

Respecto de algunas de estas características, la información del cuadro 7 nos permite ver que una mayor proporción de obreras y empleadas industriales trabajaron durante el embarazo que las trabajadoras en los servicios y el comercio. Llama la atención que una proporción importante de las trabajadoras en todos los grupos estuvieron trabajando en etapas muy avanzadas de su embarazo, ya que entre 28 y 34% de ellas siguieron trabajando después del séptimo mes del embarazo. Sobresalen en este sentido las trabajadoras tanto manuales como no manuales ocupadas en los servicios y el comercio,

**CUADRO 7**  
**IMSS-Tijuana: Carga de trabajo, edad y atención prenatal de trabajadoras embarazadas de 15 a 49 años de edad, según manualidad en el empleo y rama de actividad (porcentajes)**

<i>Características</i>	<i>Trabaj. manuales</i>		<i>Trabaj. no manuales</i>		<i>Total</i>
	<i>Indus- tria</i>	<i>Servi- cios/ comercio</i>	<i>Indus- tria</i>	<i>Servi- cios/ comercio</i>	
	(578)	(129)	(139)	(338)	(1 184)
Trabajó durante el embarazo					
Sí	93.6	88.4	90.6	91.4	92.1
No	6.4	11.6	9.4	8.6	7.9
Último mes del embarazo en que trabajó					
Hasta 6to. mes	24.4	30.2	33.1	34.9	28.7
Séptimo mes	47.2	40.3	39.1	31.0	42.4
Octavo y noveno mes	28.4	29.5	27.8	34.1	28.9
Horas de trabajo a la semana					
Hasta 40 hrs.	13.5	34.8	20.2	31.1	21.7
41-48 hrs.	60.1	53.6	54.8	58.7	58.4
49 y +	26.4	11.6	25.0	10.2	19.9
Descanso adicional durante la jornada de trabajo					
* Lo mismo que antes del embarazo	87.2	79.8	80.0	77.6	82.9
* Más descanso que antes del embarazo	12.8	20.2	20.0	22.4	17.1
Edad					
15-19	21.8	11.6	10.8	13.0	16.8
20-24	40.3	26.3	49.0	35.0	38.1
25-29	22.8	27.1	23.0	29.6	25.5
30-34	8.8	17.1	11.5	12.7	11.1
35-39	4.3	10.9	5.0	7.4	6.0
40-49	2.0	7.0	.7	2.3	2.5
Atención prenatal al séptimo mes del embarazo					
0-3	6.8	14.5	1.9	5.2	6.8
4-5	33.7	31.3	26.5	33.5	32.5
6 y +	59.5	54.2	71.6	61.3	60.7
Último intervalo intergenésico <sup>1</sup>					
Menos de 17	7.7	7.4	2.7	6.3	6.7
17-27 meses	6.0	10.6	7.2	6.3	6.7
28 y +	86.3	82.0	90.1	87.4	86.6

<sup>1</sup> Se refiere al intervalo cerrado por el evento actual que puede ser un hijo nacido vivo, mortinato o aborto y el nacimiento del último hijo nacido vivo anterior al evento actual.

Fuente: Encuesta Condición Social de la Mujer y Salud Reproductiva en Tijuana, B.C., Instituto Mexicano del Seguro Social/El Colegio de la Frontera Norte, primavera 1993.

respecto de las obreras y empleadas en la industria. Esto puede deberse al hecho de que en la mayoría de las plantas industriales hay una mayor supervisión del sector salud en la aplicación de las licencias de maternidad entre sus trabajadoras.<sup>14</sup>

Es impresionante la alta proporción de embarazadas que trabajaron largas jornadas de trabajo a la semana. Más de tres cuartas partes del total de ellas cubrieron jornadas laborales por más de 40 horas semanales. Esto se dio sobre todo entre las trabajadoras de la industria donde la proporción alcanza 87% entre las obreras y el 80% entre las empleadas. Peor aún, la cuarta parte de las obreras y las empleadas industriales trabajaron jornadas superiores a las 48 horas a la semana.

Respecto de los periodos de descanso durante la jornada laboral, tenemos que en ninguno de los grupos el porcentaje de trabajadoras que dijo haber descansado más que antes de embarazarse excede la quinta parte. Entre las obreras, únicamente 13% de ellas encontraron la oportunidad de tener más descansos durante su jornada que antes de embarazarse. Éstas son seguidas por las empleadas industriales y las trabajadoras no manuales en los servicios y el comercio; ambos grupos con 20% de casos de mujeres con más descansos que antes de embarazarse (véase el cuadro 7).

En otro orden de factores que pudieran estar detrás de los hallazgos obtenidos sobre salud materno-infantil, se presenta información en el mismo cuadro 7 sobre atención prenatal, el tamaño del último intervalo intergenésico y la estructura por edad de cada grupo de trabajadoras.

En materia de visitas a control prenatal tenemos que, en congruencia con lo anteriormente observado, las trabajadoras manuales son las que acudieron menos veces al control prenatal. Esta situación no se modifica al considerar la rama de actividad donde las mujeres desempeñan su trabajo, ya que tanto las obreras como las trabajadoras manuales del sector terciario presentan los porcentajes más elevados de casos con menos de cuatro visitas al control. Pero en esta ocasión, también podemos ver que entre éstas, las trabajadoras manuales de

<sup>14</sup> La Ley General del Trabajo en México establece 40 días de licencia por maternidad antes del parto y 40 días después del mismo. Las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social procuran ser estrictos en este punto con todas las trabajadoras derechohabientes, pero en particular con las del sector industrial por las mismas condiciones de trabajo que prevalecen en las plantas.

los servicios y el comercio presentan la peor situación por duplicar la proporción de obreras con menos de cuatro visitas a control médico.

Sobre las variaciones entre las trabajadoras respecto del tamaño del último intervalo intergenésico, tenemos que ambos grupos de trabajadoras manuales —en la industria y en los servicios y el comercio— presentan los porcentajes más altos de casos con intervalos intergenésicos cortos. Pero, al parecer, esto es más marcado entre las de los servicios.

También vale hacer notar que la proporción de trabajadoras no manuales en los servicios es casi la misma que las de las obreras con cerca de 13% de casos con menos de 28 meses en el último intervalo intergenésico.

Finalmente, una característica que no podemos dejar de tomar en cuenta es la distinta estructura por edad que tienen estos diferentes grupos de mujeres trabajadoras. Anteriormente, se había hecho notar que las trabajadoras manuales son relativamente más jóvenes que las trabajadoras no manuales. Al diferenciarlas por rama de actividad encontramos, como era de esperarse, que las obreras eran las más jóvenes con 62% de mujeres menores de 25 años, seguidas por las empleadas en la industria, con casi 60% de mujeres también menores de 25 años. Mientras, ambos grupos de trabajadoras ocupadas en servicios y comercio tienen estructuras por edad menos jóvenes, pero sobre todo las ocupadas en actividades manuales en esta rama de la producción.

#### *Cuarta y última conclusión*

El conjunto de los resultados obtenidos sobre el estado de la salud materno-infantil, la condiciones laborales y las características demográficas y de atención prenatal de los distintos grupos de la población femenina trabajadora nos permiten plantear como última conclusión lo siguiente.

Los resultados sobre la diferencial morbilidad sentida durante el embarazo entre grupos de trabajadoras parecen estar más relacionados con las condiciones etáreas, de atención prenatal y del tamaño al último intervalo intergenésico. Esto es en cuanto a las implicaciones de estos factores sobre el estado físico de las mujeres durante la gestación. De modo que son precisamente las que trabajaban en los servicios y el comercio quienes dijeron haber tenido mayor morbilidad

sentida durante el embarazo, y estas mismas las que tuvieron menor atención prenatal y más casos de intervalos intergenésicos cortos, además de una estructura por edad menos joven, sobre todo aquéllas con actividades manuales en este sector de la producción.

En cambio, el resultado del embarazo en lo que se refiere tanto a la proporción de embarazos terminados en pérdidas por aborto o mortinato, como a la frecuencia de bebés con bajo peso al nacer, pareciese estar más relacionado con las condiciones de la actividad laboral y los antecedentes de pérdidas en la historia reproductiva de la mujer.

Por su parte, las trabajadoras de la industria fueron las que presentaron las condiciones más adversas de salud materno-infantil, medida de acuerdo con los indicadores sobre el resultado del embarazo y el peso al nacer, al mismo tiempo que fueron las que estuvieron expuestas a condiciones laborales más extenuantes, sobre todo en el caso de las obreras. Esto nos permite pensar en la posibilidad de que el trabajo en la industria pudiera estar siendo un espacio laboral comparativamente más desfavorable para la salud materno-infantil de las trabajadoras y, que en este mismo sentido, la manualidad en el empleo industrial pudiera hacer más riesgosa tal situación.

### Comentario Final

Los hallazgos obtenidos en este estudio se derivan de un nivel de análisis muy general, por lo que éstos deberán ser puestos a prueba en un estudio posterior más detallado, controlando los múltiples efectos intervinientes que se derivan de las características sociales y demográficas de las mujeres incluidas en el estudio.

No obstante esto, los resultados que aquí se presentan señalan un aspecto importante sobre la salud materno-infantil de las trabajadoras que está más allá del caso particular de Tijuana. Es claro que las mujeres que trabajan presentan importantes diferencias en su salud materna, dependiendo de su inserción laboral en distintos sectores de la economía, pero sobre todo de la manualidad en el empleo que desempeñan. Y, en este sentido, parece ser importante la consideración conjunta de estas dos características del empleo femenino.

Esta situación se da, no obstante que se trata de una población de trabajadoras que tienen acceso al mismo tipo de servicios de salud como es el IMSS. Las distintas condiciones en el trabajo a las que alude la

manualidad versus la no manualidad en el empleo, permiten discriminar entre mayores o menores esfuerzos físicos a los que se vieron sometidas las embarazadas en el desempeño de su trabajo. A esto hay que sumar las variantes que tiene el desempeño del trabajo manual, sobre todo, en espacios de trabajo tan diferentes como lo es la fábrica, de los muy variados que se dan en el sector terciario, que van desde una oficina, un hotel, un restaurant, hasta un trabajador por cuenta propia en el comercio ambulante.

Asimismo, por ser el tipo de trabajo un indicador del nivel socioeconómico del individuo, podemos decir que estamos hablando de trabajadoras que pertenecen a grupos sociales distintos a los que, además, se asocian muy diferentes niveles de educación y niveles de ingreso que, a su vez, muy probablemente se vinculan a distintas calidades de vida, valores y niveles de información sobre la importancia del cuidado de la salud y, en particular, de la salud reproductiva.

Es por esto que un análisis más detallado sobre la salud materna entre mujeres trabajadoras deberá tomar como punto de partida su comportamiento diferencial, según la manualidad en el empleo y el sector de la producción en el que se inscribe. Sin estos dos aspectos no podría contextualizarse socialmente la importancia de los distintos factores que intervienen en la salud materno-infantil de la población femenina trabajadora.

### Bibliografía

- Córdova C., Alejandro *et al.* (1987), "Cambios demográficos y sus repercusiones sobre los problemas de salud de la población trabajadora femenina urbana", en Jennifer Cooper *et al.* (eds.), *Fuerza de trabajo femenina urbana en México, características y tendencias*, México, Coordinación de Humanidades-UNAM/Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, pp. 219-250.
- Carrillo V., Jorge (coord.) (1991), *Mercados de trabajo en la industria maquiladora de exportación: síntesis del reporte de investigación*, México, Secretaría del Trabajo y Previsión Social/El Colegio de la Frontera Norte.
- y Jasis Mónica (1983), *La salud y la mujer obrera en las plantas maquiladoras: el caso de Tijuana*, Tijuana, Cefnomex.
- Consejo Consultivo del Programa de Solidaridad (1991), *El combate a la pobreza: lineamientos programáticos*, México, El Nacional.
- Cruz Piñeiro, Rodolfo (1990), "Mercados de trabajo y migración en la frontera norte: Tijuana, Ciudad Juárez y Nuevo Laredo", *Frontera Norte*, vol. 2, núm. 4, pp. 61-93.
- Denman, Catalina (1990a), "Industrialización y maternidad en el noroeste

- de México”, Cuadernos de Trabajo núm. 2, Gaceta núm. 10, Sonora, El Colegio de Sonora, pp. 1-6.
- (1990b), “La salud de las obreras en la maquila: el caso de Nogales, Sonora”, en Guillermo de la Peña *et al.* (comps.), *Crisis, conflicto y sobrevivencia: estudios sobre la sociedad urbana en México*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara/CIESAS, pp. 229-255.
- (1992), “Indicadores de salud-enfermedad: el caso de riesgo reproductivo en obreras de la maquila”, en Eduardo Menéndez y Javier E. García de Alba (comps.), *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara/CIESAS, pp. 117-136.
- Figuroa Damián, Ricardo, Enrique Segura y Gerardo Casanova (1994), “La infección urinaria y su importancia en la mujer embarazada”, en *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, vol. 14, núm. 1.
- García, Brígida y Orlandina de Oliveira (1991), “Vivencias sobre la maternidad y el trabajo en sectores medios y populares urbanos”, México, El Colegio de México (mimeo).
- Garza, Victoriano (1993), “Riesgos ambientales para la salud materno infantil en la frontera Estados Unidos-México”, trabajo presentado en el Simposio Bases para el Futuro: la Salud de la Familia en la Frontera Mexicano-Estadounidense, El Paso, Texas.
- Guendelman, Sylvia (1993), “Mujeres trabajadoras y la industria maquiladora”, trabajo presentado en el Simposio Bases para el Futuro: la Salud de la Familia en la Frontera Mexicano-Estadounidense, El Paso, Texas.
- Guillén, Tonatiuh (1990), “Servicios públicos y marginalidad social en la frontera norte”, *Frontera Norte*, vol. 2 núm. 4, pp. 95-119.
- Langer, Ana, B. Hernández, J. Chirinos y M. Romero (1993), *El impacto de las muertes maternas sobre la situación familiar*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Lara, Ma. Asunción (1993), “Incorporación de la mujer al trabajo remunerado: repercusiones para su salud reproductiva”, Fundación Ford, Agenda para la Investigación y la Acción sobre la Salud Reproductiva de la Mujer en México (mimeo).
- Oficina Sanitaria Panamericana (1982), “El enfoque de riesgo en la atención perinatal y materno-infantil”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 92, núm. 6, pp. 482-491.
- Ojeda de la Peña, Norma (coord.) (1994), “Reporte técnico de la encuesta Condición Social de la Mujer y Salud Reproductiva en Tijuana, B.C.”, Departamento de Estudios de Población-El Colegio de la Frontera Norte (mimeo).
- (1995), “Uso de los servicios médicos en salud reproductiva y perfil sociodemográfico de las mujeres: el caso del IMSS en Tijuana”, *Frontera Norte*, vol. 17, núm. 13, pp. 93-108.
- Salinas M., Ana Ma., Carlos Martínez *et al.* (1991), “Percepción de sintomato-

logía común durante embarazo, puerperio y lactancia”, *Salud Pública de México*, vol. 33, núm. 3.

Sánchez, Roberto (1990), “Condiciones de vida de los trabajadores de la maquiladora en Tijuana y Nogales”, *Frontera Norte*, vol. 2, núm. 4, pp. 153-181.

Sistema Nacional de Salud (1992), *Recursos y Servicios. Boletín de Información Estadística*, núm. 12.