

T  
543

91367



**30 AÑOS**

*...transformando el diálogo por la razón*

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION  
ARCHIVO HISTORICO



**Universidad Autónoma Metropolitana  
Xochimilco**

**División de Ciencias Biológicas y de la Salud**

**Tesis**

**Para obtener el grado de Maestría en Medicina Social**

**Condiciones de Vida y Salud en “El Paraíso” Santa Cruz  
Acalpixca, y su Relación con los Procesos de Urbanización**

Presenta:

**Biól. Ruth Soto Castor**

Director

**Dr. Sergio López Moreno**

México, D. F., Enero 2006

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION  
ARCHIVO HISTORICO

# Indice

Resumen.....	1
Introducción.....	1
Antecedentes.....	2
Planteamiento del problema.....	5
Justificación.....	7
Objetivos.....	8
<b>Marco Teórico</b>	
*Categorías Conceptuales.....	9
*Espacio Urbano.....	14
*Calidad de Vida y Salud.....	15
*Procesos de Urbanización y Expansión Irregular en Zonas Periféricas.....	20
*Cambios en la Organización Territorial de la Ciudad de México.....	21
*Respuesta Social.....	22
<b>Metodología.....</b>	<b>25</b>
*Tipos de Variables e Indicadores.....	26
*Variables Seleccionadas para el Análisis de Varianza.....	28
*Estratos según Clase Social.....	29
*Reconstrucción de Clases Sociales Identificadas.....	35-36
<b>Resultados</b>	
*Análisis de Varianza Condiciones de Vida y Soportes Materiales.....	37-48
*Condiciones Materiales de Vida y Perfiles Patológicos.....	49-50
<b>Histogramas</b>	
* Ingreso, Tipos de Enfermedad, Personas/Vivienda.....	51
* Enfermedad Tipo de Vivienda, Material del Techo Instalaciones Sanitarias.....	52
* Clase Social, Perfil Patológico y Condiciones de Vida.....	53-54
* Clases Sociales y Tipo de Enfermedad Clase Social y Grupos Susceptibles.....	55
* Clase Social, Especialidades Médicas Calidad de los Servicios de Salud y Necesidad de Servicios Médicos.....	56

* Clase Social Tipo de de Vivienda, Personas/Vivienda	
Material de los Techos.....	57
* Clase Social Instalaciones Sanitarias y Lugar de Abasto.....	58
* Clase Social Problemas Percibidos.....	59
<b>Discusión .....</b>	<b>60-63</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>64-65</b>
<b>Propuesta.....</b>	<b>66-67</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>68-72</b>

## **Anexos**

- \* Localización Delegación Xochimilco, AGEB's 140-2 y 141-7
- \* Vista Aérea de la Colonia "El Paraíso"
- \* Soportes Materiales de la Colonia "El Paraíso"
- \* Condiciones Materiales de las Viviendas de la Colonia "El Paraíso"
- \* Encuesta
- \* Guía de Observación

## Condiciones de Vida y Salud en “El Paraíso”, Santa Cruz Acalpixca, y su Relación con los Procesos de Urbanización.

### RESUMEN

El presente trabajo se realizó en la Colonia “El Paraíso” un asentamiento de tipo irregular localizado en la delegación Xochimilco, en donde la importancia de haberse realizado en dicha colonia, fue la ocupación de sus habitantes en zonas declaradas y establecidas como áreas protegidas, propias solamente como reservas ecológicas y no aptas para tener un uso habitacional. El objetivo del estudio fue identificar los principales determinantes sociales, económicos y políticos del proceso salud-enfermedad y su respuesta social organizada, particularmente la relacionada con las condiciones materiales de vida de los habitantes de la colonia “El Paraíso” contribuyendo con una propuesta de intervención en salud basada en la participación social. Se realizaron 203 encuestas que abordaron aspectos sobre las condiciones materiales de las viviendas, los soportes materiales de la colonia, aspectos de salud y participación social. La codificación, captura y análisis de resultados se hizo mediante análisis de varianza con efectos fijos, se eligió el nivel de ingreso como variable independiente y se relacionó con otros indicadores. Lo anterior, se hizo con el paquete estadístico Statistica 99 ®. En el trabajo se presentan las relaciones estadísticamente muy significativas, y se encontró que el ingreso determinó el estrato de clase de los habitantes de la colonia. Cabe mencionar que la participación y respuesta social en la zona pretende dar respuesta a las necesidades principales, por lo cual se brinda una propuesta de intervención en salud basada e la participación social.

### INTRODUCCIÓN

Desde los años veinte, hasta los años sesenta, se inició una creciente expansión en la Ciudad de México que tendió a la metropolización, por lo que la delegación Xochimilco, ha vivido de forma particular los procesos de urbanización. La problemática surge desde procesos agrarios que entran en conflicto con el desarrollo urbano, agravados por la falta de definición en el derecho a la propiedad y el decreto de áreas de protección ecológica a fin de preservar los servicios ambientales, como la protección contra las inundaciones y la recarga de acuíferos. A esto se añade la migración de la población rural a la metrópoli, un fenómeno que se intensificó a partir de la industrialización del país, en la década de 1940. Característicamente, esta inmigración a las ciudades se establece como “cinturones” en la periferia, los cuales típicamente son de naturaleza irregular.

Estos tipos de poblamiento se crearon en espacios “no reconocidos” por el marco jurídico urbano de la legalidad, por lo que la prohibición no detuvo el crecimiento de estos asentamientos; las tierras ejidales empezaron a ser ocupadas de distintas formas, principalmente por los sectores populares (Vega, 1993).

Los colonos lograron su acceso al suelo a través de mecanismos que no aseguraban la propiedad de sus predios pues, en la mayoría de los casos, los lotes fueron vendidos, ocupados o invadidos de forma ilegal, careciendo de los servicios más elementales y sin contar con un marco legal a partir del cual pudieran exigir algún derecho sobre su predio.

De lo anterior, el interés por desarrollar el presente estudio surgió a partir de haber realizado una visita prospectiva a las colonias aledañas y localizadas al margen de la zona chinampera de la delegación Xochimilco, para conocer el tipo de asentamientos humanos reconocidos como “irregulares” y establecidos en las zonas declaradas actualmente como zonas ecológicas o de reserva biológica dentro de la propia delegación. Debido a este carácter, son asentamientos que nunca serán dotados de servicios por la Delegación.

Por lo anterior, el objetivo de esta investigación fue identificar las condiciones de vida y salud en un asentamiento irregular de la delegación Xochimilco conocido como colonia “El Paraíso”, estudiando los distintos procesos sociales, económicos, y políticos que determinan la salud de sus habitantes.

Así mismo, en este trabajo pueden observarse otras manifestaciones que actualmente han cobrado importancia en dicha localidad, tal como la participación y respuesta social, las cuales determinan las formas de organización y pretenden dar una respuesta para mejorar las necesidades, condiciones y soportes materiales que finalmente reflejan la calidad de vida y salud de la comunidad.

Lo anterior, permite identificar las formas y estrategias que son atendidas por la población, principalmente cuando dichos asentamientos tratan de conseguir un sin número de servicios e infraestructura básica propia de los procesos de urbanización, olvidando por momentos que sus necesidades y satisfactores básicos quedan al margen del marco legal de la propia delegación.

En la actual legislación urbana no se encuentra un orden jurídico para regularizar la formación de colonias populares y los colonos se encuentran sin una legislación que reconozca sus derechos de producción como espacio urbano y un marco legal claro que los reconozca como propietarios de viviendas establecidas en zonas de expansión irregular.

## **ANTECEDENTES**

En la primera aproximación hacia los estudios sobre *calidad de vida* en relación a los aspectos de salud se destaca el trabajo de Blanco y Sáenz (1994), cuya aportación está en función de los principales planteamientos para el estudio de *las Condiciones de Vida y Salud*, así como de la relación ciudad-salud. Se examinan diversas propuestas de carácter teórico-metodológico y se discute la necesidad de avanzar, desde la perspectiva de la medicina social, en la exploración de la categoría del *Consumo* para contribuir a la comprensión de la distribución y determinantes del proceso-salud enfermedad.

Por otra parte, se retoma la categoría de *Reproducción Social*, y se propone una metodología que permita la identificación desde el plano empírico de Unidades-

Socio-Territoriales en las que se pueda identificar la composición social de la población, y la forma en que participan en el consumo y su relación con algunos indicadores de daños a la salud. Con esta metodología los autores pretenden contribuir al estudio de los diferenciales de salud según las distintas condiciones de vida de las áreas urbanas.

En otro trabajo titulado *Condiciones y calidad de vida del profesor Ucevista (Universidad Central de Venezuela) y su familia*, realizado por Córdova et al., (1992) se parte de la *Calidad de Vida* en el marco de la *Reproducción Social* que supone que el desgaste en el proceso laboral, así como la recuperación y mejoramiento son parte de un mismo proceso, que se define en la sociedad, pero particularmente en las instituciones en las que participan los miembros de la *Reproducción Social*. Esta perspectiva permite analizar las *Condiciones de Vida* más allá del consumo de los bienes y servicios, ubicándola en el terreno de las formas como se insertan los grupos en los procesos sociales.

Las autoras del trabajo anterior, concluyen que el grupo estudiado, por sus características de inserción social, pertenece a capas medias de la sociedad que se han visto perjudicadas seriamente en ciertas áreas de la *Reproducción Social*, principalmente en la relación laboral, así como en la calidad de vida, ya que sus familias presentan claras limitaciones. Por lo cual la posibilidad de perfeccionamiento vital de estos grupos se encuentra limitada por las dificultades de acceso a bienes y servicios que garantizan el *Consumo* básico necesario para el mantenimiento y superación como grupo social. Los aspectos de la vida más afectados para los grupos señalados como vulnerables, siguieron las mismas tendencias que se presentaban a nivel nacional en Venezuela en 1992 tales como: vivienda, educación, recreación y transporte.

En relación al trabajo de Ñíguez y Pérez, (1994) los autores proponen exponer los principios básicos que sustentan el análisis de la diferenciación en el *Espacio-Geográfico* del proceso *Salud-Enfermedad*, así como presentar resultados de la aplicación de estos enfoques en Cuba. Se presenta el desarrollo del enfoque espacial y su aplicación en el análisis de información que se sustenta en métodos estadísticos de indicadores y clasificación de los mismos, así como de métodos histórico cartográficos, y geográfico-comparativos. Presentan la diferencia espacial en la notificación de casos de lepra en Cuba, reconstruyendo las bases históricas de la existencia de la misma, especialmente en la zona centro-oriental y oriental del país, frecuentemente relacionados con el estado de la vivienda, ingreso per cápita, hacinamiento, escolaridad y otros.

En el mismo trabajo se presenta la distribución geográfica de las enfermedades de transmisión sexual donde la vulnerabilidad de contraer estas enfermedades en distintos espacios poblacionales están condicionados por las peculiaridades de la organización espacial. En cuanto a las *Condiciones de Vida y Salud* en la provincia de Matanzas, la exploración de la relación entre la *Calidad de Vida y Salud* en esta provincia del Occidente de Cuba los resultados avalan la importancia de la dimensión espacial, aún cuando la información se obtuvo territorialmente. La estratificación de los municipios según condiciones materiales

de vida mostró tres niveles diferenciados coincidentes con el tipo de poblamiento, urbano, y rural.

En el estudio sobre *Condiciones de Vida y Salud*, Lemus (1994), presenta los resultados de las condiciones de vida y la situación de salud en Argentina, desarrollado fundamentalmente con el objetivo de analizar a nivel local la situación de salud para poder optimizar los procesos de toma de decisiones. Los resultados presentados en este estudio revelan tres niveles de análisis provincia, región y municipio centinela, que permitieron relacionar eficazmente el grado de pobreza con la mayor prevalencia de determinados problemas de salud, hecho que habitualmente queda enmascarado por el grado de heterogeneidad de la zona estudiada.

En el trabajo sobre *Condiciones de Vida y Salud* en un área de la ciudad de La Habana-Cuba, Rojo *et al.*, (1994), plantean el reto de sumarse a las estrategias más avanzadas de atención primaria, entendida de forma que los servicios sociales sean equitativos y promuevan la transformación de la *Calidad de Vida* de todos los sectores de la población, donde se precisa que no solo provenga de acciones por parte del Sistema Nacional de Salud, sino que se requiere de acciones de carácter intersectorial. Se distingue que en Cuba, tanto la voluntad política existente, como los principios de organización del Estado, descentralización normativa y descentralización ejecutiva, permiten a la Salud Pública adaptar los recursos y servicios a las necesidades de la población.

En el estudio realizado por Blanco y Sáenz (1990), se hace referencia directa a la relación entre *Condiciones de Vida-Salud-Enfermedad*, y sus determinantes sociales en áreas territoriales, donde se plantea la relación espacio-salud o más precisamente, la expresión territorial de los procesos de salud. Los autores proponen categorías generales que sirvan de base para una amplia teorización, como *Reproducción Social*, *Proceso de Consumo* y *Condiciones de Vida*, categorías que serán desarrolladas a partir del enfoque de la medicina social en el marco teórico y conceptual en el presente trabajo.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El crecimiento de la población actualmente genera grandes preocupaciones en todas las regiones, en el caso de México, este problema se acentúa por la distribución heterogénea en que se asienta su población en el territorio.

El crecimiento desordenado de las grandes ciudades se acompaña de la emergencia de nuevas necesidades de la población para cubrir sus demandas. Los efectos del aumento poblacional en estas zonas se expresan en la estructura del consumo: reducción en el mercado de trabajo, gasto en la producción de vivienda, déficit en los servicios urbanos y de salud, situaciones que provocan un impacto negativo en las condiciones de vida de la población, afectando de manera particular a los grupos más vulnerables de la sociedad, específicamente aquellos situados en la periferia de la ciudad donde las distintas condiciones sociales se relacionan directamente con la salud.

Partiendo de que la base de la salud está ligada directamente con la calidad de vida, diversos autores han ubicado a las condiciones de salud desde el enfoque de la medicina social, misma que se inscribe en el plano de la reproducción social (Blanco y Sáenz, 1994), donde la inserción de los grupos sociales se observa a través del consumo y la producción, asociada también con la categoría de clase social (Bronfman y Tuirán, 1984), donde la adscripción a cierta clase determina el acceso a la vivienda, la alimentación, el vestido y los servicios de salud entre los principales satisfactores de necesidades.

Para desarrollar el tema central de este trabajo se intenta primero y de forma general determinar las distintas condiciones de vida en la colonia El Paraíso en Santa Cruz Acalpixca y establecer su relación con los distintos procesos de salud enfermedad, entendiéndose que se ha considerado a este espacio como el escenario donde se dan las condiciones que determinan la calidad de vida de los grupos sociales y donde se vinculan con los distintos procesos de salud enfermedad.

La importancia de observar las condiciones de vida y su relación con los procesos de salud dentro de esta comunidad, se enmarca en las condiciones particulares de un sector de la población establecida en la zona periférica de la ciudad de México donde los terrenos ocupados estaban destinados hasta hace unos años a la producción agrícola de pequeña escala y actualmente se consideran de tipo "irregular" donde los procesos de urbanización tienen un ritmo acelerado jugando un papel determinante en la comunidad.

Por lo anterior, la zona puede ser considerada como un espacio de transición que implica procesos de organización y respuesta a la enfermedad en plena formación. Las necesidades sociales de la localidad han tratado de ser satisfechas a través de diversas formas, programas públicos, servicios voluntarios, conformación de redes sociales y recursos propios de los individuos, todos ellos elementos fundamentales para enfrentar los problemas, donde seguramente, estas transformaciones tienen una influencia definitiva en las condiciones de vida y salud de la población.

Es fundamental continuar profundizando en el estudio de las condiciones de vida de la población, su dinámica de crecimiento e identificación de las necesidades básicas, a fin de contar con elementos que permitan diseñar una propuesta encaminada a promover transformaciones que se manifiesten en la estructura de la participación social que modifique los patrones de salud enfermedad de la localidad.

De esta manera, el eje que conducirá esta investigación se orienta a esclarecer y detallar la manera como influye el ingreso y la condición de irregularidad del predio en las condiciones materiales de vida y en la configuración de los procesos de salud de los habitantes en la colonia "El Paraíso" en Santa Cruz Acalpixca.

## JUSTIFICACIÓN

Estudiar los determinantes de la salud enfermedad y su relación con las condiciones de vida en los espacios urbanos ha sido un problema abordado con anterioridad en el enfoque de la medicina social, donde se ha explicado con suficiencia la relación ciudad y salud desde la perspectiva del consumo. En el mismo sentido, se ha profundizado en los procesos infecciosos, los padecimientos de tipo degenerativo y la mortalidad infantil en el espacio urbano, desde la desigualdad de las condiciones materiales de vida. Sin embargo, cabe destacar que a pesar de la importante trayectoria de dichos estudios, se impone la necesidad de actualizar la temática y profundizar en casos particulares ya que los estudios mencionados sobre el tema, relativamente son escasos.

A pesar de que el discurso actual ha tratado de abordar los aspectos principales sobre las condiciones de vida de los habitantes en las distintas sociedades, surgen una serie de interrogantes sobre las distintas formas de abordar la relación espacio-salud y sus determinantes, principalmente en las condiciones particulares de los espacios en transición entre lo rural y lo urbano como es el caso de la colonia "El Paraíso" en Santa Cruz Acalpixca que se caracteriza por asentarse en terrenos ejidales con uso de suelo originalmente destinado a las actividades agrícolas en chinamperías y decretada como área protegida por las leyes de ecología y declarada como patrimonio de la humanidad por la UNESCO. La situación anterior impone al asentamiento el carácter de "irregular".

No debe perderse de vista que en la satisfacción de las necesidades, intervienen una serie de características específicas del espacio urbano en que habita un grupo social, donde la pertenencia de clase y el tipo de redes sociales, determinan las condiciones de vida y existencia, pero éstas adquieren un énfasis distinto cuando el grupo social en cuestión es vulnerable en cuanto a la pertenencia y legitimidad del espacio territorial que ocupa.

Dichas características permiten que la zona propuesta sea considerada como caso de estudio desde el enfoque de la medicina social, ya que se sabe que los procesos económicos, políticos y sociales, están vinculados por una parte, con las necesidades básicas en que se desarrollan los seres humanos, su relación directa con las condiciones de vida y las formas organizativas de la comunidad.

De esta manera, las condiciones de vida se articulan con la presencia o ausencia de procesos de salud-enfermedad, expresándose en la heterogeneidad de los perfiles patológicos, las necesidades de salud y la forma en cómo éstos son atendidos por la sociedad. De lo anterior, se hace necesario diseñar una propuesta de intervención, a fin de que pueda ser operada en la comunidad de estudio, contemplando las condiciones de vida y salud de los residentes de éste y otros asentamientos humanos con perfiles reproductivo y patológico similares.

## OBJETIVOS

### Objetivo General

Identificar los principales determinantes sociales del proceso salud enfermedad y de su respuesta social organizada, particularmente los relacionados con las condiciones materiales de vida; abordando el caso de la colonia "El Paraíso" en Santa Cruz Acalpixca, Xochimilco.

### Objetivos particulares

- Analizar las condiciones materiales, sociales, económicas y de salud, expresadas a través del ingreso y los soportes materiales y su distribución en la población de la colonia "El Paraíso".
- Identificar los perfiles patológicos de la población y las necesidades de salud dentro de la localidad.
- Contribuir a una propuesta de intervención en salud, basada en la participación social.

## MARCO TEÓRICO

### Categorías Conceptuales

En este trabajo interesa retomar las distintas acepciones que se acercan a la categoría de la reproducción social, principalmente cuando ésta se enmarca en el contexto del proceso de urbanización en las zonas periféricas de la ciudad de México y de las distintas condiciones de vida y salud en que se desarrolla la comunidad en estudio.

Partiendo del entendido que presentan Blanco y Sáenz (1990), acerca de la reproducción social como “un proceso global que garantiza el mantenimiento y permanencia de la sociedad y que asume la forma de un ciclo continuo de los procesos fundamentales de una sociedad, repetidos en un flujo ininterrumpido para asegurar su constante renovación” se puede decir que este proceso se enmarca en distintos contextos como el económico, social, político e ideológico.

En el plano económico, la reproducción social está en relación directa con la fuerza de trabajo, el capital y, con los medios de producción, el cual determina las distintas formas de consumo de la reproducción social. Según Breilh (1983) “esta dimensión refiere aquellas formas que se establecen en relación a la manera especial de producir y consumir que realiza cada grupo socioeconómico” el hablar de consumo implica dos partes fundamentales: la situación de clase y las condiciones o nivel de vida diferenciado de cada grupo social. De esta manera se asume que dicho nivel no se encuentra solamente determinado por los instrumentos económicos, sino que supone una serie de prácticas sociales. Al considerar el proceso de consumo debe considerarse que es la parte final del proceso productivo (donde se concluye la distribución y apropiación del producto) y es el parámetro que determina las fracciones de clase y las distintas condiciones de vida de cada grupo social. Esta consideración ha sido incorporada desde la perspectiva de la medicina social donde una de las líneas principales se ha enfocado al análisis de la distribución diferencial de los procesos salud-enfermedad por medio de las clases sociales, partiendo de la categoría de la reproducción social, esta línea enfatiza el análisis de los determinantes provenientes del consumo y plantea que las condiciones de vida determinan significativamente los distintos perfiles de salud enfermedad de los grupos humanos.

De esta manera Blanco y Sáenz (1990), han propuesto que la relación entre condiciones de vida y salud representan una de las principales áreas de la investigación epidemiológica ya que permite explicar la variación espacio-temporal de los fenómenos epidemiológicos, analizar la relación entre lo natural y lo social profundizando en los momentos de producción y de consumo, ambos indispensables para entender las formas de desgaste y reproducción de las clases sociales.

En el ámbito latinoamericano, se han incluido frecuentemente temas que hacen referencia directa e indirecta a las condiciones de vida y su relación con la salud-enfermedad. Sin embargo, se han desarrollado otros trabajos que enfatizan, como

base del análisis de los procesos de salud-enfermedad, a la distribución por clases sociales, en particular a aquellos determinantes que provienen de los procesos de consumo.

La reproducción de la sociedad se expresa empíricamente en la reproducción de sus clases y fracciones de clase, ya que éstas tienen una definición precisa al nivel de las formaciones sociales "las clases no son conjuntos absolutamente homogéneos, sino que en su seno presentan subdivisiones importantes que generan toda una serie de contradicciones secundarias en el cuerpo social" (Blanco y Sáenz, 1990).

Por esta razón es importante analizar las distintas clases sociales de una sociedad, o fracciones de clase, definidas por Blanco y Sáenz (1990) a partir de las formas distintas de incorporación de los agentes sociales al proceso productivo y al lugar que ocupan en la división social del trabajo. Aún todavía en el plano económico, las clases sociales, se diferencian entre sí por sus particulares formas de articulación con los procesos de distribución y consumo, es decir, por las características específicas y formas de participación de la riqueza social. De esas formas y niveles de participación de las clases y fracciones de clase en el consumo, derivan las distintas condiciones de vida que las caracterizan.

Los niveles y la calidad del consumo individual determinan -en gran medida- las condiciones de vida de cada grupo social. El consumo individual juega un papel determinante en la reproducción, tanto del conjunto de la sociedad, como de cada una de las clases sociales y fracciones de clase en particular, ya que es posible identificar las distintas situaciones de clase, en donde este concepto se refiere al "conjunto de condiciones materiales y sociales de la reproducción propias de cada clase social".

Es en este momento donde el conjunto de relaciones sociales que se articulan a la producción y el consumo, donde se determinan las condiciones materiales y sociales de la reproducción de los grupos humanos.

En las sociedades, la naturaleza de los procesos de producción y consumo, son los determinantes en la generación de necesidades, específicamente en las sociedades capitalistas las exigencias objetivas de la producción determinan (contradictoriamente) las formas de reproducción social de la fuerza de trabajo, así como las prácticas subjetivas, posibilitando modos de vida característicos de los distintos grupos sociales, que se expresan en prácticas individuales de consumo, prácticas socializadas de consumo y prácticas de clase (Blanco *et al.*, 1995).

Las prácticas individuales de consumo y la conciencia individual de las necesidades se organizan en función de las condiciones sociales de reproducción de la fuerza de trabajo, distinguiéndose dos ámbitos, el de la circulación mercantil en donde el consumo es garantizado por la adquisición de las mercancías y el de las prácticas estatales, por medio de las funciones fiscales y formas de salario indirecto, así como las formas socializadas de consumo y las instalaciones colectivas. Así, las necesidades están ligadas al origen de las transformaciones productivas, donde un aspecto de la determinación del consumo y de las necesidades es el carácter de clase.

Otros aspectos particulares de los procesos salud-enfermedad colectiva se abordan con investigaciones que analizan las condiciones de vida como parte de los perfiles epidemiológicos generales, como la relación entre entidades patológicas específicas y estudios que se articulan con el territorio, los cuáles han sido abordados por Blanco (1991), quien expresa que esta es la última forma de abordar estos problemas dentro de un espacio determinado, examinando el fenómeno de la distribución diferencial del proceso salud-enfermedad y sus determinantes sociales en áreas territoriales.

Se ha argumentado que existen relaciones que se concretan en tiempo y espacios definidos históricamente, donde el espacio debe ser definido no como "un continente neutro o la simple forma de la realidad, sino como resultante de esas relaciones que le imprimen un carácter social histórico" en opinión de Manuel Castells (1985):

"Un ámbito territorial, no es sólo un espacio geográficamente determinado. Es una delimitación específica de la sociedad, expresa relaciones de producción, una forma de aplicar la tecnología a la naturaleza, una tradición cultural unas relaciones de poder, una historia y una práctica cotidiana. Pero el conjunto de esas expresiones no es la reproducción "en pequeño" de lo que es la sociedad global "en grande"\*. Es una expresión específica, según el desarrollo histórico del conjunto de esos procesos en el ámbito territorial determinado".

\*Entendiéndose para el autor como "lo pequeño" el núcleo familiar, y "en grande" a la sociedad.

Para Blanco y Sáenz (1990), la reproducción de la población tiene sus propios soportes materiales y ámbitos territoriales de realización, los cuales se expresan en un conjunto de objetos físicos durables, socialmente producidos y que se insertan de forma estable dentro del territorio. A este conjunto se le identifica como "sistema de soportes materiales de la formación social" constituido por la infraestructura (edificaciones, equipamiento e instalaciones) que posibilita las condiciones materiales de vida para la población en condiciones histórico-sociales dadas. De ellos forman parte todo tipo de viviendas y lugares de habitación, obras y redes de servicios de agua potable, drenaje, energía eléctrica y comunicaciones; vías y medios de transporte de pasajeros las edificaciones con su respectiva dotación de centros educativos en general; los hospitales, unidades y servicios de salud, los parques, campos deportivos y demás instalaciones recreativas.

Además de los problemas ligados a la calidad de la vivienda y al equipamiento urbano, que posibilitan proporciones elevadas de enfermedades transmisibles, en condiciones de urbanización desordenada y entornos contaminados se expresan con mayor frecuencia las enfermedades crónicas no transmisibles, así como zonas inseguras en donde los accidentes y las violencias generan graves problemas de lesiones accidentales e intencionales.

El espacio urbano es el escenario en que se observan objetivamente las condiciones que determinan la calidad de vida y a las que se les atribuye, por lo tanto vinculación estrecha con el proceso salud-enfermedad. A una distribución socialmente diferenciada del espacio urbano corresponderá estrechamente un patrón diferencial de morbimortalidad. El punto de partida de esta aseveración es

la relación determinante de las condiciones de vida sobre los perfiles de daño a la salud de los distintos grupos sociales.

Según Blanco *et al.*, (1995), esta aseveración es la relación determinante de las condiciones de vida que tienen una expresión territorial y pueden ser observables a través de las características de la vivienda, la alimentación, el vestido, el acceso a servicios de educación, atención médica y utilización positiva del tiempo libre entre otras. Para estos autores, la construcción de mediaciones entre las categorías generales y su expresión empírica es un proceso insuficientemente desarrollado en la perspectiva de la medicina social, por lo que se pretende poner a prueba las propuestas teóricas.

El desarrollo de una línea de investigación sobre calidad de vida, salud y territorio tiene como punto de partida este último abordaje teórico donde el concepto de distribución diferencial del espacio urbano permite avanzar en la caracterización de zonas que responden a condiciones particulares de espacialidad, es decir, el espacio urbano se considera como la articulación específica de soportes materiales de los procesos de reproducción de los diferentes grupos sociales, que incluye tanto las particularidades del equipamiento urbano, los diversos servicios de salud, educación, abasto, transporte, etc., el tipo y calidad de la vivienda, el medio natural, como las características económicas, sociales y culturales de la población ahí asentada (Pradilla, 1993).

De éste conjunto, la vivienda constituye el referente material que más explícitamente puede diferenciar las particularidades de la reproducción social modelando las condiciones de vida del grupo doméstico permitiendo la identificación de espacios población de alto riesgo en términos de calidad de vida y riesgos potenciales para la salud, por tanto la vinculación estrecha con el proceso salud enfermedad.

En cuanto al perfil de riesgos y daños a la salud, destacan algunos grupos vulnerables, como serían niños, adolescentes, mujeres ancianos y trabajadores. Debe considerarse también que se presentan fenómenos epidemiológicos en donde los grupos sociales más depauperados presentan distintos patrones de morbimortalidad respecto a otros grupos de población.

Esta relación entre la distribución diferencial del espacio urbano y la distribución diferenciada de la morbimortalidad, es decir, la presencia de perfiles patológicos de clase, según su distribución territorial, implica la identificación de grupos sociales y zonas territoriales de alto riesgo epidemiológico, el perfil patológico regional, se define como la "imagen epidemiológica de la salud en una región, expresada indirectamente a través de la morbilidad durante un periodo" Blanco, (1991).

Otro concepto desarrollado desde la medicina social, ha sido la unidad territorial, la cual, es la zona continua delimitada que tiene infraestructura, equipamiento y servicios colectivos relativamente característicos y homogéneos, con una unidad social entendida como un grupo social, se le ha denominado Unidad Socio-Espacial de Consumo (USEC), así para Blanco *et al.*, (1995), es el espacio primordial de realización del proceso de reproducción social, en el que pueden ser



identificados algunos de los componentes principales del proceso de consumo de los grupos sociales y en donde tiene lugar el proceso individual y una parte del proceso colectivo de consumo.

En una perspectiva epidemiológica, la USEC al articular territorio y grupo social, es el ámbito privilegiado de observación de los determinantes y componentes del proceso salud-enfermedad en contextos urbanos. "La unidad doméstica alude a la organización estructurada a partir de redes de relaciones sociales establecidas entre individuos unidos o no por lazos de parentesco, que comparten una residencia y organizan en común la reproducción cotidiana" este concepto visto así por Oliveira *et al.*, (1989), propone también el concepto de familia como "la institución constituida a partir de relaciones de parentesco, normadas por pautas y prácticas sociales establecidas. Estos conceptos han sido estudiados en el caso de estudios de áreas rurales y urbanas donde se permite vincular las actividades de producción y consumo y analizar el grupo familiar y su relación con la reproducción de un grupo social.

El carácter complejo del concepto de calidad de vida impone límites a su medición integral. La traducción de este concepto a la investigación empírica lo reduce a sus componentes objetivos, observables y medibles. Más que la calidad de vida se aprehenden las condiciones de vida, sacrificando la exploración de elementos subjetivos (realización, satisfacción, sensación de bienestar, sentimientos de privación), cuya identificación generalmente es más compleja y requiere aproximaciones cualitativas. Así el estudio de condiciones de vida, generalmente consideran la observación y medición de los satisfactores básicos que responden al llamado núcleo irreductible de necesidades (Blanco *et al.*, 1995 ).

Así, estas necesidades tienen que ser satisfechas por medio del llamado: Patrimonio básico acumulado definido como la propiedad o derecho de uso de activos que proporcionan servicios de consumo básico (vivienda, equipamiento del hogar) y, el tiempo disponible para educación, descanso, recreación y trabajo doméstico (Boltvinik, 1990).

La actividad vital más específicamente humana es el trabajo, donde a través de éste el hombre es capaz de transformar en objeto sus necesidades y su actividad en todos los fenómenos de la naturaleza, y en este proceso desarrollar y ampliar sus propias capacidades y necesidades. Para Marx, "la vida comienza allí, donde terminan las actividades (que el trabajador realiza en el ámbito de la producción), en la mesa de su casa, en la taberna, en la cama". En donde consume los medios de vida necesarios para la reproducción de sí mismo y de su familia (Marx, 1971).

La relación salarial, es el vínculo entre la producción y el proceso de consumo, que permite al trabajador obtener los medios de vida necesarios con los cuales se pone en contacto en el espacio de realización del valor (circulación) mediante la transacción del salario por bienes y/o servicios (Blanco y Sáenz, 1990).

El ingreso corriente, permite acceder a los bienes y servicios que se atienden por el consumo privado, posibilitando la resolución de necesidades de alimentación, vestido, calzado, transporte, recreación, información y pago por diversos servicios cuando no se tiene derecho de acceso; el derecho de acceso a servicios o bienes

(educación, salud, seguridad social, agua, drenaje, electricidad) (Blanco *et al.*, 1995).

Se propone que a partir de las categorías teóricas conceptuales mencionadas sea posible desarrollarlas en el plano empírico en la comunidad de estudio.

## **Espacio Urbano**

Conocer el impacto que tienen las condiciones y calidad de vida de las familias que viven en la periferia de la ciudad, nos permite analizar los principales determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, realizar diagnósticos generales de la población y conocer las características socioeconómicas que influyen en la configuración de perfiles de morbilidad.

La medicina social aporta conceptos y categorías que ubican al proceso salud-enfermedad como un fenómeno histórico. Un ámbito estudiado, por esta corriente teórica es el espacio urbano como una primera aproximación a los elementos que definen los procesos colectivos, enfocándolos desde una postura crítica que se auxilia de las ciencias sociales.

Considerando lo que nos dicen Blanco y Sáenz (1994) acerca de la relación entre espacio urbano y proceso de salud-enfermedad, pueden reconocerse los distintos determinantes y perfiles patológicos que se presentan en la sociedad.

Uno de los espacios al interior familiar es conocido como la unidad doméstica, donde se establecen las relaciones sociales y donde se da continuidad a las formas de vida y cultura misma, es también el espacio físico donde se establecen las diferentes formas de la reproducción y donde debe incorporarse el estudio de la salud, ya que al analizar la salud al interior del ámbito doméstico se observan las actividades y formas de apropiación de la misma. La vida familiar se relaciona con la edad, sexo, trabajo y participación en las actividades económicas que determinan en cierto momento la calidad de vida.

Por lo anterior, debe considerarse que los cambios económicos, las crisis y políticas de ajuste estructural entre muchos otros determinantes, han modificado los patrones de consumo a nivel individual, familiar y social repercutiendo en la salud de los individuos y teniendo su expresión en la calidad de vida de cierta comunidad.

Asociado a lo anterior, también pueden definirse otros tipos de relaciones sociales políticas y culturales desde las formas de producción y consumo (Blanco y Sáenz 1990), donde deben incorporarse además de estos elementos, otros conceptos relacionados con la distribución espacial de la salud y la enfermedad vistos a través de las clases sociales y el territorio urbano.

En el mismo sentido, pueden detectarse las relaciones entre las prácticas políticas y culturales que se desarrollan y que son la forma más concreta de incidir en el espacio urbano, dichas relaciones deben por lo tanto, ser reconocidas como los elementos que constituyen la organización y la forma de participación en la producción y gestión de servicios por parte de la comunidad (Duhau, 1994).

Todos estos elementos deben analizarse como un proceso social, determinado por otras condiciones propias de los grupos sociales a través de los cuales debe plantearse la construcción de una propuesta que considere tales determinaciones, entendidos en el marco de la reproducción social y su impacto en el espacio urbano a través de la identificación de ciertos patrones de morbilidad.

### **Calidad de Vida y Salud**

Para no limitar la definición de la salud como el estado del individuo carente de enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS), aportó la noción del estado de completo bienestar físico, mental y social, buscando ampliar el concepto incorporando las distintas dimensiones del individuo, este concepto implica las repercusiones sociales de la enfermedad y ciertos factores ambientales que intervienen en la producción de patologías. Esta perspectiva considera la relación del enfermo con su familia y con el grupo del cual depende y al cual afecta.

No obstante, la salud es un concepto complejo integrado por aspectos biológicos, psíquicos y sociales que tienen sus determinantes principales en la calidad de vida, por cuanto esta influye en las capacidades del sujeto alterando su participación en la sociedad.

Para comprender el concepto de calidad de vida, es necesario considerar que una parte de la percepción de cada individuo tiene el grado de satisfacción que le proporciona su vida, y de otra el análisis real de un conjunto de factores que condicionan en forma positiva o negativa su existencia. Es posible afirmar que el ser humano no logra captar todo lo negativo ni lo positivo de su vida, más aún, situaciones aparentemente idénticas pueden tener significados distintos para dos individuos o para dos conjuntos de individuos. De esta forma la apreciación individual o de un grupo, puede ser diferente en relación con una apreciación más objetiva de su calidad de vida. En consecuencia, ambas situaciones deben ser conocidas, tanto la sensación o percepción de grupo como el análisis de un conjunto de variables de amplitud suficiente como para caracterizar adecuadamente cada caso.

En términos generales el concepto de calidad de vida se asocia con el de desarrollo, precisamente cuando predominan impactos positivos o cuando en forma significativa se sustituyen impactos negativos por positivos, en virtud de lo cual el desarrollo puede entenderse ajeno a metas de consumo a lo que se llama "estándar" de vida. La apreciación de la calidad de vida conforme a las metas de consumo, es un elemento distorsionante que se revierte, al aspirar el hombre a metas más altas.

Algunos autores definen a la calidad de vida como la satisfacción de las necesidades del hombre, aún cuando es difícil determinar lo que significa una necesidad, sin embargo, hay muchos intentos por precisar las necesidades.

Desde 1985, Max Neef, después de investigar en varios países elabora un cuadro en el que se sitúan dieciocho necesidades periféricas y seis centrales, las que en conjunto integran lo que él denomina esencial. En la parte central se ubican: educación, ambiente, salud, relaciones sociales, trabajo y dinero, mientras que en los periféricos se encuentran: vida familiar, ocio, alimentos sanos, libertad, paz en

el mundo, desarrollo personal entre otros, si bien, esta propuesta incorpora elementos valiosos, no representa la totalidad de requerimientos para una buena calidad de vida, ya que se piensa para países en desarrollo y no aprecia la realidad de países pobres ni comunidades campesinas o indígenas.

En su análisis Max Neef, caracteriza a las necesidades, expresándolas como carencias humanas individuales o colectivas, las cuales a su vez son potencialidades humanas en tanto y en cuanto dichas necesidades sean satisfechas, el autor deja claro que las necesidades son distintas conforme a la cultura y estilos de desarrollo.

Cabe señalar que varios autores definen a la calidad de vida desde los aspectos de salud, donde se afirma que la salud depende de procesos internos y cobertura de las necesidades de la persona, la satisfacción depende de los procesos internos y grado de cobertura de los deseos y aspiraciones; de los logros. Se puede decir que la preocupación por el tema proviene de las disciplinas de la salud: medicina, psicología, psiquiatría y nutrición.

La concepción global de calidad de vida y los elementos que se consideren para su evaluación, deben ser simples, comprensibles, orientadores y que lleven a señalar una adecuada comparabilidad que permita visualizar etapas del verdadero desarrollo. A través de los modelos de calidad de vida, y desarrollo preestablecidos, abundantes en necesidades aparentes, y de interés a la economía de los países ricos, se ejerce una orientación casi ineludible que genera dependencia de los países pobres hacia ellos.

Según Cullough 1984, en lo referente a la calidad de vida deben destacarse las dimensiones objetivas y subjetivas de la vida humana, en donde se consideran expectativas, valores, creencias y diferentes satisfacciones a las que aspira el individuo como parte de aspectos subjetivos. Todo ello da significados diferentes a las condiciones de vida, a la percepción de ellas y modela deseos aspiraciones y conceptos de felicidad y satisfacción muy propios de cada comunidad.

Cuando el desarrollo es considerado desde el punto de vista de calidad de vida, y no el simplemente económico, es posible acceder al concepto de desarrollo para el desarrollo, el que no está basado en metas de consumo y brinda por lo tanto mayor amplitud, permitiendo plantearse como necesidades en forma progresiva un conocimiento más profundo del propio hombre, profundizar más en sus potencialidades, en su relación con la naturaleza y el ambiente y el lograr un desarrollo cultural, científico, político, social y filosófico permanentes, orientando su existencia a una mejor calidad de sus vivencias.

Una manera burda o general que deja de lado la vida de las personas al privilegiar el simple intercambio de mercancías, significa que en mayor o menor medida, y bajo un contexto neoliberal, a los actuales gobiernos del mundo no les interesan las acciones realizadas por sus poblaciones para cubrir aspectos elementales como la alimentación o nutrición que, al mismo tiempo, previenen enfermedades y les permiten tener una vida digna que refuerza su orgullo de pertenencia y participación dentro de la sociedad (Nussbaum y Sen 1997).

El economista de origen hindú, Amartya Kumar Sen, Premio Nóbel de Economía 1998, introduce en su análisis los aspectos vitales del ser humano para que ocupen un lugar central dentro de la actual teoría económica. En el caso de la pobreza, Sen, la identifica con la ausencia de una igualdad de capacidades para los individuos que integran la sociedad.

Por eso es partidario de que todos tengan las mismas capacidades para aprovechar las oportunidades.

La capacidad es la combinación de diversos quehaceres y seres que cumplen con los funcionamientos elementales relacionados con la nutrición, salud, y el sentirse feliz. Todo esto es valorado de acuerdo con las ventajas individuales y sociales (Sen, 1996).

En los países en vías de desarrollo, la pobreza es un problema generalizado donde la acción política pública debería centrarse en la generación de las condiciones que permitan una igualdad de capacidades básicas definidas por la alimentación, la vivienda y la disminución de la morbilidad y mortalidad.

La concepción de Sen acerca del bienestar individual es diferente de la visión utilitaria donde se identifica a los deseos, la felicidad o la satisfacción de las preferencias con la posesión. El bienestar individual, según Sen, es el resultado adquirido por un individuo en su nutrición, salud, educación, etc.

Desde esta perspectiva, un individuo goza de menor bienestar si vive en una zona donde existe, por ejemplo, la enfermedad de malaria, y desempeña el mismo trabajo que otra persona que habita un área donde esa enfermedad está erradicada.

Para Sen, la adopción de una visión instrumental en un mundo de economía globalizada ha provocado que se le confiera un mayor apoyo a la inversión privada, a la tecnología y al libre comercio. Esta visión deja de lado el bienestar de las personas y se olvida que las acciones humanas son la causa principal de que se introduzcan cambios en los procesos económicos. La gente con educación toma decisiones inteligentes acerca de su propia vida, en otras palabras, la educación permite sacar el máximo provecho de nuestros actos para beneficio propio, beneficio que depende del sistema que elijamos para tomar decisiones (Sen, 1997).

Sen no se opone al cambio de las formas de vida en virtud de que se puede hacer todo lo posible para vivir mejor, pero también se puede vivir distinto cuando la forma social actual de nuestra vida es insatisfactoria para alcanzar el bienestar colectivo.

En resumen, Sen, 1997, reformula la teoría del bienestar al sostener que éste se puede alcanzar manteniendo el criterio de la libertad política, pero analizando las diferencias distributivas entre individuos como un método para elegir socialmente entre formas alternativas de distribución del bienestar. De esta manera la pobreza y la desigualdad social se vuelven centrales para su pensamiento económico.

Para analizar la desigualdad social, Sen construye índices alternativos, por ejemplo el "*Índice de Desarrollo Humano*" usado por la ONU, donde se destaca

que la creación de bienestar no depende de la cantidad de bienes sino de la actividad por la cual son ellos adquiridos. Las oportunidades o capacidades dependen del salario, pero también de otros factores como la educación, la salud y la nutrición.

El problema de la distribución no puede resolverse del todo debido a que la igualdad de algunas dimensiones necesariamente implica desigualdad entre otras. No obstante, Sen insiste que el principal esfuerzo para alcanzar igualdad se debe centrar en las capacidades de los individuos.

La revisión general e incluso simplificada de las aportaciones de Sen nos permite establecer que para México el problema principal es la pobreza y desigualdad social en función de la distribución del ingreso, en un contexto donde la acción pública o de gobierno es insuficiente para desarrollar las capacidades de los mexicanos apoyadas en la educación y los servicios de salud.

En la política económica neoliberal ortodoxa no caben consideraciones acerca de la calidad de vida y los problemas de desempleo y subempleo privan a cierto número de mexicanos de ingresos para acceder a los medios que los mantengan en una situación de nutrición y salud aceptable. De acuerdo con Sen, el actual sistema de elecciones para vivir mejor es insatisfactorio porque no puede garantizar el bienestar colectivo. El proyecto económico histórico como neoliberal han mantenido la miseria que denigra a los mexicanos al limitar sus acciones humanas tanto en el corto como en el largo plazo.

Desde el punto de vista del individuo, la salud sería su estado de completo bienestar físico y mental; la ausencia de enfermedades o reacciones orgánicas y mentales y causas que generen dichas anomalías. Sin embargo debe destacarse que desde la visión de la OMS, la salud está basada en una concepción sobre la causalidad de la enfermedad que proviene de la historia natural de la enfermedad, los factores ambientales, el agente causal y el huésped, lo cual limita el análisis de otros determinantes estructurales, entre los que podemos mencionar: económicas, sociales, políticas e ideológicas que son las que constituyen el campo de estudio de la medicina social.

El estado de bienestar, es un estado inalienable de todo individuo en una comunidad que se respete y otorgue verdadero valor a la salud de sus integrantes, por cuanto la salud es uno de los patrimonios más importantes de la comunidad, de aquí la necesidad de estudiar las condiciones que determinan el consumo de bienes necesarios y sus consecuencias, principalmente cuando se reconoce un deterioro desigual de las condiciones particulares de los grupos sociales.

Esta distribución diferencial del conjunto de condiciones materiales de vida, como el equipamiento urbano, los servicios de salud, educación, abasto, transporte, calidad de la vivienda y otras características económicas, sociales y culturales posibilitan la identificación de los espacios-población de alto riesgo en términos de calidad de vida y riesgos potenciales para la salud (Blanco *et al.*, 1996).

De lo anterior, también es necesario considerar la morbilidad, ya que no todos los estados anormales de salud están contenidos en ella. Sólo cierto sector de los países pobres tiene acceso al control médico y apenas un porcentaje reducido del

total de la población dispone de recursos para la salud. Los problemas de salud pueden influir en la disminución de hasta 10 a 15% de la producción de un país y distraer por gastos de prevención y asistencia médica hasta el 20% del presupuesto (Contreras y Cordero, 1994). Además influirá en la forma en que el individuo percibe su situación personal, lo cual afecta sus proyectos de vida, además del malestar provocado por los síntomas de la enfermedad que él sienta de forma objetiva.

Entre otros efectos que produce una enfermedad es posible considerar: la dimensión psico-social, la dimensión física, alteraciones de la conducta, alteraciones al comer, en el disfrute de la recreación, en el trabajo, en el dolor, interacción social, conducta emocional, dificultad en el manejo de asuntos del hogar, para dormir y descansar e incluso procurarse los cuidados que el propio individuo requiere. Estos son entre otros, los aspectos que deben considerarse para determinar el estado de salud del individuo y cómo y cuando se está afectando la calidad de vida. Así, el estado de salud, sus determinantes y las condiciones en que se distribuye integran en gran parte los aspectos objetivos de la calidad de vida.

La calidad de vida se ha estudiado desde distintas perspectivas entre las que se encuentran: el bienestar social y material, la salud mental, la identidad cultural y los problemas ambientales, en cualquier temática se ha buscado medirla en códigos de valores aceptados por la mayoría de las sociedades desarrolladas y traducido en índices generales de bienestar. Por lo que el estudio de calidad de vida en la periferia de la ciudad no puede limitarse sólo al carácter de cifras numéricas y su interpretación, deben considerarse las estrategias individuales, familiares y colectivas por sobrevivir en la realidad social.

Es razonable entender a la medicina no sólo como una ciencia aplicada, sino también como un ejercicio socialmente creado, juzgado y mantenido que se dirige hacia los seres humanos y que influye en los valores sociales en forma fundamental (Cullough, 1984). De ahí la importancia de incorporar en este estudio el análisis de las formas organizativas con que la sociedad en general y los grupos en particular, han enfrentado sus problemáticas de salud.

Finalmente, se puede entender que las ciudades y pueblos se han configurado desde su historia como espacios de concentración demográfica en los que se producen cambios sociales, formas de producción (industria, comercio, finanzas) y consumo (simple y ampliado), particulares flujos de información y construcción de estrategias sanitarias colectivas. Procesos que condicionan, median o influyen en la producción de una particular forma de salud y enfermedad de los individuos de una sociedad, donde se supone que debe tenerse la capacidad de resolver satisfactoriamente en cantidad y calidad el conjunto de necesidades humanas que posibilitan que la población tenga una mejor calidad de vida.

## **Procesos de Urbanización y Expansión Irregular en Zonas Periféricas**

En términos demográficos se conoce a la población urbana como el sector de la población que vive en localidades de más de 2500 habitantes, que están ubicadas ya sea dentro o a los alrededores de una ciudad. Sin embargo no todas las localidades cuentan con los mismos servicios, por lo que surgen las llamadas zonas marginales, donde habitan personas con graves problemas económicos y por ende alimenticios, esto acarrea además otro tipo de problemas asociados a la drogadicción, la prostitución, el robo y la violencia entre otros (Sámano, 1994).

Un supuesto es que la periferia urbana es en gran medida la expresión de la urbanización popular, porque ésta constituye un tipo de organización caracterizado por el fraccionamiento y apropiación ilegal del suelo, que predominantemente ocupa los "márgenes" del área urbana oficialmente reconocida, lo que a su vez constituye la condición de acceso a los sectores populares a un suelo de bajo precio comparado con los precios vigentes en el mercado "regular" del suelo.

Lo urbano puede entenderse como el conjunto de reglas (entre ellas de carácter jurídico) a través de las cuales se define social y políticamente la apropiación y uso legítimo del suelo urbano y, en general la realidad urbana legítima (Duhau, 1994).

En el caso de México, se puede afirmar que la formación y crecimiento de colonias populares definidas como "asentamientos irregulares" proveen al menos del 50% de la vivienda urbana en la actualidad. Una estimación amplia para la ciudad de México, es que alrededor del 60% de la producción de vivienda durante las últimas décadas es atribuible al "sector popular" fundamentalmente los asentamientos irregulares de autoconstrucción.

La existencia de una población urbana predominantemente pobre, dado por la carencia de recursos les impide acceder a una vivienda de mejores condiciones, pero ésta es una de las formas fundamentales de constitución y legitimación de las clases sociales, así como de las diferencias de clase, una de cuyas señales más palpables es el lugar de residencia.

A partir de la irregularidad urbana se sostiene que un asentamiento urbano no está constituido del todo por los atributos físicos sino por las normas jurídicas y su interpretación que regulan la propiedad del suelo y el proceso de urbanización. El significado actual de "irregularidad" en los procesos de organización popular, debe ser entendido en el contexto de formación de un modelo de urbanización, donde las colonias populares que en un lapso prolongado de tiempo permanecen al margen, posteriormente se convierten en instrumentos oficiales de control y regulación del desarrollo urbano de las colonias populares. En este sentido, la calificación y regulación de la urbanización popular como organización irregular reside, en el significado cambiante de la organización popular desde la perspectiva del gobernante y la burocracia pública (Duhau, 1994).

De esta forma el fenómeno de urbanización popular ha crecido de tal manera que existen mecanismos de control social y político a través del acceso a la tierra y a



los servicios, donde en ocasiones las instancias de administración y gobierno comienzan a negar la introducción de ciertos servicios alegando la “irregularidad” de las colonias (Azuela, 1989).

En este contexto, la “irregularidad” es asumida por el Estado como un problema y la política que le da respuesta es la de “regularización” que es incluida en la agenda oficial de las políticas urbanas. No deja de observarse la constitución de una nueva legalidad a través de los derechos reconocidos por los actores involucrados en los procesos de organización irregular. Así, en esta ciudad la necesidad de disponer de un espacio habitable adquiere otros significados según sea el nivel socioeconómico o solvencia de quienes lo demandan: techo o pie de casa para las áreas pobres y casa, villa o mansión para la clase alta.

Vivir en colonias fundadas ilegalmente o irregularmente a las orillas del área metropolitana dificulta y encarece considerablemente la convivencia diaria debido que: están lejos de los principales centro de trabajo, estudio, recreación, servicios administrativos y centro de salud; carecen de servicios y equipamiento urbano (agua, alimentos subsidiados, escuelas, clínicas, seguridad, transporte y otros); su supuesta condición de “irregulares” es aplazada para prolongar por muchos años la introducción de estos servicios; el control que se ejerce sobre los habitantes mediante la entrega condicionada de la tierra y los servicios; y finalmente la indefinición de límites jurídicos y administrativos entre el estado de México y el Distrito Federal, y entre municipios y zonas de propiedad ejidal o comunal, lo que propicia la evasión de la responsabilidad para atender las necesidades de la población ahí asentada o la lucha por su control en aras de intereses económicos y de poder político (García, 1991).

### **Cambios en la Organización Territorial de la Ciudad de México**

Existen indicadores para afirmar que se está dando un profundo cambio territorial a nivel nacional, que corresponde a los ajustes de modernización económica.

En este caso, desarrollados o no, introducidos a la denominada modernización económica, los asentamientos humanos muestran grandes transformaciones que atañen a dos aspectos fundamentales: a la distribución y organización de las funciones productivas, distributivas y residenciales, en el espacio intraurbano y en su inserción económica a nivel nacional e internacional y su estructura territorial interna.

La Ciudad de México prácticamente creció con la tendencia de mantener un liderazgo en todas las esferas de la vida social sobre el resto del territorio nacional. El crecimiento de la ciudad atrajo fuertes contingentes de población que no encontraban satisfacción a sus necesidades básicas en su lugar de origen y veían a la ciudad como el espacio para la inserción en el aparato productivo y la subsecuente obtención de satisfactores vía el salario.

Para fines de los años setenta, se reconocían dos problemas fundamentales generados por la concentración urbana: la centralización y concentración de las actividades económicas nacionales sobre la capital y por otra parte, la centralización interna de la ciudad provocando crecientes problemas de funcionalidad del espacio urbano (Duhau, 1994).

El manejo de la ciudad de México durante los setenta y hasta mediados de los ochentas partía del principio generalmente aceptado: el Estado es el encargado del bienestar global de la población y de la orientación del modelo de desarrollo nacional, por esto, era preciso que las acciones principales fueran tomadas desde el Estado para modificar los patrones de concentración intraurbana de la época, considerados como antifuncionales, caros y desiguales.

Sin embargo, a pesar de los programas de reordenamiento urbano la industria se asentó en las zonas circundantes de la ciudad de México y los patrones de "periferización" se materializaron en la constitución de nuevas áreas suburbanas.

### **Respuesta Social**

El año 1996, se caracterizó por la intensa lucha de todos los días que libraron los Xochimilcas para que su voz de alerta fuese escuchada por la ciudadanía, los órganos de representación popular y las autoridades gubernamentales, ya que el avance de la urbanización en las áreas rurales del Distrito Federal continuó implantándose por todos los medios apoyado en la indiferencia o participación directa de las autoridades delegacionales que siguen otorgando facilidades para que este proceso no se detenga.

Grupos con intereses económicos y políticos intervienen en el crecimiento de la mancha urbana y restan importancia a la opinión de los habitantes originarios, además de crear expectativas a cientos de familias que tienen necesidad de una vivienda y que conforman una clientela política potencial.

En ese año de elecciones, los Xochimilcas tenían fundados sus temores de que no hubiera interés en detener la proliferación de asentamientos irregulares y residenciales en zonas chinamperas, de cultivo, de espacios verdes y otros lugares no aptos para la vivienda. Capital político y jugosas inversiones se han conjugado para ejercer todo tipo de presión logrando que los propietarios cedan sus espacios en beneficio de intereses políticos y económicos de reducidos grupos y fomentando así los procesos de urbanización.

La transformación territorial se manifiesta todos los días, en la construcción de puentes de acceso a las zonas de cultivo, con la introducción de servicios por parte de la delegación a las zonas de asentamientos irregulares, con la difusión de proyectos de inversión como unidades habitacionales que anteriormente en algunos pueblos se podían frenar, la construcción de zonas residenciales y todo tipo de obras (Cánabal, 1997).

El centro de la Ciudad de México y el anillo intermedio no han podido absorber la intensa demanda de vivienda de la población de bajos ingresos. Las tendencias de crecimiento urbano son hacia la periferia, donde hay terreno disponible a bajo costo y la topografía es semiadecuada para la expansión. La tierra disponible, generalmente para propósitos agrícolas, es de calidad pobre o está ubicada en colinas. Las zonas planas han absorbido un gran porcentaje del aumento de la población. Las colonias proletarias se han desarrollado debido a la acción de algunos promotores de bienes y raíces (en su mayoría sin autorización legal). Grandes áreas de tierra, generalmente ubicadas en la periferia han sido subdivididas en lotes, normalmente sin servicios públicos. No obstante su limitada

capacidad de pago, los grupos de bajos ingresos se las han arreglado para comprar su propio lote (Bazant, 1978).

Hasta 1972, el estudio de la presencia o ausencia de servicios públicos en las localidades ha merecido poca atención por parte de la investigación social en México. Lo único que se puede tomar como base es, cierta información estadística dispersa en muchas dependencias oficiales y que dista de reflejar la situación real de las localidades en materia de servicios públicos, en donde se ha llegado a concluir que existen ciertas exigencias en cuanto al tamaño de la localidad y la presencia de determinados servicios (Ramos, 1972).

El número de servicios disponibles por cada mil habitantes, muestra una marcada tendencia a disminuir a medida que el tamaño de la población aumenta. En vista de que las relaciones observadas entre servicios y tamaño de la localidad resultan demasiado superficiales, se ha concluido que son las características de la población más que el tamaño de área de estudio quienes determinan el tipo de servicios en una comunidad. También debe observarse que no todos los servicios tienen el mismo grado de expansión, por ejemplo la electricidad es el servicio de mayor expansión en las localidades menores o con población de bajos recursos.

Los servicios urbanos son comúnmente llamados "públicos" y se da por hecho que servicios tales como agua potable, drenaje, alcantarillado, transporte, recolección de basura o vigilancia pertenecen "naturalmente" al ámbito de la política y gestión pública de las ciudades. Sin embargo muchos de estos servicios "públicos" involucran también a los propios pobladores de la localidad. A pesar de que la "sociedad civil" es relativamente la nueva protagonista en la escena urbana no se ha llegado a plantear como una necesidad el análisis de las estrategias y prácticas de los pobladores sobre todo en las áreas irregulares. Las formas de abastecimiento y consumo de las colonias y barrios populares suelen analizarse solamente desde la perspectiva cuantitativa del déficit, pero sabemos poco de las prácticas y estrategias de "supervivencia familiar" de la población que sufre esas carencias (Coulomb, 1991).

Mientras los investigadores contabilizan las carencias en los servicios urbanos de los asentamientos populares y las autoridades pretextan la escasez de recursos públicos para no subsanarlas, los habitantes realizan prácticas y estrategias de sobrevivencia para satisfacer sus necesidades más elementales. Estos trabajos se componen de faenas colectivas, participación en comisiones técnicas, elaboración de folletos informativos, análisis de las necesidades de la localidad convencimiento y organización de la población entre otras, además, todo esto tiene un alto costo en tiempo, recursos humanos, técnicos y financieros para los individuos y familias de la comunidad.

Los servicios públicos en torno a los cuales se genera el mayor número y diversidad de prácticas populares autogestivas son: el agua potable, el drenaje, la seguridad pública, el transporte urbano, la red de energía eléctrica, y la recolección de basura.

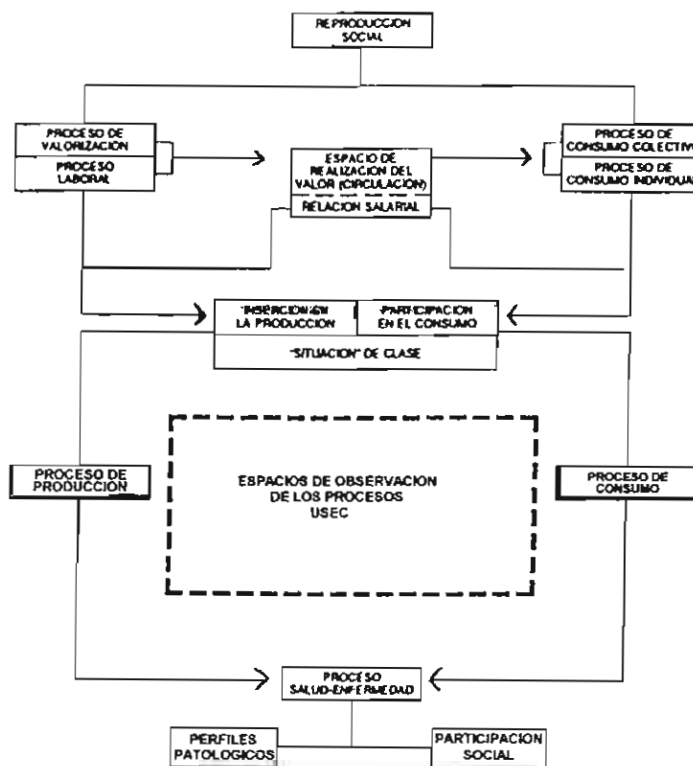
Y a pesar de ello, siempre parecen más difíciles de ser objeto de alguna estrategia colectiva de gestión o control social. Las experiencias de participación popular en

la provisión de servicios públicos, ponen en juego al conjunto de relaciones sociales y políticas que estructuran las respuestas de la sociedad urbana a las necesidades sociales, dentro del marco de una ciudad en continuo crecimiento desigual (Coulomb, 1982).

A cambio de los altos costos que su "participación" en la producción y gestión de los servicios urbanos representa, en términos de trabajo y de conflictos sociales y organizativos, los pobladores exigen cada vez más una democracia participativa en la gestión de la ciudad. El desarrollo conflictivo de la gestión de los servicios urbanos se constituye así como un elemento más que apunta hacia el cuestionamiento social de las formas tradicionales de participación.

Para lo anterior se aplicara un modelo teórico para el abordaje de los resultados y su análisis.

(Cuadro 1)



(Fuente: Modificado de Blanco y Sáenz, 1990).

## METODOLOGÍA

Se desarrolló una investigación de tipo observacional, analítica y basada en fuentes primarias y secundarias de información.

La población de estudio fue seleccionada en virtud de tratarse de un asentamiento en pleno proceso de transición entre el espacio rural y el espacio urbano.

A partir de las categorías de Reproducción social, Unidad Socio-Espacial de consumo (USEC), Estrato de clase (Expresado mediante el Ingreso) Condiciones materiales de Vida y Participación Social en salud, se establecieron los ejes teóricos que dirigieron el análisis de la información.

- Se abordaron las condiciones de las Unidades Socio-Espaciales de Consumo expresadas a través de los soportes materiales de vida y su relación con distintos perfiles patológicos de la población en estudio.
- El segundo eje, incorporó la relación entre estrato social expresado mediante el ingreso y su relación con distintos perfiles patológicos de la población en estudio.
- Se describe la dinámica de la participación social frente a las condiciones de vida y los patrones de enfermedad, así como las necesidades prioritarias de salud en la zona.

Para el primer eje analítico se propuso el componente cuantitativo de la investigación donde se consultaron fuentes de información directa de acuerdo con el INEGI, mediante la información del SCINCE95 (Sistema para la Consulta de Información Censal). Al mismo tiempo en visitas a la colonia en estudio se exploraron y cuantificaron los soportes materiales de vida y su relación con la enfermedad dentro de la localidad mediante una guía de observación directa.

Para el segundo eje analítico, que pretende identificar la relación entre ingreso y los distintos perfiles patológicos de la población.

Se identificaron los soportes materiales de vida, las condiciones de vida, así como la participación social ante las necesidades de salud dentro de la localidad. Para ello se seleccionó la encuesta, ya que ésta sirve para obtener datos actuales y veraces de la información de primera mano e identificar las condiciones de vida y la problemática de salud lo más directamente posible.

Como modelo, para la elaboración de la encuesta se usaron como referencia los indicadores utilizados en el trabajo de Blanco y Sáenz con algunas modificaciones (1990).

Dentro de las variables e indicadores contemplados en la encuesta propuesta se enlistan las siguientes:

(Cuadro 2)

**Tipos de Variables e indicadores contemplados en la encuesta.**

<b>Variables</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Indicadores</b>
Producción	Independ/categórica	Tipo de ocupación
Vivienda	Depend/categórica	Soportes materiales
Situación de Empleo	Depend/categórica	Tipo de contratación
Transporte	Depend/categórica	Medio de transporte y Traslado
Educación	Depend/ ordinal	Acceso y tipo de educación de los hijos
Seguridad Social	Depend/categórica	Otras prestaciones
Salud	Depend/categórica	Atención Médica
Alimentación	Depend/nominal	Gasto en alimento día/semana
Vestido	Depend/nominal	Gasto en vestido calzado /mes
Abasto	Depend/nominal	Lugar de abastecimiento/gasto en despensa
Proc. Salud-Enfermedad	Dependiente	Prevalencia de enfermedad

La aplicación de la encuesta fue realizada en la comunidad de Santa Cruz Acalpixca en la Delegación Xochimilco (Fig 1).

En dicha Delegación se seleccionaron las Unidades Geográficas Número 90130001 y las AGEBS 140-2 y 141-7 (Area Geográfica de Estadísticas Básicas) (INEGI, 1995), debido a que ambas corresponden a la colonia "El Paraíso".

El número de encuestas realizadas dentro de la AGEB mencionada, fue definido por el número de viviendas de uso habitacional dentro de la citada colonia (Fig 2).

Los criterios que se incluyeron en la aplicación de la encuesta fueron los siguientes:

La encuesta fue aplicada cada 4 casas y en el caso de las viviendas donde no se encontró a la familia, se realizó una segunda visita, en los casos de ausencia se omitió la aplicación, y ésta se hizo a la vivienda siguiente. Desde el inicio del estudio se planteó que dicho instrumento fuera aplicado principalmente a las amas

de casa en un horario matutino, dicha encuesta estuvo acompañada de una guía de observación directa \* (Ver anexo 1).

En base a la evaluación realizada, se organizó el primer eje de la investigación. El desarrollo del primer eje analítico se sintetiza en las siguientes fases.

- a.-Investigación documental sobre condiciones de vida de la colonia "El Paraíso".
- b.-Aplicación de la encuesta a una muestra del 220 encuestas de un total de 974 habitantes de las AGEB's mencionadas.
- c.-Codificación y captura de información a partir de los resultados de la encuesta en el programa Statistica 99 ®.
- e.-Análisis de resultados.

Finalmente, se realizó un análisis que integró ejes analíticos para establecer su correspondencia, sus principales alcances y limitaciones, para integrar las líneas generales de una propuesta de intervención que amplíe las posibilidades de la participación social en la comunidad y la modificación de los patrones salud enfermedad.

De acuerdo a lo anterior, se realizaron 220 encuestas de un total de 974 habitantes de las 2 AGEB's, de las cuales se seleccionaron 203 para ser analizadas ya que las restantes presentaban información incompleta.

La encuesta fue codificada y capturada, realizándose una matriz de datos de 63 columnas que corresponden a las variables provenientes de las preguntas de la encuesta, mientras que en los renglones se presentan el número de observaciones que equivale al número de amas de casa encuestadas.

Para el análisis de resultados se eligió el análisis de varianza con efectos fijos. Se eligió como variable independiente el ingreso, por ser el único indicador con percepción monetaria y por constituir uno de los 9 indicadores socioeconómicos considerados por el XI Censo General de Población y Vivienda, 1990 y XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Donde, se define el ingreso por trabajo como variable independiente: Percepción en dinero que la persona ocupada declare recibir por su(s) trabajo(s). Se consideran los ingresos por concepto de sueldos, comisiones, propinas, y cualquier percepción devengada por la actividad económica. El ingreso se publica en salario mínimo mensual (INEGI, 2000).

Como variables dependientes todas las comprendidas dentro de cada indicador tal como puede observarse en el siguiente cuadro.

\*Gula de observación directa proporcionada por el Dr. Jan Bazant Sánchez.

### Variables Seleccionadas para el Análisis de Varianza

(Cuadro 3)

Variable Independiente	Variable dependiente
Escolaridad	Ocupación
Tipo de ocupación *	Ingreso*
Ingreso	Material del techo de la vivienda *
Ingreso	Material de la pared de la vivienda *
Ingreso	Material del piso de la vivienda *
Ingreso	Tipo de instalaciones sanitarias *
Ingreso	Agua potable dentro de la vivienda *
Ingreso	Con instalación eléctrica y medidor *
Ingreso	Tipo de vivienda *
Ingreso	Propiedad del transporte *
Ingreso	Lugar de abasto *
Ingreso	Gasto en vestido por mes *
Ingreso	Perfil patológico
Condiciones materiales (Vivienda)	Perfil patológico
Clase social	Condiciones materiales de vida
Clase social	Perfiles patológicos

\* Se presentan en los resultados solo las variables que fueron estadísticamente muy significativas según el análisis de varianza.

Se aplicó el análisis de varianza de una vía con efectos fijos, (Yamane, 1979). para determinar el efecto del nivel de ingreso sobre las condiciones materiales de vida, como se observó en la tabla anterior.

Para el análisis de varianza se empleó el nivel de ingreso como variable de clasificación y como variable de respuesta a los indicadores de estas condiciones.

Los resultados se evaluaron con base en los siguientes criterios:

$P > 0.05$ , No hubo efecto estadísticamente significativo.

$0.05 > p > 0.01$  El efecto fue significativo estadísticamente \*

$p < 0.01$  El efecto fue estadísticamente muy significativo, o intenso \*

Las hipótesis correspondientes se plantean en los siguientes términos generales:



Hipótesis Nula:  $H_0$ : No hay un efecto sobre la variable de respuesta atribuible a las diferencias en el nivel de ingreso.

Hipótesis alterna:  $H_a$ : Al menos una de las categorías del nivel de ingreso produce diferencias en la variable de respuesta.

Ya que esta prueba solamente evalúa la existencia o no de un efecto, más no el sentido de la diferencia ni la (s) categoría (s) responsable (s), el análisis de varianza se complementó con la técnica del llamado Análisis Exploratorio de Datos, conocida como gráficas de caja y bigote.

En la opción aquí empleada, las cajas corresponden a  $\pm 1$  x error estándar y los bigotes delimitan  $\pm 1.96$  x error estándar, es decir, al intervalo de confianza al 95 %, por lo que el gráfico es considerado a la vez una prueba estadística.

La forma de interpretación es la siguiente:

Si los extremos de los bigotes, coinciden al menos parcialmente para 2 o más categorías de ingreso, no hay diferencias de la variable de respuesta entre ellas; si los extremos de los bigotes no coinciden, la variable de respuesta difiere entre las categorías de ingreso, desde un punto de vista estadístico.

Ambas pruebas se realizaron mediante el módulo de ANOVA-MANOVA del paquete STATISTICA 99 ®.

Finalmente se realizó una reconstrucción de las distintas clases sociales identificables a través de la operacionalización que proponen Bronfman y Tuirán, 1984 y se relacionaron con las condiciones materiales de vida y los perfiles patológicos de la población en estudio.

## Estratificación según clase social

(Cuadro 4)

CATEGORIAS	INDICADOR	ESCALA	RANGO	FLUJO
COMP. FAMILIAR	Habitantes/Vivienda	Núm/Vivienda	1-4, <sup>1</sup> 5-9, <sup>2</sup> 10-14, <sup>3</sup> 15-20 <sup>4</sup>	
	Composición	Tipo	Matr. <sup>5</sup> UL, <sup>6</sup> P/M, <sup>7</sup> Herm, <sup>8</sup> Tíos, <sup>9</sup> Msolt. <sup>10</sup>	<b>ALTO</b>
	Procedencia	Estados	D.F. <sup>11</sup> Ver, <sup>12</sup> Gro, <sup>13</sup> Pue, <sup>14</sup> Oax, <sup>15</sup> Hid, <sup>16</sup> Mich <sup>17</sup>	1, 5, 6, 11, 19, 22, 24, 26, 28, 31, 38, 40, 46, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 63, 65, 66, 70, 74, 76,
PRODUCCIÓN	Ocupación	Tipo de Oficio	(1) <sup>18</sup> (2) <sup>19</sup> (3) <sup>20</sup> (4) <sup>21</sup> (5) <sup>22</sup> (6) <sup>23</sup> (7) <sup>24</sup> (8) <sup>25</sup> (9) <sup>26</sup>	78, 80, 82, 84, 87, 88, 90, 93, 94, 99, 102, 105, 109, 110, 119, 121, 122, 127,
	Jornada	Hrs/Día	>8, <sup>27</sup> 8, <sup>28</sup> 9-14 <sup>29</sup>	132, 133, 137, 138, 139, 141, 142, 143,
	Descanso	Días/Semana	1, <sup>30</sup> 2, <sup>31</sup> 3, <sup>32</sup> días	147, 148, 151, 154,
	Ingreso	Pesos/Semana	0-200 <sup>33</sup> 200-600 <sup>34</sup>	156, 158, 159, 161

			600-1000 <sup>35</sup> <1000 <sup>36</sup>	163, 165, 170, 171,
	Trabajo Doméstico	# Horas	8 horas <sup>37</sup>	172, 174, 178, 179
				183, 184, 189, 192
VIVIENDA	Pisos	Material del Piso	Concreto <sup>38</sup> Tierra <sup>39</sup>	<b>Nueva Pequeña Burguesía</b>
	Techo	Material del Techo	Conc <sup>40</sup> Asb <sup>41</sup> Galv <sup>42</sup> Cartón <sup>43</sup> Madera <sup>44</sup> Lona <sup>45</sup>	<b>Pequeña Burguesía Tradicional</b>
	Pared	Mat. Paredes de la Vivienda.	Ladrillo <sup>46</sup> Galvani <sup>47</sup> Cartón <sup>48</sup> Madera <sup>49</sup>	
Servicios Básicos NIntravivienda				
	Instalaciones Sanitarias	Tipo de Instalación	Con Letrina <sup>50</sup> Sin Letrina <sup>51</sup>	
	Agua Potable	Toma Intravivienda	Con Toma <sup>52</sup> Sin Toma <sup>53</sup>	
	Energía Eléctrica	Medidor	Con Medidor <sup>54</sup> Sin Medidor <sup>55</sup>	
	Cuartos Dormitorio	Dormitorios	Uno <sup>56</sup> Dos <sup>57</sup> Tres <sup>58</sup> Cuatro <sup>54</sup> Más de Cuatro <sup>55</sup>	
	Cocina	Cocina Exclusiva	Con Cocina <sup>56</sup> Sin Cocina <sup>57</sup>	
	Baño	Baño Intravivienda	Con Baño <sup>58</sup> Sin Baño <sup>59</sup>	
Régimen	Prop. de Vivienda	Tipo	Propia <sup>60</sup> Alquiler <sup>61</sup> Rentada <sup>62</sup> Hereda <sup>63</sup> Prestada <sup>64</sup>	
	Prop. Predio	Tipo	Irregular <sup>65</sup> Ejidal <sup>66</sup> Renta <sup>67</sup> Subarren <sup>68</sup> Prestado <sup>69</sup>	
	Tipo de Vivienda	Tipo	Casa <sup>70</sup> Vecindad <sup>71</sup> Cuarto <sup>72</sup>	
Servicios Públicos (Colonia)	Alumbrado Público		Con Alumbrado <sup>73</sup> Sin Alumbrado <sup>74</sup>	<b>MEDIO</b>
	Red de Drenaje		C/ Red Alcantarill <sup>75</sup> S/ Red Alcantarill <sup>76</sup>	2, 5, 6, 12, 14, 16, 18, 21, 22, 23, 26,17, 27, 30, 38, 41,
	Red Agua Potable		Toma Intradom <sup>77</sup> S/Toma Intradom <sup>78</sup>	42, 44, 47, 50, 53, 55, 56, 57, 59, 62,
	Red Telefónica		Con Red <sup>79</sup> Sin Red <sup>80</sup>	65, 67, 71, 74, 76,
	Recolección Basura		Con Servicio <sup>81</sup> Sin Servicio <sup>82</sup>	78, 80, 82, 83, 84, 86, 90, 93, 94, 98, 101, 105, 109, 118, 121, 126, 131, 136,
EMPLEO	Situación de Empleo	Tipo Contratación	Eventual <sup>83</sup> Fijo <sup>84</sup>	137, 140, 148, 149, 152, 154, 155, 159, 162, 163, 164, 168,
TRANSPORTE	Propiedad	Tipo de Transporte	Sin Auto <sup>85</sup> Bici <sup>86</sup> Taxi <sup>87</sup> Bicitaxi <sup>88</sup>	170, 173, 174, 177,

	Gasto en Transporte	Gasto Pesos MN 2000	0-10 <sup>90</sup> 10-20 <sup>91</sup> 20-30 <sup>92</sup>	179, 180, 182, 187, 188, 189, 190
	Tiempo Gastado en Transporte	Traslado	1-2 <sup>93</sup> 2-4 <sup>94</sup> 4-6 <sup>95</sup> 6-8 <sup>96</sup>	<b>Proletariado Típico</b>
				<b>Proletariado No Típico</b>
EDUCACION	Escolar/Primaria	Ind/Fam	1-2 <sup>97</sup> 2-3 <sup>98</sup> 3-4 <sup>99</sup> todos <sup>100</sup>	
	Secundaria	Ind/Fam	1-2 <sup>101</sup> 2-3 <sup>102</sup> 3-4 <sup>103</sup> todos <sup>104</sup>	
	Preparatoria	Ind/Fam	1-2 <sup>105</sup> 2-3 <sup>106</sup> 3-4 <sup>107</sup> todos <sup>108</sup>	
	Técnica	Ind/Fam	1-2 <sup>109</sup> 2-3 <sup>110</sup> 3-4 <sup>111</sup> todos <sup>112</sup>	
	Sin Instrucción	Ind/Fam	1-2 <sup>113</sup> 2-3 <sup>114</sup> 3-4 <sup>115</sup> todos <sup>116</sup>	
ALIMENTACIÓN	Gasto en Alimento	Gasto Pesos MN	1Sal <sup>117</sup> 2 Sal <sup>118</sup> 3 Sal <sup>119</sup> 4 Sal <sup>120</sup>	
	Lugar de Abasto	Tipo de Establec	Merc-X <sup>121</sup> Super <sup>122</sup> Misc <sup>123</sup> Tianguis <sup>124</sup>	
VESTIDO	Gasto en Vestido	Gasto/Mes Pesos MN 2000	Nada <sup>125</sup> 0-200 <sup>126</sup> 200-400 <sup>127</sup> 400-600 <sup>128</sup> 600-800 <sup>129</sup>	
	Gasto en Calzado	Gasto/Mes Pesos MN 2000	Nada <sup>130</sup> 100-300 <sup>131</sup> 300-600 <sup>132</sup>	
SALUD	Lugar de Atención	Lugar/Delegación	ISSSTE <sup>133</sup> Disp <sup>134</sup> Casa <sup>135</sup> SSA-X <sup>136</sup> IMSS <sup>137</sup> Priv <sup>138</sup> Psi/Neuro <sup>139</sup> Simi <sup>140</sup>	
	Seg. Soc. Sal	Tipo	IMSS <sup>141</sup> ISSSTE <sup>142</sup> Priv <sup>143</sup> Dispen <sup>144</sup> Similares <sup>145</sup>	
	Opinión del Servicio	Calidad	Excel <sup>146</sup> Bueno <sup>147</sup> Reg <sup>148</sup> Malo <sup>149</sup> No Sabe <sup>150</sup>	
	Necesidades/Col	Tipo de Demanda	Med Fam <sup>151</sup> Plan <sup>152</sup> Urg <sup>153</sup> Odont <sup>154</sup> Todas <sup>155</sup>	<b>BAJO</b>
	Morbilidad	Tipo de Enferm	Gripe/tos <sup>156</sup> Diarr <sup>157</sup> Hipert <sup>158</sup> Diab <sup>159</sup> Varic <sup>160</sup> depre/Estrés <sup>161</sup>	3,4, 6, 7, 8, 10, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 23, 25, 29, 32, 39, 43, 44, 45, 48, 49, 51, 53, 55, 56,
	Grupos Susceptibles	Grupos	Bebés <sup>162</sup> Niños <sup>163</sup> Adolesc <sup>164</sup> Adulto <sup>165</sup> Ancian <sup>166</sup> Todos <sup>167</sup>	57, 59, 61, 64, 65, 68, 69, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 83, 85,
	Asist. Especialid.	Tipo Especialidad	Odontol <sup>168</sup> Ning <sup>169</sup> Plan-Fam <sup>170</sup> Psiq <sup>171</sup> Neurol <sup>172</sup> Pediat <sup>173</sup>	90, 93, 94, 97, 114, 116, 117, 121, 125, 130, 134, 135, 144,
				150, 153, 155, 157,
PARTICIPACIÓN SOCIAL	Organización Social	Participación	Si Participa <sup>174</sup> No Participa <sup>175</sup>	162, 163, 164, 169,

	Acciones Comunitarias	Participación Com	No Participa <sup>176</sup> Faenas <sup>177</sup> Jefe/Manzana <sup>178</sup> Mesa/Asambleas <sup>179</sup> Comité/Limpieza <sup>180</sup> No Participa <sup>181</sup> Comité/Vecinal <sup>182</sup> Trámites <sup>183</sup> Mesa Directiva <sup>184</sup> Mala Opinión <sup>185</sup>	170, 174, 176, 177, 187, 188, 189, 190, 191, 192  Fuerza de Trabajo  Libre  <b>Fuerza de Trabajo Libre No Asalariada.</b>
	Probl. Percibidos.	Tipo de Problema	No Sabe <sup>186</sup> Alc <sup>187</sup> Drog <sup>188</sup> Robo <sup>189</sup> No Dijo <sup>190</sup> Viol <sup>191</sup> Fam <sup>191</sup> Todas <sup>192</sup>	

- 18.-Obreros
- 19.-Hojalateros, Fotografos, Peluq, Herreros, Plom, Carp, Zap, Jardin, Mec.
- 20.-Choferes
- 21.-Comerciantes y Vendedores (Tiangustas, pepenadores, ambulantes via pública)
- 22.-Profesionales (Técnico) Secretarias, Profrs, Enferm, Chef.
- 23.-Albañil, Peón, trabajadores de la Construcción
- 24.-Contratistas, Arq.
- 25.-trabajadoras domésticas, custodios, veladores, intendentos, policias,
- 26.-Empleados de oficina (solo con estudios de primaria, secundaria).



## Reconstrucción de las Clases Sociales Identificadas en este estudio según la propuesta de Bronfman y Tuirán (1984).

**Burguesía:** Agentes sociales relacionados con las funciones de las fases de producción y/o circulación del capital.

\*Agentes sociales portadores de otras prácticas de reproducción global del capital.

**Pequeña Burguesía Tradicional:** Agentes sociales que pese a estar sometidos a la explotación capitalista mantienen la capacidad de reproducirse de manera independiente.

\*Disponen de medios de producción propios.

\*Utilizan la fuerza de trabajo del grupo familiar.

**Nueva Pequeña Burguesía:** Son trabajadores con altos puestos de nivel técnico y con poder en la toma de decisiones.

\*Realizan funciones propias del capital, en la organización y dirección de los procesos de trabajo y producción.

\*Gerentes, Administradores, Jefes de Departamento.

**Proletariado:** No poseen medios de producción propios, pero son portadores de prácticas especializadas para vender su trabajo, no su fuerza de trabajo.

(Profesionales y técnicos que trabajan por cuenta propia en despachos consultorios, trabajadores del sector de servicios que exigen altos niveles de especialización.

*Proletariado Típico:* Trabajadores que desempeñan actividades directas vinculadas con la producción y transporte de mercancías.

*Proletariado No Típico:* Son trabajadores asalariados que solo tienen relación directa con la producción.

a) Trabajan en establecimientos con menos de 5 trabajadores.

b) Unidades de 5 o más trabajadores.

**Fuerza de Trabajo Libre No Asalariada:** Trabajadores que desempeñan una actividad libre No asalariada (inestable) poseen artefactos o instrumentos rudimentarios para desempeñar su trabajo.

\*Obtienen su ingreso inferior al costo estándar de reproducción de la fuerza de trabajo, no se exige calificación alguna.

**Clases Sociales Identificables en este Estudio de acuerdo a los indicadores  
Según Bronfman y Tuirán (1984).**

(Cuadro 5)

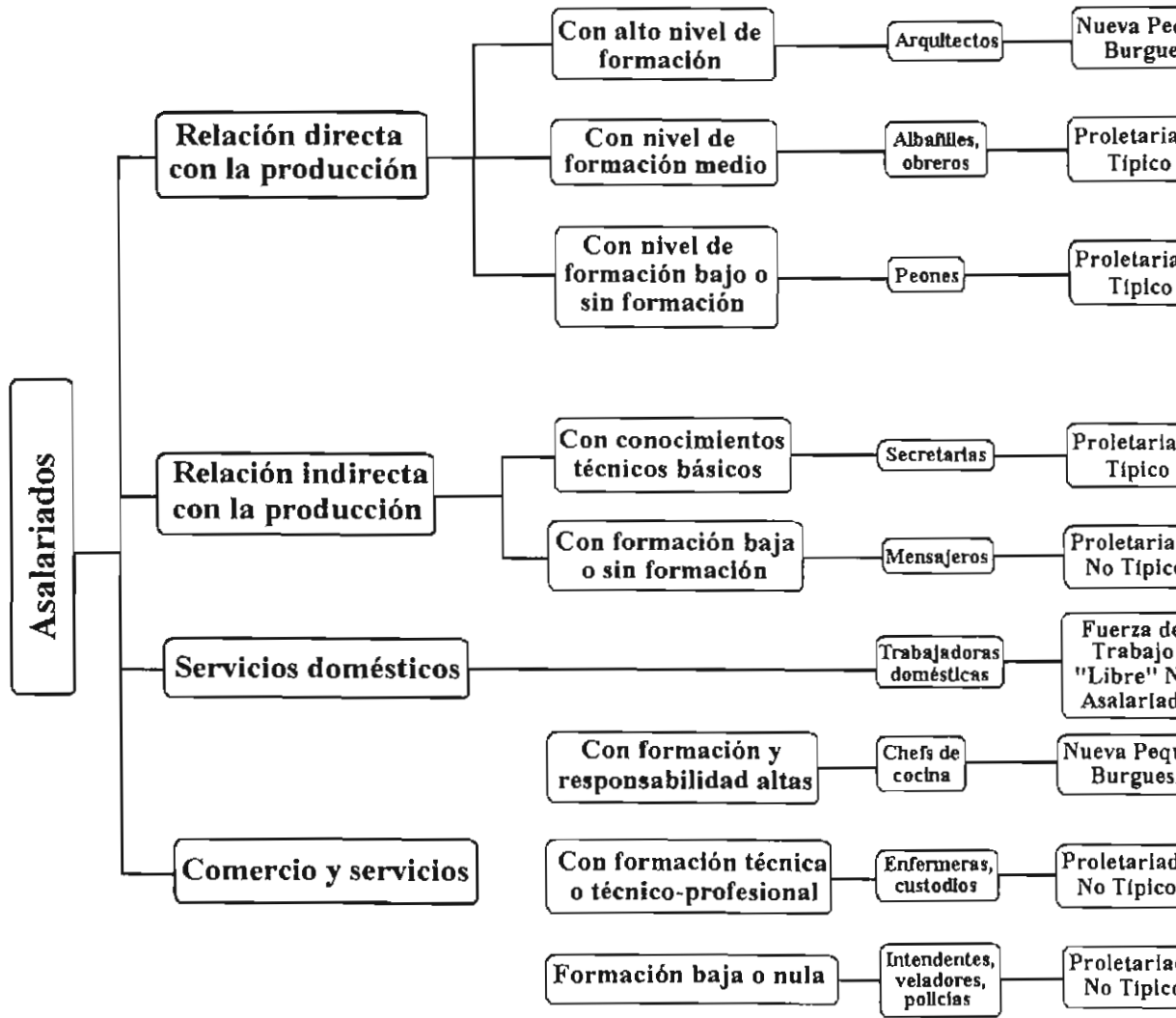
<b>Pequeña Burguesía Tradicional</b>	<b>Pequeña Burguesía Tradicional</b>
	Ingreso
Posición en la Ocupación	Ocupación
Prop. Maquinaria/Herramientas	Estudios Técnicos
Prop. Taller o Negocio	Lugar de Abasto
Tipo de Actividad	Tipo de Vivienda
Tipo de Ocupación	Tipo de Techos de la Vivienda
Nivel de Escolaridad	Instalaciones Sanitarias
	Gasto en Alimentación

<b>Nueva Pequeña Burguesía</b>	<b>Nueva Pequeña Burguesía</b>
	Ingreso
Posición en la Ocupación	Ocupación
Nivel de Escolaridad	Escolaridad
Rama de la Actividad	Lugar de Abasto
Tipo de Ocupación	Tipo de Vivienda
Nivel de Responsabilidad	Tipo de Techos de la Vivienda
	Instalaciones Sanitarias
	Gasto en Alimentación

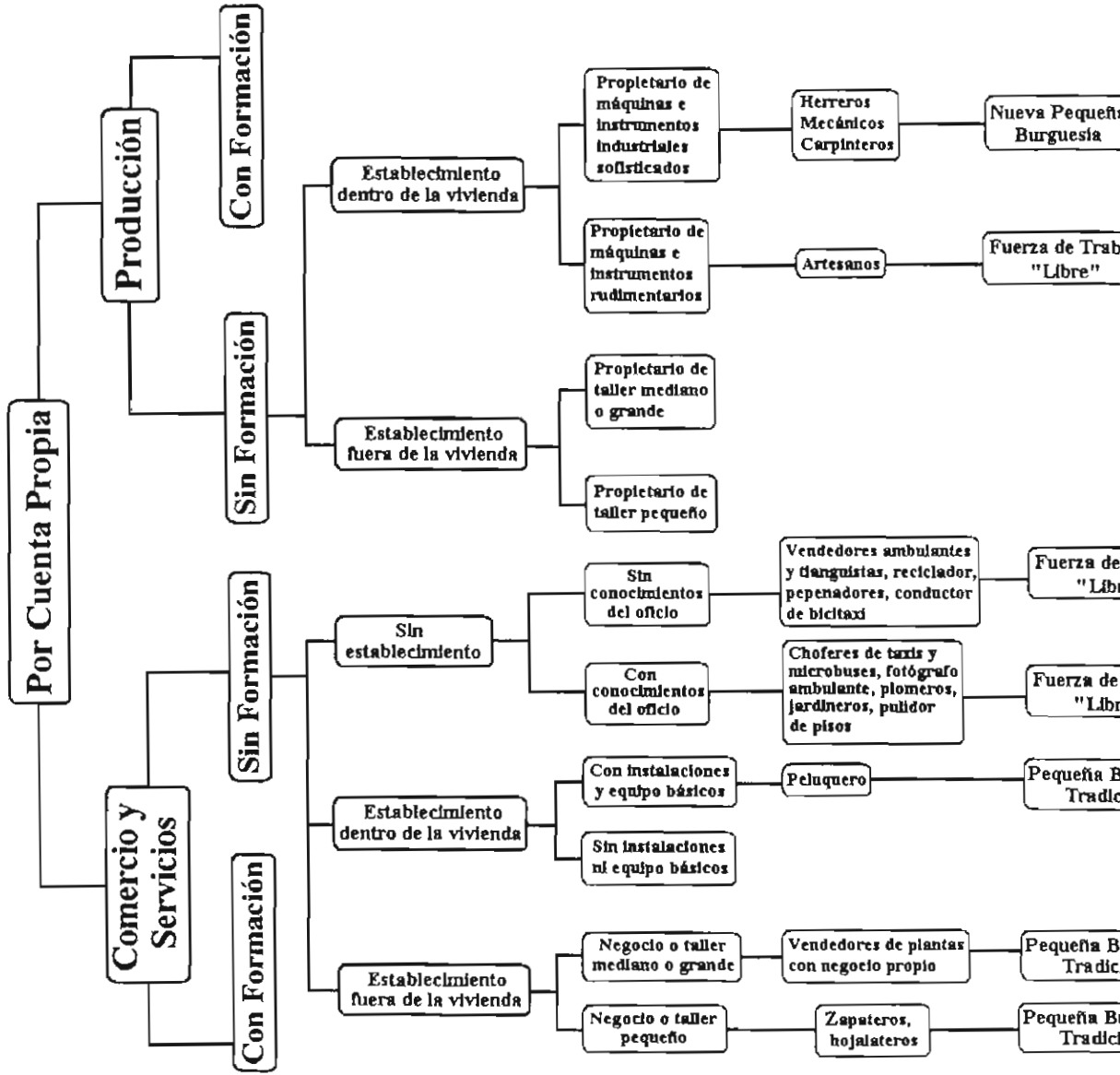
<b>Proletariado</b>	<b>Proletariado</b>
	Ingreso
Posición en la Ocupación	Ocupación
Tipo de Ocupación	Escolaridad
Rama de Actividad	Lugar de Abasto
Nivel de Responsabilidad	Tipo de Vivienda
Nivel de Escolaridad	Tipo de Techos de la Vivienda
Tamaño del establecimiento	Instalaciones Sanitarias
	Gasto en alimentación

<b>Fuerza de Trabajo Libre</b>	<b>Fuerza de Trabajo Libre</b>
	Ingreso
Posición en la Ocupación	Tipo de Ocupación
Tipo de Ocupación	Escolaridad
Rama de la Actividad	Tipo de Vivienda
Nivel de Responsabilidad	Tipo de Techos de la Vivienda
Nivel de Escolaridad	Instalaciones Sanitarias
Tamaño del Establecimiento	Gasto en Alimentación

## Operacionalización de Pequeña Burguesía Tradicional, Nueva Pequeña Burguesía y Fuerza de Trabajo Libre No Asalariada



## Operacionalización de Pequeña Burguesía Tradicional, Nueva Pequeña Burguesía y Fuerza de Trabajo Libre No Asalariada





## RESULTADOS

Los resultados obtenidos con base en los ejes analíticos propuestos por Blanco y Sáenz (1990), corresponden al componente cuantitativo de los soportes materiales y las condiciones de vida de los habitantes de la colonia "El Paraíso" ubicada en la Delegación Xochimilco, en donde el carácter de irregularidad del predio, determina la inaccesibilidad y la falta de disponibilidad de servicios e infraestructura y/o soportes materiales básicos dentro de la localidad, tal como red de drenaje y agua potable, alumbrado público, pavimentación, centros de educación y salud entre los principales.

Se realizaron 220 encuestas a amas de casa de un total de 974 habitantes de la zona en estudio pero solamente se analizaron 203 por considerarse que algunas estaban incompletas, dicha encuesta se acompañó de una guía de observación directa para identificar los soportes materiales de la USEC.

En la primera parte de los resultados, solamente se presentan los análisis de las variables que mostraron valores de muy significativos en el análisis de varianza en relación con el ingreso.

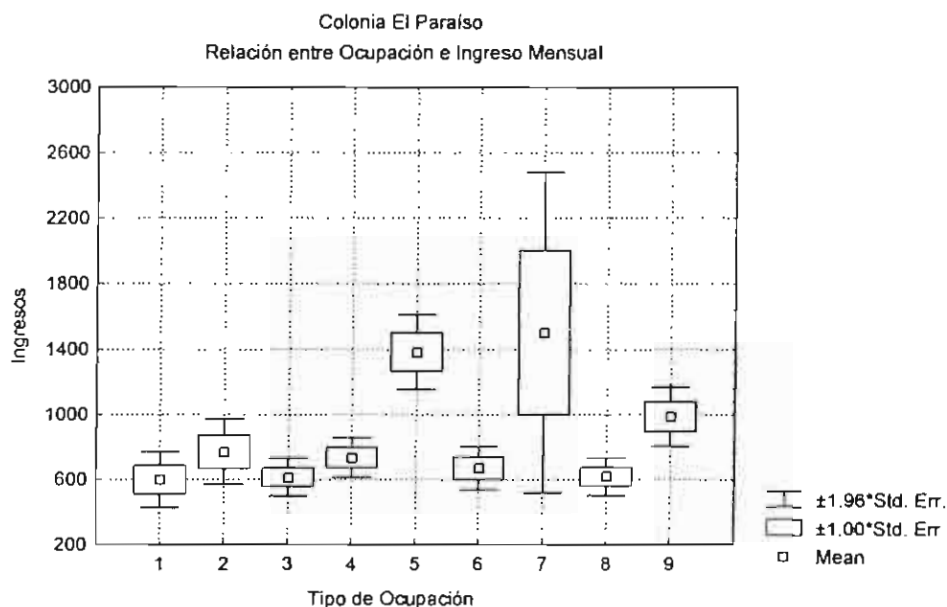
Posteriormente, se presenta una segunda parte de los resultados que habla sobre la constitución de perfiles patológicos a partir de las condiciones de vida, se realizaron histogramas sobre los tipos de enfermedad encontrados en el estudio y las condiciones materiales de los habitantes de la colonia.

### *Ocupación*

La Tabla muestra los resultados del análisis de varianza, que indican que el efecto de la ocupación sobre el ingreso es muy significativo ( $p < 0.01$ ). Por su parte, en el diagrama de caja y bigote de la Figura se observa la relación entre el ingreso y el tipo de ocupación de quienes aportan éste a la familia; debe destacarse que los números 5 y 7 difieren notablemente del resto del tipo de ocupación. La categoría 5 corresponde a empleados que poseen algún tipo de estudio a nivel técnico, los cuales tienen ingresos significativamente mayores a los de las otras categorías; entre los empleos correspondientes a esta categoría se encontraron secretarías, enfermeras y maestros. Por otra parte, la categoría 7, en donde se tienen contratistas, pulidores de pisos y músicos, difiere de otras categorías por la gran dispersión en el ingreso. Otra categoría con ingresos mayores a los de la mayoría de las otras fue la 9, la cual incluye a empleados de oficina, con preparación comercial o técnica.

Tabla . Relación entre ingreso y ocupación.

Fuente de variación	Grados de libertad efecto	Grados de libertad error	Razón de varianza	p
Ocupación	8	194	6.252	<b>0.0000 **</b>



Tipo de Ocupación

- 1.-Obreros
- 2.-Ocupación /Oficios con medios propios de producción (Hojalatero, Fotógrafos, Peluqueros, Herreros, Plomeros, Carpinteros, Zapateros, Jardineros, Mecánicos).
- 3.-Choferes ( bicitaxi, taxi, microbus).
- 4.-Comerciante, Vendedor (libre o con patrón).
- 5.-Técnicos, Secretarías, Profesores y Enfermeras (Nivel técnico).
- 6.-Albañil, Peón, Trabajadores de la Construcción (Pulidor de pisos).
- 7.-Contratistas, Arquitectos.
- 8.-Trabajadoras Domésticas, Veladores, Intendentes, Custodios, Policías.
- 9.-Empleados de Oficina (Con estudios de Primaria y Secundaria).

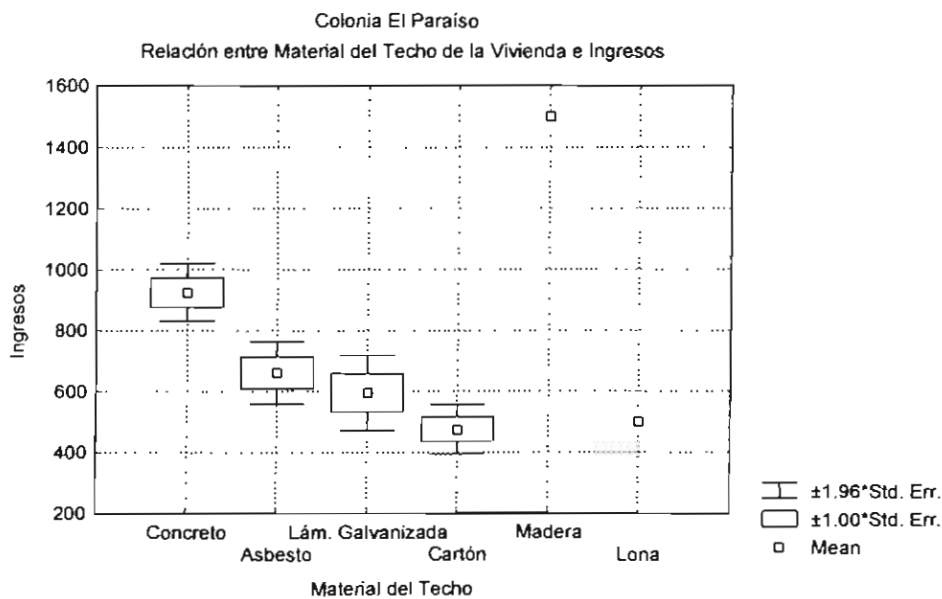
### Material del Techo

De acuerdo con las condiciones de la vivienda y particularmente en la relación entre ingreso y material del techo de la vivienda, se observa que el ingreso determina directamente los materiales de las mismas. En el diagrama de caja y bigote, se encontraron 3 grupos bien diferenciados, los cuales están influenciados notablemente por el ingreso. Se observa, que el grupo de techo de concreto percibe mayores ingresos. También se encuentran en una categoría intermedia los techos de lámina mientras que el grupo con menores ingresos es en donde el techo de la vivienda es de cartón. Cabe mencionar, que se encontraron viviendas con techo de madera e incluso lona en casos muy particulares y localizados de la colonia.

En el análisis de varianza, esta relación fue muy significativa estadísticamente de acuerdo con el valor de ( $p < 0.0000$ ).

Tabla . Relación entre ingreso y material del techo

Fuente de variación	Grados de libertad efecto	Grados de libertad error	Razón de varianza	P
Material del techo	5	197	7.109	0.0000 **



### Material de la Pared

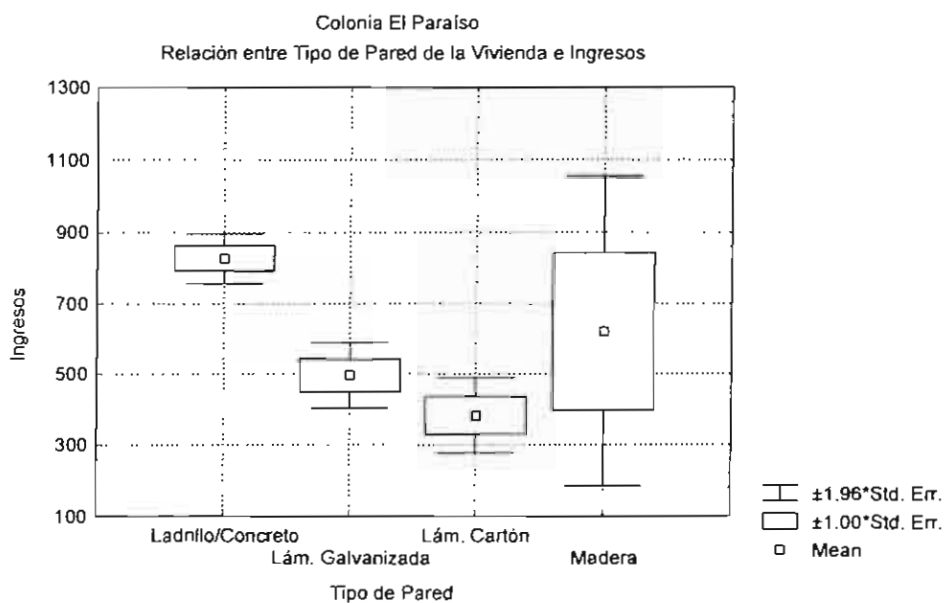
En cuanto a la relación entre el ingreso y material de la pared de la vivienda, puede observarse que el grupo más pequeño en el análisis fue el ladrillo/concreto, el cuál está influenciado claramente por el mayor ingreso, las categorías de láminas galvanizada y cartón se encuentran en el grupo intermedio de ingresos, mientras que la categoría más notable fue la de madera, la cual no necesariamente se asoció a los bajos ingresos de trabajadores de la zona.

De lo anterior, se observa una preferencia por la utilización de madera en el caso de paredes de las viviendas de la zona, la cual puede deberse probablemente a la facilidad de que esta sea transportada a la colonia.

En el análisis de varianza entre ingreso y material de la pared de la vivienda se obtuvo un valor de ( $p < 0.0008$ ) el cual fue muy significativo estadísticamente.

Tabla . Relación entre ingreso y material de la pared

Fuente de variación	Grados de libertad efecto	Grados de libertad error	Razón de varianza	P
Material de la pared	3	199	5.724	<b>0.0008 **</b>



### Material del Piso de la Vivienda

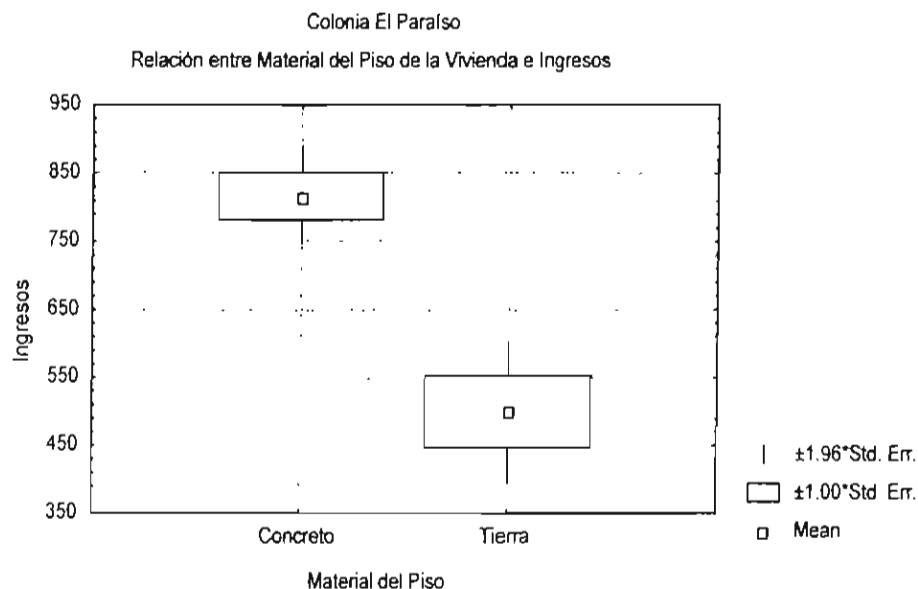
De acuerdo con otro aspecto importante de las condiciones materiales de la vivienda se encuentra el piso, en donde en el diagrama de caja y bigote de la relación entre el ingreso y piso de la vivienda pueden observarse 2 grupos bien diferenciados e influenciados directamente por el nivel de ingreso. El primer grupo, en donde se encontró que la categoría concreto se asoció con altos ingresos, pero donde en esta caso sólo se debía a piso con *firme* de cemento, sin ningún tipo de recubrimiento por ejemplo, mosaicos o losetas.

En el segundo grupo, en la categoría de piso de tierra, se asoció con los ingresos más bajos y éste sólo se encontró *apisonado*, según lo manifestaban los colonos del lugar y tal como se comprobó según observación.

En el análisis de varianza se obtuvo que esta relación fue estadísticamente muy significativa de acuerdo con el valor obtenido de ( $p < 0.0004$ ).

Tabla . Relación entre ingreso y material del piso de la vivienda

Fuente de variación	Grados de libertad efecto	Grados de libertad error	Razón de varianza	P
Material del piso	1	201	12.694	<b>0.0004 **</b>



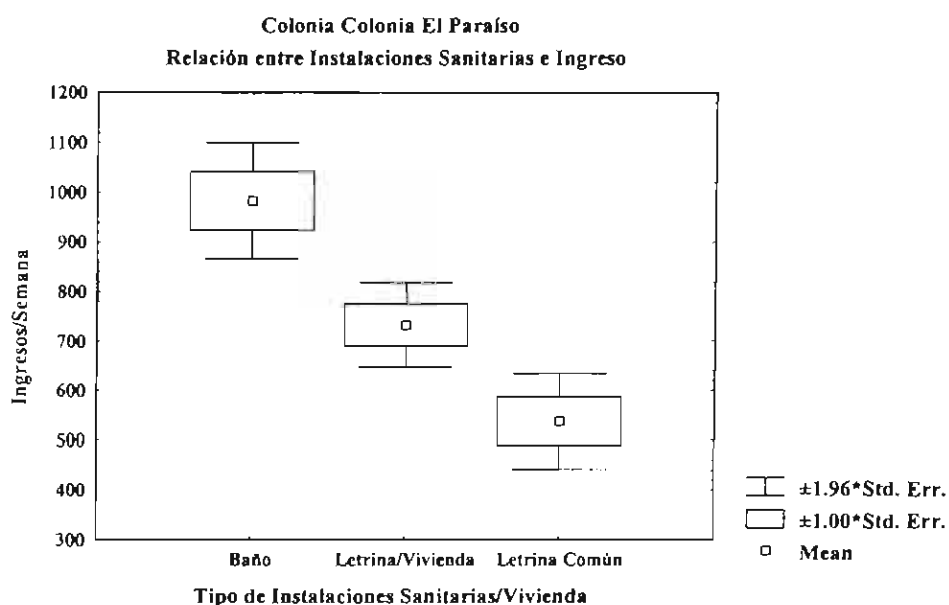
### Instalaciones Sanitarias

En el diagrama de caja y bigote en donde se establece la relación entre ingreso e instalaciones sanitarias de la vivienda, se puede observar, que el nivel de ingreso de los habitantes de la colonia determina notablemente el tipo de instalaciones sanitarias de la vivienda.

De acuerdo con lo anterior, se observan tres grupos que se encuentran influenciados directamente por el nivel de ingreso, pues se aprecia que éste define claramente el tipo de instalación sanitaria que se encuentra en la vivienda.

Tabla . Relación entre ingreso e instalaciones sanitarias

Fuente de variación	Grados de libertad efecto	Grados de libertad error	Razón de varianza	p
Instalaciones sanitarias	2	200	16.745	<b>0.0000 **</b>



### Agua Potable en la Vivienda

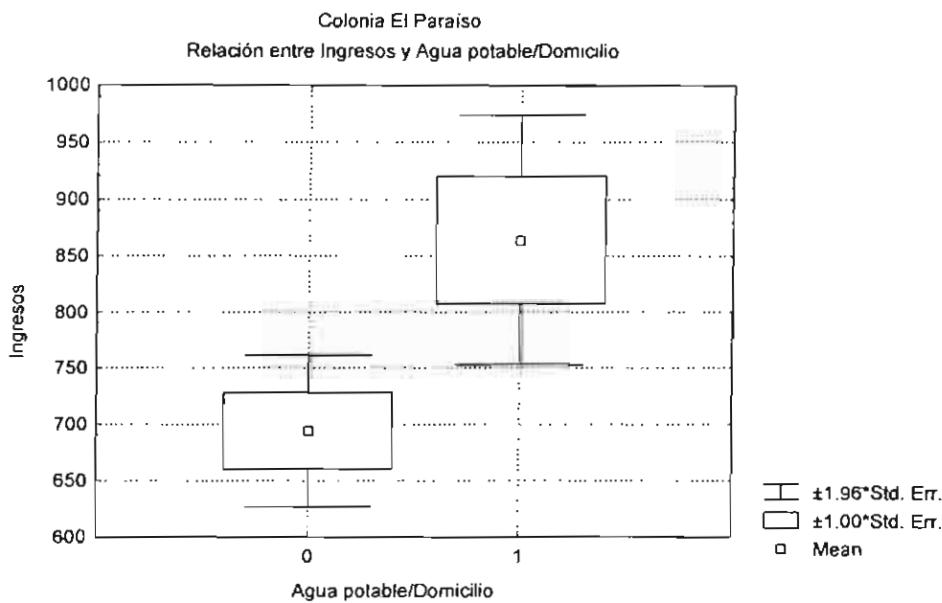
En la relación entre ingreso y agua potable dentro del domicilio se establece claramente la influencia de la mayor percepción de ingresos con la capacidad de contar con, instalaciones de agua potable en la vivienda, tal como se observa en el segundo grupo del diagrama de caja y bigote.

En cambio en el primer grupo, el cual no cuenta con agua potable hasta o dentro de la vivienda y percibe menores ingresos, esta relación con el ingreso es muy clara. Cabe señalar que en este caso los habitantes que no tienen agua potable se *conectan* con mangueras de plástico hasta alguna toma de agua de la avenida principal o a la red general, aspectos de los que se hablarán en la discusión del trabajo.

En el análisis de varianza se obtuvo que esta relación fue muy significativa como se observa en el valor obtenido de ( $p < 0.0082$ ).

Tabla . Relación entre ingreso y agua potable en la vivienda

Fuente de variación	Grados de libertad efecto	Grados de libertad error	Razón de varianza	p
Agua potable en la vivienda	1	201	7.129	<b>0.0082 **</b>



### Instalación Eléctrica

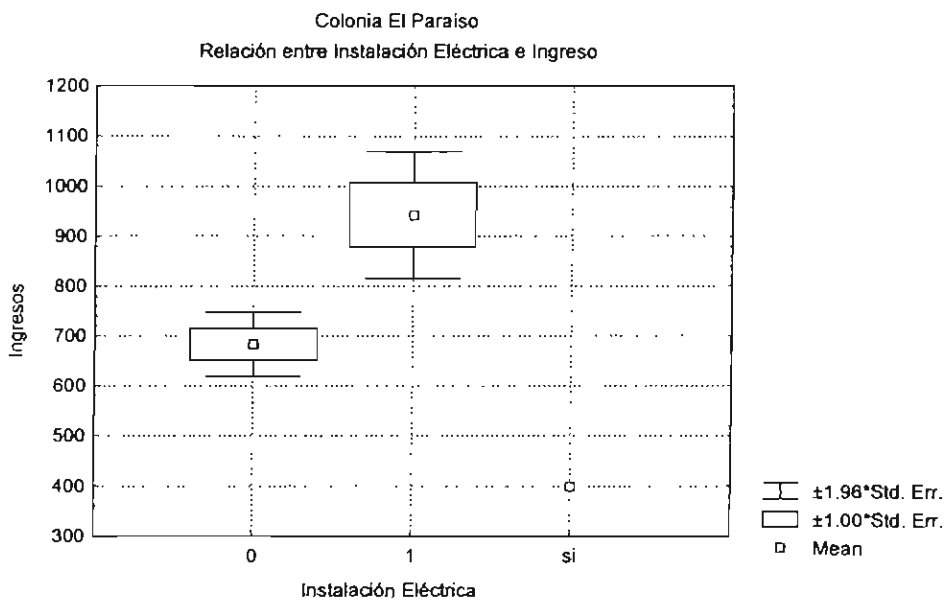
En el diagrama de caja y bigote de la relación entre ingreso e instalación eléctrica se observan dos grupos notablemente definidos el primero, de bajos ingresos y que carece de instalación eléctrica propia de la vivienda, y que externo incapacidad para pagar un medidor de luz e instalación general por parte de la compañía, pero que sin embargo si paga una cantidad asignada por vivienda por parte de la delegación, situación que será retomada en la discusión de este trabajo.

En el segundo grupo, se encontró que la relación fue muy clara, ya que cuenta con mayores ingresos lo cual les permite pagar una instalación *regular* de energía eléctrica que cuenta con medidor.

Con respecto al análisis de varianza la prueba estadística fue muy significativa, tal como puede observarse en el valor de ( $p < 0.0004$ ).

Tabla . Relación entre ingreso e instalación eléctrica en la vivienda

Fuente de variación	Grados de libertad efecto	Grados de libertad error	Razón de varianza	p
Instalación eléctrica	2	200	8.226	0.0004 **





### Tipo de Vivienda

En el diagrama de caja y bigote de la relación entre ingreso y tipo de vivienda se notan claramente tres grupos determinados por el ingreso.

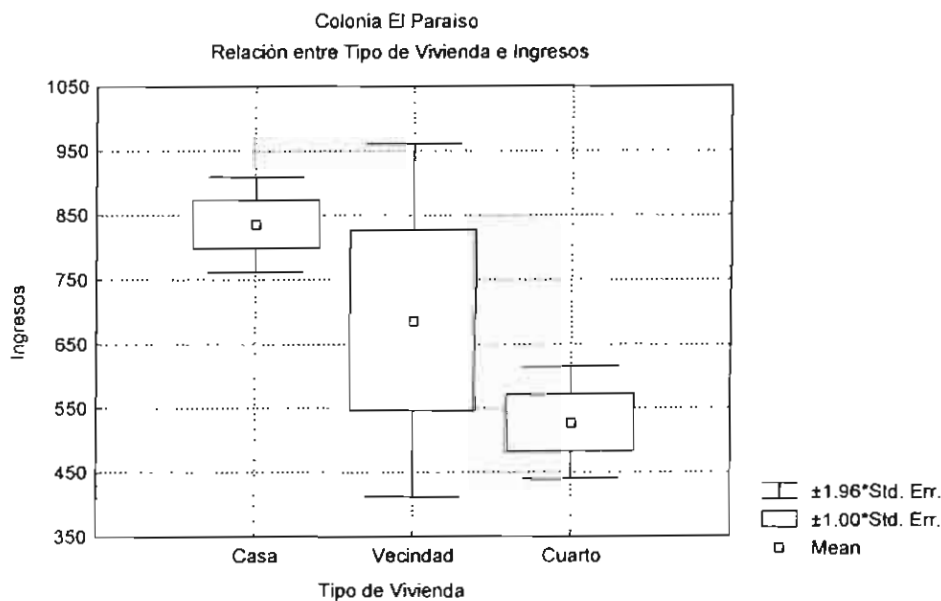
El primero grupo cuenta con una minoría de familias con los ingresos más altos de la zona que habita en casa. El segundo grupo es muy variable en cuanto al ingreso, tal como puede observarse en la figura, este nivel es de ingresos medios, pero que vive en vecindad, en donde en la mayoría de las veces la vivienda es rentada.

El tercer grupo, el cual es el de bajos ingresos, y habita en un solo cuarto que también es rentado.

El análisis de varianza de esta relación probó que esta relación fue muy significativa de acuerdo al valor de ( $p < 0.0009$ ).

Tabla . Relación entre ingreso y tipo de vivienda

Fuente de variación	Grados de libertad efecto	Grados de libertad error	Razón de varianza	P
Tipo de vivienda	2	200	7.326	<b>0.0009 **</b>



**Número de Personas con Estudios Técnicos/Vivienda**

En el diagrama de caja y bigote se estableció la relación entre ingreso y número de personas con estudios técnicos por familia. En la figura, se observan 3 grupos notablemente diferenciados, en el primero, con un nivel de ingresos bajo y en donde no existe ningún miembro de la familia con estudios de este tipo.

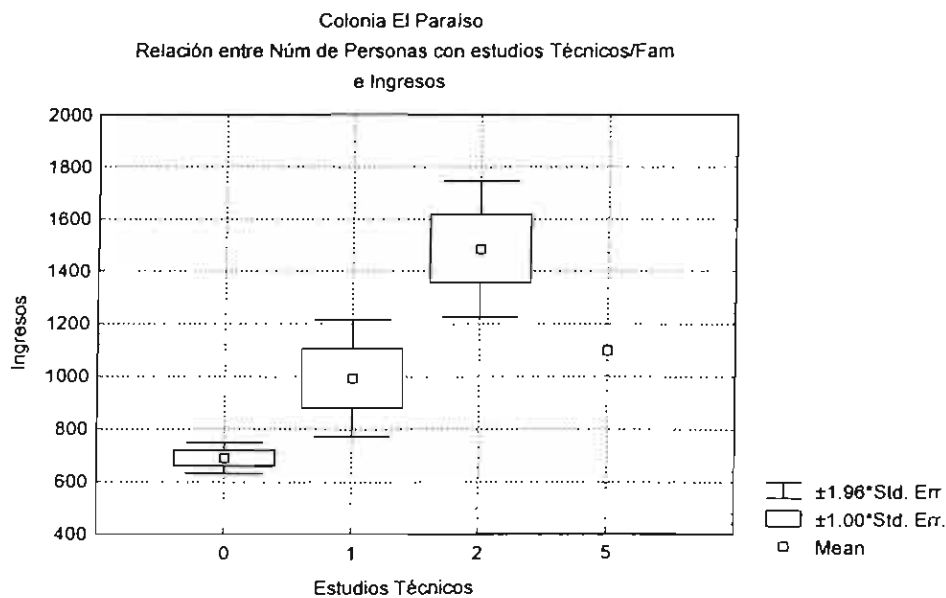
En el segundo grupo, se encontró que el ingreso tiene un nivel medio con al menos con 1 miembro de familia con estudios a nivel técnico, y el tercer grupo, este cuenta con mayores ingresos y donde al menos 2 miembros de familia tienen estudios técnicos.

De lo anterior, se establece una relación directa entre estudios técnicos, ingreso, y ocupación en la producción, la cual se discutirá posteriormente.

El análisis de varianza de la relación entre ingreso y número de personas con estudios técnicos por familia mostró ser muy significativo estadísticamente de acuerdo con el valor obtenido de p para esta relación ( $p < 0.000$ ).

Tabla . Relación entre ingreso y número de personas con estudios técnicos por vivienda.

Fuente de variación	Grados de libertad efecto	Grados de libertad error	Razón de varianza	p
Personas con educación técnica	3	199	15.500	<b>0.0000 **</b>



### Lugar de Abasto para Alimentación

En la relación entre ingreso y lugar de abasto para alimentación, en el diagrama se observan 4 grupos notablemente similares en cuanto al nivel de ingreso, los cuales se abastecen en los mercados, misceláneas y tianguis cercanos a la colonia.

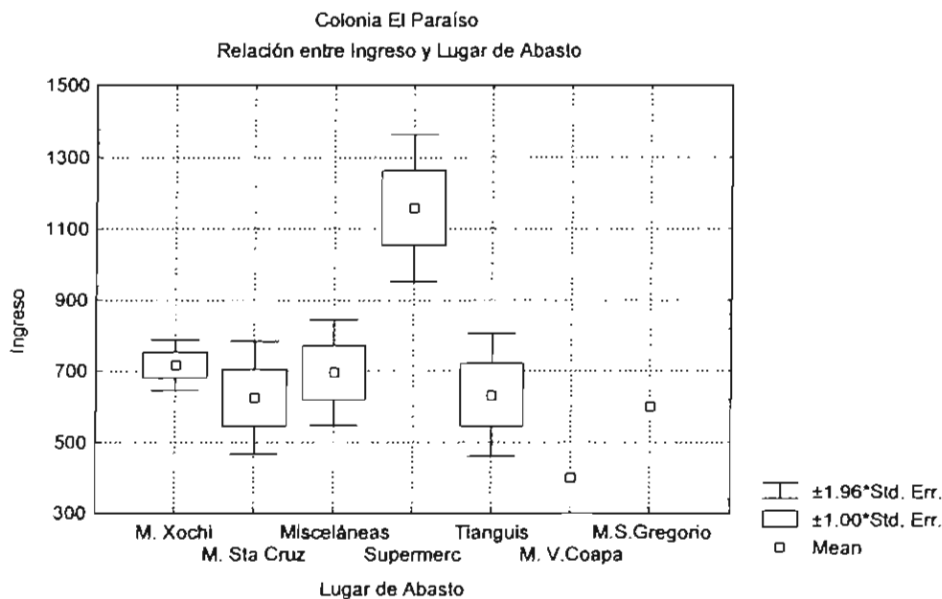
El grupo más notorio y que se caracteriza por un mayor nivel de ingresos, tal como puede observarse en la figura, manifestó realizar sus compras de alimentación y otros productos en supermercados, lo cual está influenciado directamente con el nivel de ingresos más alto de los trabajadores de la colonia.

Además se observó que pueden desplazarse hacia supermercados más alejados de la zona como es el mercado de Villa Coapa y pueden asignar un cargo extra a sus compras por el uso del transporte.

En el análisis de varianza se encontró que la relación entre ingreso y lugar de abasto para alimentación fue muy significativa.

Tabla . Relación entre ingreso y lugar de abasto para alimentación.

Fuente de variación	Grados de libertad efecto	Grados de libertad error	Razón de varianza	P
Lugar de abasto	6	196	4.728	<b>0.0001 **</b>



### Gasto en Alimentación

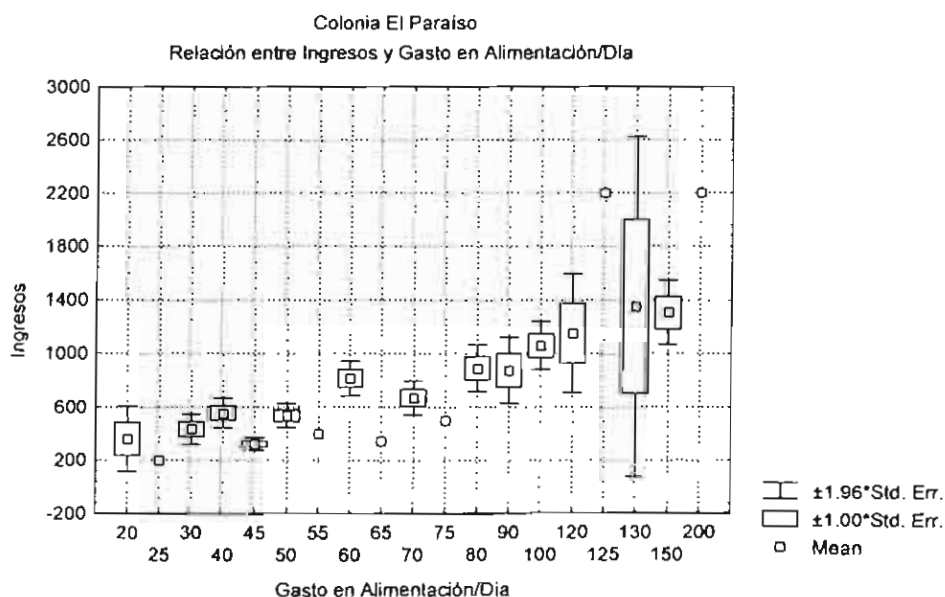
En el diagrama de caja y bigote en donde se establece la relación entre ingreso y gasto en alimentación puede observarse que el nivel de ingresos fue muy variable; Sin embargo este, juega un papel determinante en el gasto para alimentación, pues puede observarse un primer grupo que asigna desde 20.00 por día para alimentación, un segundo grupo que asigna entre 30 y 75.00 por día para alimentación, un tercer grupo de 75 a 100.00 y un último grupo que es el más notorio en cuanto a la cantidad que asigna de gasto para alimentación por día por familia.

De acuerdo a lo anterior se observan casos extremos de la cantidad asignada para este rubro por familia, pero estos casos serán comentados en la discusión.

El análisis de varianza de la relación entre ingreso y gasto para alimentación por día por familia mostró que la prueba es muy significativa de acuerdo al valor obtenido de  $p$  según se observa en la siguiente tabla ( $p < 0.0000$ ).

Tabla . Relación entre ingreso y gasto en alimentación.

Fuente de variación	Grados de libertad efecto	Grados de libertad error	Razón de varianza	P
Gasto en alimentación	18	184	6.330	<b>0.0000 **</b>



## Condiciones Materiales de Vida y Perfiles Patológicos.

En la segunda parte de los resultados, los cuales tratan sobre la constitución de perfiles patológicos a partir de las condiciones de vida, se realizaron histogramas sobre los tipos de enfermedad encontrados en el estudio y las condiciones materiales de los habitantes de la colonia.

Primeramente debe recordarse que se consideró incluir la variable ingreso ya que éste se relaciona directamente con la posición socioeconómica.

Tal como puede observarse en los siguientes histogramas sobre el ingreso en número de salarios mínimos per cápita, la moda de la población se encontró de medio a un salario percibido por los habitantes de la colonia, lo cual indica que según

En relación a los histogramas realizados de acuerdo al tipo de enfermedades de los habitantes de la colonia y el ingreso se pudo observar que de medio salario a dos y medio salarios mínimos por familia, tal número de salarios están relacionados con las enfermedades como gripe y tos y las enfermedades diarreicas principalmente.

En el caso del tipo de enfermedad y el número de personas por vivienda se obtuvo que de 1 hasta 5 habitantes por vivienda se enferman comúnmente de gripe y tos, mientras que este mismo patrón se observa en las enfermedades diarreicas.

En los casos de hasta 7 individuos por familia y tipo de enfermedad, en la figura se observan casos de hipertensión arterial esto, probablemente, puede deberse a que en la familias numerosas, el matrimonio es mayor de edad y en otros casos los tíos o abuelos forman parte del grupo familiar.

En la figura del tipo de enfermedad y tipo de vivienda la mayoría de los habitantes viven en "casa", y a pesar de ello las enfermedades que aquejan a éstos son la gripe y tos, seguidas de las enfermedades diarreicas. Debe destacarse también que enfermedades como la gripe y tos afectan en segundo lugar de importancia a los habitantes que viven en cuartos rentados y cuartos y viviendas de vecindad, lo que explica que las condiciones propias de los cuartos ayudan a que se desarrollen estos tipos de enfermedad.

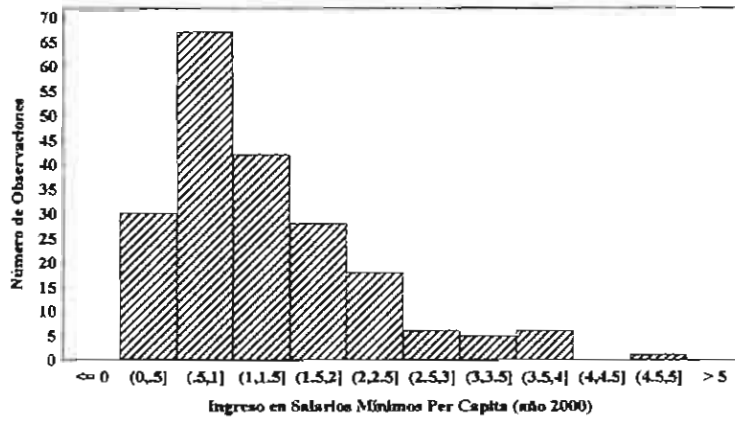
De acuerdo con el tipo de enfermedad y el material del techo de la vivienda se obtuvo que la gripe y tos se relacionan estrechamente con el techo de concreto. En segundo lugar se observaron ambas enfermedades como gripe y tos con materiales como la lámina de asbesto y lámina galvanizada los cuales predisponen a este tipo de enfermedades principalmente en la temporada de invierno.

En cuanto a los tipos de enfermedad y las instalaciones sanitarias de la vivienda el mayor número de observaciones los obtuvieron la gripe y tos seguidas de las enfermedades diarreicas; Sin embargo, tal y como se observa, el tipo de instalación sanitaria es independiente, no importando si las instalaciones son con baño, letrina independiente o letrina común. Según el tipo de instalaciones en este caso, podría esperarse que las enfermedades diarreicas se encontrasen

relacionadas de acuerdo al tipo de instalación sanitaria aún cuando esto no se observa claramente.

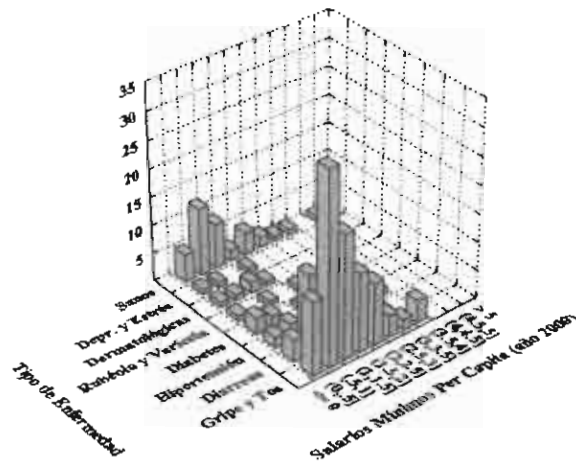
Colonia El Paraíso

Histograma de Ingresos en Salarios Mínimos Per Capita



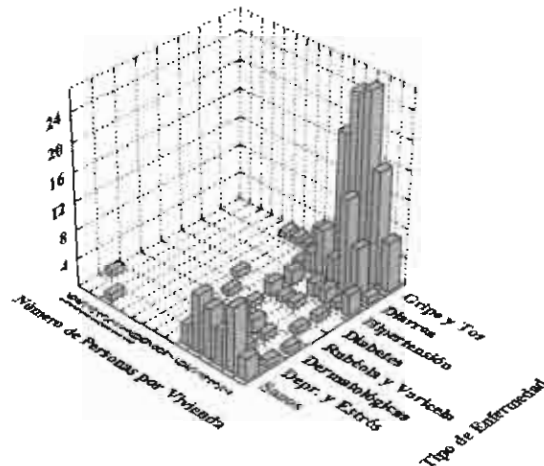
Colonia El Paraíso

Histograma de Tipo de Enfermedades por Salarios Mínimos Per Capita

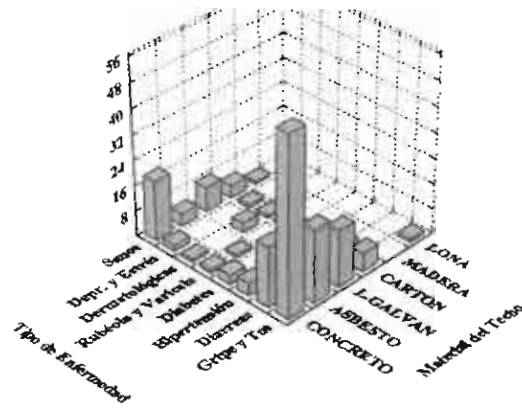
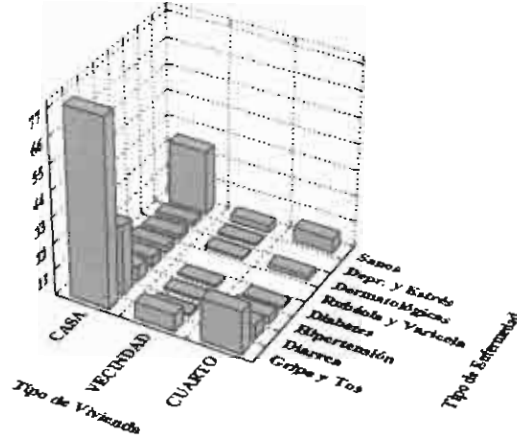


Colonia El Paraíso

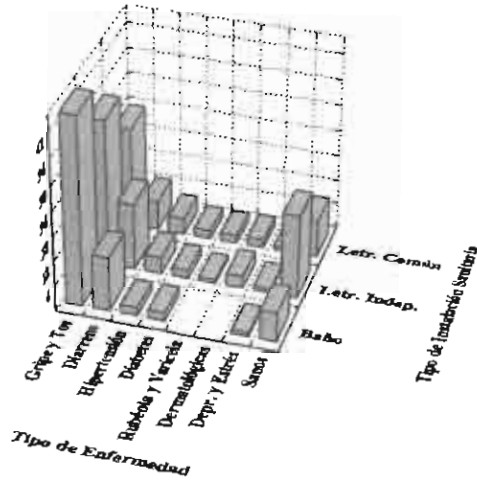
Histograma do Tipo de Enfermedad por Número de Personas por Vivienda



**Colonia El Paraíso**  
**Histograma de Tipo de Enfermedad por Tipo de Vivienda**



**Colonia El Paraíso**  
**Histograma de Tipo de Enfermedad por Instalaciones Sanitarias**





## Clase Social, Perfil Patológico y Condiciones de Vida

La reconstrucción de las clases sociales y la identificación de estas clases según la propuesta de Bronfman y Tuirán (1984), permitió observar que la mayoría de los encuestados de la colonia El Paraíso en Xochimilco, pertenecen casi en el mismo número a dos grandes clases sociales, el proletariado típico y la fuerza de trabajo libre, seguidas en un segundo lugar del proletariado no típico.

La identificación de dichas clases sociales además ha sido de gran ayuda en el caso de establecer los perfiles reproductivos y patológicos de los habitantes de la colonia y demostrar la relación de éstos con las condiciones materiales de vida en las cuales se desarrollan cotidianamente.

La clase social en relación con los perfiles patológicos demostró una estrecha relación entre el proletariado típico y la fuerza de trabajo libre y enfermedades como la gripe y tos, en segundo lugar se encontró también una relación directa entre ambas clases y las enfermedades diarreicas.

Además de lo anterior, y en el mismo rubro de salud, se puede observar que los grupos susceptibles a la enfermedad fueron los niños, adultos y bebés de la clase proletaria y fuerza de trabajo libre.

La asistencia a los servicios de salud, específicamente especialidades, mostró que la mayor parte de los asistentes, pertenecen nuevamente al proletariado típico, proletariado no típico y fuerza de trabajo libre, y normalmente no acuden a ningún servicio de especialidades médicas de la zona; Sin embargo se encontró que un pequeño grupo de mujeres encuestadas manifestó acudir a los servicios de planificación familiar de los centros de salud de la zona y ocasionalmente asistir con sus hijos a los servicios odontológicos.

En este caso, debe aclararse que se encontraron escasos casos de asistencia a especialidades como Psiquiatría y Neurología y pertenecieron a la clase social identificada como fuerza libre no asalariada.

La mayor parte de los asistentes a los servicios de salud de la zona fueron las clases del proletariado típico y la fuerza de trabajo libre, aún cuando se encontró que la nueva pequeña burguesía también opinó que la calidad de éstos es buena en primer lugar, seguida de regular y excelente. Pudo observarse también que la fuerza de trabajo libre y el proletariado manifestó en varias ocasiones que los servicios médicos eran de mala calidad.

En cuanto a las necesidades médicas en la colonia las clases como el proletariado típico y la fuerza de trabajo libre expresaron la gran necesidad de contar al menos con servicios de medicina familiar y urgencias en la colonia, probablemente, porque son las clases que son menos favorecidas con la seguridad social del estado.

Los histogramas que se refieren a la relación entre clase social y condiciones materiales de las viviendas mostraron que la mayor parte del proletariado típico y la fuerza de trabajo libre habitan en primer lugar en casa, en segundo y tercer lugar en cuarto y vecindad, cabe aclarar que lo que se entiende por casa, en gran parte de las ocasiones solo cuenta con servicios muy básicos de la vivienda, en donde la gran mayor parte de la clase proletaria y fuerza de trabajo libre tiene

viviendas con techo de concreto o asbesto, pero donde se observa que aún persisten viviendas con techo de lámina galvanizada y cartón.

De acuerdo al número de personas por vivienda puede observarse también que las dos clases mencionadas en cuestión son en donde llegan a habitar hasta 7 y en algunos casos 11, y hasta 16 individuos por vivienda.

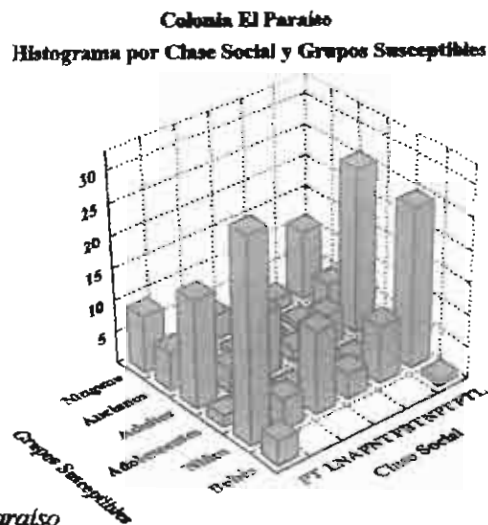
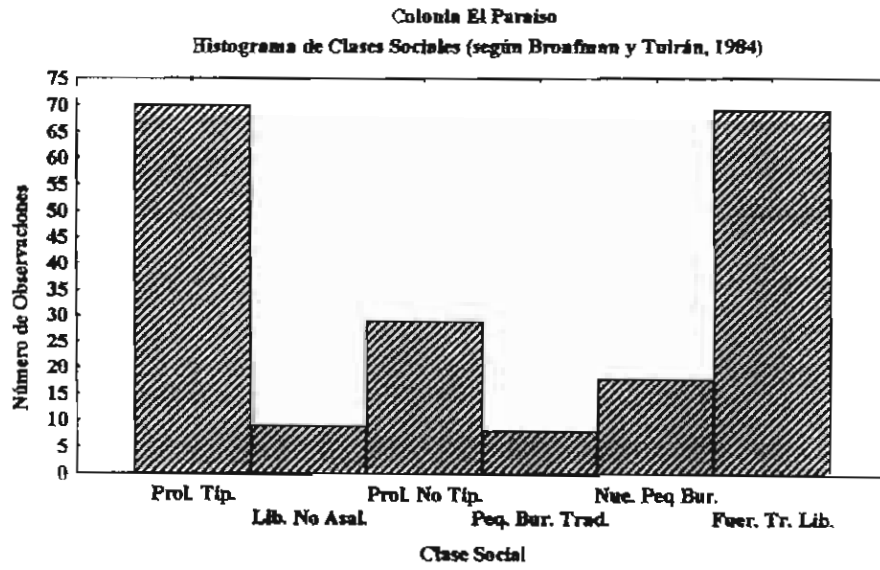
La relación entre la clase social y las instalaciones sanitarias de las viviendas mostró que gran parte del proletariado típico, no típico y la fuerza de trabajo libre tienen baño dentro de la vivienda, y cuentan con letrina independiente o común, lo anterior, demuestra que las instalaciones sanitarias son prioritarias para los habitantes de la colonia, aún cuando éstos se constituyen en diferentes clases sociales.

En el caso de la clase social y el lugar de abasto, debe destacarse que las dos clases sociales más significativas de la colonia acuden para cubrir sus necesidades de abasto para alimentación en los mercados más cercanos a la zona, lo anterior también se relaciona con los precios de los productos consumidos por los habitantes de la colonia.

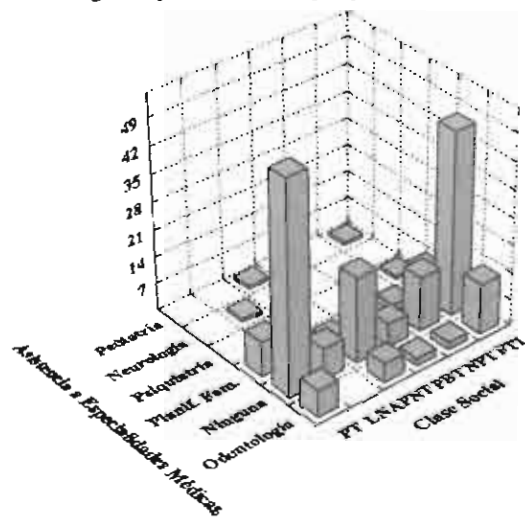
La relación entre clase y participación social está claramente definida en la zona tal como se observa en la figura entre clase social y participación comunitaria, en donde el proletariado típico y la fuerza de trabajo libre son las más preocupadas por cumplir con las diferentes acciones que se realizan en la colonia, especialmente "las faenas", las cuales son tareas comunitarias realizadas los fines de semana y en las que se incluyen trabajos como, relleno y aplanado de las calles con cascajo, cercado y delimitación de terrenos baldíos, entre los principales. Además pudo comprobarse que muchos de los habitantes de la colonia también están dispuestos a cooperar monetariamente para realizar algunas mejoras dentro de la misma colonia, como es el caso de puentes de concreto para un mejor acceso a la zona.

Cabe mencionar que un gran grupo de encuestados de las mismas clases sociales manifestó no saber nada de lo relacionado con las tareas y específicamente "faenas" ya mencionadas, y esto se debió a problemas de tipo político dentro de la colonia.

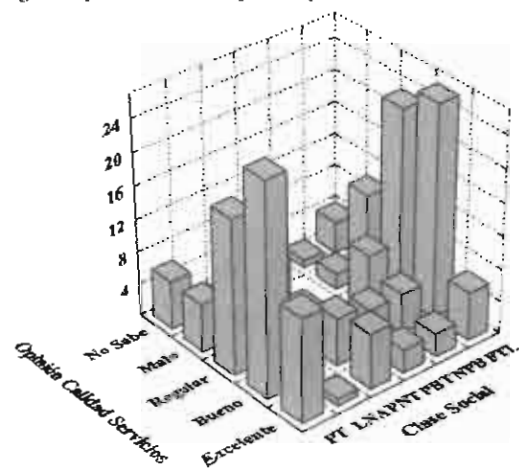
La relación entre clase social y problemas percibidos en la colonia mostró directamente que el proletariado típico, el proletariado no típico y la fuerza de trabajo libre percibían graves problemas de alcoholismo, violencia familiar, drogadicción y robo en la colonia, una parte importante de la clase del proletariado típico externo claramente no poder mencionar los problemas persistentes en la zona.



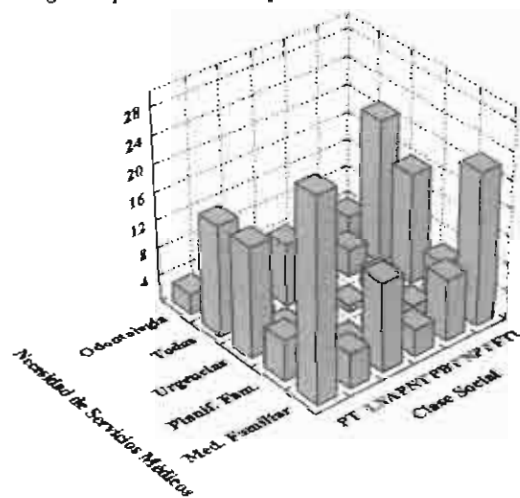
**Colonia El Paraíso**  
**Histograma por Clase Social y Especialidades Médicas**



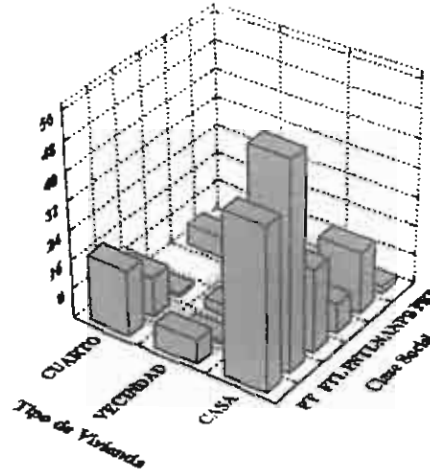
**Colonia El Paraíso**  
**Histograma por Clase Social y Percepción Calidad Servicios de Salud**



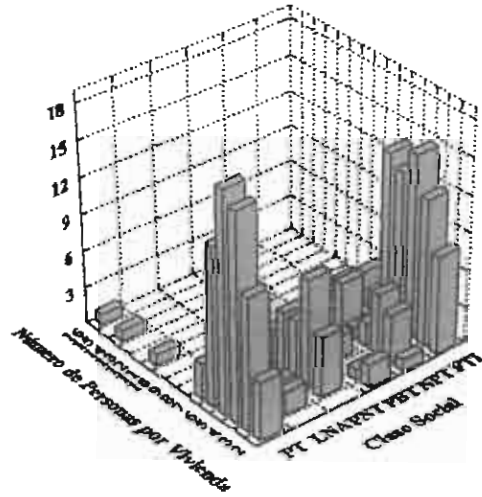
**Colonia El Paraíso**  
**Histograma por Clase Social y Necesidad de Servicios Médicos**



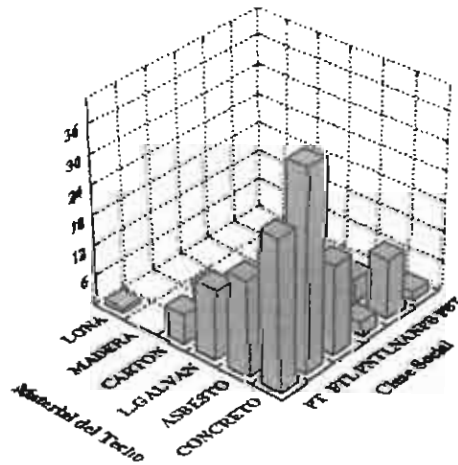
**Colonia El Paraíso**  
**Histograma de Tipo de Vivienda por Clase Social**



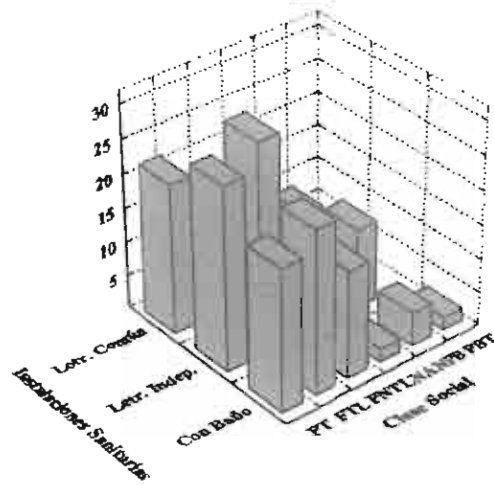
**Colonia El Paraíso**  
**Histograma de Número de Personas por Vivienda y Clase Social**



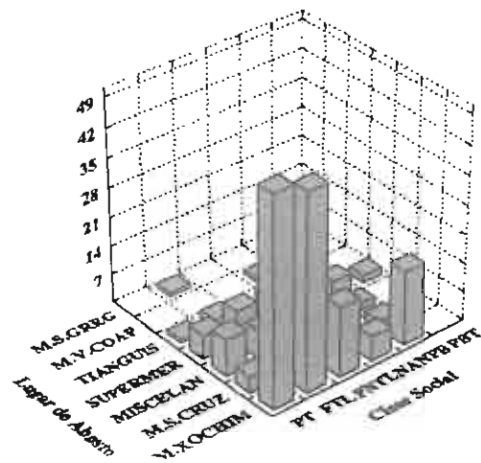
**Colonia El Paraíso**  
**Histograma de Material de los Techos por Clase Social**



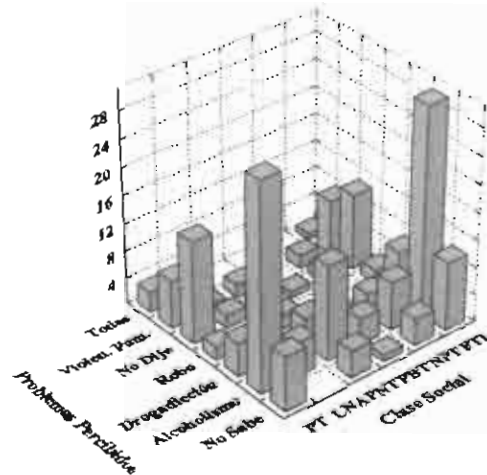
**Colonia El Paraíso**  
**Histograma de Instalaciones Sanitarias por Clase Social**



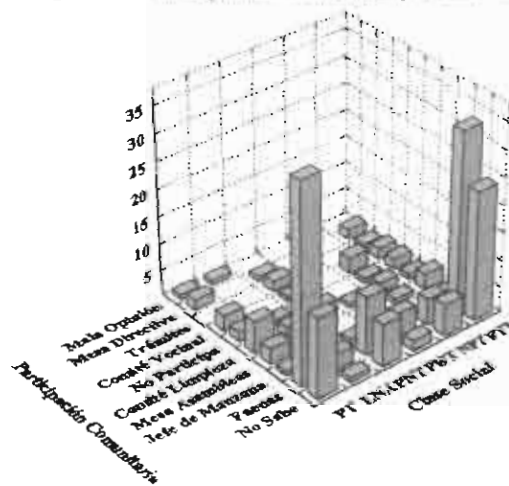
**Colonia El Paraíso**  
**Histograma de Lugar de Abasto por Clase Social**



**Colonia El Paraíso**  
**Histograma de Problemas Percibidos por Clase Social**



**Colonia El Paraíso**  
**Histograma de Participación Comunitaria por Clase Social**



## DISCUSIÓN

El enfoque teórico de la medicina social permite observar la realidad reconstruyéndola a partir de sus categorías centrales para comprender sus determinantes en la sociedad actual.

De lo anterior, en este trabajo se pretende iniciar la discusión con el abordaje teórico, partiendo de la reconstrucción de una de las categorías centrales del trabajo, como la clase social, pero es necesario aclarar que la incorporación de la variable ingreso usada en la metodología no pretende sustituir a las categorías tratadas en el marco teórico, sino que trata de retomarlo como un instrumento explicativo que permitirá establecer la relación entre éste y las condiciones de vida y salud de los habitantes de la colonia El Paraíso en Xochimilco.

Se incluyó al ingreso ya que éste constituye uno de los aspectos principales del modo de producción que condiciona el comportamiento y estructura de las clases sociales. La importancia política o ideológica es crucial para el comportamiento de las clases directamente insertas en las relaciones de producción ya que – advierte Marx- la importancia decisiva que tiene la transformación del valor y precio de la fuerza de trabajo es el ingreso, es decir, en el valor y precio del trabajo mismo. De aquí que la producción en el ámbito social determina las particularidades del consumo, y éste a la vez determina la reproducción social del individuo (Cuéllar, 1985).

Marx, afirma que la clase social está determinada por el ingreso dentro de un grupo y la relación de éste y los medios de producción, lo cual creó una diferencia entre la burguesía y el proletariado. Weber argumenta que las clases sociales están determinadas de acuerdo con las capacidades y habilidades individuales para obtener medios materiales mediante el ingreso.

Usando estas teorías la clase social puede ser explorada mostrando que en este grupo no pueden adoptarse rígidamente los conceptos de estructura de clases lo cual es más común según lo planteado por Weber, en donde el ingreso determina el estatus o situación de clase.

Marx, afirmó que las 2 grandes clases sociales se rigen por quien es el dueño de los medios de producción y los sujetos o trabajadores que son controlados por el trabajo, estos dos grupos mejor conocidos como burguesía y proletariado. En particular, la burguesía que es dueña de los medios de producción y que forma parte del capitalismo, oprime al proletariado. De esta forma, los dueños de los medios de producción usan al proletariado o trabajadores para producir un valor o plusvalía y a su vez pagan a los trabajadores por tener mayores ganancias, es decir, con la explotación de la clase trabajadora.

El factor decisivo, que separa a las clases sociales es que la burguesía posee los medios de producción, no es por su propia riqueza, ya que ella no produce la plusvalía, sino quien lo hace es el proletariado por tanto la burguesía se apropia de la plusvalía (Krieken *et al.*, 2001).

La burguesía es una clase para sí y el proletariado es una clase en sí. Las razones de la existencia de las clases sociales de acuerdo con los proletarios es que ellos



no poseen nada más, es porque hay grupos que comparten posiciones o intereses económicos comunes.

La burguesía posee tierras, maquinaria, materias brutas, mientras que el proletariado no tiene nada excepto su fuerza de trabajo que es lo único que puede vender para sobrevivir y mantener a la familia.

De lo anterior, tampoco debe olvidarse que el salario tal y como se observó en los habitantes de la colonia en estudio, sólo paga lo necesario para que los trabajadores adquieran las necesidades mínimas de la familia, independientemente de otros gastos que se presenten en el núcleo familiar.

Debe considerarse que para proveer el mantenimiento y reproducción del individuo, existen contradicciones que no sólo pueden ser solucionadas mediante el pago del salario, sino que también debe contemplarse que los ingresos del trabajador cubran los satisfactores individuales durante toda su vida.

La observación de los procesos salud enfermedad muestran grandes desigualdades y tal pareciera que era insuficiente explicar estas diferencias como el resultado de factores aislados como la educación de la madre, las condiciones sanitarias de la vivienda, lo rural vs lo urbano.

Así la Medicina Social propone que el fondo de esta desigualdad está en la reproducción social, que resulta de manera específica en como, los grupos sociales se insertan en la economía capitalista y de las formas de dominación que se ejercen sobre ellas.

De lo anterior, surge la necesidad de analizar la distribución diferencial del proceso salud enfermedad en relación a las clases sociales.

El estudio de las clases sociales permite analizar las diferencias en salud en un momento histórico, como observar el impacto desigual de determinados procesos de cambio en ellas. Se busca precisar las diferencias cualitativas y cuantificarlas y explicarlas en función de los procesos sociales involucrados (Laurell, 1986).

El cambio en la sociedad permite entender la distribución de los procesos de salud y enfermedad, así como analizar la respuesta social que enfrentan dichos procesos cuando se parte de entender los procesos de cambio del momento actual.

(Laksonen *et al.*, 2003), han realizado estudios donde se examinan las asociaciones del ingreso individual y familiar con varios comportamientos relacionados con la salud.

Se ha observado que la educación y ocupación eliminan en gran medida las diferencias en ingreso en los comportamientos asociados a la salud. (Mackenbach *et al.*, 1997; Der *et al.*, 1999).

Los resultados de sus estudios sugieren que el ingreso no sólo refleja los recursos materiales disponibles, sino que también se refleja en los indicadores socioeconómicos de forma general, ya que se asocia con los comportamientos de salud de manera similar a como lo hacen otros indicadores socioeconómicos.

La posición socioeconómica ha mostrado consistentemente diferencias claras en cualquier resultado de salud analizado (Lantz *et al.*, 2001; Sacker *et al.*, 2001).

En general, estas grandes diferencias se reproducen en diferentes formas de comportamiento asociados a la salud. Los comportamientos asociados a la salud

constituyen por lo tanto un conjunto de factores potenciales que pudieran contribuir a la asociación inversa entre posición socioeconómica y salud.

Para reducir las diferencias socioeconómicas en salud y promover comportamientos favorables en toda la población, es necesaria mayor información sobre la distribución de los comportamientos asociados a la salud por división socioeconómica.

Una de las maneras de mejorar nuestra comprensión sobre las diferencias socioeconómicas en relación con los comportamientos de salud es examinar estas diferencias usando indicadores alternativos de la posición socioeconómica. Es por esto que en este trabajo, se seleccionaron los 9 indicadores socioeconómicos considerados por el XI Censo General de Población y Vivienda 1990.

Los indicadores más importantes de la posición socioeconómica incluyen los logros en educación, la clase social ocupacional y el ingreso. Estos indicadores se encuentran interrelacionados, y es muy probable que una mayor educación permita una mayor posición en el mercado de trabajo, lo que a su vez, proporciona oportunidades para mayores ingresos (Dahl, 1994; Lynch & Kaplan, 2000).

Lo anterior fue comprobado y apoya este trabajo, en donde la educación, ingreso y clase social reflejaron mejores condiciones materiales de las viviendas, mejores ingresos y mejores empleos en el mercado laboral de los habitantes de dicha zona

Por lo anterior, estos indicadores a menudo han sido tratados como medida intercambiable de la posición socioeconómica. Sin embargo, estos indicadores a su vez representan diferentes aspectos de la posición socioeconómica y su influencia sobre los comportamientos de salud puede por tanto seguir diferentes vías. Por ejemplo, la educación proporciona conocimientos, habilidades y competencias que pueden resultar útiles para evitar hábitos dañinos en la salud.

La vida ocupacional implica relaciones humanas e interacciones que pueden influenciar a los comportamientos de salud.

El ingreso se relaciona con el bienestar material, de manera más clara que los otros indicadores de posición socioeconómica, así como los recursos financieros con que pueden contribuir a los comportamientos de salud a través del consumo.

Así cada indicador, probablemente refleje tanto los impactos comunes de un rango general en la sociedad como los impactos particulares relacionados con la naturaleza específica de cada indicador socioeconómico, (Geyer & Peter, 2000).

Las investigaciones sobre el comportamiento de salud, en relación con la educación han sido ampliamente estudiados, y ésta, ha sido el indicador socioeconómico que más claramente discrimina los comportamientos en salud y los factores de riesgo biológico relacionados (Backlund *et al.*, 1999; Mirowsky & Ross, 1998).

Sin embargo, hay otros indicadores que proporcionan información adicional sobre la posición socioeconómica y los comportamientos en salud.

En investigaciones recientes, sobre las diferencias socioeconómicas y su influencia sobre la morbi-mortalidad se ha dado mayor atención al ingreso y las condiciones materiales de vida, pero las asociaciones entre ingreso y comportamientos de salud hasta ahora casi no han sido analizados.

La mayor parte de las ocasiones se ha considerado que el ingreso refleja los recursos materiales, pero en realidad indica también otros aspectos socioeconómicos más amplios ( Lynch *et al.*, 2000; Wagstaff & Doorslaer, 2000).

La falta de recursos materiales puede afectar los comportamientos en salud que evitan que se elijan opciones saludables debido a restricciones financieras, aún cuando se tenga claro que no todas las opciones saludables requieren dinero. En especial puede tomarse al ingreso familiar como indicador del poder para gastar de la gente, mientras que el ingreso individual también refleja el estatus autonomía y poder de decisión, (Rahkonen *et al.*, 2000; Benzabal *et al.*, 2001).

Por otra parte, (Scott 2002 y Lessard 2002), afirman que el ingreso tiene asociaciones con la salud más fuertes que con la clase ocupacional. Además los efectos del ingreso personal sobre la salud pueden ser diferentes a los del ingreso a nivel familiar. Mientras que el ingreso familiar puede ser una mejor medida de los recursos materiales y condiciones de vida físicas. El ingreso personal, puede afectar a la salud por vías diferentes, tales como la laxitud en las decisiones, la sensación de control y la autoestima.

Algunos autores reconocen en mayor grado que entre los mayores objetos de estudio algunos se refieren a la dimensión social asociada con los problemas de salud. Además los factores que operan a nivel individual como las condiciones del empleo, entre otras, pueden afectar la salud de manera diferente a como lo hacen los factores a nivel familiar ( Rose & Reily, 1997; Chandola *et al.*, 2003).

Otros autores como (Harding *et al.*, 1999; Goldstein *et al.*, 2000); analizan las asociaciones entre autocalificación en salud, y distintos niveles de posición social, clase ocupacional, ventaja social familiar, ingresos familiar e ingreso personal.

Hay evidencias que relacionan la posición socioeconómica con factores relacionados con la salud. Sin embargo, ha habido muchos debates sobre la explicación de esto, así como de los mecanismos subyacentes de la desigualdad social en la salud (Bartley *et al.*, 1992).

Mientras que la literatura ha avanzado desde las primeras preocupaciones de la importancia relativa de los factores asociados con la salud, los comportamientos relacionados con las condiciones materiales recientemente cobran interés considerable en líneas específicas que relacionan la posición social con la salud.

Estos factores se entrecruzan e incluyen condiciones del empleo, condiciones familiares, y condiciones del área local. Desenredar estos factores y relaciones distintas aclararía los aspectos causales que relacionan los factores sociales con la salud.

Según (Chandola *et al.*, 2003), una de las maneras de aclarar los mecanismos subyacentes de la desigualdad social en la salud es el empleo de medidas mejor definidas y más específicas de la posición social. Las diferentes dimensiones de la clase social pueden tener diferentes mecanismos causales que relacionan la posición de clase social con la salud.

(Sacker *et al.*, 2000), encontraron que las diferentes dimensiones de la posición social se relacionan de forma distinta con la salud, (Rose y Pevalin, 2000; Dahl, 1994), afirman que la posición de clase se debe a cómo el ingreso afecta la estructura de clase y esto finalmente se refleja en la salud.

## CONCLUSIONES

- La colonia El Paraíso al encontrarse bajo condiciones de irregularidad de la tenencia de la tierra, y estar asentada en zonas de reserva y áreas de protección ecológica decretadas en la delegación Xochimilco, determina por sí misma que los soportes materiales sean precarios, tales como redes de agua potable y drenaje, alumbrado público, pavimentación y recolección de basura entre los principales, y en donde algunos de los servicios han sido logrados por medio de la participación social y algunas prácticas autogestivas de líderes y comités de vecinos de la misma localidad.
- La ausencia de servicios municipales provoca que los colonos creen tiraderos en la vía pública, lo cual hace que el tipo de enfermedades respiratorias, y gastrointestinales afecten a los grupos más susceptibles de la comunidad, la latencia de problemas emergentes ha hecho que la población demande servicios urbanos que implican redes en la organización, participación y respuesta social que trata de responder a los problemas inmediatos de dicha localidad.
- Los procesos de autoconstrucción de las viviendas en la colonia El Paraíso se caracterizan por alargarse hasta por más de 10 años, lo cual se observa en el tipo de materiales de las mismas y refleja las condiciones económicas de los habitantes de la colonia. Los materiales de las viviendas como techos, pisos y paredes así, como el tipo de instalaciones sanitarias de las viviendas fueron los indicadores más significativamente relacionados con las condiciones particulares de las viviendas.
- Con respecto a los habitantes de esta colonia se observó, que se trata de un sector de la población de bajos ingresos en donde, el tipo de empleo, el bajo monto del salario, hace que su vida sea precaria, el ingreso familiar es limitado y en gran parte es utilizado para cubrir las necesidades primarias de alimentación y abasto de la población; Sin embargo, en este trabajo, se encontró que la clase social está determinada por el ingreso y éste, relacionado significativamente con el nivel de estudios que tienen algunos de los miembros de cada familia.
- En relación con la educación, cabe destacar que dentro del núcleo familiar aún cuando un solo miembro contaba con estudios a nivel técnico o medio superior, podía contribuir con el ingreso familiar, lo cual también indica que se trata de asentamientos humanos relativamente jóvenes, pero que escasamente llegan a terminar sus estudios a niveles más altos de educación e incluso a nivel profesional.

- Lo anterior se observó también en el caso de las jefas de familia, quienes al tener algún tipo de educación trabajan y aportan económicamente al grupo familiar, mejorando las condiciones de la vivienda y por lo tanto la calidad de vida de su propia familia.
- Desde el punto de vista de la estructura social en los habitantes de la colonia “El Paraíso”, se observó que las causas y motivaciones de las formas de vivir en familia difieren notablemente según el estrato o clase social, el cual está directamente determinado por el ingreso familiar, esto se nota en las distintas condiciones de calidad de vida dentro del núcleo familiar, desde las necesidades individuales hasta las formas de cubrir otros satisfactores básicos, es “en pequeño” donde se definen las características particulares de cada unidad doméstica.
- Las diversas formas en que se insertan los individuos de cada unidad doméstica en el mercado laboral y de consumo, en las distintas limitaciones de la vida cotidiana, desde la forma de llegar al lugar abasto y alimentación, la carencia, uso y gasto en transporte, el difícil acceso a la educación básica, la carencia de servicios al interior de la vivienda y, finalmente, las formas en que se atiende la salud dentro de cada unidad doméstica, ha definido desde hace años, las características de las Unidades Socio Espaciales de Consumo de la colonia y refleja la calidad de vida de sus habitantes.
- Existen además otras características que suceden al interior de la unidad doméstica y que forman parte de la reproducción propia del grupo familiar en donde se reproducen patrones de hacinamiento, alcoholismo, drogadicción, robo y violencia familiar en donde la falta y carencia de mejores condiciones de vida seguirán reproduciéndose de forma negativa en dicha localidad.

## PROPUESTA

En este trabajo se ha encontrado que las condiciones y satisfactores básicos principalmente los que se refieren a la vivienda, han determinado la ocupación de tierras aledañas a la Ciudad de México, donde, la planificación espacial no ha tenido resultados hasta ahora positivos, por lo que necesario reconocer que se ha recurrido a la ocupación de terrenos irregulares en la periferia de la ciudad.

Sin embargo, y a pesar de la falta de servicios de toda índole, en la colonia "El Paraíso", la participación popular ha pretendido dar respuesta a las diferentes necesidades aunque de manera escasa o precaria, pero no ha logrado aún, de forma notable el bienestar colectivo.

De cualquier forma ante la evaluación de distintos indicadores como ingreso, ocupación, vivienda, educación, salud, y alimentación entre otros, se observa que ha habido una progresiva consolidación en los soportes y condiciones materiales de la colonia "El Paraíso" a través de la participación social.

Es importante reconocer que algunas acciones deben realizarse a nivel de gobierno estatal, delegación, colonia o barrio, aún sabiendo que la interrelación entre éstas puede ser difícil o compleja. De ahí la dificultad de planear la acción con participación de todos los actores, lograr que concentren su actividad en propósitos comunes, y en suma, hacer que participen en una acción de beneficio colectivo, de manera pública y responsable.

De aquí, que la propuesta incluye planear acciones, alternativas, decisiones, formas de gestión, propósitos y tareas conjuntas en corresponsabilidad entre los diversos actores que ayuden a mejorar las condiciones materiales, la salud y por lo tanto la calidad de vida de los habitantes de la colonia.

A partir de lo anterior, es necesario brindar las condiciones óptimas para mejorar la calidad de vida y salud de la colonia en estudio, planteando programas de impacto local que estén representados por los actores de la misma comunidad.

Dentro de las preocupaciones principales de la colonia, se manifestaron como prioritarias, mejorar los soportes materiales de la colonia, elevar el nivel de educación, y atender los problemas de salud emergentes en la misma.

La característica principal de dichos asentamientos son los procesos de autoconstrucción los cuales tratan de solucionar algunos de los problemas que se presentan en la colonia; Sin embargo, en varias de las ocasiones lo único que han logrado es incrementar los problemas de la misma, tal es el caso de un sistema de drenaje implementado por los vecinos en algunas de las calles de la colonia, en donde el tipo de suelo no apto para soportar el peso de casas habitación, ha hecho que la tubería quede por encima del propio suelo de las calles y las aguas negras afloren libremente hacia las viviendas.

Lo anterior se menciona como un ejemplo de la inquietud de los habitantes de la colonia por dar solución a uno de los muchos servicios que faltan en dicha zona y

en donde el acceso a éstos será lento y al margen de los servicios que brinda el estado.

Ya que las condiciones materiales de las viviendas han cobrado mayor interés por parte de los colonos, las demandas prioritarias podrían primeramente encaminarse en el ámbito de la salud.

Se propone el establecimiento de un consultorio o clínica médica para atender las necesidades más urgentes en servicios de salud, pues según lo manifestado por los habitantes, la colonia no cuenta con ningún tipo de servicios médicos y en ocasiones de emergencia hay que trasladarse a cualquier Centro de Salud de la propia delegación Xochimilco.

Las necesidades médicas externadas por los colonos se refieren a servicios principalmente de medicina general, planificación familiar, urgencias y odontología. Así también podrían establecerse programas de vacunación infantil y salud animal, pues en varias ocasiones se mencionó que las campañas de vacunación en muchas de las ocasiones son insuficientes en la colonia.

También se encontró que algunas de las amas de casa se ven impedidas para trabajar y contribuir al ingreso familiar por el hecho de tener que cuidar de los hijos que aún no van a la escuela.

Es entonces que, partiendo de la participación social podrían considerarse guarderías para el cuidado de los hijos menores, que a la vez fuesen atendidos por algunas de las mujeres de la misma comunidad y que les permitieran obtener algún ingreso extra.

Partiendo de la participación social especialmente de las mujeres, se contempla que podrían implementarse talleres de actividades manuales, que sirvan de remuneración y ganancia hacia las interesadas, a fin de poder obtener recursos monetarios por los productos elaborados que sirvan de incentivo y apoyo al ingreso familiar.

Sólo con la participación de la sociedad podría lograrse mejorar la calidad de vida de los habitantes de la colonia y así, permitir el acceso al menos a los servicios y soportes básicos en la misma.

Muchos de los mecanismos viables, para aumentar la participación de la sociedad en la propuesta de planes y programas, ejecución y seguimiento de los mismos, tienen que ser ensayados y probados según las características propias de un lugar para no alejarse de las necesidades y preferencias de la comunidad.

Sin embargo, en este caso, lo principal es no perder de vista que la situación legal de este asentamiento carece de la capacidad de exigir las condiciones y soportes materiales básicos, ya que autoridades de la propia delegación aseguran que dicha colonia seguirá en carácter de irregular a pesar de haberse establecido hace ya quince años en la zona.

## REFERENCIAS

- Azuela, A. 1989. La Ciudad, la Propiedad Privada y el Derecho. El Colegio de México.
- Backlund, E. Sorlie PD. Johnson NJ. A. 1999. A Comparison of the Relationships of Education and Income with Mortality: The National longitudinal Mortality Study. Soc. Sci. Med. 49: 1373-1384 (Medline).
- Bartley, M. Popay, J. Plewis, I. 1992. Domestic Conditions, Paid Employment and Women's Experience of ill-Health. Sociology of Health and illness. 14: 313-343.
- Bazant, S. J. 1978. Tipología de la Vivienda Urbana. Edit. Diana. México. Pp 18-22.
- Benzebal, M. Judge, K. Schouls, S. 2001. Understanding the relationship Between Income and Health: How much can be Gleaned from Cross-Sectional Data. Social Policy and Administration. 35:376-396.
- Blanco, G. J y Sáenz, Z. O. 1990. Reproducción Social, su Exploración Empírica: Condiciones de Vida y Salud en el Ambito Urbano. Cuadernos Médico-Sociales 53: 61-76.
- Blanco, G. J. 1991. Región y Clase Social en la Determinación de la Enfermedad. El caso de la meseta tarasca (Michoacán). En: Almada (Coordinador), Salud y Crisis en México. Mas Textos para el debate. Cuadernos del CIIH. UNAM.
- Blanco, G. J. y Sáenz, Z. O. 1994. Espacio Urbano y Salud. Universidad de Guadalajara, México.
- Blanco, G. J. Rivera, M. J. A. López, A. O. Rueda, A. F. 1996. Polarización de la Calidad de Vida y de la Salud en la Ciudad de México. Salud problema Año 1, No:1 junio.
- Blanco, G. J. O. López, J. A. Rivera y F. Rueda. 1995. Calidad de Vida y Salud en el Distrito Federal. Programa de desarrollo Urbano del D. F. Grupo de Estudios Metropolitanos, UAM-X Reporte Técnico, México.
- Boltvinik, J. 1990. Pobreza y Necesidades Básicas. Conceptos y Métodos de Medición. Caracas.
- Breilh, J. Granda, E. Campaña, A. Betancourt, O. 1983. Ciudad y Muerte Infantil, Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud.
- Bronfman, M. y R. A. Tuirán, 1984. La Desigualdad Social ante la Muerte, Clases Sociales y Mortalidad en la Niñez. Cuadernos Médico Sociales, 29 y 30:53-75.
- Castañeda, V. 1994. Ciudad de México: Grupos de Poder Local, Mercado Ilegal de Suelo Periférico y Expansión Metropolitana. En: Revista Interamericana de Planificación. Vol XXVII. Núm. 107-108, Julio-Diciembre, Quito Ecuador.



- Castells, M. 1985. *Crisis Urbana y Cambio Social*. 3ª Edición México, Siglo XXI.
- Chandola, T. 2001. *The Fear of Crime and Area Differences in Health*. *Health and Place* 7:105-116. (Medline).
- Chandola, T. Bartley, M. Wiggins, R. & Schofield, P. 2003. *Social Inequalities in Health by individual and household measures of social position in a cohort of healthy people*. *Journal of Epidemiology and Community Health* 57: 56-62.
- Contreras, M. H. y Cordero, V. A. 1994. *Ambiente, Desarrollo Sustentable y Calidad de Vida*. Caracas, Venezuela.
- Córdova, Y. Malave, M. Sánchez, M y Vera, S. 1994. *Condiciones y Calidad de Vida del Profesor Ucevista y su Familia Venezuela 1992*. In *Espacio Urbano y Salud*. 6to Congreso Latinoamericano de Medicina Social y 8avo Congreso Mundial de Medicina Social. ANUIES, CONACyT, OPS, SEP, y U de G. Guadalajara, Jal. México.
- Coulomb, B. R. 1982. *Luchas Populares por el Control Social de la Tierra Urbana*. *Habitación*. 2 (7-8) : 13-23
- Coulomb, B. R. 1991. *La Participación Popular en la Provisión de Servicios Urbanos ¿Estrategias de Supervivencia o Prácticas Autogestionarias?* En: Schteingart, M. D. A. *Género: Servicios Urbanos, Gestión local y Medio ambiente*. El Colegio de México. México, D. F. pp 265-279.
- Cuéllar, O. 1990. *Balance, Reproducción y Oferta de Fuerza de Trabajo Familiar*. *Notas Sobre las Estrategias de Familia y de Vida*. En: F. Cortés y O. Cuéllar (Coords.), *Crisis y Reproducción Social. Los Comerciantes del Sector Informal*, FLACSO-M. Edit. Porrúa, México.
- Cuéllar, R. y F. Peña. 1985. *El Cuerpo Humano en el Capitalismo*. México: Folios Ediciones.
- Cullough, Mac. L.B. 1984. *Medical Ethics: the Moral Responsibilities of Physicians*. Engelwood Cliffs, N. J: Prentice Hall.
- Dahl, E. 1994. *Social Inequalities in ill-Health: The Significance of Occupational Status, Education and Income-results from a Norwegian Survey*. *Sociology of Health and Illness*. 16-644-667.
- Der, G. MacIntyre, S. Ford, G. et. al, 1999. *The Relationship of Household Income to a Range of Health Measures in three age cohorts from West Scotland*. *Eur. J. Public Health*. 9: 271-277. (Abstract)
- Direction de Santé Publique. 2002. *Regie Regionales de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre*. *Urban Health: A Vital Factor in Montreal's Development*.
- Duhau, E. 1994. *Urbanización Popular y Orden Urbano, en Cambios Económicos y Periferia de las Grandes Ciudades, el caso de la Ciudad de México*. (Comps) Hiernaux, N.D y Tomas. F. UAM-Xochimilco. México.

- Geyer, S. Peter, R. 2000. Income, Occupational Position, Qualification and Health Inequalities- Competing Risks? (Comparing Indicators of Social Status). *Journal of Social Policy*. 54: 299-305.
- Goldstein. H. Rasbash, J. Browne, W. et. al, 2000. Multilevel Models in the Study Dynamic Household Structures. *European Journal of Population*. 16: 373-387.
- Harding, S. Rosato. M. Brown, J. et. al, 1999. Social Patterning of Health and Mortality Children, Aged 6-15 Years, Followed up for 25 years in the ONS Longitudinal Study. *Study Health Statistics Quartely*. 3: 30-34.
- Hoffart, G. Inequalities due to Social Class and Income. Unit Seven. *Contemporary American Society*.
- INEGI, 1995. Sistema para la Consulta de Información Censal SCINCE95.
- INEGI, 2000. Resultados Definitivos del XII Censo General de Población y Vivienda .
- Iñiguez, R. L. y Pérez, L. R. 1994. Espacio Geográfico y Salud de la Población. en *Espacio Urbano , Condiciones de Vida y Salud*. 6to Congreso Latinoamericano de Medicina Social y 8avo Congreso Mundial de Medicina Social. ANUIES, CONACyT, OPS, SEP y U de G. Guadalajara Jal. México.
- Krieken, R. Smith, P. Habibis, D. Mc Donald, K. Haralambos, M. & M. Holborn, 2001. *Sociology Themes and Perspectives*, 2<sup>nd</sup> Edition Melbourne, Longman.
- Laaksonen, M. Pratala, R. Helasoja, V. Uutela, A & Lahelma, E. 2003. Income and Health Behaviours. Evidence from Monitoring Surveys among Finnish Adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 57: 711-717.
- Lantz, P. M. Lynch , J. S. et. al, 2001. Socieconomic Disparities in Health Change in a Longitudinal Study of US Adults: the role of Health- Risk Behaviors . *Soc. Sci. Med*. 53:29-40.
- Laurell, C. A. 1986. El Estudio Social de los Procesos Salud-Enfermedad. *Cuadernos Médico Sociales*. Núm 37. Pp 3-18.
- Lemus, J. D. 1994. Condiciones de Vida y Salud en la Argentina. In *Espacio Urbano, Condiciones de Vida y Salud*. 6to Congreso latinoamericano de Medicina Social, y 8avo Congreso Mundial de Medicina Social. ANUIES, CONACyT, OPS, SEP y U de G. Guadalajara, Jal. México.
- Lessard, R. 2002. Income and Income Distribution: The Montreal Perspective. Presentation given at the Social Determinants of Health Across the Life-Span Conference, Toronto, November.
- Lynch, J. Kaplan, G. 2000. Socioeconomic Position. In: Berkman, L. F. Kawachi, I. Eds. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press. 13:35.
- Mac Cullough, L. B. 1984. Dimensiones Filosóficas y Éticas de la Calidad de Vida, su Relación con el Tratamiento de las Enfermedades Cardiovasculares.

- Mackenbach, J. P. Kunst, A. E. Cavelaars, A. E. J. M. et. al, 1997. Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe. *Lancet*. 349: 1655-1659. (Medline)
- Marx, K. 1971. *El Capital*. Capítulo VI. Siglo XXI, México.
- Max, Neef, M. 1985. *Economía, Política y Salud: Una Síntesis Ineludible*. Revista Universitaria.
- Miech, R. A. Hauser, R. M. 2001. Socioeconomic Status and Health at Midlife: A Comparison of Educational Attainment with Occupation Based Indicators. *Ann Epidemiol*. 11: 75-84. (Medline).
- Mirowsky, J. Ross, C. 1998. Education, Personal Control, Lifestyle and Health. A Human Capital Hypothesis. *Research on Aging*. 20: 415-449.
- Oliveira, O, Lehalleur, M. P y Salles, V. 1989. *Grupos Domésticos y Reproducción Cotidiana*. El colegio de México.
- Pradilla, C. E. 1993. *Territorios en Crisis: México 1970-1992*. UAM/RNIU, México.
- Rojo, P. N. Villorja, M. J. y Astrain, M. E. 1994. Condiciones de Vida y Salud en un Area de La Habana-Cuba. en *Espacio Urbano, Condiciones de Vida y Salud*. 6to Congreso latinoamericano de Medicina Social, y 8avo Congreso Mundial de Medicina Social. ANUIES, CONACyT, OPS, SEP y U de G. Guadalajara, Jal. México.
- Rahkonen, O, Arber, S. Lahelma, E, et. al, 2000. Understanding Income Inequalities in Health Among Men and Women in Britain and Finland. *Int. J. Health Service*. 30: 27-47 (Medline)
- Rose, D, O'Reily K. 1997. *Constructing classes*. Swidon: ESRC/ONS.
- Rose, D. Pevalin D.J. 2000. Social Class Differences in Mortality Using the National Statistics Socioeconomic Classification-too Little, too Soon: A Reply to Chandola. *Soc. Sci. Med*. 7:1121-7.
- Sacker, A. Bartley. M. Firth. D. 2001. et. al, Dimensions of Social Inequality in the Health of Women in England: Occupational, Material, and Behavioural Pathways. *Soc. Sci. Med*. 52:763-781.
- Sámano, C. 1994. *Geografía Mexicana*. Edit Santillana, Mex. D. F.
- Sen, K. A. 1992. *Progreso y Déficit Social: Algunas Cuestiones Metodológicas: Índice de Progreso Social. Una propuesta*; PNUD, Santa Fe de Bogotá, PP 21-22.
- Sen, K. A. 1996. *Capacidad y Bienestar*, en Martha Nussbaum y Amartya Sen, Comps., *La Calidad de Vida*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Scott, K. 2002. *A Lost Decade: Income Equality and the Health of Canadians*. Paper Presented at the Social Determinants of Health Across the Life-Span Conference, Toronto, November 2002.

Vega, A. 1993. La Regularización de la Tenencia de la Tierra, El Caso de Santo Domingo de los Reyes Distrito Federal. En: Memorias del Seminario El Acceso de los Pobres al Suelo Urbano. Nuevos Enfoques en Materia de Política de Regularización en los Países en Vías de Desarrollo. Documentos de Trabajo, Instituto Francés para América Latina. UNAM.

Yamane, T. 1979. Estadística. Edit. Harla. México. Pp 422-428.

Wagstaff, A. van Doorslaer. E. 2000. Income Inequality and Health: What Does the Literature Tell Us? Annu Rev Public Health. 21: 543- 567. (Medline).

## **ANEXOS**

**Localización de la Delegación Xochimilco y de las dos AGEB's analizadas.**

(Fig 1)

**Vista Aérea de la Colonia "El Paraíso", Xochimilco**

(Fig 2)

**Soportes Materiales de la Colonia "El Paraíso"**

**Y**

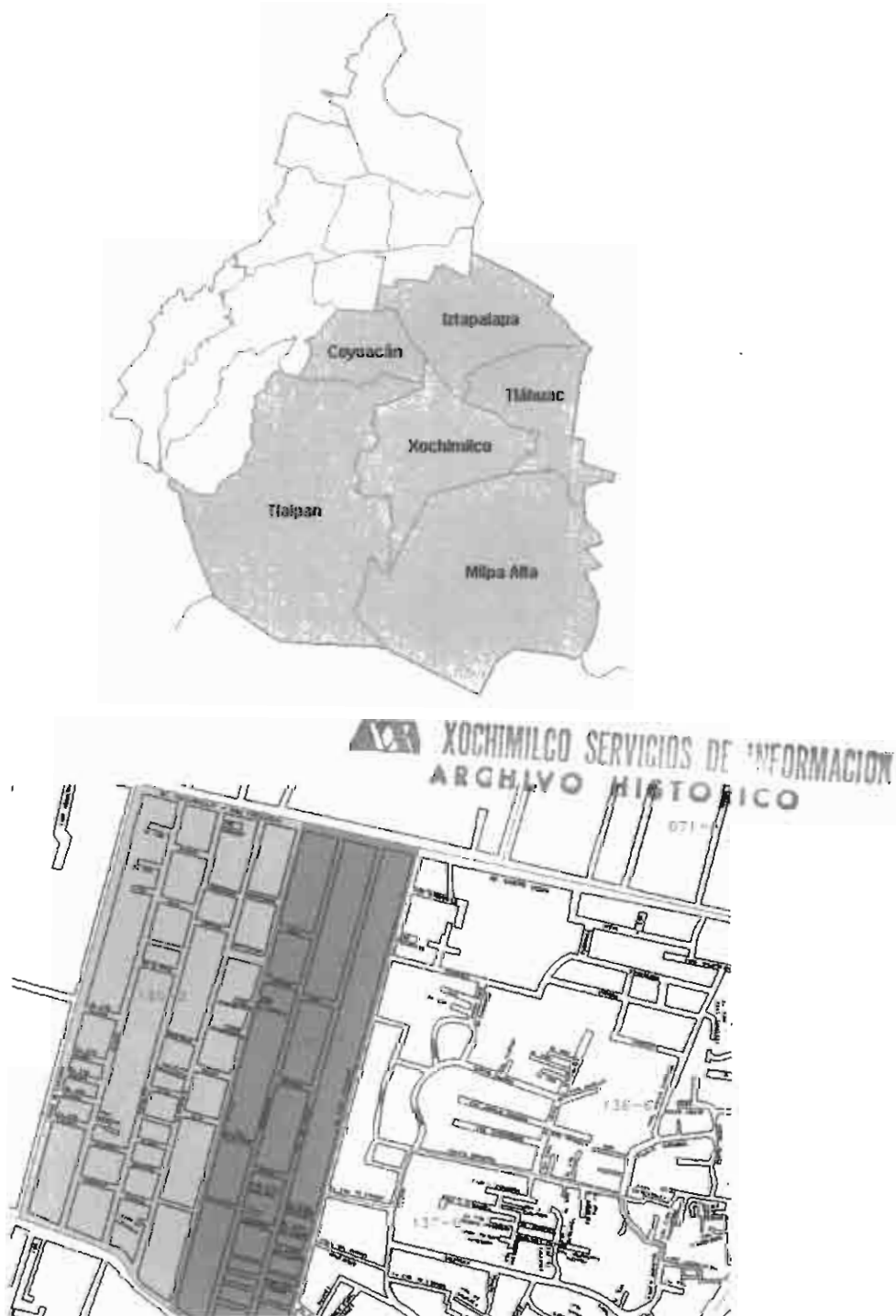
**Condiciones Materiales de las Viviendas de la Colonia  
"El Paraíso"**

**Encuesta**

**Guía de Observación**

## Localización de la Delegación Xochimilco y de las dos AGEB's analizadas.

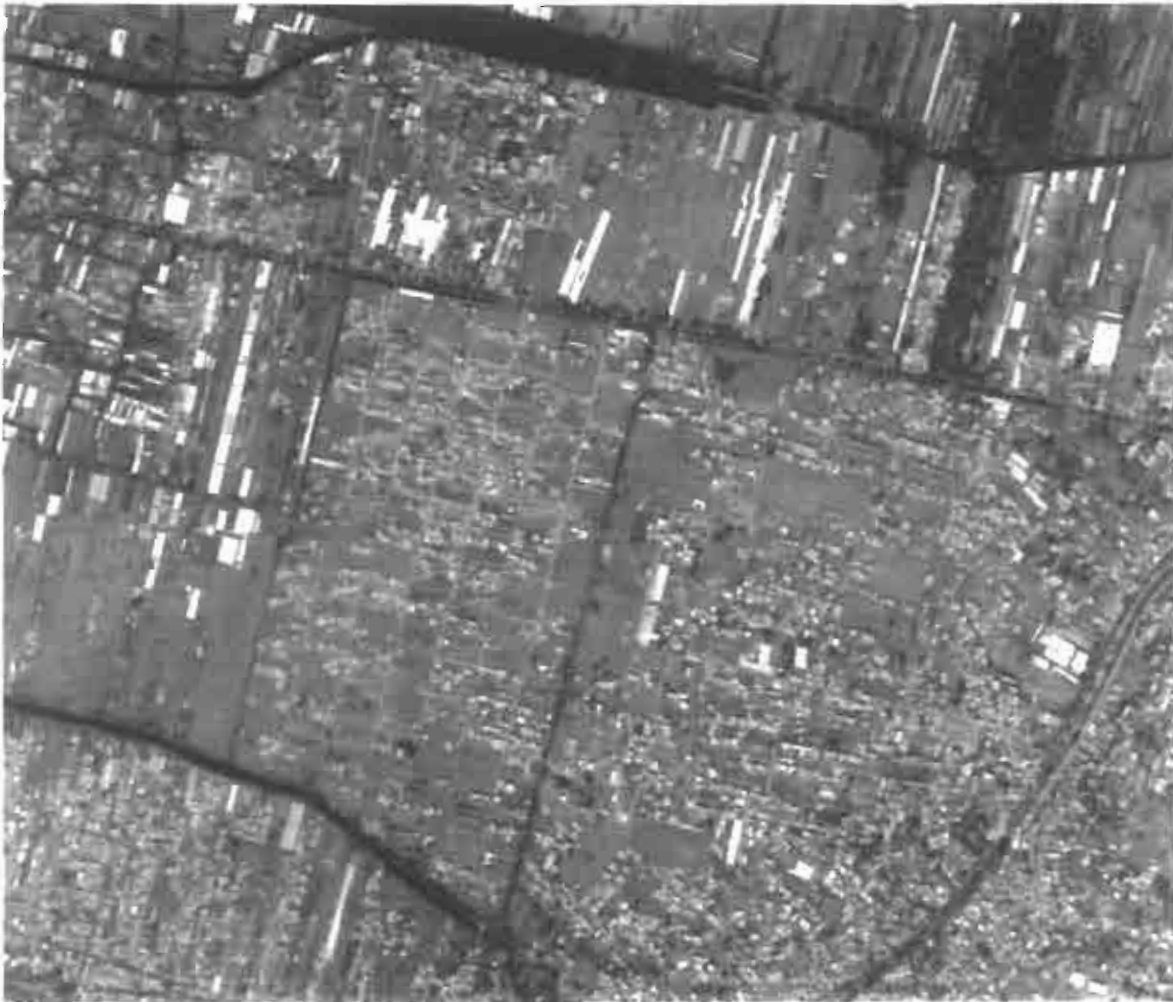
(Fig 1)



**Vista aérea de la Colonia El Paraíso**

**(AGEB's 140-2 y 141-7)**

**(Fig 2)**



## Soportes Materiales de la Colonia El Paraíso



**Zona Chinampera**



**Zona de Canales y Asentamientos Humanos Irregulares**



### Soportes Materiales de la Colonia El Paraíso



Zona de Reserva Ecológica



Canal en Vías a ser Colonizado

### Soportes Materiales de la Colonia El Paraíso



**Remanente de Zonas Agrícolas**



**Zona Agrícola**

## Soportes Materiales de la Colonia El Paraíso



**Terrenos con Relleno de Escombros**



**Falta de Pavimentación**

### Soportes Materiales de la Colonia El Paraíso



**Alumbrado Público**



**Energía Eléctrica**

ARCHIVO HISTÓRICO SERVICIOS DE INFORMACIÓN XOCHIMILCO

### **Soportes Materiales de la Colonia El Paraíso**



**Falta de Toma de Agua Potable**



**Falta de Servicio de Recolección de Basura**

### Condiciones Materiales de las Viviendas en la Colonia El Paraíso



**Paredes de Concreto o Tabicón**



**Heterogeneidad en los Materiales de Construcción**

XOCHIMILCO  
MVC  
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE INTEGRACION

### Condiciones Materiales de las Viviendas de la Colonia El Paraíso



**Paredes de Lámina, Madera, Asbesto**



**Paredes de Lámina Galvanizada**

### Condiciones Materiales de las Viviendas de la Colonia El Paraíso



**Pisos de Tierra y Pared de Madera**



**Paredes de Lámina de Cartón**



**Condiciones Materiales de las Viviendas de la Colonia El Paraíso**



**Techos de Lámina de Cartón**



**Techos de Lámina Asbesto**

## Condiciones Materiales de las Viviendas de la Colonia El Paraíso



**Paredes de Madera**



**Techos de Lona**

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION Y/O HISTORIAS

Encuesta Santa Cruz Acalpixca, Xochimilco.

No casa \_\_\_\_\_ calle \_\_\_\_\_ manzana \_\_\_\_\_ No encuesta \_\_\_\_\_

Lugar de procedencia \_\_\_\_\_

1.-Cuánto tiempo tiene de vivir en la zona? \_\_\_\_\_

2.-Cuántas personas viven actualmente en el hogar? \_\_\_\_\_

3.-Composición Familiar.

Integrante	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Sit./Trab
Padre					
Madre					
Hijo/a					
Hijo/a					
Hijo/a					
Hijo/a					
Hijo/a					
otro/a					

3.-Quiénes integran su familia? \_\_\_\_\_

4.-Hay algún miembro de la familia sin saber leer y escribir mayor de 15 años?

F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

5.-Quien sostiene a la familia y a qué se dedica? \_\_\_\_\_

6.-Tiene trabajo fijo o eventual? \_\_\_\_\_

7.-Contribución del Ingreso Familiar

Integrante	Monto Ingreso semanal	Aporte familiar (semana)	Tiempo de horas trabajadas/día	Días de descanso/semana
Padre				
Madre				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				
otro/a				

8.-Cuántas horas de trabajo le dedica usted al hogar? \_\_\_\_\_

9.-Tiene algún otro tipo de ingreso? SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_

10.-Quien le ayuda en las labores del hogar y en que actividades? \_\_\_\_\_

11.-En dónde realiza sus compras para alimentación y vestido? \_\_\_\_\_

12.-Cuánto gasta al día en alimentación? \_\_\_\_\_

- 13.-Cuánto gasta en vestido de la familia por mes?  
\_\_\_\_\_
- 14.-Cuánto gasta en pago de servicios de su casa por mes? Luz \_\_\_\_\_ agua \_\_\_\_\_ predial \_\_\_\_\_ gas \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_
- 15.-Cuenta alguien de su familia con algún medio de transporte? Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ cual? \_\_\_\_\_
- 16.-Cuánto gasta al día en transporte a escuelas o sitio de trabajo? \_\_\_\_\_
- 17.-Cuánto tiempo gasta en ir o venir de su lugar de trabajo? \_\_\_\_\_
- 18.-Tipo de vivienda: vecindad \_\_\_\_\_ depto \_\_\_\_\_ casa sola \_\_\_\_\_ campamento \_\_\_\_\_ cuarto \_\_\_\_\_
- 19.-Qué servicios tiene en su vivienda?  
Agua potable \_\_\_\_\_ luz eléctrica (medidor) \_\_\_\_\_ drenaje \_\_\_\_\_
- 20.-Cuántos cuartos para dormir tiene la vivienda? \_\_\_\_\_ cocina \_\_\_\_\_ baño \_\_\_\_\_ \* letrina fuera de la casa \_\_\_\_\_
- 21.-De que materiales son:  
pisos: \_\_\_\_\_ paredes \_\_\_\_\_ techos \_\_\_\_\_  
a) concreto b) ladrillo c) lámina d) madera e) adobe f) piedra g) asbesto h) otros
- 22.-Su vivienda es: alquilada \_\_\_\_\_ propia \_\_\_\_\_ ejidal \_\_\_\_\_ heredada \_\_\_\_\_
- 23.-El predio en que vive es de tipo \_\_\_\_\_  
a)rentado b)propio c)ejidal d)fué vendido e)irregular
- 24.-Con qué servicios cuenta la zona? Alumbrado público \_\_\_\_\_ recolección de basura \_\_\_\_\_ alcantarillado \_\_\_\_\_ drenaje \_\_\_\_\_ agua potable \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_ Transporte \_\_\_\_\_
- 25.-Cómo tira la basura, con qué frecuencia y en donde?  
\_\_\_\_\_
- 26.-Cómo atiende la enfermedad?  
a)Privado (Dispensario, Clinica, Hospital, Médico de la colonia)  
b)Seg. Social (IMSS, ISSSTE)  
c)Público (SSA)  
d)Lo resuelve en Casa  
e)otros
- 27.-A que tipo de servicio médico ha asistido? \_\_\_\_\_ a)Med. Familiar b)Planificación familiar c)Odontología d)Urgencias e) otros
- 28.-Qué opinión tiene del servicio? Excelente \_\_\_\_\_ bueno \_\_\_\_\_ regular \_\_\_\_\_ malo \_\_\_\_\_ no lo conoce \_\_\_\_\_
- 29.-Qué tipo de servicios médicos le gustaría que hubiera en la zona? \_\_\_\_\_ a)Med familiar b)Planificación familiar c)Odontología d)Urgencias e)otros
- 30.-Se realizan campañas de salud? \_\_\_\_\_ De qué tipo \_\_\_\_\_ y quien las realiza? \_\_\_\_\_
- 31.-En el último mes qué enfermedades ha sufrido su familia? \_\_\_\_\_  
a) diarreas b) gripe y tos c)piel d)ojos e)diabetes f)hipertensión arterial  
g)otros y cuáles? \_\_\_\_\_
- 32.-Quienes se enferman comunmente en su familia? \_\_\_\_\_ a)bebés b)niños c)jóvenes d)padres e)adultos f)ancianos

33.-Algún miembro de la familia se dedica a la agricultura? Si \_\_\_ No \_\_\_ desde cuando \_\_\_\_\_.

34.-Tener animales de granja le proporciona algún tipo de ayuda? Si \_\_\_ No \_\_\_ Cual? \_\_\_  
a)Venta \_\_\_\_\_ b)Consumo familiar \_\_\_\_\_ c)otro \_\_\_\_\_

35.-Cuenta con apoyo de alguna institución o programa para orientación de salud animal?  
\_\_\_\_\_

36.-Qué le gustaría que le proporcionara algún programa de apoyo?  
\_\_\_\_\_

37.-Pertenece a algún tipo de organización social? SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Cuál? \_\_\_\_\_

38,Existe algún responsable que los organice para alguna actividad especial en la comunidad? \_\_\_\_\_ Qué actividad? \_\_\_\_\_

39.-Considera que exista algún tipo de problema importante en la comunidad ?

a)Violencia b)Alcoholismo c)Drogadicción d)Violencia familiar e)otros

Fecha \_\_\_\_\_ encuestador \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

## Santa Cruz Acalpixca, Xochimilco.

### I.-CARACTERISTICAS DE LAS VIVIENDAS

no. encuesta: \_\_\_\_\_

colonia: \_\_\_\_\_ manzana: \_\_\_\_\_ ageb: \_\_\_\_\_

CLAVE	CALLE	#	AÑO OCUP.	TIPO VIVIEN.	VIVIENDA					SUP. CONT. RU (m2)	SUP. BALDIO	COS	CUS	CALIDAD						
					cocina	baño	recamar.	cuarto	otros					1	2	3	4			
	MIN/MAX																			
	MEDIA																			

NOTAS: El año de OCUPACION se refiere al año en que iniciaron la primera construcción dentro del lote. EL TIPO DE VIVIENDA es unifamiliar (una vivienda, una familia), plurifamiliar (varias viviendas, varias familias o familiares), en renta (cuartos en renta dentro de la vivienda), y multifamiliar (edificios en condominio con varias viviendas, varias familias). EL TAMAÑO DE LA VIVIENDA se refiere a la superficie construida por cuarto, que es: P (pequeña, hasta 9m2), M (mediana, de 9 a 11 m2 por cuarto), y G (grande de 12 a 16 m2 por cuarto). LA SUPERFICIE CONSTRUIDA es la suma de las superficies de todos los cuartos de la vivienda. La SUPERFICIE BALDIA se refiere al área no ocupada por construcciones dentro del lote, como patios. EL COEFICIENTE DE OCUPACION DEL SUELO (COS) se refiere a la división entre superficie construida en planta baja entre la superficie del terreno; y COEFICIENTE DE UTILIZACION DEL SUELO (CUS) se refiere a la división entre la superficie construida total entre la superficie del lote. LA CALIDAD DE CONSTRUCCION es: 1 (rústico, muros de material de desecho o block, techo de lamina de cartón o de asbesto), 2 (muros de block o tabique, techo de lamina de asbesto, ventanas de herrería), 3 (muros de block o tabique, aplastados parches en muros, techo de losa de concreto, ventanas de herrería) y 4 (muros de block o tabique, techo de losa de concreto, ventanas de tablas, acabados en muros y plátano).

fecha: \_\_\_\_\_ levantó y procesó: \_\_\_\_\_

reviso: \_\_\_\_\_