

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA



CONDICIONES MATERIALES DE VIDA Y ENFERMEDAD

UN ANALISIS DE LA RELACION EXISTENTE ENTRE MORBILIDAD, CLASE SOCIAL Y EMIGRACION EN UN AREA RURAL DEL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN MEDICINA SOCIAL

P R E S E N T A :

MIRNA VARA AGUIRRE

"CONDICIONES MATERIALES DE VIDA Y ENFERMEDAD"
UN ANALISIS DE LA RELACION EXISTENTE ENTRE MORBILIDAD
CLASE SOCIAL Y EMIGRACION EN UN AREA RURAL
DEL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO.

TESIS QUE PRESENTA:

MIRNA VARA AGUIRRE

PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN MEDICINA SOCIAL

UNIVERSIDAD AUTONOMA
METROPOLITANA UNIDAD
XOCHIMILCO

INSTITUTO NACIONAL DE
LA NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"

INDICE

| | Páginas |
|--|---------|
| I. - PRESENTACION DEL TRABAJO | 1 |
| II. - ANTECEDENTES | |
| A) Antecedentes | 9 |
| B) Objetivos | 16 |
| III. - METODOS Y TECNICAS | |
| A) Selección del área y grupo de estudio | 19 |
| B) Técnicas para la medición de la morbilidad | 22 |
| 1) Historia Clínica | 24 |
| 2) Tipología de la vivienda | 27 |
| 3) Vigilancia Epidemiológica | 29 |
| 4) Morbilidad por demanda | 31 |
| C) Técnicas empleadas para el análisis de la información | 33 |
| D) Area Socio-económica | |
| 1) Encuesta Socio-económica y Migración | 37 |
| 2) Encuesta Area de Salud | 39 |
| E) Operacionalización de la categoría clase social | |
| 1) Cómo investigar las clases sociales | 40 |
| 2) Clases sociales en el campo | 43 |
| 3) Propuesta para la construcción de clases y fracciones de clase | 47 |
| IV. - RESULTADOS | |
| A) Descripción de las familias y área estudiada | |
| 1) Historia del Valle de Solís | 60 |
| 2) Aspectos demográficos | 64 |
| 3) Aspectos socio-económicos | 65 |
| B) Distribución y determinantes del proceso salud-enfermedad | |
| 1) Corrientes explicativas dentro del pensamiento epidemiológico | 72 |
| 2) Las clases sociales en el análisis epidemiológico | 75 |
| 3) Clases y fracciones de clase identificadas en el Valle de Solís | 78 |
| C) Qué es salud o enfermedad | |
| 1) Algunas definiciones conceptuales | 80 |

| | |
|--|-----|
| 2) Abordaje del proceso salud-enfermedad | 83 |
| 3) Importancia del registro de la morbilidad | 85 |
| D) Enfermedad y desigualdad social | |
| 1) Principales causas de morbilidad identificadas en seis localidades del Valle de Solís | 87 |
| 2) Tasas de morbilidad por clase social | 93 |
| 3) De qué se enferman estas familias? | 96 |
| E) Análisis de las variables que tradicionalmente se han considerado determinantes del proceso salud-enfermedad | |
| 1) Distribución de la morbilidad y tipología de la vivienda | 98 |
| 2) Distribución de la morbilidad y escolaridad materna | 105 |
| 3) Distribución de la morbilidad y actividad principal del jefe de familia | 110 |
| 4) Patrones de ocurrencia de la enfermedad. Distribución de la morbilidad por edad, sexo y variación estacional. | 113 |
| F) Morbilidad por registros clínicos periódicos | |
| 1) Qué tipo de morbilidad registran? | 119 |
| G) Enfermedad y Migración | |
| 1) Algunas consideraciones acerca de la migración | 124 |
| 2) La migración como estrategia de sobrevivencia | 127 |
| 3) Características de los emigrantes en el Valle de Solís | 130 |
| 4) Cómo influye la migración en la salud de los individuos | 133 |
| H) Diferentes registros de morbilidad | |
| 1) Morbilidad por encuesta y demanda. Una comparación | 137 |
| I) Discusión y Conclusiones | 145 |
| J) Bibliografía | 161 |
| K) Anexos y Gráficas | 179 |

INDICE DE CUADROS

| | | |
|-----------|---|-----|
| Cuadro 1 | PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS POR LOS JEFES DE FAMILIA EN EL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO (1984-1986). | 66 |
| Cuadro 2 | CANTIDAD DE HECTAREAS QUE USUFRUCTUAN LOS JEFES DE FAMILIA EN EL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO. | 67 |
| Cuadro 3 | ACTIVIDADES EFECTUADAS POR LOS EMIGRANTES EN LOS DIFERENTES SITIOS DE EMIGRACION (1984-1986). | 70 |
| Cuadro 4 | DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS EN EL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO SEGUN FRACCION DE CLASE. | 79 |
| Cuadro 5 | PRINCIPALES SINTOMAS MORBIDOS REFERIDOS EN EL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO ENERO 1984 A JUNIO 1986. | 89 |
| Cuadro 6 | TASAS DE MORBILIDAD GENERAL POR GRUPOS DE EDAD Y POR CAUSAS. SOLIS, EDO. DE MEXICO ENERO 84 A JUNIO 86. | 90 |
| Cuadro 7 | TASAS DE MORBILIDAD GENERAL POR FRACCION DE CLASE IDENTIFICADAS EN EL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO ENERO 1984 A JUNIO 1986. | 93 |
| Cuadro 8 | PERFIL PATOLOGICO IDENTIFICADO EN EL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO POR FRACCION DE CLASE. ENERO 1984 A JUNIO 1986. | 97 |
| Cuadro 9 | ALGUNAS CARACTERISTICAS DE SANEAMIENTO AMBIENTAL IDENTIFICADAS EN EL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO 1984-1986. | 101 |
| Cuadro 10 | DISTRIBUCION DE LA MORBILIDAD FAMILIAR SEGUN TIPO DE VIVIENDA QUE HABITAN. VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO 1984-1986. | 103 |
| Cuadro 11 | ESCOLARIDAD DE LOS PADRES IDENTIFICADA EN EL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO 1984-1986. | 107 |
| Cuadro 12 | ESCOLARIDAD MATERNA Y MORBILIDAD IDENTIFICADA EN EL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO ENERO 1984 A JUNIO 1986. | 108 |
| Cuadro 13 | DISTRIBUCION DE LOS EPISODIOS DE MORBILIDAD Y OCLPACION PRINCIPAL DEL JEFE DE FAMILIA. VALLE DE SOLIS ESTADO DE MEXICO ENERO 1984 A JUNIO 1986. | 111 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| Cuadro 14 | TASAS DE MORBILIDAD POR GRUPO DE EDAD Y SEXO IDENTIFICADAS EN EL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO ENERO 1984 A JUNIO 1986. | 114 |
| Cuadro 15 | DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD REGISTRADAS POR MEDICOS A TRAVES DE UN EXAMEN CLINICO TRIMESTRAL. VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO ENERO 1984 - JUNIO 1986. | 121 |
| Cuadro 16 | TASAS DE MORBILIDAD SEGUN CALIDAD MIGRATORIA. VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO ENERO 1984 A JUNIO 1986. | 134 |
| Cuadro 17 | TASAS DE MORBILIDAD POR GRUPO DE EDAD Y CALIDAD MIGRATORIA. VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO ENERO 1984 A JUNIO 1986. | 136 |
| Cuadro 18 | PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DETECTADAS POR DOS TECNICAS DE RECOLECCION EN EL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO 1984. | 142 |

AGRADECIMIENTOS

La autora del presente trabajo desea expresar su profundo agradecimiento a un excelente asesor, al Dr. Mariano Noriega quien siempre mostró interés y dedicación para que el trabajo se efectuara lo mejor posible.

A mi amigo el Ing. Ramón Lira por las muchas horas de trabajo y experiencia que aportó al procesamiento informático de los datos que aquí se presentan.

Al Dr. Adolfo Chávez por el apoyo que me brindó para que esta Tesis se realizara.

A la T.S. Luz María Meneses quien con su experiencia, apoyó la selección de algunos datos socio-económicos necesarios para realizar este trabajo.

Muy especialmente quiero agradecer el gran apoyo moral y de trabajo que me brindaron las Responsables Comunitarias de Salud Rural: Silvia, Susana, Columba, Petra y Alicia quienes recolectaron prácticamente toda la información que aquí se presenta.

A mis amigos, maestros y compañeros de trabajo Gerardo, Laura, Abelardo, Luzma, Noé, Rosita E., Enrique R., Alfredo B., e Irene F., gracias por sus valiosos consejos y observaciones.

Agradezco también la colaboración que me brindaron Evita y Rosy en la impresión final de este documento.

DEDICATORIAS

A mi familia quien siempre
ha apoyado el desarrollo
de mi vida profesional.

Muy especialmente a mi
hermano Carlos quien
siempre se preocupó por
que concluyera esta tesis.

A Tomás Loza y José García
por la confianza que siempre
tuvieron en mí para que
realizara esta Maestría.

Para alguien muy especial
con quien ahora comparto
ilusiones y esperanzas.

PRESENTACION DEL TRABAJO

La salud y la enfermedad como componentes de un proceso que se genera y desarrolla en el individuo y en la colectividad aunque han existido desde siempre (seguramente desde la aparición del hombre), su estudio e interpretación ha cambiado a lo largo del tiempo.

En efecto, en el hombre conceptualizado como ser social y biológico, no es posible establecer situaciones estáticas ni estados fijos ya que éste no vive aislado, vive en sociedades específicas donde se dan relaciones sociales y de producción que a su vez determinan, en gran medida, el comportamiento del proceso salud-enfermedad (1).

Una muestra clara acerca de la importancia que las condiciones materiales de existencia tienen en el desarrollo del proceso salud-enfermedad son, entre otras evidencias las conclusiones obtenidas por Thomas McKeown en Inglaterra quien probó que las tasas de mortalidad por Tuberculosis, Cólera, Tifoidea y Escarlatina tuvieron un decremento significativo antes de la incorporación de medicamentos específicos e incluso de la identificación de los agentes causales lo anterior; le permitió afirmar que el decremento en la mortalidad era atribuible en buena medida al mejoramiento del nivel de vida de la población (2).

En la actualidad, aun cuando existe un reconocimiento casi universal acerca de la importancia de lo social en la generación del proceso salud-enfermedad, dicho reconocimiento no ha tenido mayores repercusiones prácticas (3), la causalidad social sólo se ha considerado como un rubro más que hay que agregar a la investigación epidemiológica.

Una propuesta causal distinta debe más bien sustentarse en una explicación de cómo se da la determinación social del proceso salud-enfermedad, hecho que puede lograrse a partir de una teoría social que permita distinguir la especificidad de lo social y lo biológico y, dilucidar cómo los procesos sociales se expresan en los procesos biológicos humanos (4).

La evidencia empírica de que el proceso salud-enfermedad se distribuye de una manera diferencial según la clase social a la que se pertenezca, y que variables como vivienda, escolaridad, saneamiento ambiental y alimentación entre otras, no son más que manifestaciones particulares de las formas como viven y trabajan los grupos dominantes y dominados, abre un nuevo campo de investigación epidemiológica necesario en estos momentos en que sin duda, existen diversas interrogantes acerca de la causalidad por ejemplo, de las enfermedades crónico degenerativas que han comenzado en nuestro país a dominar el panorama patológico.

Esta forma diferente de conceptualizar y abordar el proceso salud-enfermedad ha despertado la inquietud en muchos investigadores y trabajadores de la salud quienes han aportado su esfuerzo para profundizar en este campo del conocimiento. No obstante este esfuerzo, en nuestro país existen muy pocos estudios que siguiendo esta línea hagan referencia a la salud-enfermedad existente en el medio urbano y sobre todo en el rural.

Recientemente el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" concluyó un enorme proyecto interdisciplinario en seis localidades del Valle de Solís, Estado de México que, representa a mi parecer, una gran oportunidad primero, de profundizar en el conocimiento del proceso salud-enfermedad y, segundo contribuir a identificar la situación de salud existente en el medio rural mexicano.

Con base en este estudio fue posible derivar la investigación que aquí se presenta la cual pretende explorar fundamentalmente la relación que existe entre las condiciones materiales de vida y la morbilidad en algunos pobladores del Valle de Solís.

Para lograr dicho objetivo el presente trabajo propone las siguientes interrogantes como guía para su desarrollo.

1) Qué papel desempeñan en la generación de la enfermedad, las condiciones materiales de vida en que se desenvuelven las familias estudiadas?.

2) En qué medida la emigración y las condiciones de saneamiento ambiental (que a su vez son expresión de determinaciones sociales más amplias como la clase social) influyen en la producción de la salud y/o enfermedad?.

3) Cómo aproximarse al conocimiento del proceso salud-enfermedad colectivo que ha desarrollado la población estudiada a lo largo de estos dos años de estudio?.

4) Cómo validar diferentes técnicas de recolección de la morbilidad ?

Siguiendo este orden de ideas se proponen como hipótesis a desarrollar los siguientes supuestos:

- El perfil patológico(*) resultante del mayor o menor deterioro en las condiciones de salud que exhibirán las familias estudiadas es explicado fundamentalmente por las condiciones materiales de existencia en que se desenvuelven.

- La mayor frecuencia, duración y gravedad de los eventos mórbidos detectados en la población estudiada, será una manifestación de su pertenencia de clase.

- El tipo de saneamiento ambiental y las características de la vivienda, de las familias estudiadas no son más que, expresiones de la clase y fracción de clase a la que pertenecen. De ahí que, aunque ambas son capaces de mostrar diferenciales en la morbilidad, por ser elementos o indicadores aislados de una realidad más compleja, no explican de manera suficiente esos diferenciales.

- La emigración del jefe de familia constituye un riesgo capaz de modificar el perfil patológico familiar de clase.

* Perfil Patológico: " gama amplia de padecimientos específicos más o menos bien definidos ". " Se constituye tomando en cuenta el tipo de patología y la frecuencia que determinado grupo exhibe en un momento dado" (5). Es expresión del perfil reproductivo de clase (6).

- Si una población es estudiada por un período de tiempo (al menos un año), registrando semanalmente como morbilidad únicamente aquello que la población identifica y refiere (±) como enfermedad, es posible conocer con un grado alto de certeza el comportamiento que tiene el proceso salud-enfermedad en esa colectividad, al menos en lo referente a las enfermedades agudas (&)

- Para identificar el perfil patológico es necesario contar con registros que permitan conocer qué es lo que la gente identifica y refiere como enfermedad y qué es lo que el conocimiento médico reconoce como daño a la salud.

Dónde se desarrolló el trabajo?, como se mencionó anteriormente esta investigación constituye un subestudio del proyecto que llevó a cabo el Instituto Nacional de la Nutrición y la U. de Connecticut en seis localidades del Valle de Solís, Edo. de México, sus objetivos y desarrollo de los mismos se encuentran resumidos brevemente en el apartado A de este primer capítulo.

Cómo?. Para abordar las interrogantes que se plantearon como guía para el desarrollo de este trabajo, hubo la necesidad de formular no sólo objetivos, sino también de revisar la información con la que contaba el proyecto, evaluar la utilidad de ella en función de las necesidades de este trabajo e identificar que información hacía falta para poder recolectarla.

* La morbilidad referida es sólo una parte del total de la morbilidad poblacional.

& La encuesta de vigilancia epidemiológica es útil para detectar incidencia y prevalencia de los diferentes episodios. En el presente estudio se empleó únicamente para detectar casos agudos.

También en ese momento resultaba necesario hacer dos propuestas importantes; una para identificar la pertenencia de clase de cada uno de los grupos familiares estudiados y otra que permitiera conocer las condiciones de vivienda y saneamiento ambiental en que vivían estas familias.

La descripción tanto de conceptos teóricos como aspectos técnicos que fueron empleados en esta fase se encuentran anotados en el capítulo dos.

Posteriormente aparece el capítulo más extenso de este trabajo, en él se encuentran descritos y analizados los resultados de la presente investigación. Dichos análisis se procuró fueran efectuados a la luz de las diferentes concepciones teóricas que existen al respecto de cada punto que es abordado, este hecho permite desde mi punto de vista, evitar el divorcio que existe en muchos trabajos entre lo que se denomina marco teórico y los resultados en sí mismos.

La presentación de resultados se pretendió fuera lo más clara y coherente posible, el orden de presentación corresponde al orden en que fueron expuestas las interrogantes que delimitaron el desarrollo del trabajo.

Este capítulo inicia con una descripción acerca de la historia y aspectos socio-económico del área estudiada a continuación, se anotan las diferentes corrientes explicativas que han existido dentro del pensamiento epidemiológico se plantea asimismo, la necesidad de reconceptualizar tanto los planteamientos acerca de la salud-enfermedad como los conceptos teóricos que explican su determinación.

También en este apartado se destaca la importancia de elegir categorías explicativas como clase social en la medida que

permiten comprender el por qué procesos como el de salud-enfermedad se distribuyen de una manera y no de otra.

Qué es la salud o enfermedad?. Algunas definiciones conceptuales es el título del siguiente apartado. Aquí nuevamente algunos aspectos conceptuales acerca del tema son referidos y analizados, se describen además las formas de abordar el proceso salud-enfermedad y se destaca la importancia que tienen los registros de morbilidad en la planificación de los servicios de salud.

Los resultados acerca de la morbilidad identificada en las diferentes clases y fracciones de clase, así como, los diferenciales existentes entre ellas aparecen descritos en el capítulo I, apartado D.

El análisis correspondiente a otras variables que tradicionalmente se han considerado como determinantes del proceso salud-enfermedad (saneamiento ambiental, escolaridad materna, y actividad principal del jefe de familia) pueden ser consultados en el siguiente apartado, donde también, se anotan los análisis por edad, sexo y variación estacional, que aunque son variables que no se asocian con causalidad o determinación, sí han mostrado diferencias relacionadas con la aparición y frecuencia de algunas enfermedades.

Dentro de las múltiples estrategias de sobrevivencia que los campesinos del Valle han desarrollado se encuentra la emigración.

En efecto este es un fenómeno que no sólo ocurre en el Valle, sino que al parecer se ha convertido en la alternativa más común para muchos campesinos. Cómo ha repercutido este fenómeno en la salud-enfermedad de la unidad productiva familiar? es la

pregunta que motivó el desarrollo de este apartado (G), que constituye apenas un documento inicial del cual, en especial, espero surjan discusiones y nuevas interrogantes.

Para finalizar la presentación de este estudio, deseo referirme a una pregunta que aparece implícita a lo largo de este trabajo y que es importante tener presente en diferentes momentos de su lectura: Quién o quiénes son los individuos facultados para elaborar un diagnóstico de enfermedad o salud?

! Los médicos !, constatarían una gran cantidad de personas pero, que debe uno pensar cuando un individuo se refiere como enfermo y el médico afirma lo contrario, el individuo está o no enfermo?

Con el planteamiento y análisis de esta última pregunta queda concluida no sólo la presentación de este trabajo, sino la labor de varios meses de intenso esfuerzo y dedicación.

ANTECEDENTES

En el año de 1976, The National Academy of Sciences (N.A.S.) de los Estados Unidos planteó como una prioridad científica en el campo de la Nutrición el estudio de la desnutrición marginal (crónica).

Cinco áreas de estudio fueron identificadas como relevantes para abordar este problema (7): habilidad cognoscitiva; respuesta a las enfermedades; capacidad reproductiva, actividad física y capacidad de trabajo ; y capacidad social y de comportamiento (8).

El Collaborative Research and Support Program (C.R.S.P.) inició en el año de 1982 el estudio titulado " Ingesta y Funcionamiento Humano " en 3 diferentes países: Egipto, Kenya y México.

En México el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán " (I.N.N.S.Z.) en colaboración con la Universidad de Connecticut (E.U.) sería la institución encargada de llevar a cabo dicho estudio.

A continuación se presenta, un resumen del protocolo de investigación elaborado para el proyecto de México (9).

El objetivo central de la investigación fue: Determinar el efecto que tiene la malnutrición crónica en el funcionamiento fisiológico, social y psicológico de los individuos y sus familias en una región rural de México.

Las metas fijadas para alcanzar este objetivo eran:

- 1.- Estimar el grado de asociación existente entre la

ingesta calórica y variables como: desarrollo cognoscitivo, competencia social, funcionamiento reproductivo, estado de salud y patrones de actividad.

2.- Verificar el papel de la inmunocompetencia, capacidad de trabajo y reserva energética materna en las asociaciones arriba mencionadas.

3.- Estimar los efectos del embarazo y la lactancia en estas asociaciones.

La realización de este estudio permitiría al gobierno mexicano conocer los efectos de la desnutrición crónica (marginal) para, de esta manera fundamentar con mayor acierto la planificación en salud y nutrición.

La comunidad a estudiar, tendría el beneficio de contar con una clínica accesible donde, personal médico otorgaría atención a lo largo del estudio a toda aquella persona que la solicitara. Además, algunas personas de la comunidad serían empleadas durante el proyecto.

Para llevar a cabo el programa se propusieron tres fases:

FASE I

Selección de la Comunidad

Debido a que en nuestro país los problemas de malnutrición varían regionalmente, los siguientes criterios fueron establecidos para la selección del área.

- Representatividad
- Area rural cuya producción principal fuera de maíz y frijol.

- Estabilidad poblacional relativa con moderada migración.
- Comunidad poco dispersa.
- Homogeneidad cultural y étnica.
- Amplio rango de variación en la dieta y disponibilidad de nutrientes.
- Estabilidad política local.
- Disponibilidad de información acerca de la zona.
- Accesibilidad razonable al I.N.N. en la Cd. de México, donde muchos de los análisis de laboratorio y captura deberían efectuarse.

El área seleccionada no debía ser sólo representativa de las regiones con moderada malnutrición en México, debía también mostrar algunos rasgos que son característicos del mundo subdesarrollado.

Un área rural era idónea, porque existen evidencias de que la desnutrición crónica ocurre más frecuentemente en este tipo de zonas.

El área seleccionada para llevar a cabo el estudio fue el Valle de Solís, Municipio de Temascalcingo Estado de México, que presenta las siguientes características.

Ubicación geográfica

El Valle de Solís se ubica en el Municipio de Temascalcingo, al noroeste del Estado de México, colinda con los Estados de Querétaro y Michoacán. (Ver Mapa).

Población

Ubicadas dentro del Valle se localizan varias localidades, con poblaciones entre 500 y 1,500 habitantes. Se estima la población total del Valle (excluida la cabecera municipal) en aproximadamente 8,000 habitantes.

Economía

En su gran mayoría, los habitantes de las localidades del Valle dependen, para su subsistencia de la agricultura que en su mayor parte es de maíz. En mucho menor escala, se practica la ganadería y, en forma eventual el comercio.

Características etnográficas

La gran mayoría de los pobladores del Valle son mestizos, se encuentra entre ellos sangre española y francesa mezclada con la indígena.

En algunos poblados, se conserva aún con relativa pureza la raza Mazahua y, en mucho menor escala la Otomí.

Aspectos Educativos

El grado de analfabetismo es muy grande en la zona (alrededor del 50%), sobre todo entre los adultos, ya que en las nuevas generaciones se advierte una tendencia hacia el estudio, que abarca cada vez más a la población femenina. Un mínimo porcentaje de la población (6%) es profesionista y de éstos, pocos radican en el área.

Recursos

Cercana al centro del Valle, y dentro de los terrenos de la ex-hacienda de Solís se encuentra una Unidad Médico Social, que cuenta con servicios de medicina general (consulta externa y hospitalización), odontología y, laboratorio clínico y radiológico.

FASE II

Los objetivos de esta fase fueron:

- Realizar un estudio familiar.
- Diseñar un plan para estimar dieta.
- Diseñar un plan para estimar estado nutricional y de salud.

El estudio familiar resultaba necesario para tener control sobre las variables confundentes que pudieran influir en el registro de la ingesta de nutrientes. Los datos que debían recolectarse eran: características socio-económicas, experiencia migratoria, educación, participación religiosa, contacto con diferentes sistemas de salud y otras características sociales y culturales. Esta actividad fue efectuada por las trabajadoras sociales.

FASE III

En esta fase se generarían los datos requeridos para examinar los mecanismos intervinientes en la malnutrición.

Sub-estudio: Nutrición- Enfermedad

El objetivo central fue conocer el efecto de la ingesta calórica sobre el estado de salud del individuo. Los elementos para efectuar el estudio incluyen:

- Historia clínica y examen físico cada tres meses.
- Registro de síntomas, severidad, duración e impacto en la función e ingesta calórica semanalmente.
- Exámenes de laboratorio y gabinete.

Sub-estudio: Función cognoscitiva.

Este estudio se justificaba porque muchos investigadores han mostrado la interacción entre malnutrición, medio ambiente y desarrollo social y cognoscitivo.

Las áreas cognitivas que han mostrado estar afectadas por malnutrición severa y que fueron incluidas en este estudio son: agudeza visual, observación de conductas, memoria, desarrollo del lenguaje e interacción con sus familiares.

Sub-estudio: Capacidad de trabajo y funcionamiento.

Fue una investigación intensiva acerca de las actividades físicas humanas y su relación con el estado nutricional e ingesta calórica .

Los parámetros a estudiar fueron: actividad, resultado de la actividad, función física y fisiológica.

Subestudio: Competencia Reproductiva

El objetivo de este estudio era mostrar el papel que tiene la composición corporal materna (antes de embarazarse, en el embarazo y la lactancia) en el resultado del embarazo, en la cantidad, calidad y duración de la lactancia, es decir, evidenciar la importancia que tiene la malnutrición marginal materna en la "adecuada" nutrición al seno materno y, en la disminución de las reservas nutritivas de la madre.

OBJETIVOS DEL PRESENTE ESTUDIO

1.- Mostrar que la forma de enfermar y/o morir de las familias estudiadas está determinada fundamentalmente por las condiciones materiales de vida en que se desenvuelve el grupo familiar, es decir por la clase social a la que pertenecen.

a) Establecer y corroborar los criterios para operacionalizar la categoría clase social en el área rural.

b) Mostrar que la forma de enfermar que presenta cada uno de los miembros de las familias estudiadas está determinado por su pertenencia de clase o fracción de clase.

2.- Determinar si la emigración del jefe de familia constituye un riesgo capaz de modificar el tipo y/o la frecuencia de morbilidad en el resto de sus familiares.

a) Determinar en qué medida la nueva ocupación del jefe de familia emigrante, produce alteraciones en las condiciones materiales de vida familiar.

b) Establecer las diferencias existentes en las condiciones de salud/enfermedad del grupo familiar cuyo jefe de familia es emigrante vs. jefe de familia no emigrante. Analizar sus causas y consecuencias.

3.- Con base en tres aspectos de saneamiento ambiental - características del agua empleada en la preparación de los alimentos y para beber; disposición de excretas, basura y desperdicios y, características de la vivienda - determinar el "peso" que tienen estos aspectos en la alteración del patrón de

morbilidad de las familias estudiadas y analizar su relación con la clase social.

a) Elaborar una clasificación para tipo de vivienda y condiciones sanitarias familiares.

b) Conocer cómo se distribuyen las fracciones de clase con base en la anterior clasificación.

c) Analizar las diferencias existentes en el tipo y frecuencia de morbilidad respecto a las clasificaciones anteriores.

4.- Mostrar que si una población es estudiada por un período de tiempo (al menos un año), registrando semanalmente como morbilidad sólo aquello que la madre de familia refiere, es posible hacer estimaciones acerca del proceso salud-enfermedad que se está generando en la colectividad.

a) Proponer criterios de clasificación que permitan el análisis de la morbilidad "sentida" y referida por la población.

b) Buscar que tipo de registro sería útil para validar la información de morbilidad "sentida".

5.- Analizar un componente del proceso salud-enfermedad como lo es la morbilidad a través de su relación con algunas características socio-económicas de las familias estudiadas a lo largo de este proyecto

A partir de tres registros:

- Morbilidad por encuesta.
- Historia clínica trimestral.
- Morbilidad por demanda.

- a) Elaborar el perfil patológico de la población estudiada
- b) Determinar las tasas de incidencia y prevalencia existentes en esta población.
- c) Analizar las diferencias de los perfiles patológicos por fracción de clase.
- d) Evaluar la frecuencia, duración y severidad de los problemas detectados en los diferentes grupos de población y en las diferentes etapas del ciclo agrícola.
- e) Analizar la relación existente entre la morbilidad infantil y la ocupación principal del jefe de familia
- f) Analizar la relación existente entre la morbilidad infantil y la escolaridad materna.

MÉTODOS Y TÉCNICAS EMPLEADAS EN EL PRESENTE TRABAJO

Este capítulo, dividido en cinco apartados, aunque debería guardar el mismo orden conceptual con el que el proceso salud-enfermedad es abordado se presenta de la siguiente manera con la finalidad de lograr una mejor comprensión por parte del lector.

Primero se abordarán las características generales para la selección del grupo de estudio; en segundo lugar se describirán las técnicas empleadas por el proyecto general para la medición del estado de salud de los individuos (historias clínicas, saneamiento ambiental y morbilidad por encuesta y demanda), en este apartado aparece también, una propuesta de tipología de la vivienda; el tercer apartado incluye las técnicas empleadas para el análisis de la información morbida; posteriormente en el cuarto apartado, serán descritas las encuestas socio-económicas empleadas para definir la adscripción de clase de las familias estudiadas; finalmente, se anotará el proceso que se llevó a cabo para operacionalizar la categoría clase social.

A Selección del área y grupo de estudio

Es a finales del año 1983 cuando el I.N.N inicia en seis localidades del Valle de Solís la tercera fase del proyecto "Ingesta de Alimentos y Funcionamiento Humano". Su objetivo, tal y como fue descrito anteriormente, era "determinar los efectos de la desnutrición crónica en el funcionamiento fisiológico, psicológico y social de los individuos y hogares en una región rural de México" (10).

Esta área fue elegida porque estudios previos efectuados ahí, por algunos investigadores de este proyecto habían evidenciado:

- La existencia de desnutrición marginal en la población.
- Consumo fundamentalmente a base de maíz y frijol y.
- La existencia de localidades similares en tamaño así como en estructura económica y cultural.

Todas estas características, entre otras, resultaban necesarias para llevar a cabo dicho estudio. Cinco áreas fueron diseñadas para abordar este problema de gran trascendencia en el campo de la nutrición:

- 1) Ingesta Calórica.
- 2) Actividad Física.
- 3) Socio-económico (incluye aspectos de migración, productividad y culturales).
- 4) Desarrollo Cognoscitivo y
- 5) Salud.

La unidad de observación (II) en el proyecto fueron todas aquellas familias que cumplieron con los siguientes requisitos ("individuos clave"):

- a) Hombre (Jefe de familia) de 18 a 45 años esposo y padre de al menos 1 niño de los grupos c y/o d.
- b) Mujer de 18 a 45 años, esposa y madre de los grupos c y/o d
- c) Preescolares de 18 a 30 meses
- d) Escolares de 7 a 9 años

e) Mujeres embarazadas y lactantes. (Nota: las mujeres lactantes son las mismas que previamente se estudiaron como embarazadas).

f) Niños de cero a ocho meses de edad, hijos de las mujeres del grupo e.

Inicialmente se seleccionaron a todas las familias provenientes de las localidades de San Miguel, Cerritos, San Nicolás y San Antonio que cumplieron con los criterios antes mencionados (130 familias). Algunas de estas familias nunca ingresaron al estudio porque no deseaban colaborar y otras lo abandonaron en los primeros meses (10 familias).

Posteriormente se incorporaron al estudio 110 familias de las localidades de Calderas (julio de 1984) y San José Solís (enero 1985) con la finalidad de incrementar el número de embarazadas e infantes en el grupo (12), quedando de esta manera un grupo de 230 familias distribuidas como sigue:

| | |
|---------------------------------|-----|
| Infantes (menores de 8 meses) | 134 |
| Preescolares | 158 |
| Escolares | 198 |
| Mujeres adultas | 230 |
| (mujeres embarazadas 103) | |
| Hombres adultos | 230 |

Cada uno de estos individuos se pretendió completar un año de estudio. A este grupo (1073 individuos) se les aplicaría la batería de pruebas propuesta (63), claro que este número varía dependiendo del individuo de que se trate. La única encuesta que se aplicó a todos los miembros de la familia (aunque no fueran individuos clave) fue la de morbilidad. Estas características trajeron tres problemas importantes:

1) No todos los individuos contaban con el mismo tipo de información, hecho que imposibilitó realizar análisis más confiables.

2) Como operacionalmente se redujo la unidad familiar a grupos familiares no fue posible efectuar análisis en función de la unidad familiar.

3) Aunque el grupo familiar fue contruido considerando padre y madres jóvenes, es posible encontrar información de morbilidad referentes a grupos etáreos mayores de 45 años, ya que esta encuesta, recolectó información de toda la familia.

B Técnicas de medición de la morbilidad.

El estudio de la morbilidad tal y como lo han mencionado diversos autores (13,14,15,16) presenta ciertas dificultades en el sentido de que a diferencia de la muerte que ocurre sólo una vez, la enfermedad puede ocurrir varias veces en la vida del individuo, durar pocas horas o muchos años, ser muy leve o muy severa, e influir nada o mucho en el modo ordinario de vida de una persona. Aun más, la percepción de la enfermedad es variable entre los individuos de modo que una pequeña alteración para un individuo puede no significar nada y para otro constituir motivo de molestias.

Estas observaciones pienso, deben ser tomadas en cuenta por todo investigador que desee hacer mediciones de morbilidad, ya que no considerarlas puede conducirle a graves errores.

Por lo que respecta a la medición de la morbilidad pueden distinguirse tres tipos de unidades: "personas enfermas",

"enfermedades" y "episodios de enfermedad", por este motivo el Comité de expertos en Estadísticas de Salud recomienda especificar claramente en las estadísticas de morbilidad a cual de estos tres criterios se refieren los datos (17).

La medición de la morbilidad en este estudio se referirá a episodios de enfermedad , excepto en los casos que se especifique otra unidad .

A continuación se presenta la descripción metodológica del: AREA DE SALUD que fue una de las elegidas para llevar a cabo este trabajo.

El objetivo central del área de salud era determinar "el efecto que la ingesta calórica tiene, sobre el estado de salud del individuo " (18) .

Para fines operativos el área de salud se dividió en las siguientes sub- áreas:

- 1.- Estado de Salud.
- 2.- Estado Nutricional (no se emplearán los datos)
- 3.- Vigilancia Epidemiológica
- 4.- Función Inmunológica (no se emplearán los datos)
- 5.- Saneamiento Ambiental y prácticas higiénicas

Estandarizar los criterios diagnóstico-terapéuticos en el área de salud que permitiera una recolección homogénea de los datos resultaba sumamente necesario.

Por tal razón, se diseñaron guías de diagnóstico y tratamiento de los padecimientos más frecuentes en la zona a

estudiar (Catarro Común, Faringoamigdalitis, Infección Respiratoria Superior, Diarrea y Parasitosis Intestinal).*

Se entrenó al personal médico y paramédico Responsables Comunitarias de Salud Rural (R.C.S.R.) en el manejo de estas guías a través de un curso intensivo de capacitación y supervisión continua del trabajo semanal efectuado en las Casas de Salud.

Vale la pena aclarar que, en cada una de estas localidades existía un sitio destinado exclusivamente para dar atención médica a quien lo solicitara denominadas, Casas de Salud. Ahí generalmente se encontraban dos R.C.S.R. que eran las encargadas de atender la consulta casi siempre bajo la supervisión del médico encargado de comunidad.

También, muy cercana a las localidades se encontraba una Unidad de Atención Médica con servicios de hospitalización (tres camas para atención gineco-obstétrica, una sala de expulsión, tres camas para atención pediátrica y una cama para problemas de Medicina Interna), laboratorio, radiología y consulta externa que atendía a toda la población demandante.

Estado de Salud

Se estudió el estado de salud en dos grupos de individuos de la comunidad:

* Para mayor información consúltese: Mata, Alfonso et. al. La Modernización de la Atención Médica Primaria. Publicaciones de la División de Nutrición de Comunidad, México/ INN enero 1986, núm 69, 311 pp.

1) Formado por los individuos que pertenecen al grupo en estudio.

2) Formado por todos los individuos de las comunidades que asisten a las Casas de Salud o a la Unidad Médico Social de Solís en demanda de servicios de atención médica.

El estado de salud de los individuos que pertenecían a la cohorte, se analizó a través de un estudio clínico, el cual tiene dos componentes:

I) HISTORIA CLÍNICA: Dos modalidades de esta existen.

1) Historia Clínica Inicial.

2) Historia Clínica de Seguimiento.

II) EXAMEN FÍSICO: Contiene aspectos generales y específicos.

Se buscó intencionalmente la presencia de patología nutricional y de otro tipo tales como disminución de la agudeza visual y auditiva.

Los criterios médicos fueron estandarizados tanto en el interrogatorio clínico como el examen físico que se aplicaron.

Cada una de las historias clínicas contiene al final una hoja, en la cual se consignaron todos los diagnósticos elaborados por el médico al momento de interrogar y explorar al paciente, así como, el tratamiento prescrito para cada caso. (Ver anexo). Esta hoja será utilizada en el presente trabajo por su utilidad sobre todo en la detección de problemas crónicos.

En esta encuesta por razones obvias era muy difícil llevar a cabo "control de calidad de la información" sin embargo vale señalar que la gran mayoría de las H.C. fueron efectuadas por sólo dos médicos previamente entrenados.

La Historia Clínica también fue empleada para obtener información acerca del saneamiento ambiental.

Los datos obtenidos al respecto fueron: características del agua empleada para beber y preparar los alimentos; tratamiento que recibe el agua; disposición de basura, desperdicios y excretas; tratamiento de la basura y ubicación de animales domésticos. Esta información aunada a los datos acerca de las características físicas de la casa permitió elaborar una tipología de vivienda que posteriormente se relacionaría con la morbilidad desarrollada por las familias que habitan ese tipo de vivienda.

Esta información fue seleccionada entre otras razones, porque es sabido que la calidad de agua empleada en la alimentación juega un papel importante en la generación de enfermedades infecciosas (19,20); los desechos, tienen importancia para la salud pública en la medida que pueden originar directamente enfermedades o constituir un medio apropiado para el desarrollo de elementos nocivos para la salud.

Las excretas humanas consideradas como desechos, al ser depositadas en el suelo en condiciones de humedad, temperatura e iluminación adecuadas, pueden contaminar el suelo con parásitos.

También la salud de los animales está muy relacionada con la salud humana, muchas enfermedades de los animales como ántrax, brucelosis, rabia, toxoplasmosis, parasitosis intestinal etc., constituyen un peligro real o potencial para el hombre,

sobre todo en el medio rural donde el contacto con los animales es permanente (21).

A continuación se presenta una propuesta para caracterizar el tipo de vivienda y saneamiento ambiental existente en el Valle de Solís que muy posiblemente es similar al resto del medio rural. La finalidad de esta caracterización es mostrar la capacidad explicativa que tiene esta variable cuando es analizada aisladamente.

Propuesta para la construcción de una tipología de vivienda y saneamiento ambiental en un área rural.

TIPO I

- a) Muros de ladrillo o tabicón, madera y piedra
- b) Techo de concreto, madera o lámina de cartón o metal.
- c) Piso de cemento, mosaico, ladrillo y/o tabicón.
- d) Número de personas por habitación: una o dos.
- e) Dispone de agua entubada e intradomiciliaria.
- f) Posee inodoro o letrina.
- g) El agua que se utiliza para beber y preparar los alimentos está hervida o clorinada.
- h) Disposición de basura o desperdicios fuera del terreno donde se encuentra la vivienda.
- i) Tratamiento de la basura: la quema o entierra.
- j) Ubicación de animales domésticos: se encuentran en un lugar específicamente destinado a ellos.

TIPO II

- a) Muros de: igual que el anterior tipo.
- b) Techo de: igual que el anterior tipo.
- c) Piso de: igual que el anterior tipo.
- d) Número de personas por habitación: tres a cinco.
- e) Dispone de agua entubada.

- f) Disposición de excretas al aire libre fuera del terreno donde se encuentra la vivienda.
- g) El agua que se utiliza para beber y preparar los alimentos no recibe tratamiento.
- h) Disposición de basura y desperdicios: en el patio a más de tres metros del lugar donde se come o cocina.
- i) Tratamiento de la basura: la quema o entierra.
- j) Ubicación de animales domésticos: tiene animales domésticos libres en el terreno de la propiedad.

TIPO III

- a) Muros de: igual que el anterior tipo
- b) Techo de teja.
- c) Piso de tierra.
- d) Número de personas por habitación: mayor que cinco.
- e) Utiliza agua de pozo o manantial.
- f) El agua que utiliza en la preparación de alimentos y para beber no recibe tratamiento.
- g) Disposición de excretas al aire libre a más o menos tres metros del lugar donde se cocina o come.
- h) Disposición de basura o desperdicios en el patio a más o menos de tres metros del lugar donde se come o cocina.
- i) Tratamiento de la basura o desperdicios: no recibe tratamiento o se les da a los animales.
- j) Ubicación de animales domésticos: entran y salen libremente de la casa.

Vigilancia Epidemiológica

Para estudiar la frecuencia, duración y distribución de la morbilidad, en esta zona se diseñó una encuesta denominada "Registro de Morbilidad Individual Mensual" cuyo objetivo era recolectar información morbida semanalmente y de esta manera:

- 1) Determinar la incidencia y prevalencia de los signos o síntomas en las comunidades del estudio.
- 2) Determinar el grado de asociación entre ingesta calórica, incidencia y prevalencia de los signos y/o síntomas.
- 3) Determinar la duración e incapacidad que producen los signos y/o síntomas, en las comunidades en estudio.
- 4) Determinar el grado de asociación entre ingesta calórica, duración e incapacidad producida por los signos y síntomas.

La aplicación de esta encuesta, (ver formulario en anexos), estuvo a cargo de la responsable comunitaria de salud rural (R.C.S.R.), y la supervisión del trabajo de ésta, fue responsabilidad del médico encargado de la comunidad.

El procedimiento para la aplicación de la encuesta fue el siguiente:

- 1) La encuesta se aplicó semanalmente en una o dos visitas al ama de casa (22,23,24,25), se interrogaba a la señora acerca del estado de salud de cada miembro de su familia.

Cuando la madre informaba que algún individuo estaba enfermo, la auxiliar interrogó:

- a) Acerca de los síntomas que la persona tenía.
- b) Tiempo de duración (en días).

La duración de la enfermedad, se anotó cuidadosamente tanto,

en lo que respecta para los días anteriores a la visita (duración retrospectiva o anterior), como entre visitas (duración prospectiva o posterior).

c) Grado de incapacidad que le está produciendo el signo/síntoma desde su apareamiento hasta el momento de la entrevista.

d) Cambios de apetito y hábitos alimentarios (el día de la entrevista).

e) Terapéutica que se está aplicando (el día de visita).

Descripción del formulario

Para cada miembro de la familia, existía una hoja mensual de vigilancia epidemiológica.

En la parte superior del formulario, aparece una fila de números que corresponden a los días del mes del 1 al 31 de forma consecutiva, la R.C.S.R. se encargaba de encerrar dentro de un círculo, únicamente el día en que la madre proporcionó información.

En la casilla de signo o síntoma, la R.C.S.R. anotaba aquel que estuviera presente el día de visita. Si varias veces en el mes, se encontraba el mismo signo o síntoma, la R.C.S.R. empleó la misma casilla de signo o síntoma teniendo cuidado de colocar adecuadamente los días en que se presentó.

Si la señora en una visita previa informó la existencia de un signo o síntoma, la R.C.S.R. lo primero que tenía que preguntar en la siguiente visita era, la evolución y duración de ese signo o síntoma.

Al final de cada mes, el jefe de área responsable de morbilidad, cambiaba aleatoriamente el día de visita para evitar posibles sesgos en la patología.

Por lo que respecta a la codificación y llenado de la encuesta, fue responsabilidad del médico encargado de la comunidad, revisar diariamente los formularios llenados por la R.C.S.R., él o ella debía codificar los signos y la calidad del tratamiento que estaba recibiendo el enfermo.

Cabe aclarar que esta encuesta fue la única que se aplicó a todos y cada uno de los individuos que pertenecían al grupo familiar, esto explica porque se cuenta con información morbida para todos los grupos de edad y no sólo para los individuos clave.

Morbilidad por demanda

El hecho de que el proyecto general prestara atención de primer nivel a todas las localidades permitió que se contara con registros de morbilidad por demanda. Lamentablemente por razones de deserción y rotación de una gran parte del personal sólo se cuenta con información confiable del año 1984, para las localidades de San Miguel, Cerritos, San Nicolás y San Antonio.

En cada uno de los expedientes clínicos existentes en las casas de salud había una hoja, denominada Hoja Frontal donde se consignaba nombre, edad, sexo, localidad, fecha de apertura de expediente y los diagnósticos que se elaboraron al paciente en sus diferentes visitas a la Unidad Médico Social y/o casa de salud, así como la fecha en la que el paciente mostró mejoría del episodio por el cual consultó.

Esta hoja tiene la ventaja de recopilar todos los diagnósticos que se elaboraron para cada paciente y, que aparecen descritos en el expediente. La codificación de diagnóstico y tratamiento fue efectuada por un solo revisor para evitar sesgos en la interpretación (*).

Disponer de estos tres tipos de registro es un hecho afortunado, ya que de esta manera se cuenta con los tres niveles de análisis que plantean algunos autores deben ser abordados en los estudios de morbilidad (26, 27).

La selección y agrupación de diagnósticos que se llevó a cabo con los tres registros de morbilidad fue elaborada por el autor del presente trabajo (consulte los anexos). Esta agrupación se efectuó bajo un doble criterio: etiológico y anatómico lo que a mi parecer permite llevar a cabo el análisis adecuado de la información y de esta manera visualizar qué tipo de problemas sanitarios presenta el grupo estudiado.

(*) Los códigos empleados no corresponden a la C.I.E., fueron diseñados para uso exclusivo del proyecto.

C Técnicas empleadas para el análisis de la información

Básicamente, el análisis de los datos del presente trabajo comprende el cálculo de tasas de morbilidad.

El número de años persona en riesgo es un denominador frecuentemente empleado para calcular tasas cuando el tiempo de "exposición al riesgo" varía en cada uno de los individuos (28,29).

La consideración práctica que hace conveniente el uso del concepto persona-tiempo es que durante el período que dura el estudio:

- las fechas de ingreso de los individuos pueden variar. Por ejemplo en este estudio no todas las familias ingresaron en enero de 1984, su ingreso varió dependiendo de si cumplían o no con los criterios de inclusión.

- durante el período de estudio, ciertos individuos salen de la categoría "bajo observación", debido a muerte, a que ya no cumplían con las características solicitadas por el estudio, u otras razones.

Cálculo

Por lo general se estima el número de personas-tiempo conforme a ciertos criterios entre los que destacan:

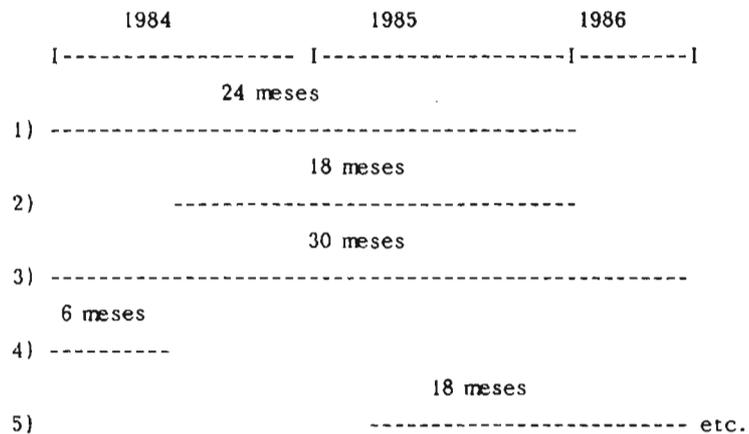
- a) años persona de observación.
- b) meses persona de observación.

de esta manera un paciente observado durante un año valdrá un año persona, igual que dos observados durante seis meses o cuatro observados durante tres meses, etc. con base en este denominador homogeneizado, (que toma en cuenta simultáneamente el número de personas en riesgo y la duración del riesgo para cada persona) pueden calcularse las diferentes tasas de morbilidad o mortalidad.

El procedimiento de relacionar la frecuencia de un evento con el total de meses-persona o de años-persona de observación resulta correcto cuando el fenómeno que se investiga ocurre en forma regular sin que se aprecien variaciones de riesgo asociados a los primeros meses de observación o a la prolongación de ésta en el tiempo.

En el presente estudio, como se mencionó anteriormente, no todas las familias ingresaron y regresaron al mismo tiempo, de tal forma que las estancias pueden ilustrarse como sigue:

PERIODO DE ESTUDIO



Por esta razón se eligió el concepto de persona-tiempo como el método más apropiado para homogeneizar el denominador y, posteriormente calcular las tasas de morbilidad.

A continuación tomando como referencia el ejemplo anterior se presenta el procedimiento de cálculo que se efectuó para obtener años-persona de observación. Simplemente cada valor de estancia en meses es dividido entre doce.

| No. de individuo | tiempo de estancia | años persona |
|------------------|--------------------|--------------|
| 1) | 24 | 2 |
| 2) | 18 | 1.5 |
| 3) | 30 | 2.5 |
| 4) | 6 | .5 |
| 5) | 18 | 1.5 |
| . | | |
| . | | |
| n | | |
| Total | 27468 | 2289.0 |

Posteriormente, con la finalidad de conocer si las diferencias entre las tasas eran estadísticamente significativas, se efectuó un procedimiento que permitiera homogeneizar el denominador. De esta manera se obtuvieron tasas de morbilidad estimadas bajo el siguiente supuesto "Si el individuo x tuvo n episodios de enfermedad durante el tiempo que permaneció en el

estudio, por ejemplo doce meses; cuántos episodios hubiera presentado si hubiera permanecido en el estudio 30 meses?.

La fórmula empleada fue:

$$\text{Te. M} = \frac{n/\text{est}}{\text{Duración Total del estudio.}}$$

Te. M = Tasa Estimada de Morbilidad.

n = Número de episodios que padeció durante su estancia.

est = Tiempo que permaneció en el estudio.

Una vez obtenidas las tasas individuales de morbilidad para cada fracción de clase, se calculó una tasa estimada promedio por fracción de clase, este último valor fue empleado para llevar a cabo el análisis estadístico de diferencia de medias.

Los resultados de estos análisis aparecerán descritos en el texto y no en los cuadros porque los datos que ahí aparecen no son los estimados.

D Area socio-económica

La otra gran área elegida para llevar a cabo este trabajo fue el área socioeconómica, misma que incluye las siguientes encuestas:

- 1.- Encuesta socio-económica y migración.
- 2.- Productividad. (No se empleará en este trabajo)
- 3.- Encuesta socio-cultural. (No se empleará en este trabajo).

Encuesta Socio-Económica- Migración.

La encuesta socio-económica y migración, comprendió aspectos de vivienda, posesión de bienes materiales e instrumentos de trabajo, gasto en alimentación semanal y patrón de emigración familiar (Ver formulario en anexos).

Se efectuó en dos ocasiones a cada familia, la primera al ingresar al estudio y la segunda cuando egresaban. Todas las encuestas fueron aplicadas por personal auxiliar previamente capacitado por la jefe de área quien además se encargó de codificar, supervisar y revisar dichas encuestas.

De esta encuesta se seleccionó la información correspondiente a aspectos de la vivienda y posesión de animales e instrumentos de trabajo.

Respecto a los aspectos de vivienda interesaron los siguientes datos:

- Material empleado en la construcción de la vivienda (piso, techo y paredes).
- Número de cuartos existentes.

- Número de ventanas.
- Número de personas que viven permanentemente en la casa.

Por qué estas variables?

La vivienda forma parte del medio en que se desenvuelve el hombre (30) e incluye numerosos aspectos que están relacionados con el proceso salud-enfermedad individual y colectivo.

Desde el punto de vista de la salud, la vivienda tiene gran interés ya que influye tanto en la presencia de enfermedades como en el bienestar humano. Se sabe por ejemplo, que las tasas de morbi-mortalidad son más altas entre la población que habita en viviendas insalubres que los que ocupan viviendas higiénicas.

En México el problema de la vivienda (31) es de grandes proporciones, estudios realizados al respecto llegaron a la conclusión de que 90% de las viviendas eran inadecuadas; en 1970, 66% de la población vivía en habitaciones de 1 ó 2 cuartos.

■

La encuesta socio-económica aplicada en el proyecto general permitiría desde mi punto de vista, por una parte conocer el tipo de vivienda que habitan las familias del estudio y por otra, explorar la relación existente entre estos tipos de vivienda rural y la frecuencia con que las enfermedades se desarrollan en sus habitantes.

Los datos correspondientes a posesión de animales e instrumentos de trabajo fue empleado para caracterizar las diferentes fracciones de clase (ver apartado E).

Encuesta Area de Salud

Esta encuesta es la única diseñada por la autora presente trabajo y surgió ante la necesidad de "ubicar" a una de las familias en una clase o fracción de clase.

Dicha encuesta tenía dos objetivos: uno "captar" algunas características esenciales de las clases sociales para de esta manera poder caracterizar a cada una de las familias y dos, complementar la información faltante de otras áreas.

Dos versiones de esta encuesta existen: una para emigrantes y otra para aquellos que no lo son. (Ver anexos)

Estas encuestas incluyen variables para conformar fracciones de clase existentes en el campo.

Las variables a considerar para estructurar las clases sociales agrícolas son: Actividad principal y secundaria del jefe de familia, propiedad o usufructo de la tierra y extensión de ésta para cultivo, compra de fuerza de trabajo, venta de fuerza de trabajo, propiedad de objetos e instrumentos de trabajo (tipo y cantidad), destino de la producción de los cultivos principales, tiempo de desempleo, composición del ingreso familiar y emigración del jefe de familia (actividad principal, sitio de emigración, duración de la emigración y cambios ocurridos a nivel familiar durante la emigración).

Para las clases sociales del sector II y III que en ocasiones se encuentran en el área rural son: actividad principal y secundaria del jefe de familia, propiedad de los objetos o instrumentos de trabajo, tipo de actividad que realiza en su centro de trabajo, naturaleza del trabajo (manual/ intelectual),

escolaridad, tiempo de desempleo, tipo de salario, organizaciones existentes en el centro de trabajo, actividades de otros familiares, composición del ingreso y emigración principal, sitio de emigración, duración de la emigración, y cambios ocurridos en la familia durante la emigración).

E Operacionalización de la categoría clase social

Cómo investigar las clases sociales?

Existen diferentes concepciones acerca de la clase social (32), algunos autores basan las diferencias entre clases en función del ingreso, nivel educativo, magnitud de la riqueza, etc. (conforman estratos), estos indicadores aunque de hecho reflejan posiciones sociales distintas sólo son los efectos más visibles de la estructura de clase y no los elementos fundadores de tales estructuras. Otros autores plantean que la identificación de las clases sociales básicas de una sociedad no es tarea de la observación empírica sino de la investigación teórica (33) porque, la existencia de clases va unida a determinadas fases históricas del desarrollo de la producción, es decir, las clases son efectos específicos de modos de producción en los que existe propiedad privada de los medios y/o agentes de la producción y, donde las relaciones sociales se organizan en torno a la explotación (34).

Acorde a lo anterior la definición de clase social adoptada para este trabajo es:

"Las clases son grandes grupos de hombres que se diferencian entre sí, por el lugar que ocupan en un sistema de producción históricamente determinado, por las relaciones en que

se encuentran frente a los medios de producción, por el papel que desempeñan en la organización social del trabajo y por consiguiente, por el modo y la proporción en que perciben parte de la riqueza social de que disponen. Las clases sociales son grupos humanos, uno de los cuales puede apropiarse del trabajo de otro por ocupar puestos diferentes en un régimen determinado de economía social" (35).

Así puede afirmarse que:

- Las clases se generan y adquieren existencia objetiva a nivel de la matriz económica de ciertos modos de producción.
- Cuando las relaciones entre clases se constituyen con base en la propiedad privada es decir, que una de ellas puede apropiarse del trabajo de la otra, estas relaciones sólo pueden darse de manera contradictoria y por tanto en lucha constante.
- Las relaciones entre las clases fundamentales son relaciones de explotación y por tanto antagónicas.
- La existencia de clases redefine la naturaleza de dos instancias superestructurales: jurídico-política e ideológica, en la medida que les confiere inevitablemente un carácter clasista (36).

Clase en sí y clase para sí

Las clases cuando sólo se constituyen como efecto de la matriz económica de determinados modos de producción y formaciones sociales se conforman como clase en sí.

Las clases como verdaderos sujetos históricos capaces de actuar sobre las estructuras y transformarlas a través de la lucha de clases, el desarrollo de una organización y una

conciencia de clase pasa a constituirse en una clase para sí, es decir, una clase capaz de elaborar un proyecto de existencia social adecuado a sus intereses de clase (37, 38).

Clases y Fracciones de clase

El hecho de que una formación social articule en su seno varios modos de producción, permite comprender la razón por la cual en una sociedad pueden coexistir varias clases y fracciones de clase.

La articulación de una formación social llega incluso a constituir en clase a ciertos grupos sociales que , en rigor no los serían, tal es el caso de los campesinos cuya forma de producción (mercantil simple) en sí misma no genera clases sociales, sin embargo se constituyen como clase en la medida que están articulados de cierta manera - en el caso de las formaciones sociales capitalistas- a los modos de explotación secundarios del capital como lo es la usura, impuestos, intercambio desfavorable, etc. (39, 40).

El análisis de la estructura de clases en una formación social determinada enfrenta el problema de que las clases no son conjuntos absolutamente homogéneos, sino que en su interior presentan subdivisiones importantes (fracciones de clase) que sólo pueden ser definidas a través de el análisis crítico de una situación concreta (41). Reconocer este hecho implica estar preparado para aceptar y explicar la existencia de diferencias inter e intra- clase (42).

Clases Sociales en el Campo

El estudio de las clases sociales en el agro mexicano, es un tema aún no resuelto, ya que su identificación representa múltiples dificultades tanto teóricas como metodológicas.

Lenin (43), en uno de sus múltiples documentos, menciona: "Sobre la agricultura en general y sobre los campesinos en particular gravitan con mayor fuerza las tradiciones antiguas de la vida patriarcal y, a consecuencia de ello la acción transformadora del capitalismo (desarrollo de las fuerzas productivas, cambio de las relaciones sociales, etc.)..... El conjunto de todas las contradicciones económicas existentes en el seno de los campesinos constituye su proceso de diferenciación que representa la destrucción radical del viejo régimen patriarcal campesino y la formación de nuevos tipos de población en el campo.....La aparición de la desigualdad en los bienes es indudablemente, el punto de partida de todo el proceso, pero el proceso no acaba con esta sola diferenciación, además de diferenciarse el viejo campesino se derrumba por completo, deja de existir, desplazado por tipos de población rural totalmente nueva que constituyen la base de la sociedad donde domina la economía mercantil y la producción capitalista. Esos tipos son la burguesía rural y el proletariado agrícola".

Proletarización de los campesinos pobres y transformación de sus medios de producción en capital apropiado por otros y, paralelamente aburguesamiento de los campesinos ricos son sin duda dos facetas de la descomposición del campesinado que en mayor o menor medida operan permanentemente en los extremos de esta clase (44).

La forma en que los campesinos como clase se encuentran articulados al modo de producción capitalista es a través del

mercado donde acuden a vender sus productos, que se convierten en mercancía cuando cobran un valor de cambio asignado por la empresa capitalista "compradora".

El campesino vende para poder comprar y este es el único fin al que condiciona su intercambio; por el contrario el capitalista vende para realizar una ganancia y sólo bajo esta condición acepta el intercambio (45).

La obligación que tiene el campesino de acudir al mercado proviene por una parte de la necesidad de adquirir los bienes que se requieren para la sobrevivencia familiar y por otra de la necesidad de vender sus productos para generar los ingresos necesarios para continuar sobreviviendo. Ambas circunstancias conduce al campesino a una limitada capacidad de negociación en el momento de realizar las transacciones quedando siempre en una situación de desventaja que su vez conduce a una intensificación del esfuerzo del trabajo familiar que finalmente se traduce en una mayor cantidad de trabajo que no recibe remuneración (46).

En efecto, a la creciente limitación cuantitativa y cualitativa que padece el campesinado en su acceso a los recursos naturales (tierra, agua, etc.), se suman su desventaja tecnológica también creciente y la falta de crédito, condiciones todas que encuentran su lógica consecuencia, en la obtención de una mínima remuneración por el trabajo desarrollado, cuando los productos se presentan en el mercado.

Con la separación cada vez más radical que el desarrollo capitalista ha ido imponiendo a las ramas agrícolas e industriales, el campesinado se ha visto condenado a acudir al mercado para obtener productos que satisfagan necesidades, nuevas o antiguas, a las que su propia producción ya no responde.

Esta dependencia del mercado puede considerarse como un rasgo originario de la forma de producción campesina pues confiere un carácter irreversible a su sometimiento a las desventajas sistemáticas que pesan sobre sus condiciones productivas (47).

Cómo operacionalizar el concepto de clase social en el medio rural mexicano?

Dentro del grupo de investigadores que más esfuerzos han dedicado al estudio de esta problemática pueden identificarse dos corrientes (48), que a mi parecer no son contradictorias.

La primera define a las clases sociales principalmente con base en las relaciones de propiedad de los medios de producción (Stavenhagen) y la otra por el lugar ocupado en un sistema de producción social e históricamente determinado (Pozas).

Bartra R. por su parte, define a los campesinos como proletarios debido a su condición pequeño burguesa, porque "el campesino está inmerso en un mecanismo de producción peculiar, en el que -si estuviera aislado- él mismo como buen pequeño burgués sería el único dueño del producto de su propio trabajo...Pero el campesino no está aislado y su inserción en la economía burguesa transforma la autoexplotación en explotación del que trabaja la tierra por la clase dominante; el campesino se convierte, de esta manera, en el agente de su propia explotación" (49).

El presente estudio para abordar este aspecto considerará las siguientes dimensiones:

-El lugar ocupado por los individuos en el sistema de producción social e históricamente determinado.

- Sus relaciones frente a los medios de producción.

- El papel que desempeñan en la organización social del trabajo y.

- El modo y la proporción en que perciben parte de la riqueza social de que disponen.

Propuesta para la construcción de clases y fracciones de clase

Aunque se sabe que el concepto de clase social incluye la instancia económica, jurídico política e ideológica (50), en el presente trabajo no se captará en su totalidad el concepto, por la dificultad que representa el aprehender sobre todo el último aspecto.

En el presente trabajo, la adscripción de clase o fracción de clase de las diferentes familias del estudio, estuvo definida en función del jefe de familia, porque son ellos los que con mayor frecuencia presentan una inserción directa y activa en los procesos de producción.

Aquí no se enfrentó el problema de definir en qué fracción de clase ubicar a la familia donde varios de sus miembros pertenecen a diferentes fracciones de clase, porque los individuos estudiados son hijos o esposa de aquel varón que tuviera entre 18 y 45 años y, este último es el único que se consideró jefe de familia. Además si un hijo trabajaba, este elemento no era tomado en cuenta para modificar la adscripción de clase ya que en ningún caso, de ellos dependía la sobrevivencia del grupo familiar.

Las variables e indicadores empleados para llevar a cabo la operacionalización fueron:

Para las clases y fracciones de clase del sector I:

VARIABLES

INDICADORES

| | |
|---|---|
| Condición de actividad | Actividad realizada desde la fecha de ingreso al estudio |
| Sector en el que desarrolla su actividad. | Actividad principal del jefe de familia |
| Tipo de actividad | Nombre de la actividad y tareas más importantes que desarrolla. |
| Compra de fuerza de trabajo | Cuántos trabajadores emplea o contrata en los períodos del ciclo agrícola . |
| Venta de fuerza de trabajo | Asalariado en segunda ocupación. |
| Propiedad de los medios de producción. | Propiedad o usufructo de la tierra, disponibilidad de herramientas y maquinaria. |
| Tipo y cantidad de medios de producción | Cantidad de Has. en propiedad y en explotación; carácter sofisticado o rudimentario de la maquinaria o herramientas y cultivos principales. |
| Carácter de la unidad productiva | Destino de la producción. |
| Composición del ingreso familiar. | Elementos que contribuyeron a integrar el ingreso. |

Para las clases y fracciones de clase del sector II y III:

| VARIABLES | INDICADORES |
|---|---|
| Condición de actividad | Actividad realizada desde la fecha de ingreso al estudio |
| Sector en el que desarrolla su actividad. | Actividad principal del jefe de familia |
| Tipo de actividad | Nombre de la actividad y tareas más importantes que desarrolla. |
| Compra de fuerza de trabajo | Cuántos trabajadores emplea o contrata en los periodos del ciclo agrícola o establecimiento. |
| Venta de fuerza de trabajo | Asalariado en segunda ocupación. |
| Propiedad de los medios de producción. | Propiedad o usufructo de la tierra, disponibilidad de herramientas y maquinaria. |
| Tipo y cantidad de medios de producción. | Cantidad de Has. en propiedad y en explotación; carácter sofisticado o rudimentario de la maquinaria o herramientas y cultivos principales. |
| Carácter de la unidad productiva | Destino de la producción. |

| | |
|---|---|
| Composición del ingreso familiar. | Elementos que contribuyeron a integrar el ingreso. |
| Poder de decisión | Nivel de escolaridad. Núm de trabajadores a su cargo. |
| Grado de control sobre el proceso de trabajo. | Descripción de las tareas que desempeña en su ocupación. |
| Naturaleza del trabajo Continuación | Manual o intelectual. |
| Forma de ingreso | Tipo de salario (fijo, no fijo y destajo). |
| Multiplicidad de ocupaciones | Simultaneidad de ocupaciones en el último año. |
| Desempleo | Tiempo que permaneció sin realizar actividades que le redituaran algún ingreso. |
| Organizaciones | Existencia de algún tipo de organización en el sitio de trabajo y afiliación. |
| Emigración del jefe de familia | Ocurrencia de emigración durante el período de estudio por 6 meses o más |

A continuación se presenta una propuesta para caracterizar las diferentes fracciones de clase existentes en el Valle de Solís basada por una parte en el trabajo de Bronfman y Tuirán y por otra en la identificación empírica de algunas características propias de los campesinos del Valle de Solís que fueron captadas en la elaboración del presente trabajo.

CAMPESINO RICO:

Dentro de este grupo se encuentran aquellos grupos familiares donde, el jefe de familia realiza fundamentalmente actividades agrícolas o ganaderas, ocasionalmente se contrata y, si lo hace se emplea en el sector secundario o terciario de la economía.

Es usufructuario o propietario de más de 20 Has. de tierra y, posee ganado mayor.

Una característica importante es, que siempre contrata fuerza de trabajo para las labores agrícolas. La familia puede o no colaborar en este tipo de labores.

Posee instrumentos de trabajo fundamentalmente mecánicos. Su producción está destinada en su mayor parte a la venta, ya que con lo que le queda es suficiente para satisfacer la demanda familiar.

Su ingreso lo componen, la ganancia obtenida de la venta de productos agrícolas y/o ganaderos. Si otro familiar colabora en el gasto, éste generalmente trabaja en actividades de la industria, comercio o servicios.

CAMPESINO MEDIO:

Aquí se ubican aquellas familias que realizan principalmente actividades agrícolas, la gran mayoría además, se dedican a la ganadería y ocasionalmente se emplean en trabajos de otro sector de la economía.

Son propietario o usufructuarios de 5 a 10 Has. de tierra y poseen una cantidad variable de cabezas de ganado mayor.

Para efectuar las labores agrícolas contratan mano de obra extrafamiliar principalmente en la etapa de cosecha. En el resto de las etapas el trabajo es realizado por el grupo familiar. Los instrumentos que emplean en su trabajo son rudimentarios, muy pocas familias poseen instrumentos mecánicos. La producción fundamentalmente de maíz y frijol es destinada en un 50% o menos a la venta, el resto es para el autoconsumo.

Este sector social opera, generalmente en una escala de reproducción simple algunos de sus integrantes obtienen pequeños excedentes que, al ser reinvertidos les permite desarrollar gradualmente una agricultura de tipo capitalista.

CAMPESINO POBRE (semiproletarios):

En este grupo se encuentra la gran mayoría de la población rural mexicana. Son productores independientes que viven y se reproducen básicamente del trabajo de su parcela que, en su mayoría no rebasa las 3 Has, por tal razón se ven obligados a combinar trabajo propio y familiar con trabajo asalariado temporal o permanente en los diferentes sectores de la economía.

Por ser usufructuarios o propietarios de tierra de mala

calidad los rendimientos por cosecha son muy bajos tanto que, apenas les alcanza para el autoconsumo, sin embargo, en muchas ocasiones debido a necesidades inmediatas de dinero se ven obligados a vender un poco de su cosecha que, posteriormente repondrán a un costo más elevado.

No disponen de instrumentos mecánicos por tanto, realizan las labores agrícolas sólo con instrumentos rudimentarios, en estas labores el trabajo familiar juega un papel importante en todas las etapas del ciclo agrícola.

Vale la pena comentar que, aunque este grupo no cuenta con los recursos necesarios para contratar mano de obra, este fenómeno ocurre sobre todo en la época de cosecha pero así parece que se trata más bien de un fenómeno de "intercambio-ayuda" y no de una contratación en sentido estricto, porque el campesino que contrata, a su vez, también se emplea con otros campesinos inclusive, con el que mismo que el contrató; es decir, contrata y se contrata al mismo tiempo.

El ingreso familiar está compuesto generalmente por la venta escasísima de sus productos y, por el salario del padre y los hijos cuando se emplean en los diferentes sectores de la economía.

JORNALERO:

No son propietarios ni usufructuarios de tierra, ocasionalmente pueden poseer instrumentos de trabajo rudimentarios.

Para subsistir se ven obligados a vender su fuerza de trabajo tantas veces como les es posible para poder sobrevivir.

Su trabajo es irregular ya que está condicionado a las variaciones cíclicas de la producción agrícola, hecho que da lugar a desempleo periódico.

La mayor parte de las ocasiones se ven en la necesidad de contratarse por períodos muy cortos, situación muy benéfica para los contratadores que de esta manera se evitan compromisos laborales importantes. Están poco organizados y por tanto tienen escaso poder de negociación, reciben por lo general salarios muy bajos a cambio de largas y agotadoras jornadas de trabajo.

Algunos de ellos poseen en contadas ocasiones una ínfima cantidad de tierra (menos de media hectárea) en la que cultivan maíz para el autoconsumo.

Dadas sus condiciones precarias de existencia, prácticamente toda la familia vende su fuerza de trabajo en los diferentes sectores de la economía. Los hombres pueden emplearse como obreros de la construcción y, las mujeres como empleadas domésticas. Todos ellos o la mayoría, aportan parte de su salario al ingreso familiar que, se compone además de estos salarios por préstamos continuos.

En la actualidad, es muy frecuente observar que en las zonas rurales, tal vez por la situación crítica en la que se encuentran los campesinos, no sólo se encuentran clases sociales eminentemente agrícolas sino también de otro tipo. Por tal razón se presenta ahora una propuesta para definir dichas fracciones de clase que pueden encontrarse en el medio rural.

ARTESANOS:

Son aquellos agentes sociales que trabajan por su cuenta en la manufactura de productos que posteriormente son vendidos en el mercado.

No venden su fuerza de trabajo, sino el producto del mismo. Son propietarios de sus medios de producción, en muchas ocasiones su casa les es útil como taller de producción. No contratan fuerza de trabajo, generalmente la familia colabora en las actividades productivas, los instrumentos que poseen en su mayoría son manuales.

El ingreso familiar generalmente se compone de las ganancias generadas en la venta de productos, si algún otro miembro trabaja y aporta al gasto familiar éste es asalariado de algún sector de la economía, muy frecuentemente solicitan dinero prestado para subsanar sus problemas económicos.

OBRERO INDUSTRIAL (Calificado):

Este grupo lo constituyen aquellos individuos que están sometidos a una relación de explotación en la medida que venden su fuerza de trabajo.

El trabajo que realiza en la industria es principalmente con maquinaria, por tanto requieren un cierto grado de preparación en un campo específico.

La escolaridad mínima que necesita para realizar actividades calificadas en la producción o mantenimiento es secundaria. El tiempo que pasa desempleado es variable y su salario regularmente es fijo.

En el sitio donde laboran pueden o no asistir organizaciones de trabajadores. Realizan actividades agrícolas en una escasa cantidad de tierra (menos de 5 Has.) de la cual son propietarios o usufructuarios, la producción generada se destina al consumo familiar. El consumo de la cosecha y los bienes a los que se accede a través del salario, constituyen los elementos de la reproducción física de la familia.

OBRERO INDUSTRIAL POBRE (No calificados):

Este grupo como el anterior lo constituyen aquellos individuos que están sometidos a una relación de explotación en la medida que venden su fuerza de trabajo.

En la industria realiza trabajos manuales con herramientas simples, es decir, actividades no calificadas en las cuales la escolaridad es mínima.

El tiempo que pasan desempleados es variable, hasta seis meses/año y, su salario no es fijo en la mayor parte de los casos.

Generalmente no cuentan con ningún tipo de organización en el sitio de trabajo.

La mayoría efectúa como ocupación secundaria actividades agrícolas, ya sea como propietarios o usufructuarios de sus parcelas o como jornaleros. La cantidad de tierra que poseen es escasa (menos de 1 Ha). por tal razón sus cultivos se reducen a maíz que a su vez, es destinado al autoconsumo. El ingreso familiar está compuesto regularmente por el salario del jefe de familia y otros familiares y dinero prestado.

TRABAJADORES " INDEPENDIENTES " EN EL SECTOR TERCIARIO.

En este grupo se encuentran los agentes sociales que venden su trabajo pero no su fuerza de trabajo, pueden ser comerciantes, choferes, etc..

Trabajan tierras de su propiedad o de su padre o abuelo y sus cultivos son destinados al consumo familiar. Son propietarios de un pequeño comercio (tienda de abarrotes, pulquería, papelería etc.) o de un automóvil (destinado principalmente para realizar su trabajo).

Su trabajo es generalmente manual y su ingreso está compuesto de la venta de sus productos, y en ocasiones otros miembros de la familia colaboran con una parte de su salario.

ASALARIADOS DE COMERCIO Y SERVICIOS (Acomodados)

En este grupo se encuentran por ejemplo los empleados de un comercio, trabajadores de la educación, trabajadores del transporte, etc..

Las actividades que realizan en el sector terciario son manuales y/o intelectuales, por tal razón en la mayoría de los casos la escolaridad es media superior.

Ocasionalmente efectúan actividades dirección y supervisión en el comercio, la educación y el transporte. Casi no pasan períodos de tiempo desempleados. Su salario generalmente es fijo.

En el sitio de trabajo prácticamente no existen organizaciones, y cuando las hay ellos no están afiliados.

En el campo realizan actividades agrícolas en tierra de su propiedad, muy pocos se emplean como jornaleros. Cultivan fundamentalmente maíz que se destina al consumo familiar.

Son el salario del jefe de familia y ocasionalmente el de otros familiares los principales elementos que componen el ingreso familiar.

ASALARIADOS DE COMERCIO Y SERVICIOS (Pobre):

En este grupo se encuentran los agentes sociales que desempeñan principalmente actividades en el sector terciario. Dentro de este sector realizan actividades no calificadas en las que por consiguiente se requiere escasa capacitación y escolaridad. El tiempo que permanecen desempleados es variable. Generalmente en el sitio donde laboran no existen organizaciones. Su salario es por lo general no fijo.

También realizan actividades agrícolas en tierras de su propiedad. La producción por ser escasa y fundamentalmente de maíz se destina al consumo familiar.

El ingreso familiar lo compone el salario del jefe de familia, el consumo de la cosecha y los frecuentes préstamos que solicitan.

SUB-EMPLEADOS

Los individuos que pertenecen a este grupo efectúan labores inestables y no asalariadas a través de las que obtienen ingresos que muchas veces no alcanzan a retribuir el trabajo

invertido, ni a recuperar parte del valor transferido en las mercancías.

Pueden poseer simples artefactos para desempeñar su trabajo o bien realizar actividades no calificadas (ej. cargadores, vendedores ambulantes, etc.).

Su trabajo es fundamentalmente manual, el tiempo que pasan sin empleo es variable, rara vez están afiliados a alguna organización.

RESULTADOS

A) DESCRIPCIÓN DE LAS FAMILIAS Y EL AREA ESTUDIADA

El Valle de Solís se localiza dentro del municipio de Temascalcingo mismo que pertenece a la región mazahua en el Estado de México (51).

La zona central de la región mazahua la constituye una meseta que se extiende desde Toluca, la capital del Estado, hasta Atlacomulco, uno de los poblados de mayor importancia de la región. Desde ahí, parten carreteras a San Felipe del Progreso (zona donde se concentra la mayor población mazahua); Temascalcingo y el Oro y, hacia Acambay y San Juan del Río.

Sobre la meseta corre la línea de ferrocarril, que en la actualidad se utiliza principalmente para el transporte de fertilizante y productos agrícolas. Es notorio que esta línea, construida a finales del siglo pasado no pase por ningún poblado de importancia sino que llega directamente al Oro, donde a finales del siglo XIX estaban en todo su esplendor las compañías mineras El Oro Mining Company (inglesa), La Mina Tres Estrellas (española) y, la Fundación (francesa).

Al extremo norte, se encuentra el poblado de Atlacomulco que ejerce el control político y económico de la zona circundante. Esta población adquirió su importancia a raíz del ascenso político de dos miembros de familias prominentes. Se dotó al poblado de obras de infraestructura y se centralizaron en él, las principales operaciones bancarias y comerciales de aquella porción del territorio.

La actual cabecera municipal Temascalcingo de Velasco, llamada antiguamente San Miguel Temascalcingo, se halla íntimamente ligada con la aparición y progreso de la Hacienda de Solís, beneficiaria de toda la amplitud del Valle en **1550** de la cual se asienta (52).

El crecimiento del pueblo de Temascalcingo se debió a la presencia de la Hacienda de Solís, que ya era importante antes de la consolidación de la cabecera municipal.

En el siglo XVI, la Hacienda de Solís no se había formado aún, pero cierto número de indígenas se habían congregado formando el pueblo de San Miguel Temascalcingo.

Desde 1550 a 1600 empezaron a llegar los españoles a estas regiones, durante la conquista esta tierra estuvo en manos de pobladores europeos, la región era principalmente ganadera.

La fecha exacta de la creación de la Hacienda de Solís se desconoce, pero se sabe que en 1717, Caspar de Solís la tenía bajo su poder del cual derivó su nombre.

Durante la colonia, Tlalpujahua con sus minas de plata constituía la base de la economía, fue el principal atractivo para los pobladores del Valle de Temascalcingo.

En noviembre de 1872 se inicia la construcción de la presa de La Toma y los canales que servirían para el riego interno del área, dicha construcción es concluida en 1875.

Durante la época pre-revolucionaria el Valle fue dominado por la rica Hacienda de Solís, que contaba en ese entonces, con aproximadamente 1000 Has. donde el trigo era cultivado por jornaleros de origen mestizo.

El área era irrigada por un vasto y extenso sistema de canales que controlaban el río Lerma y permitían una distribución de agua a casi todas las tierras del Valle. Este sistema de irrigación sufrió daños considerables durante y después de la Revolución que fueron reconstruidos hasta 1960.

Después de la Revolución, la tierra fue distribuida a través del sistema de ejido, posterior a ello la gente prefirió sembrar maíz en lugar de trigo ya que de esta manera aseguraba la producción del alimento de mayor consumo, e incluso venderlo en caso necesario. A pesar de los "esfuerzos" gubernamentales por cambiar el tipo de producción la gente continúa sembrando maíz.

Quando aún no se definía el cauce del Río Lerma, al norte de lo que hoy constituye la pequeña presa de distribución conocida como "La Toma" debió extenderse una espaciosa laguna cuyas aguas cubrían una buena parte del Valle y que ahora ocupan los pueblos de Santiago Coachochitlán, Santa María Canchesdá, San Juanico y Pastores.

Al extremo norte, la cadena de cerros que conecta las cumbres de Shisque y el Cerro Chato formaban una presa que permitía débiles escurrimientos que fluían hacia el Valle de Solís. Durante la época de lluvias estos débiles arroyos se fundían en un río en ocasiones caudaloso que convirtió los terrenos del Valle en una inmensa ciénega de unos cien kilómetros cuadrados. A causa de una catástrofe geológica que produjo una irreductible fractura vertical en el tapón original causante de la enorme grieta por donde se encajona actualmente el río, el agua se vació dejando a la vista las distintas estratificaciones sobre la roca y piedra caliza que en la actualidad puede apreciarse desde la carretera que bordea.

El Río Lerma liberado de su encierro poco a poco creó

su propio curso y debido al leve desnivel existente en el Valle y a su camino serpenteante actuó en un tiempo de drén modificando la ciénega y tornándola habitable.

Por esta época en los márgenes del Valle, comenzaron a establecerse pequeños grupos indígenas que llegaban atraídos por la riqueza vegetal, el clima y la seguridad estratégica que ofrecía el lugar.

Actualmente el área de la cuenca del Río Lerma, hasta la presa de Andaró abarca 4997 Km². El 43% de esta superficie es decir 2,108 Km desde 1962 se controla por medio de la presa José Antonio Alzate. Pequeñas corrientes de agua descienden de los montes y aumentan temporalmente su cauce. Dos presas complementan la captación de aguas del Municipio: la de San Pedro el Alto y la de Juanacatlán. La primera situada al sur del Valle de Solís a casi 3000m sobre el nivel del mar y la segunda al oeste del mismo Valle en las cercanías del Monte Altamirano a unos 2750m sobre el nivel del mar.

Existe además la presa derivadora de Andaró, con escurrimiento medio anual de 352 millones de metros cuadrados que aunadas a las dos represas artificiales de Juanacatlán y Ahuacatlán proveen el agua que irriga algunas zonas del Valle.

Las extensas actividades de construcción incluyendo la creación de un nuevo cauce al río a través del Valle trajo un período de alto empleo y moderada prosperidad en 1960. Para algunos la construcción ofrecía una alternativa de trabajo, para otros un complemento a sus actividades agrícolas.

Para 1970, gran parte del sistema de irrigación fue completado y por tanto los trabajadores se vieron obligados a salir en busca de empleo.

Actualmente la ex-hacienda de Solís es un grato recuerdo de la gente vieja que trabajó en ella. Ahora, se ha convertido sólo en un centro de educación agrícola.

Aspectos demográficos

A lo largo de los dos años y medio en que se desarrolló el proyecto, diversas familias fueron estudiadas, algunas de ellas no completaron su periodo de estudio por diversas razones entre las que destacan: no deseaban seguir colaborando, ya no cumplían con los requisitos de selección (ver métodos y técnicas, apartado A), la madre o el padre eran alcohólicos, o el niño en estudio sufría desnutrición severa. A este primer conjunto de familias se les clasificó como "familias con estudio transversal" y a las restantes, es decir, las que sí completaron todo su estudio "familias con estudio longitudinal".

Para los propósitos de este trabajo se decidió analizar únicamente los datos de las familias del segundo grupo. A todas ellas se les aplicó una encuesta que incluía fundamentalmente aspectos socio-económicos necesarios para "ubicar" a cada una de las familias según su pertenencia de clase (ver métodos y técnicas apartado E).

Debido a que durante el período en que se aplicó la encuesta algunos jefes de familia estaban ausentes, sólo se obtuvo información de 195 familias (85 % del total). Cada una de ellas ingresó al estudio en diferentes períodos, pero todas tienen cuando menos seis meses de información en su archivo de morbilidad.

Las 195 familias que fueron estudiadas incluyen un total de 1616 individuos de los cuales: 167 fueron menores de 1

año; 290 tenían entre 1 y 4 años; 577 entre 5 y 14, para los siguientes grupos 15 a 24; 25 a 44; 45 a 64 y más de 64 años hubieron 193, 313, 51 y 25 individuos respectivamente. Del total 49.4% fueron mujeres y 50.6% varones (Ver pirámide poblacional).

Como puede apreciarse la población estudiada es muy joven. Existen muy pocos individuos del grupo de 15 a 24 años, posiblemente ello se debe al fenómeno migratorio que ocurre en estas localidades.

La población mayor de 45 años también es muy escasa, pero creo que ello puede explicarse por los criterios de selección empleados en el proyecto general que incluían por definición a familias con padres jóvenes.

Aspectos socio-económicos

El Valle históricamente ha sido una zona eminentemente agrícola, en la actualidad puede observarse que, el 73% de las familias estudiadas se dedica como actividad principal a las labores agrícolas, y el restante 27% desarrolla su actividad principal en otros sectores de la economía (Ver cuadro 1).

De este 27%, el 16% de todos los jefes de familia se emplearon fundamentalmente como obreros de la construcción mientras muy pocos (4.5%) son asalariados del sector terciario.

El comercio, no se desempeña más que por un reducido grupo (4%). Vale la pena aclarar que este comercio se realiza en pequeña escala y es efectuado por el mismo grupo familiar. No se detectaron casos de contratación.

Cuadro 1.
 PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS POR LOS JEFES DE FAMILIA
 EN EL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO (1984-1986)

| ACTIVIDAD PRINCIPAL | No. DE FAMILIAS | % |
|---|-----------------|--------------|
| LABORES AGRICOLAS (CAMPEBINOS Y JORNALEROS) | 142 | 73 |
| OBBEROS (ALBAÑILES Y OTROS) | 31 | 16 |
| ASALARIADOS DEL SECTOR III (PROFESORES, CHOFERES Y EMPLEADOS DE COMERCIO) | 9 | 4.5 |
| COMERCIAENTES | 8 | 4.0 |
| OTROS | 5 | 2.5 |
| TOTAL | 195 | 100.0 |

Fuente: Encuesta Area de Salud (Migrantes y No migrantes).

La producción agrícola la llevan a cabo dos grupos diferentes: los campesinos que dependen básicamente de su propia fuerza de trabajo para la reproducción de la unidad familiar y los jornaleros que se ven obligados a vender su fuerza de trabajo para poder sobrevivir.

La mayoría de los campesinos del Valle son usufructuarios de escasas porciones de tierra (temporal y riego). 56% poseen menos de 1 Ha. y sólo el 2% tiene entre cinco y diez Has. (Ver cuadro 2).

Vale la pena aclarar que las tierras de riego a las que se hace referencia son aquellas que se encuentran a las orillas de los caminos, sitio por donde corre la red de canales que es abastecido por una presa cercana a las localidades ahí, algunos campesinos conectan sus pequeñas bombas y de esta manera garantizan el riego de pequeñas porciones de tierra.

Cuadro 2.

CANTIDAD DE HECTAREAS QUE USUFRUCTUAN LOS JEFES DE FAMILIA EN EL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO

| No. DE HECTAREAS | No. DE FAMILIAS | % |
|------------------|-----------------|-----|
| 2 DE 1 | 110 | 56 |
| 1 A 4 | 81 | 42 |
| 5 A 10 | 4 | 2 |
| TOTAL | 195 | 100 |

Fuente: Encuesta Area de Salud (Migrantes y No migrantes)

El maíz continúa siendo el cultivo más importante en esta zona, en 2o. lugar se encuentra el frijol y en 3o. el trigo, estos dos últimos se producen en muy escasa cantidad.

La producción de maíz es destinada fundamentalmente al consumo familiar, sin embargo, en algunos casos esta mercancía es vendida y, es justamente en este intercambio comercial donde el campesino es el más perjudicado porque se ve obligado a vender sus productos a un precio que muchas veces no alcanza ni a retribuir el trabajo invertido en su producción.

Dentro de este contexto, el campesino se ve forzado a combinar estrategias de sobrevivencia, como emplearse en otra actividad para conseguir dinero durante el tiempo en el cual no es necesario en la milpa. Aquí el 90% de los jefes de familia realiza al menos otra actividad entre las que destacan la ganadería (en muy pequeña escala), venta de fuerza de trabajo agrícola (jornaleros) y venta de fuerza de trabajo en la construcción (albañiles).

El trabajo en la tierra, es principalmente masculino, y lo desempeña el jefe de familia la mayor parte de las veces, con instrumentos rudimentarios. Cuando en la unidad familiar hay jóvenes varones, éstos ayudan en el trabajo agrícola y en algunas ocasiones sustituyen al jefe de familia cuando éste sale a vender su fuerza de trabajo fuera de la localidad.

En las diferentes etapas del ciclo agrícola y, sobre todo en la cosecha, puede observarse con frecuencia el intercambio de trabajo no remunerado entre las diferentes familias; sólo la gente con más recursos y sobre todo aquellos que necesitan vender su fuerza de trabajo en otro sitio contratan trabajo asalariado para las labores del campo. En este último caso es donde mejor puede apreciarse el trabajo femenino, ya que,

cuando el jefe de familia emigra es la esposa quien queda al frente de la producción; ella contrata peones, recibe la cosecha e inclusive, en muchas ocasiones, participa activamente en las labores agrícolas.

También los hijos de los campesinos se han visto obligados a buscar otras fuentes de ingreso empleando su único recurso: la fuerza de trabajo. En la medida que no hay posibilidades de empleo en su poblado emigran a los centros urbanos o zonas de mayor demanda de trabajo.

En las familias estudiadas este fenómeno (trabajo asalariado de los hijos) no es muy claro. Un tercio de ellas registró que alguien más de los hijos aportaba al gasto familiar. Esto se debe seguramente a que en las familias elegidas para el estudio los padres son muy jóvenes (18 a 45 años) y por tanto los hijos aún son muy pequeños.

Por lo que respecta a los jornaleros (6% de las familias), ellos reciben salarios muy por debajo de los salarios pagados en los centros urbanos. Su trabajo es irregular ya que está condicionado a las variaciones cíclicas de la producción agrícola, dando lugar a un considerable desempleo periódico. Ellos aunque en sentido estricto no son propietarios de tierra, en algunas ocasiones llegan a poseer minúsculos pedazos - "pos yo no' mas tengo dos surcos" decía uno de ellos - cuya producción no alcanza para satisfacer sus requerimientos mínimos de existencia.

Tal y como se mencionó anteriormente el campesino ante la cruda realidad a la que se enfrenta diariamente se ve obligado a buscar otras fuentes de ingreso. En el Valle una de las estrategias más frecuentemente empleadas para continuar sobreviviendo es la emigración del jefe de familia y en muchas ocasiones también emigran los hijos. De hecho en 28% de las

familias estudiadas se registró que el jefe de familia había emigrado al menos una vez por un período de seis meses durante estos dos años de estudio (1984- 1986).

La Cd. de México fue el sitio a donde con mayor frecuencia emigraron (78%); sólo el 21% emigró fuera del país principalmente a Canadá.

Las actividades que realizan en el sitio de emigración son variables y van desde labores agrícolas -que únicamente las desempeñaron los emigrantes al extranjero- hasta actividades de vigilancia. Sin embargo hay que destacar la gran cantidad que se emplean como obreros de la construcción (albañiles), pues tan sólo ellos representan el 58.2% del total de emigrantes (Ver cuadro 3).

Cuadro 3.
ACTIVIDADES EFECTUADAS POR LOS EMIGRANTES EN LOS
DIFERENTES SITIOS DE EMIGRACION (1984-1986)

| NOBRE DE LA ACTIVIDAD | NO. DE PERSONAS | % |
|-----------------------------|-----------------|-------|
| TRABAJO AGRICOLA | 12 | 21.8 |
| OBRAERO DE LA CONSTRUCCION | 32 | 58.2 |
| ASALARIADOS SECT. SERVICIOS | 11 | 20.0 |
| TOTAL | 55 | 100.0 |

Fuente: Encuesta Area de Salud (Migrantes y No migrantes)

Como puede apreciarse, las familias estudiadas de este Valle exhiben condiciones de vida deficitarias: poca tierra, escaso ganado, instrumentos de trabajo rudimentarios y por tanto poca producción, hecho que los obliga a buscar nuevas estrategias de sobrevivencia tales como la emigración.

El presente estudio en su interés por identificar y jerarquizar los diferentes determinantes que operan en la producción de la salud y la enfermedad de una colectividad, se propone ahora, ante el panorama socio-económico existente en el Valle de Solís, dar respuesta a las interrogantes que se plantearon de manera inicial y, que son las que guían el desarrollo de este trabajo.

B) DISTRIBUCION Y DETERMINANTES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Corrientes explicativas dentro del pensamiento epidemiológico.

Al efectuar un análisis de la distribución y determinantes del proceso salud-enfermedad, no es posible dejar de lado lo social como explicación del mismo, esto no significa que los aspectos biológicos no deban ser considerados, más bien, el reto es encontrar la articulación existente entre ambos (53) y, de esta manera lograr una interpretación de los fenómenos sociales, que afectan la salud de una colectividad desde una perspectiva más amplia.

La incorporación de lo social en la explicación de la enfermedad no es algo reciente, ya en la segunda mitad del siglo XVIII, esta explicación es utilizada. Médicos como Bernardino Ramazzini y Johan Peter Frank, reconocían la necesidad de tomar en cuenta el punto de vista social, en el manejo de los problemas médicos y de higiene (54).

En 1893 en un ensayo referente al tratamiento etiológico de las enfermedades infecciosas, Emil Behring señalaba que aunque era cierto que la miseria estaba asociada con la enfermedad (55), en ese momento con los descubrimientos de Robert Koch, el estudio de las enfermedades infecciosas podía llevarse a cabo sin tener que desviarse en consideraciones sociales ni reflexiones sobre política social (56).

Virchow y Newman, formulaban por otra parte, la estrecha relación entre la medicina y los problemas sociales, a través de tres principios fundamentales:

- " La salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad"

- " Las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad y, esas relaciones deben estar sujetas a la investigación científica".

- " Que se den los pasos conducentes a promover la salud y a combatir la enfermedad, y que las medidas que se adopten sean tanto sociales como médicas" (57).

A partir de 1870 la clase media y los intelectuales alemanes dejaron de pensar en la medicina como una ciencia social (58). La causalidad de las enfermedades era explicada ahora, por la actuación de un solo agente siempre externo al organismo: los microbios. Así, una vez identificado al "enemigo" lo que faltaba era descubrir con qué eliminarlo.

Sin lugar a dudas, este auge microbiológico tuvo repercusiones importantes en el campo de la salud, sobre todo en el tratamiento de las enfermedades infecciosas a nivel individual y colectivo. Significó además, un cambio cualitativo importante en el conocimiento médico.

En las dos primeras décadas del siglo XX, Grotjan, la figura más sobresaliente de esta época plantea que la investigación en salud debe hacerse a la luz de las ciencias sociales. Teleky, Mosse y Tugendreich siguiendo las ideas de Grotjan mencionaban, que la medicina social debía entregar a los médicos las herramientas científicas para actuar en los campos de la seguridad y el bienestar social. Asimismo, opinaban que los métodos y materiales estadísticos tenían gran importancia en la investigación y práctica de la medicina social (59).

En 1945, Sigerist vuelve a llamar la atención acerca de la importancia que tienen las ciencias sociales en la escuela de

medicina, " la medicina social no es tanto una técnica como una actitud y enfoque de los problemas de la medicina , que sin lugar a dudas penetrarán algún día todo el currículo" (60).

Alrededor de esos años, según Gordon y cols. (61) las investigaciones epidemiológicas empiezan a incluir datos acerca del ingreso familiar, nivel educativo, ocupación y lugar de residencia entre otros. La inclusión de estos elementos en la explicación de la enfermedad permitiría, seguramente, tener una comprensión más global acerca de la causalidad.

En la década de los sesentas la teoría multicausal de la enfermedad se consolida. Dicha teoría plantea, que los hechos nunca dependen de causas únicas (62), sino que, su producción es resultado de la interacción directa o indirecta de diferentes variables.

Mac. Mahon y cols., representantes de esta teoría plantean que el propósito práctico de la epidemiología es descubrir relaciones que ofrezcan posibilidades de prevención de la enfermedad. Para ello, no es necesario comprender todos los mecanismos causales, basta con identificar y eliminar el factor más cercano al efecto para lograr una prevención eficaz (63).

Una variante del modelo multicausal es, la Triada Ecológica de Leavell/ Clark.

Según esta teoría las causas de la enfermedad se encuentran dentro de tres posibles factores que intervienen y condicionan su apareamiento o desarrollo.

Estos tres factores son: el agente, el huésped y el ambiente, que se encuentran en continua interrelación y equilibrio (64,65). El comportamiento anormal de alguno de ellos

produce alteraciones en los dos restantes, rompiéndose de esta manera el "equilibrio", con la consecuente aparición de la enfermedad.

Los últimos años de la década de los sesentas marcan el resurgimiento de lo social en la explicación de la enfermedad (66). Lo social aquí no se plantea como sinónimo de medio ambiente, más bien, hace referencia a aquellas características esenciales capaces de modular la evolución y desarrollo del proceso salud-enfermedad presente en un grupo social.

Por ello el conocimiento epidemiológico se esfuerza, ahora también, por explicar los problemas de salud y enfermedad analizando las determinaciones más profundas que operan en los grupos sociales y que trae como consecuencia la aparición de perfiles típicos de salud y enfermedad que caracterizan a cada uno de estos grupos (67).

En efecto, si se desea conocer las características esenciales de un proceso, en este caso el proceso salud-enfermedad no es suficiente con hacer un recuento de los enfermos pues esto equivaldría a tener una visión parcial del problema; profundizar en él significa conocer los determinantes que operan en una colectividad concreta creando en ella riesgos característicos (68).

Las clases sociales en el análisis epidemiológico.

La epidemiología a través de la historia se ha preocupado por estudiar a la morbilidad y sus determinantes causales en cuanto que "atacan" a los grupos humanos, (69) por ello, confiere al grupo una especificidad propia como sujeto de salud y enfermedad. Esto último explica por qué su forma de

abordar el estudio de la enfermedad difiere de la utilizada por la medicina clínica frente al paciente individual (70).

La investigación epidemiológica requiere para llevarse a cabo de manera integral estudiar, por una parte, las características psicobiológicas de los enfermos (necesarias para el diagnóstico de la enfermedad) y por otra, las características sociales de los grupos expuestos o afectados por distintos "riesgos".

Los grupos sociales no deben ser estudiados por la Epidemiología como cualquier conjunto de individuos sino como grupos contruidos en función de sus características sociales (71). En el caso concreto de la presente investigación la categoría que se considera útil para construir esos grupos sociales y de esta manera analizar la esencialidad social del proceso salud enfermedad es la clase social, porque en ella se resumen un conjunto de condiciones y relaciones que expresan en los individuos que pertenecen a cada una de ellas una similar calidad de vida que conforma el sustrato de la salud y la enfermedad (72).

Analizar la determinación social del proceso salud-enfermedad implica identificar y entender cómo, los fenómenos sociales se expresan a través de mecanismos fisiológicos en el proceso colectivo de salud-enfermedad.

En América Latina recientemente Laurell, Breihl, Behm y Bronfman entre otros (73,74,75,76), han realizado diversos intentos para profundizar en el campo del conocimiento epidemiológico desde una perspectiva social.

Estas nuevas propuestas no desconocen en modo alguno la existencia de determinantes individuales, más bien pretenden

jerarquizar los diferentes niveles de determinación (estructural, particular e individual) que inciden en los problemas sanitarios, es decir, asignar un peso específico a la determinación social y biológica.

A mi parecer, este intento de explicar procesos aparentes tales como morbilidad, escolaridad, estado nutricional, condiciones de saneamiento ambiental, etc. a través de sus determinantes más generales, permite tener una visión más clara y profunda de los problemas sanitarios que se analizan y por tanto, plantear alternativas a corto y largo plazo que incidan de manera importante en la resolución de dichos problemas.

El análisis epidemiológico del presente estudio, en su pretensión de profundizar en el conocimiento del proceso salud-enfermedad se propone explicar a través de la categoría clase social, cómo, la pertenencia a una clase social o fracción de clase determina la forma de enfermar de los individuos, el acceso diferencial a la calidad y cantidad de alimentos y las formas de protección frente al ambiente entre otros.

Se ha elegido la categoría clase social porque ella resume un conjunto de relaciones y condiciones tales como: el lugar que los individuos ocupan en un sistema de producción social e históricamente determinado, sus relaciones respecto a los medios de producción, el papel que desempeñan en la organización social del trabajo, y por tanto el acceso que ellos tienen a la riqueza socialmente producida (77) y, son estas condiciones y relaciones las que determinan y modulan los elementos de la reproducción social en medio de la cual se generan un conjunto de condiciones favorables y adversas que van a definir las probabilidades que tienen los miembros de una clase de estar sanos o enfermos (78).

Clases y fracciones de clase identificadas en el Valle de Solís.

Dentro de este grupo de 195 familias la pertenencia de clase se distribuyó de la siguiente manera (ver cuadro 4).

Como puede apreciarse la mayor parte de las familias (62.0%) pertenecían a la fracción de clase campesino pobre (los criterios pueden ser consultados en "propuesta para la construcción de las fracciones de clase."), en 2o. lugar están los obreros (17.9%), en 3o. se encuentran los jornaleros y en 4o. los campesinos medios. Las menores frecuencias correspondieron a los trabajadores independientes, asalariados del sector III y al grupo de otros.

Cabe comentar ahora, la dificultad que representa en poblaciones agrícolas como la del Valle, lograr diferenciar las clases y sus fracciones, sobre todo cuando el deterioro creciente que existe en el campo obliga a los jefes de familia a realizar múltiples actividades para poder sobrevivir. Cómo "ubicar" a un individuo cuando su actividad principal es la agricultura, posee más de 8 Has. de tierra y además en ocasiones se emplea como jornalero u obrero? o el caso del individuo que posee un minúsculo pedazo de tierra 200 m² para la agricultura por lo tanto se emplea como jornalero o en otro sector de la economía, pero dice que su actividad principal es el trabajo de su tierra? y más aún el caso de los comerciantes que han sido "ubicados" en este estudio en la fracción de clase "trabajadores independientes" que en efecto, mencionaron realizar como actividad principal "el comercio" pero, dicha actividad muchas veces ni siquiera es realizada en un lugar específicamente destinado a ella y tampoco se efectúa a gran escala?

Qué importancia representa esto? A mi parecer, mucha,

porque este hecho nos hace recordar las diferencias socio-económicas intra e inter regionales que existen en nuestro país. Hablar de la fracción de clase campesino medio o pobre en el Valle no es lo mismo que hablar del campesino medio o pobre de Sonora que está inserto en un proceso productivo mucho más tecnificado; ni es lo mismo el comerciante de Solís que el comerciante de la Ciudad de México aun cuando el principio elegido para su identificación (inserción del grupo en el aparato productivo) sea el mismo en todos los casos.

Considerar lo anterior es de gran importancia sobre todo para efectuar análisis comparativos de la manera más clara y coherente posible.

Cuadro 4.

DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS EN EL VALLE DE SOLÍS EDO. DE MÉXICO SEGUN FRACCIÓN DE CLASE

| FRACCIÓN DE CLASE | No. DE FAMILIAS | % |
|-------------------------------|-----------------|--------------|
| Campesino medio | 10 | 5.1 |
| Campesino pobre | 122 | 62.6 |
| Jornalero | 13 | 6.7 |
| Obrero | 35 | 17.9 |
| Trabajadores (Independientes) | 6 | 3.1 |
| Asalariados del sector III | 6 | 3.1 |
| Otros | 3 | 1.5 |
| TOTAL | 195 | 100.0 |

Fuente: Encuesta Area de Salud (Migrantes y No Migrantes)

C) QUE ES SALUD O ENFERMEDAD? ALGUNAS DEFINICIONES CONCEPTUALES

La salud y la enfermedad no deben ser concebidos como dos momentos o estados fisiológicos independientes uno de otro ya que ambos constituyen el ciclo vital del ser humano (79).

El término salud como concepto y meta de acción es impreciso porque en efecto, en el hombre no es posible establecer estados fijos o situaciones estáticas, puesto que es un ser dinámico social, biológica y psicológicamente hablando y es esta situación dinámica la que hace necesario conceptualizar a la salud-enfermedad como un proceso (80).

A mi parecer incluir el concepto de proceso permite comprender que la salud y la enfermedad no son estados ajenos que se encuentran en los extremos de una escala sino que ambos están en constante interacción a través de la vida del ser humano donde en ocasiones predomina uno y en ocasiones otro.

Establecer una definición de salud, enfermedad o proceso salud-enfermedad no es una tarea fácil porque ellos son resultantes de complejas determinaciones tanto sociales como biológicas.

Acerca del concepto salud se ha escrito bastante (81) desde la clásica definición de la OMS que ha sido criticada por su generalidad, su condición ahistórica y su desconocimiento de las enormes diferencias existentes en la sociedad, hasta los intentos por substituir el concepto de salud por el de bienestar que puede definirse positivamente en términos de la utilización de indicadores tales como, médicos/1000 hab, ingesta de proteínas, escolaridad, clubes frecuentados, entre otros (82).

Daniel Callahan, director del Instituto de Sociedad

Etica y Ciencias de la Vida (83), manifiesta que la definición de salud debe enfrentarse como un problema de valores y la define como "integridad corporal, ausencia de dolor y de incapacidad, un estado de buen funcionamiento de un organismo sin tacha".

Desde mi punto de vista concebir a la salud como un estado de ausencia de enfermedad no es más que una ilusión, que en ocasiones puede llevar a pensar en la existencia de una sociedad sin enfermedad, que evidentemente no es posible.

Respecto a la enfermedad la OMS (84) la define como "un estado que teórica o prácticamente impide al individuo desempeñar sus funciones sociales, profesionales o de otro tipo".

Vasco Uribe (85) en su reflexión sobre la enfermedad, menciona que la consideración de enfermo se hace siempre con respecto a una entidad específica, es decir un individuo puede presentar reacciones en su organismo que se alejan de las reacciones comunes de sus semejantes, se dice entonces que está enfermo con respecto a esa entidad específica: la enfermedad "x", y puede ser un no enfermo respecto a la enfermedad "y". Concluye posteriormente diciendo que "es la situación propia de la vida en sociedad el estar enfermo con respecto a una serie de aspectos y no estarlo con respecto a otros".

Callahan, por su parte menciona que el "sentirse enfermo" es producto de la experiencia humana. La gente responde a la enfermedad y la interpreta de diferentes maneras, por tal razón lo que se considera enfermedad en una cultura o grupo puede aceptarse como saludable en otros (86).

En medicina clínica la "persona enferma es aquella que tiene una lesión o alteración conductal, funcional o estructural

que puede ser diagnosticada por información histórica, de laboratorio o clínica " (87).

Una investigadora más menciona que existen tres propuestas para conceptualizar la enfermedad (88):

- El primero considera que la enfermedad es un proceso biológico propio del individuo;
- El segundo entiende la enfermedad como resultado de la interacción entre tres factores: el huésped, el agente y el ambiente;
- El último nivel considera a la enfermedad como fenómeno individual y colectivo donde la enfermedad es la resultante de determinadas relaciones y procesos sociales.

Otros autores (89,90) han considerado al proceso salud-enfermedad como el producto de la interacción de los hombres con la naturaleza, interacción, que varía entre sociedades y en el interior de una misma sociedad. Esto último significa que, en una misma sociedad en cuyo interior diferentes grupos interactúan con la naturaleza y entre sí de modo diverso, el proceso salud-enfermedad se manifestará con características diferentes dependiendo de cómo ocurren esas interacciones.

A nivel social, la interacción ocurre a través del trabajo, entendido éste como actividad de transformación de la naturaleza en beneficio del hombre.

Dado que el proceso de trabajo tiene lugar en una colectividad se constituyen en ella ciertas relaciones sociales que inciden como determinantes en la configuración del modo de vida de cada grupo social, modo de vida que está conformado por las condiciones materiales y socioculturales propias de cada colectividad y de la cual el proceso salud-enfermedad es

componente y resultante, de ahí que en una sociedad cada uno de sus grupos integrantes (clases y fracciones de clases) varían en el tipo y/o la frecuencia con que las enfermedades se presentan (91).

Una vez hechas estas consideraciones de orden conceptual, deseo pasar otro punto no menos complejo que el anterior, y que se refiere a las diferentes formas en que se puede captar el proceso salud-enfermedad.

Abordaje del proceso salud-enfermedad

En general la medición del proceso salud-enfermedad se ha venido efectuando a través de la mortalidad o la enfermedad.

Cuando se hace referencia a la medición de la enfermedad en una colectividad se está aludiendo al concepto de morbilidad.

A continuación se enuncian tres definiciones de este último concepto:

se llama morbilidad " a toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar fisiológico " (OMS).

la morbilidad es " la expresión colectiva de los procesos de enfermedad medida en términos de frecuencia con que el fenómeno ocurre en una población dada y durante un período determinado y, distribuida la medición de esta frecuencia según elementos causales del fenómeno y según los grados de severidad que implique" (92).

- la morbilidad es " un proceso complejo, dinámico... que se puede estudiar general o particularmente tanto en sus aspectos cualitativos como cuantitativos, que son expresión del estado de salud de la población, con una distribución específica, conformándose perfiles epidemiológicos particulares y siendo observable a través de la incidencia, prevalencia y desviaciones de la salud en un lugar y tiempo determinado" (93).

De como comprendamos la "causalidad" (94) del proceso salud-enfermedad deriva necesariamente una reflexión sobre el concepto de morbilidad y más específicamente sobre el concepto de enfermedad ya que de ello, dependerán las medidas que serán propuestas para reducir, erradicar y/o transformar los procesos morbosos.

Tal como se mencionó anteriormente la medición de la mortalidad y la enfermedad han sido los elementos que más se han empleado para aproximarse al conocimiento del proceso salud-enfermedad, si aceptamos que la enfermedad es expresión de las condiciones de vida en que se desarrolla un grupo de individuos que comparten condiciones de existencia similares y que la morbilidad es la expresión colectiva de esa(s) enfermedad(es), lo que se hace necesario a continuación es señalar las formas en que tales conceptos se convertirán en elementos susceptibles de ser detectados.

Para la medición de la morbilidad es conveniente captar la presencia de la enfermedad en tres niveles (95,96):

- 1) según el conocimiento médico profesional a través de los que se denomina examen clínico periódico;
- 2) según la percepción que los individuos tienen respecto de la enfermedad así como;

3) a través de la respuesta que el individuo y su grupo familiar elaboran frente a la enfermedad (demanda de servicios y a qué tipo de servicios recurre en caso de enfermedad).

Efectuar mediciones en estos tres niveles como es obvio resulta sumamente difícil y costoso, tal vez ésta es una de las razones por la que existen pocos estudios de morbilidad en nuestro país.

Importancia del registro de la morbilidad

El sistema de servicios de salud que existe en una sociedad representan, la respuesta que ésta organiza frente a una situación de salud-enfermedad (97,98), por tal razón el o los estudios de morbilidad representan para el planificador sanitario y otros trabajadores de la salud un medio valioso a través del cual pueden conocer el estado de salud de una población y de esta manera proponer programas y acciones tendientes a disminuir, erradicar o controlar los problemas sanitarios existentes, además proveen al planificador de los servicios de atención a la salud la capacidad de decidir de manera más racional cuál debe ser la distribución de los recursos.

En nuestro país los datos disponibles para la planificación corresponden a la morbilidad que requiere hospitalización o que demanda consulta en consultorios o clínicas gubernamentales (99,100,101,102). Este hecho tiene varias implicaciones, por una parte, representa el desconocimiento de los problemas sanitarios que ocurren en la población y por otra, al carecer de esta información, no es factible identificar diferencias en los patrones de morbilidad de

poblaciones con condiciones socio-económicas y culturales distintas.

La falta de información señalada anteriormente, es aún más evidente en el medio rural, tanto por las limitaciones de acceso a los servicios de salud oficialmente reconocidos, como por múltiples razones socio-culturales.

D) ENFERMEDAD Y DESIGUALDAD SOCIAL

A continuación comentaré los resultados del estudio de morbilidad encontrados en la presente investigación. Para tal fin considero conveniente reescribir el objetivo central de este trabajo que consiste en evidenciar que la pertenencia a una clase o fracción de clase determina mucho más que cualquier otro proceso social o biológico, las diferentes formas de enfermar en una sociedad; la evolución de este proceso así como; el acceso diferencial a los servicios de salud.

En el caso específico de la presente investigación, para desentrañar las causas de la morbilidad se emplearon tanto variables descriptivas como una categoría explicativa que permitiera comprender la esencia del por qué el proceso salud-enfermedad en el Valle de Solís se expresa de una manera y no de otra.

Para tal fin se efectuaron diversos procedimientos: uno para operacionalizar la categoría clase social (ver métodos y técnicas) y dos, para identificar y clasificar la morbilidad referida por las madres de familia durante el estudio.

Respecto al perfil patológico identificado a través de la encuesta de morbilidad puede decirse que como era de esperarse toda la información registrada corresponde únicamente a síntomas y excepcionalmente a signos, sin embargo muchos de estos síntomas por ser tan específicos permitieron hacer aproximaciones a diagnósticos sindrómicos.

Un total de 35 descripciones sintomáticas fueron registradas en el estudio, algunas de ellas fueron reagrupadas bajo un doble criterio: etiológico y anatómico (Ver anexos), lo

que permitió constituir un perfil patológico comprensible en cuanto a tipo de padecimientos y frecuencia registrada para cada uno de ellos (Ver cuadro 5).

Como puede apreciarse este perfil es muy parecido al identificado por otros autores en el área rural Loza, Narro, Chávez, Laurell y Blanco (103,104,105,106,107). Si reagrupáramos este perfil encontraríamos que el 59.1% de toda la morbilidad corresponde a las enfermedades respiratorias agudas, las enfermedades del aparato digestivo ocuparían el 2o. lugar en frecuencia (14.2% del total). Otros diagnósticos no infecciosos pero que se encuentran dentro del perfil son los trastornos osteo-musculares, cefalea, aftas, exantema y odontalgia.

En el grupo de otros se encuentran sólo 9% de los padecimientos, lo que habla a mi parecer una aceptable diferenciación en los datos mórbidos aportados por la madre de familia.

El que los cuatro primeros grupos constituyan el 75.1% de toda la morbilidad y que algunos de estos padecimientos coincidan con las primeras causas de muerte en nuestro país (108,109,110,111), implica desde mi punto de vista que a pesar de que han ocurrido cambios importantes en la mortalidad nacional la permanencia de enfermedades infecto- contagiosas continúa siendo un problema importante de salud pública, al que habrá que dar alternativas de solución a corto y largo plazo de manera inmediata.

Quadro 5.

PRINCIPALES SINTOMAS MORBIDOS REFERIDOS EN EL VALLE DE SOLIS,
ESTADO DE MEXICO. ENERO 1984 A JUNIO 1986 (*).

| Causa | tasa (**) | % |
|-------------------------|------------|--------------|
| Catarro Común | 67 | 48.3 |
| Gastroenteritis | 14 | 10.2 |
| Fiebre | 14 | 10.1 |
| Faringoamigdalitis | 9 | 6.5 |
| Cefalea | 8 | 5.8 |
| Otros síntomas resp. | 6 | 4.3 |
| Trastornos Digestivos | 5 | 4.0 |
| Trast. osteo-musculares | 4 | 3.0 |
| Exantema | 2 | 1.8 |
| Aftas | 1 | 1.0 |
| Odontalgia | 1 | 1.0 |
| Otros | 5 | 4.0 |
| Total | 138 | 100.0 |

Fuente: Encuesta "Registro de Morbilidad Individual Mensual"

(*) Las descripciones que en este cuadro se presentan no corresponden a la descripción textual que hizo la madre de familia acerca de los síntomas que sus familiares tenían, han sido adecuados con el objeto de facilitar ulteriores clasificaciones y/o comparaciones.

(**) Tasa por 100 años/persona de observación.

Si este perfil es analizado por grupo de edad (ver cuadro 6), puede observarse claramente que la mayor morbilidad se concentra en los menores de 5 años y de éstos los menores de 1 año son los que con mayor frecuencia se enferman: casi 4 episodios al año.

Cuadro 6.
TASAS DE MORBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y POR CAUSAS
SOLIS, EDO. DE MEXICO ENERO 1984 A JUNIO 1986 (*)

| Causa | Grupos de edad (años) | | | | | |
|------------------------------|-----------------------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|
| | > 1 | 1 a 4 | 5 a 14 | 15 a 24 | 25 a 44 | 45 + |
| Catarro Común | 216 | 139 | 43 | 32 | 56 | 32 |
| Fiebre | 30 | 37 | 11 | 4 | 6 | - |
| Gastroenteritis | 69 | 50 | 3 | 2 | 5 | 8 |
| Faringoamigdalitis | 9 | 9 | 8 | 8 | 14 | - |
| Trastornos Digestivos | - | 5 | 3 | 6 | 10 | 8 |
| Otros síntomas respiratorios | 26 | 10 | 3 | 2 | 7 | 4 |
| Trastornos Osteomusculares | - | - | 2 | 5 | 13 | 9 |
| TOTAL | 377 | 267 | 86 | 71 | 145 | 81 |

Fuente: Encuesta "Registro de Morbilidad Individual Mensual"

(*) Tasas por 100 años/persona de observación.

Su perfil de morbilidad como puede apreciarse en el cuadro anterior es dominado por episodios infecciosos tanto respiratorios como digestivos lo que traduce la persistencia de condiciones que favorecen la exposición a un ambiente contaminado y una menor resistencia a las infecciones.

Vale la pena señalar que aunque la frecuencia de morbilidad total no es muy alta; 1.4 episodios/año (Ver cuadro 5), este valor casi se triplica en el caso de los menores de un año, es decir, estos niños como en el resto del país hoy por hoy son los que más aportan a las cifras de morbi-mortalidad nacional.

Un perfil muy parecido fue detectado también por Chávez y Narro en Puebla y Tlaxcala respectivamente (112,113), pero el primero reporta una mayor frecuencia, cuatro a nueve episodios semestrales en el primer año de vida.

Estudios realizados en otros países (114,115,116), muestran características muy similares.

Behm (117) por su parte, ha comentado que en América Latina la etiología de la enfermedad y la muerte en los primeros cinco años de vida está dominada por la infección, dentro de la cual pueden distinguirse claramente tres grupos: las enfermedades infecciosas digestivas y parasitarias, las afecciones respiratorias agudas y las causas perinatales. Menciona también que para analizar las diferencias sociales en la enfermedad del niño y en consecuencia su sobrevida, es necesario caracterizar a la población en estudio de acuerdo a un marco teórico que permita identificar categorías válidas para el estudio de los contrastes de morbilidad que existan.

Aquí, en México Bronfman y Tuirán siguiendo la línea de

pensamiento arriba citada evidenciaron a través de una encuesta de alcance nacional (1977) las diferencias en la mortalidad para menores de dos años que existen entre las clases y fracciones de clase identificadas en el territorio nacional (118). Nosotros en el Valle, también encontramos que existen diferencias importantes entre fracciones de clase (Ver cuadro 7).

Si nos remitimos primero a la tasa de morbilidad general podemos observar que la probabilidad que tiene cada uno de los individuos estudiados de enfermarse es de 1.4 episodios al año, lo que a mi parecer no es una frecuencia muy alta, dado que en estudios de corte transversal (119,120) se han encontrado frecuencias similares al nuestro que como se recordará es un estudio longitudinal.

Si se analiza por sectores de la economía (primario, secundario y terciario) se puede observar que las fracciones de clase insertas en el primer sector muestran diferencias importantes, de hecho se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la morbilidad entre los campesinos medios y los campesinos pobres y, entre los campesinos medios y los jornaleros, éstos últimos tal parece se enferman el doble que los primeros. Entre los campesinos pobres y los jornaleros la diferencia no es muy importante (no se encontró diferencia significativa). Esto puede deberse a que los campesinos pobres son un grupo que se encuentra en franca pauperización y por este motivo se "parecen" más a los jornaleros que al resto de los denominados campesinos.

En los sectores productivos secundario y terciario el riesgo de enfermarse es variable y va de 111 episodios/100 años persona a 194/100. Los obreros como en el trabajo de Bronfman y Tuirán ocupan una situación intermedia (No hubo diferencias significativas entre fracciones de clase del sector III).

Cuadro 7.
 TASAS DE MORBILIDAD GENERAL POR FRACCIÓN DE CLASE IDENTIFICADAS
 EN EL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO ENERO 84 A JUNIO 86

| Fracción de Clase | Años persona | Número de episodios | Tasa (*) |
|-----------------------|-----------------|------------------------|------------|
| Campesino Medio | 145 | 139 | 96 |
| Campesino Pobre | 1460 | 2045 | 140 |
| Jornalero | 130 | 248 | 190 |
| Obrero | 412 | 523 | 127 |
| Trab. Independiente | 70 | 78 | 111 |
| Asalariados sect. III | 48 | 93 | 194 |
| Otros | 26 | 45 | 173 |
| TOTAL | 2289 | 3171 | 139 |

Fuente: Encuesta "Registro de Morbilidad Individual Mensual"

(*) Tasas por 100 años/persona de observación.

Un hallazgo que llama la atención y hasta en cierto sentido "preocupa" es el referente a las altas tasas de morbilidad identificadas en los asalariados del sector III. A qué puede deberse ésto?

Antes de iniciar con una explicación probable deseo efectuar las siguientes aclaraciones.

Ante la necesidad de reunir un número suficiente de

casos, en cada subgrupo hubo que reagrupar algunas fracciones de clase, tal es el caso de los asalariados del sector III. (Ver métodos y técnicas apartado E).

Por otra parte, hay que recordar que la encuesta de morbilidad en cierto sentido capta el "autorreconocimiento de la enfermedad" y que en él influye de manera importante la escolaridad y el acceso a otros medios de información que desafortunadamente no es igual para todas las familias en este Valle, pero muy posiblemente lo principal es que hay enfermedades que no son reconocidas por ser tan frecuentes (se les resta importancia) o porque no se identifican como tales, por ejemplo Diabetes, Hipertensión Arterial, etc..

Si, se toma en cuenta lo anterior me atrevería a sugerir lo siguiente como una explicación a la tasa de morbilidad de algunas fracciones de clase.

Las fracciones de clase pertenecientes a los sectores secundario y terciario de la economía en este Valle están constituidas en general, por familias que mantienen aún nexos muy fuertes con sus pequeñas parcelas (en la mayoría de los casos son también campesinos y se dedican a las labores agrícolas como actividad secundaria). En este grupo se encuentran las familias con mayor escolaridad, la gente que ha tenido la posibilidad de conocer otros lugares aparte del municipio y las que han tenido acceso a otros medios de información.

La fracción de clase "otros" por ejemplo, está integrada por tres familias de profesores quienes son los que poseen la mayor escolaridad dentro del grupo estudiado, todos ellos ocupan puestos directivos en las escuelas donde laboran. Por ser un grupo tan pequeño no se incluyó para fines comparativos.

También la fracción de clase asalariados del sector III fue un grupo pequeño, hecho que me parece razonable porque tratándose de una zona eminentemente agrícola la probabilidad de empleo en este sector de la economía es bajísima. Esta fracción incluye en este caso particular a individuos que realizan actividades en comercio y servicios no calificadas; 33% de ellos se ven en la necesidad de emigrar a la Cd. de México para desempeñar su trabajo entre otras razones porque no poseen tierras para realizar actividades agrícolas (el restante 67% apenas posee 1 Ha. para cultivo).

Como puede apreciarse esta fracción de clase exhibe malas condiciones de vida, ya que su inserción en el aparato productivo es a través de actividades no calificadas, no poseen tierras para cultivo o éstas son escasas y de mala calidad y aun más en ocasiones tienen que emigrar en busca de una mejor alternativa para sobrevivir.

Esto significa que los campesinos poseen mejores condiciones que los asalariados del sector III?. Para el caso específico del Valle sí, porque el campesino aquí con la poca o mucha tierra que posea "garantiza" de alguna manera la alimentación del grupo familiar además, se provee de otros recursos a través de diversas estrategias de sobrevivencia: desempeñan otra (s) actividad (es), emigran, emplean el trabajo infantil, etc. hecho que no sucede con las familias pertenecientes al sector III quienes se mantienen fundamentalmente del trabajo asalariado.

A mi parecer las características arriba anotadas explican de manera importante por qué, fracciones de clase no agrícolas que se esperarían tuvieran una morbilidad menor respecto a las otras fracciones de clase evidencian altas tasas de morbilidad.

Por otra parte, este hecho permite plantear que estas fracciones de clase no agrícolas pero que se identifican en una zona eminentemente agrícola deben ser tratadas con gran cautela por parte de los investigadores porque en efecto, no son fracciones muy bien definidas.

De qué se enferman estas familias?

Distribución de la morbilidad por fracción de clase

Para ilustrar el perfil patológico por fracción de clase habrá que remitirse al cuadro 8. Ahí aparecen las ocho primeras causas de morbilidad por fracción de clase.

Como puede observarse, el comportamiento es similar al antes anotado; los jornaleros y los asalariados del sector III son los grupos con mayor riesgo, también los campesinos pobres presentan un alto riesgo, no así los obreros que como se mencionó anteriormente ocupan una posición intermedia, por supuesto los campesinos medios y los trabajadores independientes son los grupos de menor riesgo.

La mayor frecuencia de episodios infecciosos corresponden como se mencionó anteriormente a los menores de 5 años (Ver cuadro 6), de ellos los niños más vulnerables son los pertenecientes a las fracciones de clase asalariados del sector III y campesinos pobres con tasas 50% mayores que los campesinos medios.

Cuadro 8.
 PERFIL PATOLOGICO IDENTIFICADO EN EL VALLE DE SOLIS, EDO. DE
 MEXICO POR FRACCION DE CLASE. ENERO 1984 A JUNIO 1986

| Causa | T A S A S (*) | | | | | |
|--------------------|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | C.M. | C.P. | JOR. | OBR. | T.I. | A. III |
| Catarro Común | 28 | 67 | 100 | 63 | 59 | 98 |
| Fiebre | 8 | 14 | 22 | 15 | 9 | 25 |
| Gastroenteritis | 9 | 15 | 12 | 42 | 11 | 13 |
| Faringoamigdalitis | 8 | 9 | 11 | 9 | 7 | 15 |
| Trast. Digestivos | 10 | 6 | 3 | 3 | 10 | - |
| Otros sínt. resp. | 3 | 6 | 10 | 4 | 7 | - |
| Trast osteo-musc. | 5 | 4 | 4 | 4 | - | - |
| Exantema | 3 | 2 | 5 | 2 | - | - |
| TOTAL | 96 | 140 | 191 | 127 | 111 | 194 |

Fuente: Encuesta " Registro de Morbilidad Individual Mensual".

(*) Tasas por 100 años persona de observación.

C.M.=Campesino Medio JOR.=Jornalero T.I.= Trab. Independiente
 C.P.=Campesino Pobre OBR.=Obrero A.III=Asalariado sect.III

E) ANALISIS DE LAS VARIABLES QUE TRADICIONALMENTE SE HAN CONSIDERADO DETERMINANTES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Dentro de este grupo de variables se encuentran el saneamiento ambiental, la ocupación principal del jefe de familia y la escolaridad materna.

Vale mencionar, que todos estas variables por ser sólo expresiones de las condiciones generales de existencia de un grupo social, es decir, de su clase social, no deben ser analizadas de manera aislada con respecto a la salud-enfermedad, porque ello puede conducir a interpretaciones ficticias y conclusiones como la siguiente: "el mayor número de ventanas de una casa, disminuye la frecuencia de enfermedades entre sus habitantes".

A continuación se presentan los resultados de algunos estudios que han efectuado análisis aislados pero interesantes de las variables arriba anotadas así como los resultados encontrados en el presente estudio.

Distribución de la morbilidad y tipología de la vivienda.

Es un hecho de observación corriente que las tasas de morbilidad y mortalidad sean más altas entre la gente que vive en viviendas insalubres que la que vive en casas higiénicas (121).

Se menciona que factores como falta de agua potable, eliminación de excretas inadecuada, hacinamiento, mala ventilación e iluminación entre otros, son la causa de las enfermedades. Aun cuando esto en cierto sentido es verdad, ésta

no es la única explicación posible, también es probable que existan características comunes a la población que vive en viviendas insalubres (bajos salarios, dieta insuficiente, falta de atención médica entre otras), y éstas sean el verdadero sustrato de la enfermedad (122).

Resulta difícil probar que una enfermedad determinada es producida solamente por las condiciones de insalubridad de la vivienda, en cuanto que la calidad de ella es sólo una expresión del nivel de vida de la población, no obstante nadie puede negar que el hacinamiento favorece la transmisión de enfermedades infecciosas, que los defectos en los sistemas domiciliarios de agua potable y alcantarillado pueden producir infecciones intestinales, que la falta de iluminación favorece el raquitismo y que la falta de higiene general de la vivienda favorece las parasitosis intestinales y la pediculosis (123).

Estudios acerca de la morbilidad y mortalidad infantil (124,125,126) han mostrado el papel tan importante que estos aspectos juegan como sustrato para la generación de enfermedades infecto contagiosas principalmente.

En Chile (127), Legarreta evidenció que en viviendas con agua potable el riesgo de muerte para los menores de cinco años era aproximadamente 27% más bajo que en las que se efectuaba acarreo de agua desde pilones ubicados en el exterior. El riesgo de muerte para estos mismos habitantes en viviendas con alcantarillado era 13% menor que las viviendas donde se empleaba pozo negro y 44% más bajo que en las que no había sistema alguno de eliminación de excretas.

En el trabajo de 14 proyectos latinoamericanos (128), Puffer y Serrano muestran que en ocho áreas en que por lo menos el 80% de las familias estaba abastecido de agua mediante

conexiones, la tasa de mortalidad posneonatal osciló entre 4.8 por 1000 nacidos vivos y 29.2/1000. En las áreas con porcentajes más bajos de abastecimiento de agua las tasas de mortalidad excedieron de 30, y variaron de 42.9 a 88.9 por mil.

En el Valle de Solís, durante las entrevistas realizadas en el hogar y la clínica se obtuvo información acerca del tipo de abastecimiento de agua que tenían las familias, disposición de excretas, etc. (ver métodos y técnicas apartado B). Estos datos que permitirían identificar las condiciones de higiene y saneamiento en que viven estas familias y sus repercusiones en la salud de la unidad doméstica.

Las casas del Valle, son muy similares a muchas otras existentes en el medio rural. Consisten en un solar más o menos amplio en el que existen varias habitaciones de un sólo cuarto que corresponden a los diferentes núcleos familiares.

En la mayoría de los casos, existe una sola cocina con el fogón al ras del suelo, lo que favorece una fácil contaminación de los alimentos. Los materiales empleados para la construcción de las viviendas es de adobe para las paredes, teja para el techo y el piso en general es de tierra.

Respecto a las características de saneamiento (Ver cuadro 9), éstas pueden resumirse en deterioradas: 100% de las familias no disponen de agua potable aunque un buen porcentaje (84.5) cuenta con agua intradomiliaria; 90.2% practica el fecalismo al aire libre y la mayoría en sitios muy cercanos al área donde se come o cocina; no existe drenaje. La basura no recibe ningún tratamiento y es depositada en el mismo terreno donde se ubica la casa, tampoco existen basureros comunales.

Cuadro 9.
ALGUNAS CARACTERISTICAS DE SANEAMIENTO AMBIENTAL IDENTIFICADAS
EN EL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO. 1984-1986

| | | |
|--|--------|------|
| AGUA EMPLEADA PARA ALIMENTACION Y BEBER | | |
| | | % |
| | | 84.5 |
| | | 15.5 |
| Tratamiento | Sin | 85.1 |
| | Hierve | 14.9 |
| ----- | | |
| DISPOSICION DE EXCRETAS | | |
| | | 9.8 |
| Al aire libre | Dentro | 70.5 |
| (terreno donde viven) | Fuera | 19.7 |
| ----- | | |
| DISPOSICION DE BASURA | | |
| Terreno donde habitan | Dentro | 77.0 |
| | Fuera | 23.0 |
| Tratamiento | Sin | 70.0 |
| | Quema | 30.0 |
| ----- | | |
| UBICACION DE ANIMALES DOMESTICOS | | |
| | | 10.3 |
| | | 35.7 |
| Entran y salen libremente de la casa | | 54.0 |

Fuente: Historias Clínicas Mujeres y Mujeres Embarazadas y Lactantes.

Los desperdicios de alimentos son ofrecidos a los animales o depositados en un lugar muy cercano a la casa donde además también se deposita el excremento del ganado constituyéndose de esta manera " la lama ", que si bien es útil en cuanto que la emplean como abono para la tierra, constituye una fuente de contaminación muy importante.

Por último, sólo 10.3% cuenta con un sitio destinado para ubicar a los animales "grandes" (caballos, burros, vacas, etc.), esto significa que las aves, perros, gatos, etc., entran y salen libremente de la casa propiciando un ambiente de promiscuidad.

Una "tipología de vivienda" que incluyó las características antes descritas (ver métodos y técnicas, apartado B), fue elaborada durante la realización del presente trabajo con la finalidad de explorar la relación existente entre el tipo de vivienda rural y la frecuencia de morbilidad que presentan sus habitantes, relación que sin duda está determinada fundamentalmente por la pertenencia de clase del grupo familiar

De acuerdo a esta tipología, se encontró que sólo 8% de las familias contaba con una casa "higiénica"; 57% con una "regular" y 28% con definitivamente malas condiciones, 7% de las familias no pudieron ser clasificadas por falta de información suficiente.

Las familias con casas "higiénicas" pertenecían a los profesores, comerciantes y obreros; las más antihigiénicas correspondieron en su mayoría a los jornaleros, campesinos pobres y asalariados del sector III.

Las frecuencias de morbilidad muestran una clara diferencia epidemiológica y estadística ($p < .05$), entre el primer tipo y los dos siguientes, (ver cuadro 10).

Cuadro 10.
DISTRIBUCION DE LA MORBILIDAD FAMILIAR SEGUN TIPO DE VIVIENDA QUE HABITAN. VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO 1984-1986.

| Tipo de vivienda | Tasa de morbilidad general(*) |
|------------------|-------------------------------|
| I Buena | 87.0 |
| II Regular | 145.0 |
| III Mala | 140.0 |

Fuentes: Historia Clínica Mujeres y Mujeres Embarazadas y Lactantes
Encuesta "Socio-económica y Migración"
Encuesta "Registro de Morbilidad Individual Mensual"

(*) Tasa por 100 años persona de observación.

La tasa de morbilidad es 50% mayor si se habita en una casa "no higiénica" respecto de una casa "higiénica". La diferencia existente entre una vivienda regular y mala según la tipología propuesta es mínima, razón que explica de alguna manera la escasa diferencia de episodios de morbilidad familiar existente entre ambos tipos de vivienda.

Vale comentar en este momento, la dificultad que representa hablar de una casa "higiénica" en el medio rural, ya que por lo general en estas zonas la norma es que la vivienda

esté ubicada en el mismo terreno de la milpa, sea de adobe con pequeñas ventanas cubiertas por un plástico, el piso sea de tierra y los animales deambulen libremente en el interior de la casa. No es posible hablar de limpieza en términos estrictos porque bajo qué criterio un piso de tierra y unas paredes de adobe pueden ser consideradas limpias?. Cómo puede hablarse de una adecuada disposición de excretas en sitios donde no existe drenaje?. Cómo esperar una casa limpia y sin polvo cuando por su ubicación en la milpa esto es inevitable?.

Estas consideraciones, me parece importantes tomarlas en consideración al interpretar las relaciones existentes entre estas características y la morbilidad ocurrida en las unidades domésticas.

Distribución de la morbilidad y escolaridad materna

El nivel que el individuo ha alcanzado en el sistema formal de educación, es otra variable ampliamente usada en estudios de mortalidad diferencial y de nutrición (129).

En países desarrollados existe una clara evidencia de los diferenciales existentes en la sobrevivida infantil asociada a la educación materna (130).

Puffer y Serrano, a través de 14 proyectos latinoamericanos (131) identificaron que el 15.4% de los niños cuyas madres habían cursado estudios universitarios fallecieron en el período neonatal, mientras que el porcentaje fue de sólo 6 en el grupo de 1 a 4 años. En los hijos de madres sin ninguna instrucción ocurrió lo contrario: el 19.9% murió en el período neonatal (mayor que en el grupo de madres con más alta escolaridad), y el 36.7% murieron a la edad de 1 a 4 años. También mostraron que los niños pertenecientes a grupos sociales privilegiados tienen una probabilidad de sobrevivir similar a la observada en países avanzados.

Una de las hipótesis más importantes respecto de la educación materna menciona que una mayor escolaridad materna influye en la disminución de la mortalidad infantil en la medida que la educación da a la madre el poder y la confianza para decidir y actuar dentro de sus posibilidades ante un problema de salud concreto.

Caldwell (132) menciona tres hechos producto de la educación materna que repercuten en el estado de salud del niño:

- 1) Reducción en los desenlaces fatales por enfermedad del niño.

2) Mayor conocimiento de las facilidades existentes en el área: doctores, enfermeras, clínicas, etc..

3) La participación de la familia en las decisiones acerca del manejo que se da a un niño enfermo no influye de manera importante en las decisiones tomadas por la madre.

Pocos estudios han contrastado el impacto relativo de la educación materna y el ingreso familiar en los niveles de mortalidad infantil. Se ha argumentado que la educación materna funciona más bien como variable proxy de ingreso, vestido, alimentación, facilidades sanitarias y cuidado médico entre otras. Ciertamente el niño no muere porque su madre no fue a la escuela sino porque también recibió una insuficiente cantidad y calidad de alimentos, no contaba con una vivienda adecuada, no contaba con servicios médicos, etc. (133).

Belm (134) entre otros, ha mostrado que si bien la educación materna tiene un efecto directo en los determinantes de la mortalidad en el niño, ésta a su vez, está correlacionada sobre todo con otros indicadores de nivel de vida, por tanto sus diferencias expresan la forma dispar con que se distribuyen los recursos y los servicios de la población.

Para medir el nivel de educación alcanzado por un individuo se han propuesto fundamentalmente cuatro alternativas:

- 1.- Como dicotomía entre analfabetos y alfabetos.
- 2.- Por el número completo de años estudiados.
- 3.- Por el más alto nivel de escolaridad alcanzado (analfabeto, primaria incompleta, primaria completa, etc.)
- 4.- Por grados obtenidos (primaria, secundaria, etc.).

En el presente estudio inicialmente se optó por la forma número tres encontrándose los siguientes resultados:

CUADRO 11.
 ESCOLARIDAD DE LOS PADRES IDENTIFICADA EN EL VALLE
 DE SOLIS, EDO. DE MEXICO. 1984-1986

| Escolaridad | Hombres | | Mujeres | |
|---|---------|------|---------|------|
| | No. | % | No. | % |
| Analfabeta | 30 | 15.4 | 32 | 16.4 |
| Primaria Incompleta | 137 | 70.3 | 147 | 73.3 |
| Primaria Completa | 20 | 10.3 | 17 | 8.7 |
| Secundaria Incompleta | 3 | 1.5 | 1 | .5 |
| Secundaria Completa | 1 | .5 | 2 | 1.0 |
| Normal de Maestros y Normal Superior | 4 | 2.0 | - | - |

Fuente: Encuesta "Area de Salud" (Migrante y No Migrante).

Como puede apreciarse los varones aunque registraron las escolaridades más altas, sólo 2% de ellos habían realizado estudios superiores a la secundaria. La gran mayoría (70.3%) no concluyeron estudios de primaria; 15.4% son analfabetas y los restantes (12.3%) concluyeron la primaria e iniciaron estudios de secundaria.

Para el caso de las esposas sólo 1.5% acudió a la secundaria, la gran mayoría (igual que los esposos) sólo estudiaron algunos años de primaria, 8.7% de ellas la concluyeron.

El porcentaje de analfabetismo fue similar que en sus esposos (16.4%).

Como pudo verse en el cuadro 11, en esta zona como en muchas otras de el medio rural (135), no existe una gran variación respecto a los años cursados por la madre de familia, por tal motivo se decidió reagrupar la información en tres nuevas categorías para su ulterior análisis con datos de morbilidad. (Ver cuadro 12).

Cuadro 12.

ESCOLARIDAD MATERNA Y MORBILIDAD IDENTIFICADA EN EL VALLE SOLIS, EDO. DE MEXICO, ENERO 1984 A JUNIO 1986.

| Escolaridad | Tasa (*) en < 5 años | Tasa de morbilidad general (*) |
|---|----------------------|--------------------------------|
| Analfabetas | 310 | 145 |
| Primaria Incompleta | 282 | 138 |
| Primaria Completa ó secundaria completa | 293 | 140 |

Fuentes: Encuesta "Registro de Morbilidad Individual Mensual", Encuestas Area de Salud. (Migrante y No Migrante).

(*) Tasa por 100/años persona de observación.

Como puede observarse prácticamente, no existe diferencia entre la frecuencia de episodios de enfermedad entre los familiares de mujeres analfabetas y el resto aunque es cierto que las mayores tasas corresponden al grupo de mujeres

analfabetas. Este hecho de alguna manera me parece razonable, porque en efecto el grado de escolaridad alcanzado por la madre de familia en realidad no le ofrece los conocimientos por ejemplo acerca del cuidado del niño, sin embargo, tal como lo menciona Cadwell si da a la madre un conocimiento más amplio acerca de los recursos médicos y sanitarios disponibles en el área donde vive además, posiblemente los conceptos mágico-religiosos acerca de la salud-enfermedad ya no sean tan importantes en las decisiones que ella tome respecto del tratamiento a seguir con un hijo enfermo.

Es muy posible que los conocimientos de orden general aprendidos por la madre influyan más en la disminución de desenlaces fatales por enfermedad que en la aparición de la misma enfermedad, y esto a su vez explique porque si ha sido posible encontrar diferencias en la mortalidad infantil en función de la escolaridad materna y no en la morbilidad.

Distribución de la morbilidad y actividad principal del jefe de familia

La actividad principal que desempeña el jefe de familia, ha mostrado tener una estrecha relación con las tasas de morbi-mortalidad infantil (136).

Esta variable ha sido empleada frecuentemente en estudios donde difícilmente los datos disponibles permiten identificar clases o fracciones de clase.

Un estudio realizado en el medio rural mexicano (137) mostró diferenciales en la morbilidad general dependiendo de la posición en la producción que ocupaba el jefe de familia, otro estudio efectuado en Chile (138), evidenció que la mortalidad infantil en los hijos de los obreros era 2 veces mayor que la tasa correspondiente a los hijos de los empleados.

En Quito (139), también se observó que la tasa de mortalidad infantil es casi dos veces mayor en un grupo de trabajadores y empleados de baja calificación que el grupo constituido por técnicos, profesionales, policías, etc., con calificación alta y media.

Datos del Salvador, Sao Paulo y Monterrey (140) muestran que el mayor porcentaje de mortalidad en menores de cinco años es mayor en el grupo de trabajadores semiespecializados que en el grupo de profesionales, funcionarios ejecutivos, empleados administrativos y otros.

En el grupo estudiado del Valle de Solís, se encontró que la morbilidad por ocupación principal del padre se distribuye de la siguiente manera: (Ver Cuadro 13)

Cuadro 13.
 TASAS DE MORBILIDAD GENERAL Y EN MENORES DE 5 AÑOS POR OCUPACION
 PRINCIPAL DEL JEFE DE FAMILIA. VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO.

| Actividad principal | Tasa (*) en < 5 años | Tasa de morbilidad general (*) |
|-----------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| Campesino | 297 | 137 |
| Jornaleros | 292 | 193 |
| Obreros | 256 | 129 |
| Comerciantes | 311 | 177 |
| Asalariados sect. III | | |
| Calificados | 378 | 112 |
| Asalariados sect. III | | |
| No Calificados | 315 | 195 |

Fuentes: Encuesta "Registro de Morbilidad Individual Mensual".
 Encuestas Area de Salud. (Migrante y No Migrante).
 (*) Tasa por 100/años persona de observación.

Por lo que respecta a las tasas de menores de 5 años puede apreciarse que las mayores tasas corresponden al sector III de la economía; la mayor frecuencia de episodios se registró en los hijos del grupo de profesionistas del área (prestan más atención a las enfermedades de sus hijos que el resto de los padres de familia ?), le siguen en frecuencia los hijos de los campesinos, jornaleros y de los obreros.

Respecto a la morbilidad general, los jornaleros -uno de los grupos más pauperizados del medio rural- presenta la mayor frecuencia de episodios; le siguen los comerciantes y campesinos que en este caso incluyen todo tipo de campesinos desde los más ricos hasta los más pobres.

Los asalariados del sector III calificados y los obreros muestran las menores tasas, mientras que en los asalariados no calificados ésta tiende a ser mayor. A los comerciantes correspondió la menor tasa que aunque es un hecho esperado, vale comentar nuevamente que estos comerciantes podrían ser calificados como "no acomodados" ya que algunos de ellos ni siquiera cuentan con un local para llevar a cabo sus actividades.

Este cuadro aunque en efecto permite identificar diferenciales tomando en cuenta sólo la inserción del jefe de familia en el aparato productivo, (que es una de las variables más importantes consideradas en la operacionalización del concepto clase social) muestra también, que cuando sólo se toma en cuenta una única variable explicativa, ésta puede incluso confundir los resultados, tal es el caso de los campesinos y comerciantes que por ser grupos que incluyen "a todos" con aparentemente las mismas características, no permiten visualizar las diferencias existentes entre grupos y al interior de cada uno de ellos.

PATRONES DE OCURRENCIA DE LA ENFERMEDAD

Distribución de la morbilidad por edad y sexo.

Como se sabe, todo análisis epidemiológico requiere de explorar las interacciones que existen entre persona lugar y tiempo, para ubicar adecuadamente a los individuos.

Estas variables se han estudiado principalmente para conocer la distribución que presenta la enfermedad en la población, más no porque se piense que éstos sean factores etiológicos intrínsecos del individuo (141).

Las variables descriptivas que se consideraron importantes para ser analizadas en el presente trabajo son: edad, sexo, variaciones estacionales de las primeras causas de enfermedad, así como las variaciones ocurridas en las diferentes etapas del ciclo agrícola.

Respecto a las dos primeras variables -edad y sexo- es importante notar que en los primeros 5 años de edad los varones exhiben una mayor labilidad a enfermar que las mujeres (Ver cuadro 14), no así en los siguientes tres grupos de edad (5-14, 15-24 y 25-44) donde claramente se nota una mayor frecuencia en las mujeres. Para los dos últimos grupos prácticamente no hay diferencia por sexo.

Cuadro 14.
TASAS DE MORBILIDAD POR GRUPO DE EDAD Y SEXO IDENTIFICADAS EN
EL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO. ENERO 1984 A JUNIO 1986

| Grupo de edad (años) | SEXO | |
|-------------------------|------------|------------|
| | Varones | Mujeres |
| < 1 | 397 | 366 |
| 1 A 4 | 296 | 241 |
| 5 A 14 | 83 | 90 |
| 15 A 24 | 45 | 101 |
| 25 A 44 | 63 | 224 |
| 45 A 64 | 104 | 109 |
| * 64 | 36 | 35 |
| TOTAL | 121 | 156 |

Fuente: Encuesta "Registro de Morbilidad Individual Mensual"
(* Tasa por 100 años persona de observación.

El hecho de que en los primeros años de vida los varones tiendan a enfermarse más que las mujeres ha sido un hallazgo frecuentemente detectado en otros trabajos (142, 143). Este fenómeno ha sido explicado principalmente por la mayor labilidad biológica (mayor propensión al daño) que tienen los varones en edades tempranas.

Sin duda, es extraño que en las edades productivas 25 a 44 años los varones presenten menores tasas de morbilidad que las mujeres porque se ha visto (144, 145) que este constituye otro de los grupos que más aporta a las cifras de morbilidad nacional.

Una posible explicación a este hallazgo es que la madre -que fue quien aportó la información mórbida familiar- si refería sus padecimientos y las de sus hijos menores, mientras que la de su esposo o hijos mayores la olvidaba o no les prestaba atención sobre todo cuando salían a trabajar muy temprano.

Nuevamente surge la interrogante de porqué cifras bajas fueron obtenidas en este estudio. Dos razones considero pueden ser explicaciones probables:

1) La población del Valle por tratarse de un área cercana a localidades sub-urbanas, con relativo fácil acceso a zonas de desarrollo industrial como es el caso de Atlacomulco, presenta características muy diferentes a otras áreas rurales, como Oaxaca o Chiapas donde se encuentran condiciones cercanas al hambre, o con zonas del Norte del país, más bien considero se trata de una zona que en la actualidad está sufriendo cambios en su estructura (construcción de vías de comunicación, servicios de transporte, luz y agua intradomiciliaria) que a su vez han venido a repercutir en sus condiciones generales de salud y,

2) Las características del grupo seleccionado (familias de padres jóvenes, no alcohólicos, cuyos niños a ser estudiados no padecieran desnutrición severa, entre otras características), provocó subregistro en la recolección de datos.

Variación cíclica de la morbilidad

El estudio de las variaciones cíclicas en la frecuencia de las enfermedades ha sido de gran interés para los epidemiólogos, por ejemplo las fluctuaciones estacionales de los episodios infecciosos se cuentan entre los aspectos más llamativos y a los que se les ha dedicado mucha atención.

Existen varios métodos para poner de manifiesto los cambios cíclicos, sin embargo pocos investigadores (146) han relacionado la aparición de las enfermedades con las variaciones del ciclo agrícola. Porqué este ciclo?

Hay que recordar que la sociedad mexicana en su heterogeneidad poblacional presenta problemas de salud distintos, derivados de la forma en que vive cada uno de los sectores que la constituyen. La realización de un estudio de morbilidad debe por ende, tomar en cuenta información sociodemográfica y económica que le posibilite avanzar en el conocimiento de los determinantes de la enfermedad para, de esta manera enfrentar los problemas de salud que cada grupo tiene.

La población rural como se sabe se desarrolla en condiciones muy diferentes a la población urbana, por ejemplo en ella algunos investigadores (147,148) han detectado que el consumo de alimentos varía con el ciclo agrícola por tal razón, parece importante investigar cómo estas variaciones están influyendo no sólo el consumo de alimentos sino también la aparición de la enfermedad (Ver gráfica 2).

Para tal fin, se decidió dividir el año calendario en las 3 etapas del ciclo agrícola.

- 1) Enero - Abril: Barbecho y Siembra
- 2) Mayo - Agosto: Escarda y Fumigación
- 3) Septiembre- Diciembre: Cosecha

Como puede observarse en la gráfica, los cuatro primeros meses -que corresponden al período en que existe disponibilidad de alimentos- las cifras de morbilidad aunque "despegan" elevadas inician un descenso importante (el más importante durante todo el año) para volverse a incrementar y permanecer más o menos constantes los meses de junio a septiembre (época de lluvias e inicia la escasez de alimentos).

En el mes de septiembre comienza el período de cosecha que, desde mi punto de vista es una época contradictoria porque "hay y no hay". Las reservas de maíz y tal vez frijol cosechadas el año anterior se han extinguido o están por hacerlo y la nueva cosecha apenas se está recolectando, además es una época de gran trabajo en el campo para toda la familia (mujeres y niños juegan un papel importante en este período), la gente tiene que invertir prácticamente todo su tiempo y esfuerzo en jornadas largas y extenuantes. Esta época coincide también con el invierno, período en que las enfermedades respiratorias se incrementan de manera importante. Ambas circunstancias; desgaste físico importante de toda la familia y clima frío explican de alguna manera, por qué las cifras de morbilidad se elevan en un época de "auge" económico (Ver gráficas 3 y 4).

Variaciones cíclicas en la morbilidad similares a este estudio fueron detectadas en un estudio realizado en Michoacán (149), la mayor frecuencia de morbilidad ocurrió en los meses de septiembre a diciembre con tendencia a la disminución en los primeros meses del año.

Respecto a la variación estacional de los dos grupos de entidades patológicas que más aportaron a las cifras de morbilidad en este estudio puede observarse que ambas; enfermedades respiratorias y diarrea muestran un patrón similar al observado en otros estudios (150).

La frecuencia de aparición de enfermedades respiratorias en ambos años (1984 y 1985) mostró un claro incremento a partir del mes de octubre (Ver gráfica 4).

Situación similar no ocurrió para el caso de la diarreas, ya que mientras en el año 1985 se aprecia un claro incremento en el número de episodios para los meses de abril a junio, en el año 1984 el incremento, por cierto no muy importante, se registró en los meses de julio y agosto (Ver gráfica 5).

F) MORBILIDAD POR REGISTROS CLINICOS PERIODICOS.

¿Qué tipo de morbilidad detectan los registros clínicos periódicos ?

Las características de la entrevista para recabar datos de morbilidad (ver métodos y técnicas apartado B) permitió recolectar información acerca de los episodios agudos reportados por la madre de familia, dejando de lado a los episodios crónicos, por tal razón considero conveniente incluir ahora, una descripción acerca de la "morbilidad crónica" que fue detectada por los médicos a través de Historias Clínicas trimestrales aplicadas (lamentablemente para este trabajo) sólo a los individuos "clave" del estudio (ver métodos y técnicas apartado A).

No obstante, pienso que esta información es útil en la medida que permite tener una visión más completa acerca del perfil patológico que han desarrollado las familias del estudio, que muy posiblemente es similar a las de todo el Valle.

Para llevar a cabo el análisis de esta información, se efectuaron varios procedimientos con el fin de contar con el mayor número de casos posibles y de esta manera obtener resultados más confiables.

Un total de 169 individuos fueron incluidos en el análisis (con 5 historias cada uno), lo que aportó 1279 descripciones diagnósticas al perfil patológico general.

Algunos de estos diagnósticos por tratarse de entidades crónicas sólo fueron contabilizadas una vez. La pediculosis que

fue un diagnóstico reportado en 85 % de los casos no se incluyó en este perfil para facilitar el análisis porcentual en el cuadro (Ver cuadro 15).

Otros diagnósticos que tampoco fueron considerados en el perfil patológico que se presenta porque no son entidades mórbidas en sí mismas fueron: clínicamente sano, embarazo I, II y III trimestre, agudeza auditiva normal y planificación familiar (*).

Vale aclarar que algunos diagnósticos que aquí se presentan son resultado en muchos casos de la combinación: clínica, laboratorio y gabinete, tal es el caso del diagnóstico de hipoacusia que se elaboró empleando un juego de diapazones, asimismo los diagnósticos parasitosis intestinal y amibiasis intestinal que están incluidos en el grupo de trastornos digestivos fueron elaborados con la ayuda de coproparasitoscópico.

Todas estas características explican, por una parte, la presencia de un perfil como el descrito, con entidades nosológicas difíciles de identificar a través de una encuesta exclusivamente, y por otra, la utilidad de llevar a cabo este tipo de exámenes periódicamente si se desea identificar patología específica y/o crónica.

(*) Estas aclaraciones consideré necesario explicitarlas para comprender porque finalmente queda constituido un perfil con tan sólo 438 episodios reportados.

Cuadro 15.
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD REGISTRADAS POR
MÉDICOS A TRAVÉS DE UN EXAMEN CLÍNICO TRIMESTRAL.

| CAUSA | TASA / 100 | % |
|---|------------|----|
| Caries Dental y otra patología | 110 | 42 |
| Hipoacusia | 44 | 17 |
| Parasitosis y otros trastornos digestivos | 21 | 8 |
| Trastornos en estructuras de sostén (criptorquidea, hernias) | 18 | 7 |
| Catarro Común | 14 | 5 |
| Deficiencias Nutricionales | 12 | 5 |
| Traumatismos | 10 | 4 |
| Otros síntomas respiratorios | 5 | 2 |
| Várices | 5 | 2 |
| Trastornos Cardiovasculares | 5 | 2 |
| Otros | | 6 |

Fuente: Historias Clínicas y Exámenes Físicos Trimestrales.
(Sólo se efectuaron a algunos individuos del estudio).

Como puede apreciarse este perfil aunque dominado por enfermedades de tipo crónico también anota enfermedades de tipo agudo que coinciden con las primeras causas de morbilidad por encuesta, lo cual quiere decir que estas enfermedades son tan frecuentes que pueden ser captadas en un examen clínico trimestral (prevalencia de la enfermedad).

También puede observarse que la mayor parte de los diagnósticos están relacionados con problemas bucales, hecho que traduce la necesidad urgente de incluir como problema prioritario de salud la atención odontológica, así como, diseñar medidas preventivas encaminadas a solucionar este problema.

Este diagnóstico fue incluido porque, aunque es una entidad frecuentemente diagnosticada en la mayoría de los pacientes, no siempre aparece reportada en las estadísticas de morbilidad.

El segundo lugar correspondió al diagnóstico de hipoacusia (17%). El hecho de que en casi la quinta parte de los individuos estudiados se haya identificado este problema es de suma importancia, desde mi punto de vista este hallazgo puede significar dos cosas: que hubo un sobregistro de esta entidad o que en efecto, una buena parte de la población presenta algún grado de sordera.

Si esto último es verdad, cuál es la causa ?, el uso de algún plaguicida o pesticida ?.

El tercer lugar correspondió a los trastornos digestivos (14%). En este grupo en especial, atrae la atención la gran cantidad de diagnósticos titulados "dolor abdominal" que como se sabe no es más que un síntoma que puede ser causado por una multitud de enfermedades. Aquí, procede el comentario de algunos investigadores cuando mencionan que hoy en día existe una gran dificultad para elaborar diagnósticos precisos sobre todo en el medio rural y que esto constituye un importante problema a resolver.

En cuarto y quinto lugar aparecen registrados catarro común y trastornos en estructura de sostén. Los diferentes tipos

de deficiencias nutricionales se detectaron en 7% de los casos, los traumatismos o secuelas incapacitantes de los mismos ocuparon el séptimo lugar representando un 4% del total, otros diagnósticos de menor frecuencia fueron varices, trastornos cardiovasculares, conjuntivitis y otros síntomas respiratorios.

Es importante notar que los registros de la historia clínica y, como se verá más adelante los de morbilidad por demanda registraron padecimientos como infecciones respiratorias bajas, trastornos gineco-obstétricos e infecciones urinarias que no registró la encuesta de morbilidad.

Una posible explicación a ello, es la presencia de tabúes culturales que existen alrededor de padecimientos como los gineco-obstétricos que si bien son identificados por las mujeres no son referidos prácticamente a nadie excepto el médico.

Respecto a las infecciones respiratorias bajas y las infecciones de vías urinarias pienso que no se registraron en la encuesta debido a:

1o. Son difíciles de diagnosticar únicamente a través de un interrogatorio y por tanto es necesaria la formación y experiencia de un médico para elaborar el diagnóstico.

2o. La gran mayoría de infecciones urinarias cursan asintomáticas.

Describir el tipo de información que recolecta la historia clínica y la encuesta de morbilidad ha permitido desde mi punto de vista mostrar que ambas técnicas son útiles en la detección del perfil patológico, es decir, se complementan.

G) MIGRACION Y SALUD

Durante el período en que se llevaron a cabo los diferentes subestudios propuestos por el proyecto general, llamó mi atención la dificultad que referían los diferentes entrevistadores para recopilar la información correspondiente a los jefes de familia. Posteriormente, ya inmersa en el trabajo de campo, observé que en efecto, era muy difícil entrevistar a estos individuos, la razón: no estaban porque salían a trabajar a lugares cercanos como Acambay o Atlaconulco, o bien se encontraban en la Cd. de México, E.U. o Canadá.

También era notorio observar que las casas de los emigrantes a Canadá eran diferentes al resto; generalmente eran de tabique, con piso de cemento, con dos plantas y en ocasiones, hasta sanitario tenían. Ubicada muy cercana a esta construcción se encontraba la clásica casa de adobe y piso de tierra donde la unidad doméstica habitaba.

Cabe mencionar que no todos los migrantes a Canadá contaban con este tipo de construcciones, los que eran "migrados" (*) por primera o segunda vez seguían viviendo en las mismas condiciones.

Estos hallazgos despertaron mi interés por conocer quienes emigraban; las razones de su emigración; a donde emigraban y que repercusiones tenía este fenómeno en las condiciones de salud enfermedad de la unidad doméstica.

* Término empleado por la gente del Valle para llamar al individuo que alguna vez ha emigrado.

Algunas consideraciones acerca de la migración

La historia contemporánea de la emigración de los mexicanos a E.U. se inicia en los años cuarenta del presente siglo, este no ha sido un proceso lineal y sin transformaciones por el contrario, es evidente que ha habido cambios constantes principalmente por las transformaciones políticas y económicas experimentadas en ambos países (151).

Se pueden definir claramente dos períodos en la historia contemporánea de la emigración:

- El primero entre 1942 y 1964 que corresponde al "Programa Bracero", es decir aquel período que da impulso a la migración masiva con contratación legal de trabajadores por acuerdo entre los 2 países,

- y el segundo que ocurre a partir de 1964 y se inicia con la práctica de la inmigración de indocumentados que subsiste hasta la actualidad, situación que sin embargo se ha complicado por las restricciones legales impuestas recientemente, Ley Simpson-Rodino y Border Patrols (152).

Ambos períodos son, si se analizan detenidamente, expresión de necesidades estructurales distintas de desarrollo económico de ambos países, por ejemplo la necesidad de mano de obra barata contratada legalmente en un primer momento y la contratación de esa misma mano de obra pero ahora de manera ilegal, no son sino formas distintas de llevar adelante la máxima extracción de plusvalía en dos momentos diferentes de desarrollo económico de los Estados Unidos.

Primer período

Durante el primer período, que permitía que grandes contingentes de campesinos y jóvenes mexicanos se aprestaran a trabajar en los E.U.?. Indudablemente que el país no contaba entonces (como ahora) con una estructura económica capaz de absorber la totalidad de mano de obra existente. En aquel entonces alrededor de los cuarenta se aprecia claramente el apoyo que se da al desarrollo de la agricultura capitalista y por tanto a la propiedad privada. Este apoyo significó:

- 1- La creación del proletariado agrícola.
- 2- Contar con un flujo de divisas a causa del auge de la agricultura de exportación y
- 3- Impulsar el proceso diferenciador entre la agricultura "moderna" y el sector "atrasado" de subsistencia.

Este último punto es importante resaltarlo ya que éste, aunado al crecimiento de la población rural originó un proceso migratorio en tres sentidos:

- a) La rural: aquella que proveyó de mano de obra a la agricultura capitalista (moderna).
- b) La rural-urbana que con la industrialización del país impulsó el rápido crecimiento urbano.
- c) La migración al extranjero (principalmente a E.U.) en busca de otras alternativas de empleo.

Segundo período

En los años sesentas se da una disminución en el nivel productivo agrícola que se agrava en la década siguiente. Para esas fechas existe una gran cantidad de sub-empleados agrícolas

que ante la imposibilidad de sobrevivir con los exiguos frutos de sus parcelas se ven forzados a proletarizarse vendiendo su fuerza de trabajo temporal o permanentemente al sector capitalista convirtiéndose así la emigración a los E.U. en una alternativa muy atractiva, pero no sólo la emigración al extranjero resultaba atrayente también las regiones de mayor desarrollo como lo son las áreas urbano-industriales han aumentado su población de manera importante (153).

Por ejemplo, según los últimos censos más de la mitad de los adultos del D.F. declararon no ser originarios de la Ciudad, sino provenir de distintas partes de la República (50% de otras ciudades de provincia y 50% del medio rural).

Otros datos reportan que en el decenio 1960-1970 la población urbana aumento en un 20% aproximadamente debido a inmigraciones y en forma correspondiente un 10% de la población rural se desplazó hacia el medio urbano (154,155,156).

La migración como estrategia de sobrevivencia

El ciclo productivo en tierras de temporal como es el caso de la mayor parte de las localidades estudiadas en el Valle, imprime una característica estacional al empleo, lo que significa que gran parte del año la fuerza de trabajo agrícola no encuentre ocupación en las actividades disponibles en el campo, lo que da lugar a la búsqueda de trabajo fuera de la unidad de producción, generándose el llamado "fenómeno de proletarización" del campesinado (157).

En efecto, la presión que ejerce en los campesinos el mejoramiento de la tecnología que desarrolla el capital en la agricultura y el dominio que las empresas mejor dotadas ejercen

sobre el mercado, colocan globalmente al campesino en una situación sumamente desventajosa frente a la competencia capitalista. Ante este panorama, dentro de las pocas opciones que aparecen ante la unidad doméstica para continuar reproduciéndose es recurrir a la venta de fuerza de trabajo (158), sobre todo la de la gente joven, quienes desprovistos de tierras se enfrentan a una existencia de miseria y desempleo (159).

Sin duda las razones para emigrar de los grupos más pauperizados del agro mexicano son de índole económico tal como lo muestra el trabajo de Larissa de Lamiz (160), donde 48% de los migrantes declararon haber migrado por razones económicas: "no había trabajo", "no había tierras", "la tierra no alcanzaba para mantener a la familia", "no tenía que darles de comer a mis hijos" fueron las razones más frecuentemente referidas. Sólo 9.8% declararon haber migrado por razones que no fueran directamente económicas.

Los migrantes según algunos investigadores pertenecen al sector más pobre del campesinado (161) otros, opinan que son precisamente los elementos mejor preparados dentro de una comunidad rural quienes la abandonan en busca de mejores oportunidades.

Sea el grupo que fuere, al llegar a la ciudad no encuentran cabida en el mercado industrial de trabajo y por lo tanto gravitan hacia el estrato ocupacional marginado. De esta manera el sistema, puede disponer de trabajadores migrantes estacionales, que o bien vuelven al campo después de un período de trabajo en ciertos sectores de la industria urbana o bien, quedan integrados en la industria o en sectores no industriales (empleadas domésticas) sin romper sus vínculos con el núcleo familiar campesino de origen.

La industria de la construcción es la que ha absorbido un contingente importante de mano de obra rural, ya que constituye una fuente de empleo de baja calificación, mal remunerado, sin seguridad social, fácilmente sustituible y con ciclos de "boom" y desempleo (162).

El servicio doméstico urbano, es también uno de los principales polos de atracción laboral para las campesinas jóvenes (163,164).

Respecto al impacto de la migración en la salud-enfermedad existen pocos estudios.

Uno de ellos, realizado en Michoacán (por alumnos de la MMS) mostró claramente como la migración constituye un elemento "de riesgo" a enfermar. Ahí se encontró que la tasa de incidencia de los emigrantes fue de 118/100 individuos mientras que la tasa para los no emigrantes fue de 32.6/100 individuos, es decir los emigrantes tienen una probabilidad de enfermar 3.6 veces mayor que los no emigrantes (165).

Empíricamente también se apreció una estrecha relación entre el tipo de enfermedad y la emigración. La morbilidad asociada a "stress" era más alta entre emigrantes respecto de los no emigrantes.

R. Jiménez Ornelas (166), en su trabajo "El efecto de la migración y la marginalidad es determinante en la sobrevivencia en la infancia?" muestra que, la probabilidad de muerte en la infancia es mayor en los grupos de emigrantes vs no emigrantes.

Características de los emigrantes en el Valle de Solís

En el presente estudio se consideró "emigrante" a todo aquel individuo que arraigado a su tierra durante el período de estudio había trabajado al menos seis meses consecutivos fuera de su lugar de origen, la razón se pensó que este lapso era razonable para identificar el efecto de la migración en la salud familiar.

Del total de 195 familias estudiadas, en 55 (28%) de ellas el jefe de familia era migrante.

Las actividades realizadas en el sitio de migración fueron diversas, el mayor porcentaje (58.2%) se emplearon como obreros de la construcción (albañiles); 21.8% como jornaleros en Canadá y el restante 20% como asalariados en el sector III. (Ver Cuadro 3).

Como se anotó en capítulos previos el 78.2% de ellos se desplazó a la Cd. de México; 16.4% emigró a Canadá.

La gran mayoría (69%), durante el tiempo que permanecían en Solís realizaron otra actividad -generalmente trabajo agrícola- actividad que, posteriormente quedaba a cargo del resto de la familia. Durante sus períodos de estancia en Solís levantaban la cosecha o sembraban sus parcelas.

Cabe mencionar que no todas estas personas realizaban labores agrícolas en tierras de su propiedad, sólo 66% de ellos usufructuaban pequeñas porciones de tierra (menos de 1 Ha); 14% tenía más de 1 Ha. y el resto no poseía tierra.

Respecto al impacto de la emigración en el mejoramiento de las condiciones de existencia familiar se encontró que, 24% de

las familias no reportaron cambios o beneficios producto de la emigración, 47% de ellas reportaron principalmente un aumento en la cantidad de dinero destinado a la compra de alimentos, algunas de estas (40%) mencionaron también la adquisición de animales, aparatos eléctricos, remodelaciones a sus casas y ocasionalmente nuevas construcciones.

Un regular número de familias (16%) dijeron haber efectuado un sólo cambio (construcción o compra de animales); un porcentaje igual de familias reportó hasta 5 cambios importantes (remodelación de su vivienda y construcción de nuevos cuartos), el restante 9% efectuó cambios menores.

Quiénes emigran?

Se van jornaleros, pero también campesinos que aunque poseen tierra, al no conseguir trabajo adicional en los alrededores durante las épocas del año en que no son necesarios en la milpa- se ven obligados a emigrar. Todos los que se han ido, jóvenes o viejos han pasado por experiencias comunes importantes para toda la comunidad.

Los que han emigrado fuera del país, lo han hecho en múltiples ocasiones, uno de ellos Don Rubén, comentaba que tiene aproximadamente siete años de emigrar a Canadá "por contrato" siempre, que allá en general lo tratan bien y lo llaman "farmer", menciona también que los patrones quieren mucho a los mexicanos porque son muy "chambeadores" y rinden más que los "gueros".

Don Rubén que es un buen representante del resto de los migrantes a Canadá manifiesta estar contento de ir allá porque de esa manera se ha "hecho de sus cosas", además como es "muy buen

trabajador" lo tratan bien, inclusive menciona que el día que ya no "aguante lo mismo que ahora" dejará de ir a Canadá "pos a que voy si ya no sirvo pa'l trabajo". Cuando le interrogué acerca de sus salud y la del resto de su familia comentó que el sí "siente" que se ha enfermado de los huesos pero no lo considera un problema importante, respecto de su familia piensa que se enferman igual que siempre.

Los cambios en la población no se han hecho esperar, ahora se escucha a los jóvenes cantar y hablar en inglés e incluso vestirse de manera diferente al resto de la población. Sin embargo no parece que la experiencia migratoria cambie mucho la concepción familiar del migrante, rechazan de hecho, las costumbres y las formas de relación, que a su parecer, caracterizan a las familias extranjeras y siguen valorando sus propias concepciones sobre el papel de la mujer y los hijos, situación que me parece comprensible ya que el ámbito familiar cumple en esta sociedad funciones económicas, sociales y emocionales difíciles de suplir.

Tampoco el nivel de hábitos alimentarios o de higiene han tenido un cambio considerable, porque regresan a un medio en el que no hay facilidades; sin embargo, si les abre algunas expectativas por ejemplo hacerse de nuevos terrenos, casa con baño, etc..

Existe otro tipo de emigrante al extranjero, el que no va por "contrato" sino por su cuenta. Este es el que enfrenta grandes dificultades principalmente en la frontera, debe llevar un gran cantidad de dinero para efectuar sus "trámites" y en muchas ocasiones no logran llegar a su destino, perdiendo de esta manera no sólo la oportunidad de una mejor opción de trabajo sino también el dinero ahorrado con un gran esfuerzo.

Respecto a los emigrantes "nacionales" - tal vez el grupo con mayor deterioro económico- emigran a la Cd. de México donde se emplean principalmente como obreros de la construcción y muy pocos en actividades del sector terciario de la producción.

Cómo influye la emigración en la salud de los individuos

Con la finalidad de dar respuesta a esta interrogante se efectuaron dos procedimientos: uno consistió en preguntar directamente al ama de casa si había notado que a partir de que su esposo había empezado a emigrar ella o sus hijos se enfermaban menos, igual o más que antes respecto de las siguientes cinco entidades (diarrea, catarro o bronquitis, fiebre, cefalea y tensión nerviosa).

La selección de estas cinco entidades se basó en el hecho de que las primeras son muy frecuentes en nuestro país y en el Edo. de México y, las dos últimas fueron detectadas en un estudio previo (167) acerca de la migración y su relación con el tipo de morbilidad.

Un hallazgo que llamó mi atención fue el registro en el espacio de "otros" de una entidad denominada "disminución de peso" principalmente en los niños pequeños cuando el padre emigra. La frecuencia con que esta respuesta se obtuvo fue de 23.6% cifra que a mi parecer debe ser tomada en cuenta por aquellos investigadores que dedican su esfuerzo a los estudios de migración, nutrición y salud.

Por lo que respecta a las tres primeras entidades nosológicas 60 a 70% de las amas de casa refirieron una menor frecuencia, para las dos últimas sólo 30% dijeron haber notado una disminución en el apareamiento de estas molestias.

El segundo procedimiento fue obtener a través de la encuesta de morbilidad la frecuencia con que la familia del emigrante se enferma y comparar esos datos con el resto de las familias donde la emigración esta ausente.

A continuación se presentan los datos obtenidos de este último procedimiento:

Cuadro 16.
TASAS DE MORBILIDAD (*) SEGUN CALIDAD MIGRATORIA
SOLIS, EDO. DE MEXICO ENERO 1984 A JUNIO 1986

| CALIDAD MIGRATORIA | AÑOS PERSONA | No. DE EPISODIOS | TASA(*) |
|--------------------|--------------|------------------|---------|
| MIGRANTE | 642 | 1010 | 157 |
| NO MIGRANTE | 1649 | 2161 | 131 |

Fuente: Encuesta "Registro de Morbilidad Individual Mensual"
(*) Tasa por 100 años persona de observación.

Como puede apreciarse en este cuadro la tasa de morbilidad en las familias con padre emigrante es más alta respecto de aquéllas donde el padre permanece en su lugar de origen.

Una explicación probable es que en efecto la emigración constituye una estrategia de sobrevivencia para muchas familias que, dadas sus condiciones deficitarias de existencia se ven obligadas a abandonar su sitio de origen en busca de una mejor alternativa de trabajo, sin embargo, sus condiciones

materiales de vida no se modifican sustancialmente razón por la cual su perfil de morbilidad es muy similar al resto de las familias con las que comparten una misma pertenencia de clase. Lo anterior significa, en cierto sentido que la emigración per se no modifica la pertenencia de clase de un determinado grupo familiar, en algunos casos lo influye y es cuando se aprecian cambios pero en realidad no es posible hablar de una "movilidad social" debida a la emigración.

Pienso que este fenómeno en el Valle de Solís debe ser considerado como lo que es, una estrategia de supervivencia.

Lamentablemente por falta de casos no es posible evidenciar diferencias por fracción de clase pero es claro que la mayor parte de nuestros emigrantes pertenecen a la fracción de clase campesinos pobres y jornaleros, muy pocos fueron catalogados como campesinos medios y de éstos sólo 20% emigraron al extranjero.

Respecto a la morbilidad por grupo de edad puede apreciarse claramente en el cuadro 16, las diferencias entre los menores de 1 año con padre migrante y padre no migrante. 1.5 veces más se enferman los primeros respecto de los otros. Si estos valores se comparan con la tasa de morbilidad infantil del cuadro 9, podrá notarse que mientras las de los no emigrantes se asemeja a ésta, la de los migrantes es mayor.

El hecho de que en este grupo se registren las mayores tasas de morbilidad no es extraño si consideramos cifras nacionales, sin embargo que esta tasa sea mayor en el caso de los infantes con padre migrante hace pensar que en efecto, las condiciones de vida en que se desenvuelven estas familias son deficitarias y que en algunos casos ni siquiera la emigración logra compensar este creciente deterioro.

En el resto de los grupos se observa un patrón de comportamiento similar, los familiares de los emigrantes se enferman más que los familiares de los no emigrantes.

Respecto a las primeras causas de enfermedad que padece un grupo y otro prácticamente no hay diferencias, excepto en los casos registrados de cefalea donde sí se aprecia una frecuencia mayor en el caso de las familias con padre emigrante.

Cuadro 17.

TASAS DE MORBILIDAD POR GRUPO DE EDAD. VALLE DE SOLIS,
ESTADO DE MEXICO. ENERO 1984 A JUNIO 1986

| GRUPO DE EDAD (AÑOS) | TASA (*) SEGUN CALIDAD MIGRATORIA DEL JEFE DE FAMILIA | |
|------------------------|--|----|
| | SI | NO |
| < 1 | 51 | 34 |
| 1 A 4 | 36 | 24 |
| 5 A 14 | 8 | 9 |
| 15 A 24 | 10 | 6 |
| 25 A 44 | 15 | 15 |
| + 44 | - | 10 |

Fuente: Encuesta " Registro de Morbilidad Individual Mensual "

(*) Tasa por 100 años/persona de observación.

Quando el investigador se enfrenta a la necesidad de identificar los principales problemas de salud que afectan a la población se encuentra que la mayor parte de las veces, los criterios utilizados para decidir el establecimiento o la modificación de los programas de atención sanitaria, han tenido como punto de partida criterios administrativos y en el mejor de los casos se ha recurrido a los registros oficiales de salud, sin embargo es importante puntualizar que cuando se habla de datos de morbilidad en los registros oficiales se está haciendo referencia al número de casos atendidos en la consulta de instituciones oficiales es decir a la morbilidad por demanda, quedando fuera aquellos casos que no fueron diagnosticados ni tratados en el subsistema de medicina gubernamental, que deben representar una gran cantidad si se toma en consideración que entre 15 y 20 millones de habitantes en el país están sin acceso a cualquier tipo de atención (168).

Esta situación es grave debido a que, en el proceso de planeación de los servicios de salud deben incluirse las necesidades de salud identificadas por la población de manera directa y no sólo criterios administrativos eficientistas (169).

Para la medición de la morbilidad poblacional existen dos grandes grupos de técnicas útiles para la recolección de datos:

- a) Aquéllas que se aplican para la medición de la morbilidad espontáneamente declarada por la población y
- b) Aquélla que se utiliza para la detección de la morbilidad poblacional a través de investigaciones clínicas periódicas.

En el primer caso como es sabido las fuentes de información están representadas por los registros de las Instituciones de atención para la salud (consultas, egresos hospitalarios, y registros de notificación obligatoria).

La ventaja de estos registros derivan de su carácter periódico, lo cual permite el establecimiento de relaciones a través del tiempo para cada una de las variables recolectadas además, como no requiere de una cooperación especial del informante la obtención de respuestas se facilita.

Estos registros - como otros - sin embargo no están exentos de desventajas porque captan únicamente la morbilidad atendida institucionalmente y por tanto ésta no puede ser considerada como representativa de la situación real de la morbilidad en el país. Además, tal como lo mencionan algunos autores (170,171,172,173), existen diferencias importantes en el terreno de la información institucional porque cada una posee un diseño diferente para captar información integra, exacta y oportuna sobre las enfermedades en la población.

Por otra parte existen varios factores que influyen el uso de los servicios médicos, de ellos, la accesibilidad es señalada como uno de los factores más importantes. La accesibilidad agrupa a diversos factores que incluyen patrones culturales hacia la salud, educación, escolaridad e información acerca de los servicios médicos y su disponibilidad. Con relación a este último punto se ha documentado que la oferta de los mismos servicios de atención médica generará su demanda y uso (174).

La habitual falta de precisión en los términos y definiciones bajo los cuales se emiten los diagnósticos clínicos constituye otro importante factor de error en la consignación de

los datos, además tampoco existe información confiable que relacione la morbilidad con las características de los usuarios.

Lo anterior implica por una parte un desconocimiento profundo de los problemas de salud que ocurren en la población y por otra, al carecer de esta información no es factible identificar diferencias en los patrones de morbilidad de poblaciones con condiciones socio-económica y culturales distintas (175).

Otro problema frecuente al que se enfrenta un investigador es la clasificación de la morbilidad, ya que por ejemplo, en la atención médica de contacto primario frecuentemente las manifestaciones de los pacientes únicamente logran evolucionar a nivel de signos o síntomas (176,177).

En síntesis, la morbilidad medida a través de los registros institucionales está afectada por errores de medición que se pueden resumir así:

- Características propias de la enfermedad (no todas las enfermedades son percibidas por el enfermo o muchas no son diagnosticadas por el médico).

- Características propias del enfermo (no todas las enfermedades motivan la consulta con el médico, dada la variabilidad en la percepción de la enfermedad por parte del enfermo).

- Características del médico u otro efector de la atención (no todas las enfermedades detectadas y diagnosticadas son registradas adecuadamente y muchas son omitidas en los registros).

- Características de los registros (la falta de definición de términos y procedimientos es frecuente a nivel de registros institucionales).

- Características de los sistemas de estadísticas de morbilidad, escaso desarrollo de los mismos reduce la integridad, exactitud y oportunidad con que se presentan los datos.

La información obtenida a través de estudios específicos permiten conocer la incidencia y prevalencia de las enfermedades así como sus condicionantes; el problema en este tipo de fuentes radica en la poca factibilidad para realizarlos, son estudios muy caros donde se necesita una gran cantidad de recursos materiales y humanos, no hay métodos comunes que permitan homogeneizar criterios y el procesamiento de la información es laboriosa (178).

Su utilidad radica en que al conocer los determinantes y distribución de la enfermedad serán más certeras las acciones tendientes a mejorar el estado de salud de la población, al desarrollo y prueba de métodos preventivos así como a una mejor planificación de los servicios de salud.

A continuación se presenta una comparación de ambas técnicas de recolección efectuada con datos obtenidos de los registros de consulta en las Casas de Salud y la Unidad Médico Social Solís, y la encuesta de morbilidad. Sólo se analizaron datos correspondientes al año 1984 por ser el único que contaba con información confiable de morbilidad por demanda.

El perfil patológico que se identificó en esta zona es, como se expresó anteriormente, similar al perfil de morbi-mortalidad nacional y estatal (Edo. de México), en lo referente a las primeras causas; catarro común y gastroenteritis,

siguiéndoles en frecuencia otras enfermedades respiratorias y digestivas (179).

Dicho perfil, identificado por ambas fuentes de registro de morbilidad, puede ser apreciado en el cuadro 18. Este cuadro, además de que permite identificar que tipo de padecimientos "no captan" ambos registros (al ser comparados), ayuda a estimar la utilización de los servicios de salud existentes en el Valle.

Como puede verse existen cuatro padecimientos -si se consideran únicamente las 10 primeras causas de morbilidad por ambas fuentes- que no logra "captar" la encuesta de morbilidad y estas son: parasitosis, traumatismos e intoxicaciones, deficiencias nutricionales y trastornos gineco/obstétricos.

Cabe aclarar que la "no detección" de parasitosis en la encuesta de morbilidad puede deberse, a que este padecimiento sólo puede identificarse a través de la encuesta cuando éste es muy aparente, es decir, cuando el paciente arroja los parásitos. Por otra parte las parasitosis a las que se hace referencia en la morbilidad por demanda fueron diagnosticadas por laboratorio en su mayoría.

Por lo que respecta a los traumatismos e intoxicaciones (6o lugar en morbilidad por demanda), este tipo de eventos por su carácter tan agudo difícilmente podrían ser captados en la encuesta de morbilidad, ya que como se recordará esta era efectuada una vez a la semana y sólo interrogaba acerca de los episodios existentes el día de visita.

Sin duda, los diagnósticos de deficiencias nutricionales y trastornos gineco-obstétricos aunque si pueden ser detectados

por la población requieren del criterio clínico y en ocasiones la ayuda de estudios de laboratorio para su identificación.

Cuadro 18.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DETECTADAS POR DOS TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN EN EL VALLE DE SOLIS, EDO. DE MEXICO 1984

| Causas | TIPO DE REGISTRO | | | | | |
|------------------------|------------------|------|-----|----------|------|-----|
| | Encuesta | | | Demanda | | |
| | Tasa(*) | % | (L) | Tasa (*) | % | (L) |
| Catarro Común | 701 | 43.4 | 1o | 61 | 24.8 | 1o |
| Fiebre | 200 | 12.3 | 2o | 5 | 2.2 | 8o |
| Gastroenteritis | 139 | 8.6 | 3o | 34 | 13.7 | 3o |
| Faringoamigdalitis | 121 | 7.5 | 4o | 41 | 16.6 | 2o |
| Trast. Digestivos | 70 | 4.3 | 5o | 12 | 4.8 | 5o |
| Otros Sínt. Resp. | 67 | 4.1 | 6o | 7 | 3.0 | 6o |
| Trast. Osteomusculares | 53 | 3.2 | 7o | 6 | 2.6 | 7o |
| ----- | | | | | | |
| Enf. Transmisibles | 15 | 1.1 | 8o | 4 | 1.5 | 9o |
| Odontalgia | 15 | 1.0 | 9o | - | - | - |
| Aftas | 15 | 1.0 | 10o | 2 | .7 | 10o |
| ----- | | | | | | |
| Parasitosis | - | - | - | 25 | 10.0 | 4o |
| Traumatismos e Intox. | - | - | - | 7 | 3.0 | 6o |
| Deficiencias Nutr. | - | - | - | 6 | 2.6 | 7o |
| Trast Gineco/Obst. | - | - | - | 5 | 1.9 | 8o |
| ----- | | | | | | |
| Otros | | 13.3 | | | 12.3 | |
| T. de Morb. General | 1614 | | | 247 | | |

Fuentes: Encuesta "Registro de Morbilidad Individual Mensual"
Hojas Frontales. Expedientes de U.M.S y Casas de Salud

También el componente cultural juega un papel importante en este caso, por ejemplo los trastornos gineco-obstétricos que ocupan el 8o. lugar en los registros de morbilidad por demanda difícilmente eran referidos a la R.C.S.R. que es quien afectaba la encuesta aun cuando ésta fuera acompañada del médico.

En este cuadro también llama la atención la presencia de un síntoma (odontalgia), que aunque su frecuencia es baja en el registro de morbilidad por encuesta, ésta nunca es identificada en el registro de morbilidad por demanda y que como se apreció anteriormente, caries dental pasa a constituirse como la primera causa de morbilidad identificada por los médicos en las historias clínicas trimestrales.

Respecto al síntoma/signo fiebre; segunda causa de morbilidad por encuesta y octava por demanda es muy posible que la gente refiriera ese único síntoma porque es el que más les "preocupa" de un padecimiento, pero éste a su vez, cuando es detectado por el médico aunado a otra sintomatología es reportado como un padecimiento más específico.

Con respecto a la frecuencia detectada por ambos tipos de registro, puede verse que la morbilidad por encuesta registró una tasa de morbilidad general 6.5 veces mayor que la morbilidad por demanda. Asimismo, el Catarro Común (primera causa de morbilidad en ambos casos) registró una frecuencia once veces mayor en la encuesta.

En general, puede decirse que la encuesta de morbilidad registra al menos una frecuencia tres veces mayor en cada una de los diagnósticos enunciados. Qué significa este hallazgo?

Algunas posibles explicaciones se anotan a continuación:

- 1) La gente sólo acude a demandar servicio cuando considera que el cuadro es grave.
- 2) La gente considera que hay padecimientos que ellos mismos pueden tratar y por tanto no hay necesidad de recurrir a un servicio médico.
- 3) El alto costo de los medicamentos obliga a las familias a buscar otras alternativas de tratamiento para sus enfermedades.
- 4) La gente no acude al servicio aunque se sienta enferma porque se encuentra muy lejano a su lugar de residencia o porque considera que este no es efectivo.

Este último punto es difícil probarlo en este caso, ya que cuando se preguntó a la gente a qué tipo de servicio médico acudía antes y después de que se instalara el programa de salud propuesto por el proyecto de investigación general contestó lo siguiente: 20% de las familias acudía a la Unidad Médico Social Solís (U.M.S.) antes y 88% después (Ver gráfica 6).

Respecto a la eficacia del servicio se encontró que 69% de las familias se mejoró siempre.

Como puede apreciarse ambos tipos de registro son capaces de detectar los problemas de salud más frecuentes de la zona, aunque la morbilidad por demanda con cifras muy por abajo de lo reportado por la encuesta.

Desde esta perspectiva puede decirse que ambos de registro son útiles para identificar la problemática de salud existente en un área, sin embargo si en verdad se desea planificar la cantidad y calidad de un servicio de salud bajo un criterio epidemiológico, los registros de morbilidad por encuesta o demanda son muy útiles.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Profundizar en el conocimiento acerca de la determinación social del proceso salud-enfermedad no ha sido, durante el desarrollo del presente trabajo una tarea fácil, por el contrario, ha representado un gran reto para la autora.

Múltiples problemas de orden conceptual y metodológico hubo que enfrentar e intentar resolver, no obstante estas dificultades, aquí se muestran resultados interesantes que a mi parecer, constituyen una base y punto de referencia para continuar investigando en estas áreas.

Cuatro, considero son los puntos de discusión más importantes que derivan de este trabajo. Uno, es el relacionado con la operacionalización teórica y empírica de la categoría clase social; dos, el abordaje del proceso salud-enfermedad y más concretamente la constitución del perfil patológico; tres, la comparación de dos tipos de registro de morbilidad, ventajas y desventajas de cada uno de ellos y cuatro, análisis del fenómeno migratorio en el Valle de Solís y sus repercusiones en la salud familiar.

I) Operacionalización teórica y empírica de la categoría clase social en el medio rural.

Tal como quedó anotado en algunas páginas de este trabajo, el concepto de clase social que uno como investigador adopte para llevar a cabo una investigación no es un problema menor, ya que si el objetivo es evidenciar como la pertenencia a una clase social constituye el sustrato de la salud y la enfermedad no es posible tomar en cuenta tan sólo las manifestaciones más aparentes de la pertenencia de clase como

pueden ser la escolaridad, ocupación, vivienda y/o salario entre otros, para proponer clasificaciones de clase social. Una clasificación más adecuada debe tomar en cuenta desde mi punto de vista, los elementos fundadores de la estructura de clase existentes en un lugar y momento histórico determinado.

En efecto, la aprehensión en la realidad de todos los elementos constitutivos del concepto de clase social empleado en este trabajo (180) continúa siendo un problema no resuelto y por tanto, un reto en cada investigación que es emprendida con esta finalidad.

Aquí, aparte de enfrentar el problema de orden teórico, también hubo que hacer frente a las dificultades de orden práctico que representó el hecho de que este trabajo en su mayor parte se haya basado en información recaudada por otro proyecto, que si bien exploró varias áreas de interés para la salud no fue diseñado con la finalidad de buscar diferenciales en nutrición y salud por clase social en el medio rural.

Tal vez la repercusión más importante de lo anterior ocurrió en la operacionalización de la categoría clase social debido a la definición empírica que adoptó el proyecto general de familia campesina, para ellos, familia era el padre, la madre y los hijos, sin embargo como es sabido, en el campo realmente no existe este tipo de familia, en él habitan unidades domésticas entendidas éstas como el espacio de producción y reproducción del trabajo familiar (181).

En efecto hablar del agro mexicano y más concretamente de los campesinos del Valle de Solís debe conducirnos a pensar cuando se trata de operacionalizar el concepto de clase social que en zonas donde la pequeña producción agrícola no capitalista es la que juega el papel más importante en el área existen

unidades domésticas donde los lazos de parentesco existentes activan los principios de interdependencia y solidaridad necesarios para llevar a cabo acciones para su sobrevivencia. Por ello, pareciera fundamental, optar por un análisis grupal tanto del empleo u ocupación en la pequeña producción así como de los elementos constitutivos de su reproducción social.

La unidad doméstica como unidad de análisis, responde a la evidencia empírica de una serie de actividades socio-económicas cuya dinámica y posibilidades de reproducción se dan en el interior de la pequeña producción donde se efectúa trabajo conjunto de mujeres, niños, ancianos y miembros en edad activa con jornada ilimitada, autocontrolada internamente y que además asume todos los riesgos (182).

Esta otra perspectiva de análisis desearía referirla porque aunque no fue la adoptada en este trabajo (por las características del grupo en estudio) a mi parecer resultaría sumamente interesante estudiarla en un trabajo futuro.

La caracterización que en este trabajo se presenta acerca de las clases sociales existentes en el Valle de Solís tomó como indicadores la ocupación principal y secundaria del jefe de familia, posesión de instrumentos de trabajo, posesión o usufructo de la tierra y cantidad de la misma dedicada al cultivo, etc. (ver propuesta para la construcción de fracciones de clase). Su aplicación en la realidad concreta resultó interesante en la medida que permitió mostrar por una parte, algunos problemas que el investigador tiene que enfrentar cuando desea aprehender en la realidad lo que él teóricamente ha planteado y por otra, mostrar que la categoría explicativa clase social es capaz no sólo de evidenciar diferenciales de la morbilidad por clase en un ensayo meramente descriptivo sino que además permite comprender qué está determinando esos

diferenciales, cuáles son las condiciones materiales de existencia en que vive una clase y por tanto identificar el sustrato en medio del cual se genera el proceso salud-enfermedad.

El análisis realizado en este trabajo no es concluyente al respecto, sobre todo para algunas fracciones de clase que fueron identificadas en mínima cantidad dentro del grupo de estudio (campesinos medios, trabajadores independientes y asalariados del sector III) por supuesto, hubiera sido deseable contar con un mayor número de casos situación que habría permitido mostrar una más clara evidencia de los diferenciales existentes en morbilidad entre las clases y sus fracciones. No obstante esta limitación pienso que este trabajo resultó importante en la medida que permitió notar que en el Valle de Solís gracias al proceso de descampesinización que está sufriendo, cada día hay más campesinos semiproletarios cuya única diferencia "real" con los jornaleros es que poseen minúsculos pedazos de tierra y tal vez algunos animales e instrumentos de trabajo rudimentarios. Esta mínima diferencia también es posible apreciarla en la frecuencia con que refirieron estar enfermos, sus tasas de morbilidad como se mostró en páginas anteriores no fueron significativamente diferentes. También fue claro que las pocas familias de campesinos medios que fueron estudiadas se enferman menos (96/100 años persona de observación) que el resto de las familias estudiadas.

Un hallazgo también importante es el relacionado con la aparición incipiente de familias en el sector terciario y la gran cantidad de individuos que realizan actividades como obreros de la construcción. Esta última actividad en realidad no es nueva ya que si se revisa un poco la historia del Valle es posible identificar que siempre gracias al auge económico con que contaba la zona hubo la necesidad de contar con mano de obra que ayudara

en la construcción de la red de canales que rodea al Valle; en la construcción de la vía del ferrocarril que conduce al Oro; posteriormente en la reconstrucción y terminación de algunas partes de la red de canales y en las obras de rectificación del Río Lerma, estas obras en aquel entonces sirvieron como una fuente de trabajo secundaria para los campesinos que de esta manera complementaban su actividad agrícola. Sin embargo, en la actualidad muchos hijos de estos campesinos no poseen prácticamente nada de tierra y por ello se ven obligados a emigrar en busca de fuentes de trabajo que requieran escasa o nula calificación; unos se han empleado como albañiles y otros se han insertado en actividades no calificadas del sector terciario.

Precisamente este grupo de individuos que realizan actividades no calificadas en el sector terciario parece ser un grupo muy vulnerable y eso puede deberse como se mencionó anteriormente a que son gente que continúa arraigada a la tierra pero que en realidad ya no vive de ella sin embargo esta ahí, pero no por necesidad sino porque aquí es donde la unidad doméstica juega su papel más importante en la perpetuación del grupo familiar. En él permanece la esposa y los hijos; ella se encarga de la crianza de los menores, transfiere los valores sociales, sostiene y reproduce tradiciones, normas, valores, lenguaje y costumbres. En el Valle por ejemplo, la lealtad y fidelidad al esposo que emigra y se ausenta por largo tiempo es una norma moral fuertemente arraigada, ella lo espera pacientemente aunque no envíe dinero, durante ese tiempo ella trabaja arduamente, toma decisiones y dispone, a través de ella continúa presente la figura y autoridad paterna y de esta manera se conserva la integridad familiar.

A mi parecer este grupo constituye una clara evidencia de lo que algunos autores plantean (183) cuando proponen conceptualizar a la unidad doméstica no sólo como vendedora de

productos sino también como productora y vendedora de fuerza de trabajo.

La venta de fuerza de trabajo por supuesto ha sido aprovechada de manera diferente por las unidades que han logrado un mejor acceso a los medios de producción locales y por los que carecen prácticamente de ellos. El primer grupo ha logrado por ejemplo, que alguno de sus hijos salga a estudiar a la capital del Estado estos hijos, en la actualidad son los maestros que atienden como directores las escuelas existentes en el área.

Las evidencias aquí presentadas muestran que la existencia de las clases no es un fenómeno inmutable, de hecho es claro que la estructura de clases en el Valle ha cambiado que no es la misma de hace 60 años, por tanto no es válido hablar de clasificaciones únicas, estáticas y válidas para todas las poblaciones y en todos los momentos.

II) Cómo identificar el perfil patológico de clase?

Diferentes tipos de registro existen para conocer la morbilidad existente en una población o grupo social determinado, entre ellos, se incluyen los registros de morbilidad por encuesta, por estudios clínicos periódicos y por demanda.

Para la realización del presente trabajo se contó con información proveniente de estas tres fuentes, aunque ésta era incompleta para los registros clínicos (sólo se efectuaron a una parte de la población) y de morbilidad por demanda (sólo existe información para el año 1984). No obstante esta limitación algunas conclusiones pueden ser obtenidas como resultado de los análisis efectuados con la información existente.

En este estudio como se pudo apreciar en páginas

anteriores los registros de morbilidad por encuesta y demanda son muy similares en cuanto al tipo de entidades mórbidas que logran detectar pero, diferentes respecto a la frecuencia con que dichas entidades son identificadas.

El registro de morbilidad obtenido a través de estudios clínicos fue en efecto diferente a los dos registros anteriores, éste logró identificar padecimientos que de no ser por la exploración cuidadosa que se efectuó a cada uno de los pacientes difícilmente hubieran sido identificados por otro tipo de registro ya que, estos padecimientos generalmente no producen molestias frecuentes al paciente (caries dental, anemia, hernias, etc.), razón por la cual excepcionalmente constituyen un motivo de consulta o referencia en una encuesta de morbilidad.

Estos hallazgos plantean a mi parecer la necesidad que existe de contar con al menos dos de estos tres tipos de registro cuando se desee conocer los problemas de salud existentes en un área para, de esta manera, contar con una base epidemiológica sólida que permita proponer planes y programas tendientes a controlar y/o erradicar dichos problemas.

Los análisis para buscar diferenciales por clase social se basaron en los registros de morbilidad por encuesta por dos razones: una porque se asumió que este tipo de registro era tan confiable como cualquiera de los otros dos, es decir, la gente sabe cuándo esta enferma y en muchas ocasiones conoce cuál es la causa; y dos porque no se contaba con información suficiente para llevar a cabo análisis por clase en los otros dos tipos de registro.

Para muchos investigadores posiblemente la fuente de información elegida en este estudio no es la mas adecuada para identificar los problemas de salud existentes en un área

determinada, sin embargo, creo que este trabajo es especial de
mostrado que es una técnica útil, sencilla, que puede ser llevada
adelante por personal paramédico y que aporta gran información.

En efecto, a través exclusivamente de la encuesta no es
posible identificar la totalidad del perfil patológico, existen
entidades mórbidas que aunque tienen una alta prevalencia en la
población como por ejemplo parasitosis intestinal, anemia y
caries dental, la encuesta no logra captar, pero lo que es cierto
es que un gran porcentaje de los principales problemas de salud
existentes en el área es posible identificarlos exclusivamente a
través de ella.

Lo anterior no significa por supuesto que exámenes
físicos periódicos deban ser suprimidos, por el contrario parece
estar claro en este trabajo que éstos, aportan información
mórbida que difícilmente puede ser captada por otro medio.

En conclusión, si alguien desea conocer la problemática
de salud existente en un área o grupo social determinado es
necesario contar con el registro de aquello que la población
identifica y refiere como enfermedad y con un registro más
especializado tendiente a identificar aquellos daños a la salud
que pueden ser o no referidos por un individuo. Aun más, si se
desea conocer el perfil patológico de clase será necesario no
sólo identificar la problemática de salud que exhibe un grupo
social sino las condiciones materiales de existencia en que se
desarrolla dicho grupo, ya que es en medio de estas condiciones
donde se genera el proceso salud-enfermedad y donde asume
características particulares.

Respecto a esta última aseveración, en este trabajo me
parece, quedó evidente que los análisis de morbilidad efectuado
tomando, como variable independiente la categoría clase social

muestran una mayor diferenciación en la frecuencia con que los individuos se enfermaron respecto a los análisis que consideraron como variables independientes a la escolaridad materna, tipo de vivienda y ocupación principal del jefe de familia. A qué puede deberse ésto y por qué se efectuó este tipo de análisis?

Tradicionalmente la escolaridad materna, el saneamiento ambiental y la ocupación principal del jefe de familia, se han asociado causalmente con la mortalidad y el estado de nutrición infantil.

Los estudios que han seguido esta línea aunque interesantes, no han contemplado que todas esas variables no son características aisladas del individuo sino que son manifestaciones de su pertenencia de clase, y por esta razón seguramente su capacidad explicativa es menor que cuando dichas variables son incluidas en categorías de análisis más amplias.

Aquí, se deseo contrastar precisamente la capacidad explicativa que tienen las variables cuando son analizadas aisladamente y, cuando son contempladas dentro de una categoría explicativa como clase social.

Los resultados en este caso fueron bastante claros, prácticamente no hubo diferencias en la morbilidad asociada a la escolaridad materna, por qué?

Porque la escolaridad alcanzada por las madres de familia en el medio rural es baja y muy similar entre todas las mujeres hecho que no permite efectuar mayores contrastes y, porque creo que el grado de conocimiento alcanzado por la madre puede ayudar a disminuir los desenlaces fatales de enfermedad pero de ninguna manera influye en la frecuencia con que los niños

pueden enfermarse ya que no constituye aisladamente una variable determinante.

Resultados similares fueron encontrados al analizar por tipología de vivienda y ocupación principal del jefe de familia.

III. Cuánto subregistran los registros de morbilidad por demanda?

Por lo que respecta al registro de morbilidad por demanda como pudo apreciarse en el capítulo correspondiente, éste mostró ser muy útil en la identificación de los principales problemas de salud que padece la población en estudio, no obstante, resulta necesario llamar la atención acerca de la baja frecuencia con que los padecimientos fueron identificados en este registro al ser comparado con las frecuencias detectadas a través de la encuesta de morbilidad. Por ejemplo, la tasa de morbilidad general por demanda fue siete veces menor respecto a la tasa de morbilidad por encuesta; una diferencia similar pudo ser apreciada en las tasas de morbilidad por catarro común y gastroenteritis (Ver cuadro 14).

Este hecho parece importante resaltarlo ya que la baja frecuencia con que un padecimiento es registrado puede conducir inclusive a que no aparezca anotado en las diez primeras causas de morbilidad y en realidad sea un problema relevante.

Una ventaja importante que habría que reconocer a este tipo de registro es el hecho de permitir, a diferencia de la encuesta, dar atención clínica al individuo enfermo. También, este registro mostró ser muy útil en la detección de los problemas que la gente refirió tener e inclusive en aquellos problemas que no fueron identificados a través de la encuesta pero que sin duda,

son importantes y frecuentes como es el caso de las parasitosis, traumatismos y padecimientos gineco-obstétricos.

El hecho de que el perfil identificado aquí a través de los registros de morbilidad por demanda sea muy parecido al registrado por la encuesta de morbilidad puede deberse a la existencia de una oferta adecuada de servicios médicos. Como se recordará, el proyecto general ofreció el servicio de atención clínica en cada localidad estudiada y en la Unidad Médico Social Solís (UMSS) se daba facilidades a los pacientes en cuanto al pago de consulta y medicamentos así como asistencia a mujeres embarazadas tanto en su control prenatal como en el parto.

Paralela a esta actividad de atención clínica también se desarrollaron otras actividades contempladas dentro del Programa de Atención Primaria a la Salud que, junto con el proyecto general se llevó a cabo en el Valle de Solís.

Aunque la finalidad de este estudio no es efectuar un análisis de la eficiencia y eficacia del programa de atención primaria sí considero conveniente resaltar la importancia de contar con servicios de atención clínica accesible a la población.

Nosotros cuando analizamos las preguntas que se hicieron a las familias estudiadas acerca de la utilización del servicio de salud que ofreció el programa y de su eficacia (medida con base en la resolución o no de sus problemas), encontramos una clara variación en cuanto al uso del servicio de la U.M.S. antes y después de que se instrumentara el programa (ver gráfica 6). Con ello esta claro que la gente no acude a consulta porque no hay donde consultar, más no porque no se enferme y esto creo, queda evidente en este trabajo. En efecto los datos con los que se cuenta son insuficientes para evaluar el

impacto que el programa tuvo en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, sin embargo sí propone al menos la necesidad de continuar apoyando este tipo de programas.

Brindar atención primaria en este momento significa emprender un conjunto de acciones destinadas a satisfacer las necesidades básicas de salud de las poblaciones; que sea el primer punto de contacto del individuo, la unidad doméstica y la comunidad con el sistema de salud, ahí donde los individuos viven, trabajan y se recrean (184). Esto último pienso, es posible lograrlo sobre todo cuando la población conoce sus problemas de salud pero cómo va a conocerlos?.

Como se recordará las Responsables Comunitarias de Salud Rural que son gente oriunda de sus localidades fueron quienes aplicaron semanalmente la encuesta de morbilidad y quienes llevaron a cabo las actividades propuestas por el Programa de Atención Primaria a la Salud; si son ellas quienes están en contacto con la población y en principio constituyen el punto de enlace entre la gente y los servicios de salud, parecería correcto que tanto ellas como la población estudiada conocieran estos resultados para que en conjunto se propongan posibles acciones resolutivas.

IV) Migración y sus repercusiones en la salud-enfermedad familiar

La continua diferenciación de los campesinos en el medio rural conlleva necesariamente a que algunos campesinos abandonen la tierra y se marchen las ciudades en busca de una mejor alternativa de trabajo, la migración vista desde esta perspectiva, no es más que el resultado de la penetración del modo de producción capitalista en el campo que destruye las bases económicas tradicionales del campesinado.

Ha sido difícil aclarar con precisión las condiciones que provocan la emigración en el sector agrario. Para el caso de los agricultores capitalistas sus hijos emigran en general, por tener altas aspiraciones de movilidad social y de estudio que no pueden satisfacer en el medio rural, no así las unidades domésticas de pequeña producción donde sus razones están asociadas al desempleo y a la necesidad de recibir ingresos por trabajo asalariado extra-agrícola. Dicho de otro modo cada clase social tiende a generar un tipo específico de migración en respuesta a los procesos económicos que los afectan (185).

En este estudio como puede apreciarse sólo fueron identificados dos grupos de campesinos: los denominados medios y pobres. El primer grupo constituye en realidad un grupo intermedio entre los dos tipos de población rural dominante en el campo, el trabajo agrícola que desarrollan por cuenta propia cubre apenas el sostenimiento de ese campesino y es por eso que se encuentra en una situación en extremo inestable. El campesino medio no puede en la mayoría de los casos salir adelante sin contraer deudas y sin buscar ingresos complementarios que en parte derivan de la venta de fuerza de trabajo.

En efecto, la penetración del capitalismo en el campo no sólo ha desplazado al grupo inferior de campesinos también lo ha hecho con el medio, reforzando de esta manera los extremos.

Este fenómeno es evidente en el grupo estudiado; la cantidad de campesinos medios es escasa y la de campesinos pobres alta. La no identificación de campesinos ricos puede deberse a que no existen o a que no viven en el área.

También fue claro que la mayor parte de los campesinos medios no emigran aunque si efectúan labores extraagrícolas complementarias. La mayor parte de los emigrantes pertenecen al

grupo de campesinos pobres y jornaleros; las actividades que realizaron en el sitio de emigración fueron diversas pero destacan la de obreros de la construcción, jornaleros y asalariados del sector III.

El impacto que la migración tuvo en cuanto a cambios materiales a nivel familiar parece ser nulo; pocas familias refirieron haber comprado animales, tierra o haber hecho nuevas construcciones, lo que sí es importante anotar es que quienes efectuaron más y mejores cambios fueron las familias de los migrantes a Canadá.

No fue posible en este trabajo evidenciar si el sitio de emigración y el tiempo de emigración jugaba un papel importante en cuanto a cambios operados en la salud familiar, sin embargo si es evidente que los familiares de los migrantes tienden a enfermarse más que las familias de los no emigrantes (157/1000 y 1310/1000). Estas diferencias son aun más claras en los niños menores de cinco años (Ver cuadro 17).

Las siguientes conclusiones pueden ser derivadas de este apartado:

a) El Valle de Solís no es ajeno al proceso de descampesinización que está ocurriendo en diferentes zonas rurales, de hecho es claro que los llamados campesinos medios están tendiendo a desaparecer con el consecuente aumento de los campesinos pobres y jornaleros.

b) Este nuevo campesino pobre cada día está más pauperizado, se encuentra ante la imposibilidad de subsistir sin vender su fuerza de trabajo porque además posee una insignificante cantidad de tierra de mala calidad o en decadencia.

c) La venta de fuerza de trabajo se ha convertido en una necesidad para muchos campesinos que al no encontrar fuentes de empleo cercanas al sitio donde viven se ven obligados a emigrar a zonas como la Cd. de México o a países como Canadá que les ofrece la seguridad de un trabajo y el traslado de ida y vuelta.

d) No todos los que emigran lo hacen a Canadá, en general lo hacen gente que en otras ocasiones ha migrado y por tanto tienen ya a sus "conocidos". Este tipo de migrante es notorio que no proviene de todas las localidades, sólo se encuentran en San Nicolás que es una de las localidades mejor comunicadas, que disfruta en una buena parte de sus terrenos dedicados a la siembra de la red de canales existente en el Valle y con toda una historia de migración por parte de sus pobladores.

e) La migración constituye en el Valle una estrategia de sobrevivencia necesaria por los campesinos, pero de ninguna manera ha inducido cambios importantes y mucho menos movilidad social, es decir, cambios en la pertenencia de clase familiar producto de la migración.

Por último y a manera de conclusión final quisiera resaltar una vez más la necesidad que existe hoy en día de continuar efectuando trabajos de investigación epidemiológica que permitan conocer y comprender que elementos de una realidad concreta están incidiendo en el proceso salud-enfermedad pero sin caer en reduccionismos, sin pretender encontrar relaciones lineales de causa-efecto y sin asignar la misma capacidad de determinación a todos los fenómenos o procesos que se piense están incidiendo en la aparición de la enfermedad, sino por el contrario, habrá que reconocer que el proceso salud-enfermedad es producto de la relación que el hombre establece con la naturaleza a través del trabajo.

Desde esta perspectiva la salud-enfermedad debe ser entonces conceptualizada como un proceso social y biológico que se genera y asume características propias dependiendo de la sociedad y el momento histórico que están viviendo los individuos que componen dicha sociedad y, de la capacidad que estos individuos tengan para enfrentar y transformar aquellas condiciones que les son adversas.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

1. Coplanar, Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas al Año 2000. Vol. 4 Salud, 2a ed., Siglo XXI, México 1983, p 19.
2. McKeown, T. et. al. "An Interpretation of the Modern Rise of Population in Europe" Popul Stud, 26, 345, 1972.
3. Programa de Actividades para el Módulo "Distribución y Determinantes de la Salud- Enfermedad". Maestría Medicina Social, México 1985, Mimeo.
4. Laurell, A.C. "La salud-enfermedad como proceso social". Rev. Latinoamericana de Salud, 1982, vol 1, núm 2, pp 7-25
5. Laurell, A. C., op. cit. pp 10 - 15.
6. Breilh, Jaime. Epidemiología: Economía, Medicina y Política, SESPAS, Sto Domingo, República Dominicana, 1981, p 207.
7. Report of Study Team IX, World Food and Nutrition Study. National Academy of Sciences, Washington D.C. 1977.
8. Salomons, N and Allen, L. "The functional assessment of Nutritional Status : Principles, Practice and Potential" Nut. Rev., 1983, vol 41, pp 35-40
9. Chávez, Adolfo et al . Protocolo del proyecto Nutrición y Funcionamiento Humano mimeo
10. Chávez, Adolfo et al . op. cit. pp 1 - 2.

11. Morbilidad Estado y Salud. Protocolo del área de salud, proyecto " Nutrición y Funcionamiento Humano ", mimeo
12. The Mexico Collaborative Research and Support Project on Intake and Function. Final Report, April 1982 - Set 1987. Mimeo.
13. Rajs, Danuta T . Metodologías para el estudio de la morbilidad, mimeo, 40 pp
14. Rajs, Danuta T. Proyecto encuesta nacional de morbilidad, S.S.A. México, 1980, mimeo 9pp
15. Mausner, J.S. y A.K. Bahn. "Fuentes de error en la medición de la morbilidad" en Epidemiología 2a ed., Interamericana, México, 1980, pp 127 - 133
16. Guerrero, R. et al. Epidemiología, Fondo Educativo Interamericano, San Juan, Puerto Rico, 1981, 218 pp
17. Rajs, Danuta T . La medición de la morbilidad, mimeo, 7pp
18. Morbilidad, Estado y Salud, op. cit. pp 1 - 2.
19. U.N.A.M. "Saneamiento del Medio" en Unidad Didáctica Sociomedicina, Noviembre 1983.
20. Programa Nacional de Salud. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México 1983.
21. San Martín, Hernán. "El Ambiente y la Salud" en Salud y Enfermedad, 3a ed., Prensa Médica Mexicana, México, 1979, pp 135-219.

22. Martorell, Reynaldo et. al. "Underreporting in Fortnightly Recall Morbidity Surveys" Environmental Child Health, pp 129-133 June 1976.
23. Haeckelman, Robert et. al. "The Reliability of Maternal Recall" Clinical Pediatrics, pp 261-265 March 1976.
24. Allen, George et. al. "Interviewing Versus Diary Keeping in Eliciting Information in a Morbidity Survey" Am J of Public Health Vol 44, pp 919-924 ,Jul 1954.
25. Belcher, DW et. al. "Comparasion of Morbidity Interviews with a Health Examination in a Morbidity Survey in Rural Africa" Am J of Tropical Medicine and Hygiene, vol 25 No 5 pp 751-758 1976.
26. Alvear, María Guadalupe et. al. Algunas características metodológicas y metódicas para el estudio de la morbilidad en la población (Año del III Congreso del P.C.C.), La Habana Cuba, 1984 - 1985
27. Rajs, Danuta T. Metodologías para el estudio de la morbilidad, mimeo, 40 pp
28. Guerrero, R et. al. op. cit. pp 163-165.
29. Mac. Mahon, Brian and Thomas F. Pugh. Principios y métodos de epidemiología. 2a ed. Prensa Médica Mexicana, 1975 pp 15-24
30. Programa Nacional de Salud, op. cit. pp 57-63.
31. U.N.A.M., op. cit., "Vivienda".

32. Bagú, Sergio. "Ciases Sociales", en Marx-Engels Diez Conceptos Fundamentales en Proyección Histórica, Nuestro Tiempo, México 1975, pp 102-147.
33. Dos Santos, Tehotonio. El concepto de las clases sociales. Nuevos Horizontes, México. pp 11 - 64.
34. Cueva, Agustín. La concepción marxista de las clases sociales. UNAM, México, pp 1 - 30 (Estudios).
35. Lenin, V. Una gran iniciativa: Obras escogidas (O. E.) en tres volúmenes, vol 3, Ed Progreso, Moscú, 1966 p 232.
36. Cueva, Agustín, op. cit. pp 1 - 10.
37. Cueva, Agustín, op. cit. pp 1 - 10.
38. Dos Santos Theotonio, op. cit. pp 20-30.
39. Cueva, Agustín, op. cit. pp 1 - 10.
40. Harnecker, Martha. Los conceptos elementales del materialismo histórico. Siglo XXI, México 1985. pp 221 - 249.
41. Cueva, Agustín, op. cit. p 20. ■
42. Bronfman, Mario y Rodolfo A. Tuiran. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. Colegio de México, México, 1983
43. Lenin, V. El Desarrollo del Capitalismo en Rusia Ed. Progreso, URSS 1981, pp 61 - 193.

44. Bartra, Armando. El comportamiento económico de la Producción Campesina. Universidad Autónoma de Chapingo. Cuadernos Universitarios Ciencias Sociales No. 3, México 1982, pp 18-20.
45. Bartra, Armando, op. cit. pp 70-75.
46. Appendini, K, et. al. El Campesinado en México. Dos perspectivas de análisis. Colegio de México 1985, pp 15-22.
47. Appendini, K, op. cit. pp 19-31.
48. Bartra, Roger. Estructura Agraria y clases sociales 4a ed., ERA, México 1979.
49. Bartra, Roger, op. cit. pp 152-158.
50. Bronfman, M y Rodolfo T, op. cit p 5.
51. Arizpe, Lourdes. Migración, Etnicismo y Cambio Económico: Un estudio sobre migrantes campesinos a la Ciudad de México. Col. Mex, México 1978, pp 51-67.
52. Pasantes en Servicio Social. Estudio de Comunidad Valle de Solis, Estado de México. Informe de Servicio Social U.N.A.M., Enero 1981.
53. Laurell, Cristina, op. cit pp 7 - 10.
54. Cordeiro, Hesio et al. " Los determinantes de la producción y distribución de la enfermedad " Rev. Mex. Ciencias Políticas y Sociales. México- UNAM, Abril-Junio 1976, núm. 3, pp 159 - 181

55. E. Behring *Gesammelte Abh and Lungen zur aliologischen. Therapie von anteckenden Krakheiten Leipanzing* George. Thiem, 1983 p.XVIII y p.XIX en Rosen, George. De la Policía Médica a la Medicina Social. tr. del inglés por Humberto Sotomayor S, Siglo XXI, México 1985, 379pp
56. Rosen, George. "Qué es la medicina social? un análisis genético del concepto" en De la Policía Médica a la Medicina Social. tr. del inglés por Humberto Sotomayor Siglo XXI, México 1985, 379pp
57. Rosen, George op. cit., pp 77-137
58. Mora, Fernando y Paul W. Hersch. Introducción a la medicina social y la salud pública, Terranova/ UNAM, México, 1984, 109pp
59. Rosen, George op. cit. pp 77-137
60. Sigerist, Henry E, *The university at the crossroads*, Nueva York, Henry Schuman, 1946, p. 130 en Rosen, George. De la Policía Médica a la Medicina Social. tr. del inglés por Humberto Sotomayor S, Siglo XXI, México 1985, 379pp
61. Gordon, G et al. *Disease, the Individual and Society*, New Haven, College & University Prees, 1968 pp 10-73 en Cordeiro, Hesio et al. " Los determinantes de la producción y distribución de la enfermedad " Rev. Mex. Ciencias Políticas y Sociales, México- UNAM, Abril-Junio 1976, núm. 3, pp 159 - 181
62. Mac. Mahon, Brian, op. cit. pp 15-24.

55. E. Böhning, Gesamelte Abhandlungen zur pathologischen Therapie von ansteckenden Krankheiten, Leipzig, George Thieme, 1933 p.XVIII y p.XIX en Rosen, George. De la Policía Médica a la Medicina Social. tr. del inglés por Humberto Sotomayor S, Siglo XXI, México 1985, 379pp
56. Rosen, George. "Qué es la medicina social? un análisis genético del concepto" en De la Policía Médica a la Medicina Social. tr. del inglés por Humberto Sotomayor Siglo XXI, México 1985, 379pp
57. Rosen, George op. cit., pp 77-137
58. Mora, Fernando y Paul W. Hersch. Introducción a la medicina social y la salud pública, Terranova/ UNAM, México, 1984, 109pp
59. Rosen, George op. cit. pp 77-137
60. Sigerist, Henry E, The university at the crossroads, Nueva York, Henry Schuman, 1946, p. 130 en Rosen, George. De la Policía Médica a la Medicina Social. tr. del inglés por Humberto Sotomayor S, Siglo XXI, México 1985, 379pp
61. Gordon, G et al. Disease, the Individual and Society, New Haven, College & University Press, 1968 pp 10-73 en Cordeiro, Hesio et al. " Los determinantes de la producción y distribución de la enfermedad " Rev. Mex. Ciencias Políticas y Sociales, México- UNAM, Abril-Junio 1976, núm. 3, pp 159 - 181
62. Mac. Mahon, Brian, op. cit. pp 15-24.

63. Mac. Mahon, Brian, op. cit. pp 15-24
64. Breilh, J y A.C.Laurell. Los usos y la enseñanza de la epidemiología, SESPAS, Sto. Domingo, 1982, pp 51-66
65. "Historia Natural de la Enfermedad" Mesa Redonda, Rev. Fac. Med. Vol 17 No.1 México 1974, pp 5-33.
66. Laurell, A. C. op. cit. pp 7-25
67. Breilh, J y A. C. Laurell. op. cit. pp 67-106
68. Breilh, J y E Granda. "Ciudad y muerte infantil" CEAS, Quito, 1983, pp 83 - 123
69. Mac. Mahon, Brian., op. cit. pp 15-24
70. Rajs, Danuta T. Proyecto encuesta nacional de morbilidad, S.S.A. México, 1980, mimeo pp 4 - 6.
71. Laurell, A. C. op. cit. 7-25
72. Breilh, J y A. C. Laurell. op. cit. pp 67-106
73. Laurell, A.C. et. al. "Enfermedad y Desarrollo: Análisis Sociológico de la Morbilidad de dos Pueblos Mexicanos" Rev. Mex. de Ciencias Políticas, No. 84 pp 131-158 Abril-Junio 1976.
74. Breilh, J y E Granda. "Ciudad y muerte infantil" CEAS, Quito, 1983, pp 83 - 123.

75. Belm, Hugo. Determinantes socioeconómicos y de la mortalidad y sus consecuencias. Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina (Reunión ONU/CMS), México, 19 al 25 de junio 1979.
76. Bronfman, Mario y Rodolfo A. Tuiran. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. Colegio de México, México, 1983 36pp.
77. Lenin, V. op. cit. p 232.
78. Breilh, Jaime. Epidemiología: Economía, Medicina y Política, SESPAS, Sto Domingo, República Dominicana, 1981, 227 pp
79. Rajs, Danuta T . Metodologías para el estudio de la morbilidad, mimeo, 40 pp
80. Coplanar, op. cit. pp 19.
81. O.M.S., Breihl, Laurell, Vasco Uribe son entre otros investigadores quienes han dedicado un gran esfuerzo para definir el concepto de salud o enfermedad.
82. Vasco U., Alberto. "Enfermedad y Sociedad" en Enfermedad y Sociedad, Ealon, Medellín Colombia, 1979, pag 11.
83. Rodríguez D., José. "Definir lo que es salud: reto de la medicina de hoy". Rev. Fac. Med. Mex., 1978, vol XXI, núm 6, pp 2 - 4.
84. Guerrero, R et al, op. cit pag. 43.
85. Vasco U., Alberto, op. cit. pag 21.

86. Rodríguez D., José, op. cit. pp 2 - 4.
87. Kohn, R. & White, L. "Health Care: An International Collaborative Study". Londres, Oxford University Press, 1976, pag 7.
88. Alvear, María Guadalupe et. al, op. cit. p 2.
89. Laurell, A.C. "La salud-enfermedad como proceso social". Rev. Latinoamericana de Salud, 1982, vol 1, núm 2, pp 7-25
90. Breilh, J y A.C. Laurell. Los usos y la enseñanza de la epidemiología, SESPAS, Sto. Domingo, 1982, pp 51-66
91. Alvear, María Guadalupe et. al, op. cit. pp
92. Rajs, Danuta T. Proyecto encuesta nacional de morbilidad, S.S.A. México, 1980, mimeo pag 1.
93. Alvear, María Guadalupe et. al, op. cit. pag 3.
94. Entre los investigadores que han abordado este aspecto se encuentran: Mac Mahon, J. Cassel, Sagatovsky, Breihl, Laurell, Bustamante, Pérez Tamayo.
95. Lam, Noemí. La encuesta para la investigación de la morbilidad, mimeo.
96. Lam, Noemí. Registros de la morbilidad. Mimeo.
97. Alvear, María Guadalupe et. al, op. cit. pp
98. Coplamar, op. cit. pp 37-41.

99. Alvear, María Guadalupe et. al, op. cit. pag 3.

100. Coplanar, op. cit. pp 57 - 112.

101. Secretaría de Programación y Presupuesto. Incidencia de la Mortalidad en los Estados Unidos Mexicanos. Serie 1. No.4, México 1980.

102. Alvarez, A.R., et. al. "Morbilidad de la Niñez en México" Salud Pública de México 5:237, México 1963.

103. Loza, Tomás. et al. Diagnóstico Nutricional del Estado de Tlaxcala. Mimeo, 50 pp.

104. Narro, José R. et al. "La morbilidad en la atención médica primaria en la jurisdicción de Huamantla Tlaxcala". Salud Pública de México, Marzo- Abril 1981, vol XXIII, núm 2, pp 183 - 197.

105. Chávez, Adolfo y Celia Martínez. "Las Infecciones y la Salud" en Nutrición y desarrollo infantil, Interamericana, México, 1979, pp 65-78.

106. Laurell, Cristina et al. "Enfermedad y Desarrollo: Análisis sociológico de la morbilidad en dos pueblos mexicanos", Revista Mexicana de Ciencias Políticas 1977, No.84 pp 131 - 158.

107. Blanco G, José y Olivia López " Estudio exploratorio sobre situación de salud en tres regiones de la Meseta Purepecha (Michoacán) Reporte de Investigación Universidad Autónoma Metropolitana, núm. 41

108. Secretaría de Programación y Presupuesto. Incidencia de la Mortalidad en los Estados Unidos Mexicanos. Serie 1, No.4, México 1980.
109. I.N.E.G.I. Información Estadística Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No.4, México 1985.
110. I.N.E.G.I. Información Estadística Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No.5, México 1986.
111. Narro, José, et. al. "Evolución Reciente de la Mortalidad en México", Comercio Exterior, Vol 34, No 7, México, Julio 1984, pp 636-646.
112. Chávez, Adolfo y Celia Martínez. Nutrición y desarrollo infantil, Interamericana, México, 1979, 137 pp.
113. Narro, José R. et al. "La morbilidad en la atención médica primaria en la jurisdicción de Huamantla Tlaxcala". Salud Pública de México, Marzo- Abril 1981, vol XXIII, núm 2, pp 183 - 197.
114. Breilh, J y E Granda. "Ciudad y muerte infantil." CEAS, Quito, 1983, pp 83 - 123
115. Black, Robert E. et al. "Longitudinal studies of infectious diseases and physical growth of children in rural Bangladesh". Am. Journal of Epidemiology. March. 1982, Vol 155, No. 3, pp 305 - 314.
116. Martorell, Reynaldo and Teresa J.H. "Malnutrition, Morbidity and Mortality" Population and Development Review. A suplement 1984, Vol 10 pp 49-68.

117. Behm R., Hugo. Sobrevivencia en la Infancia. Las Dimensiones del problema en América Latina. (Taller Internacional de sobrevivencia en la infancia: problemas y prioridades). Teotihuacán, Edo. de México, 21-24. Agosto 1985. pp 38.
118. Bronfan, M y R. Tuirán, op. cit. 36 pp
119. Laurell, Cristina et al. "Enfermedad y Desarrollo: Análisis sociológico de la morbilidad en dos pueblos mexicanos", Revista Mexicana de Ciencias Políticas, 1977, No.84 pp 131 - 158.
120. Maestría Medicina Social 10a. generación. Pertenencia de clase y emigración como factores determinantes de morbilidad producto de stress y otras patologías. U.A.M. - X. Septiembre 1985. Mimeo.
121. Varios investigadores han trabajado en esta área entre otros se encuentran; O.P.S., Ramón de la Fuente y James S. Koopman.
122. Dirección Nacional de Higiene. Ministerio de Salud Pública. Higiene del Medio. Instituto Cubano del Libro, 19 No.1002, Vedado, La Habana 1974.
123. Dirección Nacional de Higiene. Ministerio de Salud Pública. Higiene del Medio. Instituto Cubano del Libro, 19 No.1002, Vedado, La Habana 1974.
124. U.N.A.M., op. cit. "Saneamiento del Medio".

125. Fuente R, J. - Ramón de la. "Medio ambiente, salud y enfermedad". Rev. Fac. Med. Mex., 1977. vol XX, núm 1, pp 2- 3
126. Koopman, James S. et al. "Food, Sanitation and Socioeconomic Determinants of Child growth in Colombia". Am. J. Public Health. January 1981, Vol 71, No.1 pp 31-37.
127. Urbina G, Luis. y Dunny Casanova Z. "Costumbres sobre saneamiento básico en población suburbana. Estudio de Viña del Mar Chile". Bol. Of. Sanit. Panam., Mayo 1983, vol 94, núm. 5, pp 482-494.
128. Puffer R., Serrano C. Características de la Mortalidad en la Niñez. Washington, D.C.: OPS No. 262 pp 326 - 338.
129. Behm, Hugo. Determinantes socioeconómicos y de la mortalidad y sus consecuencias. Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. (Reunión ONU/ONS), México, 19 al 25 de junio 1979.
130. Ware, Helen. "Effects of Maternal Education, Women's Roles and Child Care on Child Mortality". Population and Development Review. 1984, a supplement Vol.10, pp 191.
131. Puffer R., Serrano C. op. cit. pp 295 - 311.
132. Caldwell, J. "Education as a factor in mortality decline" Population Studies 33, 1979 No. 3: 395-413.
133. Ware, Helen. op. cit. pag 198.

134. Behm, Hugo. Determinantes socioeconómicos y de la mortalidad y sus consecuencias. Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. (Reunión ONU/OMS), México, 19 al 25 de junio 1979.
135. Cifuentes, E. y Sara E. Pérez Gil. "Factores Socioeconómicos y Estado Nutricional de los Niños de una Comunidad Rural. Publicaciones de la División de Nutrición de Comunidad. Publ L-53, I.N.N - México 1982.
136. Canedo, Behm, Puffer y Serrano, Laurell y Breihl entre otros han evidenciado esta relación.
137. Laurell, Cristina et al. "Enfermedad y Desarrollo: Análisis sociológico de la morbilidad en dos pueblos mexicanos", Revista Mexicana de Ciencias Políticas, 1977, No.84 pp 72.
138. Taucher, E. Mortalidad Infantil en Chile: Tendencias, diferenciales y causas. CELADE, Octubre 1978 en Behm, Hugo Determinantes socioeconómicos y de la mortalidad y sus consecuencias. Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina (Reunión ONU/OMS), México, 19 al 25 de junio 1979.
139. Breihl, J. y E Granda. "Ciudad y muerte infantil". CEAS, Quito, 1983, pp 97 - 99.
140. Puffer R. y Serrano C. Características de la Mortalidad en la Niñez. Washington, D.C.: OPS No. 262 pp 290-294.
141. Mac Mahon, op. cit. p 96.
142. Coplan, op. cit. p 59.

143. Kumate, J. y Gonzalo G. Infectología, 8a. ed., Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, México, 1980, 90-99 pp.
144. Coplanar, op. cit., pp 97 - 105.
145. I.N.E.G.I. Información Estadística Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No.5, México 1986.
146. Algunos investigadores del I.N.N., han mostrado interés en efectuar este tipo de análisis.
147. Martínez, Celia y Chávez Adolfo "Ciclo Agrícola y Alimentación en una Región Rural Marginal" Rev. de Inv. Clínica Suplemento Vol 38 No 47, México 1986.
148. Naranjo, A et al. "Evaluación de un paquete de nutrición para mejorar la salud infantil: Metodología y cambios en el patrón de ablactación". Rev. Inv. Clin. Suplemento Vol 38 No 47, México 1986.
149. Maestría Medicina Social 10a. Generación Estudio del perfil patológico diferencial por fracción de clase en Tzuruñtaro, Mich , UAM-X Septiembre 1985. Mimeo.
150. González, Napoleón et. al. Infectología Clínica. Trillas, México 1984.
151. Rodríguez, Javier y Martha Loyo. "El Movimiento Perpetuo: La migración reciente de trabajadores mexicanos a los Estados Unidos 1942-1982" en Revista A Migración y Problemas Fronterizos Vol IV, No 8 U.A.M.-A Enero-Abril 1983.

152. Blanco, José y Olivia López "Estudio Exploratorio Sobre la Situación de Salud en Tres regiones de la Meseta Purépecha, Michoacán." Reporte de Investigación Universidad Autónoma Metropolitana No 41, México 1987.
153. De Lomnitz, Larissa. Cómo sobreviven los Marginados. 8a ed. Siglo XXI, México 1985 pp 46-71.
154. Ysunza, Alberto et. al. "Dietas de Transición y Riesgo Nutricional en Población Migratoria" Publicaciones de la División de Nutrición de Comunidad Publ L-67, México- INN 1985 pp 102.
155. Rodriguez, Javier, op. cit. pp 9-27.
156. I.N.E.G.I. Indicadores de la Migración en México, Agosto 1985.
157. Arizpe, Lourdes. Campesinado y Migración. S.E.R., México 1985. pp
158. Appendini, K, op. cit. p 20.
159. Brambilla, Carlos. Migración y Formación Familiar en México Colegio de México, México 1985 pp 20-22.
160. De Lomnitz, Larissa, op. cit. 54-56.
161. De Lomnitz, Larissa, op. cit. 51.
162. De Lomnitz, Larissa, op. cit. 22.

163. Arizpe, Lourdes. Migración, Etnicismo y Cambio Económico (Un estudio sobre migrantes campesinos a la Ciudad de México). Colegio de México, México 1978, pp 125.
164. Ramírez, Elia. "El Trabajo Doméstico" en Estudios Sobre la Mujer. Serie de Lecturas III, INEGI, México 1986, pp 161-165.
165. Maestría Medicina Social 10a. generación. Pertenencia de clase y emigración como factores determinantes de morbilidad producto de stress y otras patologías. U.A.M. - X. Septiembre 1985. Mimeo.
166. Jiménez, René. El efecto de la Migración y Marginalidad es Determinante en la Supervivencia en la Infancia. Estudio comparativo de dos grupos marginales (Taller Internacional de Supervivencia en la Infancia: Problemas y Prioridades), Teotihuacán, Edo. de México, Agosto 1985 pp 32.
167. Maestría en Medicina Social, op. cit. pp 22-40.
168. Blanco, José, op. cit. pp 21- 22.
169. Canales, José Luis et. al. "La Mortalidad en una Población Rural de México y su Relación con el Uso de los Servicios Médicos antes de la Muerte" Salud Pública Mex, vol 26 No.4, 1984 pp 404-414.
170. Narro, José, op. cit. p 184.
171. Lam, Noemí, op. cit. pp 1-3.
172. Alvarez, R, op. cit. p 237.

173. Rajs, Danuta, op. cit. pp 57-58.
174. Dunlop, D. "Health Planning: What about demand?" Soc Sci Med, vol 14, 1980 pp 1-3.
175. Narro, José, op. cit. p 184.
176. Narro, José, op. cit. p 184.
177. Canales, José Luis. op. cit. pp 404-405.
178. Rajs, Danuta, op. cit. pp 62-67.
179. I.N.E.G.I. Información Estadística Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No.5, México 1986 p. 23.
180. Lenin, V, op. cit. p 232.
181. Montalvo, Norma. Agricultura y Reproducción de la Fuerza de Trabajo. (Tesis presentada para obtener el grado de Doctor en Ciencias Económicas). Fac. Económica UNAM 1986, pp 19-55.
182. Montalvo, Norma, op. cit. p 21.
183. Appendini, K, op. cit. p 19.
184. Maestría en Medicina Social 10a Generación Evaluación de los Servicios de Salud de la U.M.R. (MSS-COPLAMAR), Tzuruñtaro Mich. UAM-X, Enero 1986. Mimeo.
185. Arizpe, Lourdes. Campesinado y Migración S.E.P., México 1985 p 27.

ANEXOS

Map 1. LOCATION OF THE





Map 2. TEMASCALCINGO REGION

INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
 "SALVADOR ZUBIRAN "
 DIVISION DE NUTRICION DE COMUNIDAD

COMUNIDAD _____ NUMERO DE H. CLINICA _____ TIPO
 TIPO DE ENCUESTA 2 NUMERO DE FAMILIA _____
 TIPO DE INDIVIDUO _____ NUMERO DE INDIVIDUO _____

| Nº | DESCRIPCION DEL PROBLEMA | CLAVE | DESCRIPCION DEL TRATAMIE |
|----|--------------------------|-------|--------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

OBSERVACIONES:

AGrupACIONES PROPUESTAS PARA LLEVAR A CABO
LOS ANALISIS DE MORBILIDAD

Para la morbilidad por encuesta:

- 1) Rinorrea, catarro y tos = Catarro Común.
- 2) Diarrea, vómito = Gastroenteritis.
- 3) Dolor abdominal, abotigamiento, náuseas, estreñimiento = Trastornos digestivos.
- 4) Dolor de garganta, anginas = Amigdalitis.
- 5) Dolor costilla, dolor espalda, dolor de huesos, lumbalgia y mialgia = Trastornos osteo-musculares.
- 6) Disfonia, coriza, ardor de garganta, dolor de oídos, garraspera, ojos enrojecidos, congestión nasal, dificultada para respirar y secreción de oídos = Otros síntomas respiratorios.

Para la morbilidad por demanda:

- 1) Catarro Común, tos, rinitis alérgica = Catarro Común.
- 2) Diarrea, vómito y deshidratación = Gastroenteritis.
- 3) Amibiasis, giardiasis, oxiuriasis = Parasitosis intestinal.
- 4) Dolor abdominal, gastritis, colitis, constipación y úlcera gástrica = Trastornos Digestivos.
- 5) Infección respiratoria inferior, otitis y conjuntivitis = Otros trastornos respiratorios.
- 6) Anemia clínica, desnutrición de I y II grado = Deficiencias Nutricionales.
- 7) Traumatismos, intoxicación, ileo medicamentoso, quemadura I grado y fractura = Traumatismos e intoxicaciones.
- 8) Mialgias, artralgias, artritis y lumbalgia = Trastornos osteo-musculares.
- 9) Parotiditis, escarlatina = Infecciosas de la infancia.
- 10) Aborto, puerperio patológico, retención de placenta y trastornos menstruales = Trastornos gineco-obstétricos.
- 11) Litiasis renal, hidrocele, balanitis y retención urinaria = Vías urinarias no infeccioso.
- 12) Infección urinaria, disuria = Vías urinarias infeccioso.

Para la Historia Clínica:

- 1) Catarro Común y tos = Catarro Común.
- 2) Dolor Abdominal y gastritis = Trastornos Digestivos.
- 3) Anemia clínica, hipoplasia dental, desnutrición I grado = Deficiencias Nutricionales.
- 4) Hernia inguinal y hernia umbilical = Trastornos en estructuras de sostén.
- 5) Conjuntivitis, otitis y orzuelo = Otros Respiratorios.
- 6) Traumatismo, secuela pos-traumática, lesión de tejidos blandos amputación traumática, quemadura de II grado, luxación y fractura cerrada = Traumatismos y accidentes.
- 7) Criptorquidea y fimosis = Criptorquidea.
- 8) Infección urinaria y disuria = Infección Urinaria.
- 9) Leucorrea, mastitis, amenaza de aborto y trastorno menstrual = Trastornos gineco/obstétricos.
- 10) Artraigías, mialgias, lumbago = Trast. osteo-musculares.



INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION DIVISION DE NUTRICION DE COMUNIDAD

"SALVADOR ZUBIRAN"

PROYECTO NUT-46

ENCUESTA SOCIO-ECONOMICA

Y MIGRACION

IDENTIFICACION

| | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ESTUDIO <u>4</u> <u>6</u> | ESTADO <u>0</u> <u>2</u> | ZONA <u>5</u> | COMUNIDAD <u>6</u> <u>7</u> |
| <u>1</u> <u>2</u> | <u>3</u> <u>4</u> | | |
| AREA DE DATOS <u>8</u> | PERIODO DE ESTUDIO <u>9</u> | FORMULARIO <u>2</u> | <u>10</u> |
| ENCUESTADOR <u>11</u> <u>12</u> | REVISOR <u>13</u> | | |

| | | | |
|---|---|---|----------|
| NOMBRE DEL INDIVIDUO ENCUESTADO _____ | | | |
| NOMBRE DEL JEFE DE LA FAMILIA _____ | | | |
| NUMERO DE FAMILIA <u>14</u> <u>15</u> <u>16</u> | NUMERO DE INDIVIDUO <u>17</u> <u>18</u> <u>19</u> <u>20</u> | | |
| UBICACION <u>21</u> <u>22</u> | Nº DE CASA <u>23</u> <u>24</u> | FECHA <u>25</u> <u>26</u> <u>27</u> <u>28</u> <u>29</u> <u>30</u> | <u>8</u> |
| ESTADO DE SALUD <u>31</u> | APLICACION DE LA ENCUESTA <u>32</u> | | |
| Nº DE ENCUESTA <u>33</u> <u>34</u> | Nº DE FOLIO _____ | | |

ENCUESTA SOCIO-ECONOMICA

| CARACTERISTICAS DE LA CASA | | BIENES MATERIALES (CANTIDAD) | | AÑOS |
|--|--|---|--|---|
| <p><u>¿DE QUE ESTA HECHA?</u></p> <p><u>El piso de la casa:</u></p> 1) Tierra _____ 2) Cemento _____ 3) Ladrillo <input checked="" type="checkbox"/> _____ 4) Mosaicos <input checked="" type="checkbox"/> _____ 5) Tabicón <input checked="" type="checkbox"/> _____ 6) Madera <input checked="" type="checkbox"/> _____ | | <p><u>¿CUALES DE LAS COSAS SIGUIENTES TIENE EN LA CASA Y CUANTAS?</u></p> Estufa de gas _____ Televisor _____ Radio _____ Grabadora _____ Tocabiscos _____ Licuadora _____ Plancha eléctrica _____ Máquina de coser _____ Ropero _____ Antecomedor _____ Gabinete de trastes _____ Refrigerador _____ Camión/Vehículo _____ | | <p><u>¿CUALES TIENE?</u></p> Mulas _____ Bueyes _____ Vacas _____ Caballos _____ Puercos _____ Burros _____ Chivos _____ Borregos _____ Guajolotes _____ Pollos _____ |
| <p><u>El techo de la casa:</u></p> 1) Concreto _____ 2) Lámina _____ 3) Lámina de cartón/metál _____ 4) Teja _____ 5) Madera _____ | | Licuadora _____ Plancha eléctrica _____ Máquina de coser _____ Ropero _____ Antecomedor _____ Gabinete de trastes _____ Refrigerador _____ Camión/Vehículo _____ | | <p><u>INSTRUMENTOS</u></p> 1) Machete _____ 2) Palas _____ 3) Vieldo _____ 4) Rastra _____ 5) Rastrillo _____ 6) Azadón _____ 7) Pico _____ 8) Hoz _____ 9) Guadaña _____ |
| <p><u>Las paredes de la casa:</u></p> 1) Adobe _____ 2) Tabicón _____ 3) Madera _____ 4) Piedra _____ 5) Ladrillo _____ | | <p><u>¿CUANTA GASTA A LA SEMANA EN COMIDA?</u></p> \$ _____ | | Arado de _____ Arado de _____ Yunta de _____ Bomba par _____ Bomba de _____ Carreta _____ Tractor _____ |
| <p><u>¿Están aplanados?</u> _____</p> <p><u>¿Cuándo pintó la casa?</u> _____</p> <p><u>¿Cuántos ... tiene la casa?</u></p> 1) Cuartos _____ 2) Ventanas: _____ 3) ¿Con vidrio _____ 4) Puertas: _____ 5) De hierro _____ 6) De madera _____ 7) Camas matrimoniales _____ 8) Camas individuales _____ | | | | |
| <p>Número de personas que viven permanentemente en la casa. _____</p> | | | | |

MIGRACION TEMPORAL FAMILIAR

¿ Salio el año pasado algún miembro de la familia a trabajar fuera de la comunidad?

(NO = 1, SI = 2)

Si a la pregunta anterior respondió si, favor de llenar el siguiente cuadro:

| M E S | (N°) PERSONA MIGRANTE | POSI- CION FAM. | LUGAR DE MIGRA- CION | TIPO DE TRABAJO | APORTA AL GASTO FAMILIAR |
|---------------|--------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------|--------------------------------|
| 01 ENERO | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| 02 FEBRERO | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| 03 MARZO | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| 04 ABRIL | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| 05 MAYO | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| 06 JUNIO | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| | _____ | --- | --- | _____ () | --- |

NOTA: * (NO = 1, SI = 2)

| M E S | (N°) PERSONA MIGRANTE | POSI- CION FAM. | LUGAR DE MIGRA- CION | TIPO DE TRABAJO | APORTA AL G°STO FAMILIAR |
|---------|--------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------|--------------------------------|
| 07 | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| JULIO | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| 08 | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| AGOSTO | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| 09 | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| SEP. | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| 10 | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| OCTUBRE | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| 11 | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| NOV. | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| 12 | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| DIC. | _____ | --- | --- | _____ () | --- |
| | _____ | --- | --- | _____ () | --- |

| MIGRACIÓN PERMANENTE FAMILIAR | | | |
|-------------------------------|-----------------|------------|--------------------|
| NOMBRE DE LA PERSONA | Nº DE INDIVIDUO | PARENTESCO | LUGAR DE MIGRACION |
| | --- | --- | --- |
| | --- | --- | --- |
| | --- | --- | --- |
| | --- | --- | --- |
| | --- | --- | --- |

| PATRÓN DE MIGRACIÓN JEFE DE FAMILIA | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------|--------|-----------------|--------|-----|
| AÑO | LUGAR DE MIGRACION | CODIGO | TIPO DE TRABAJO | CODIGO | |
| 1 - 82 | | --- | | --- | 0 |
| 2 - 81 | | --- | | --- | --- |
| 3 - 80 | | --- | | --- | --- |
| 4 - 79 | | --- | | --- | --- |
| 5 - 78 | | --- | | --- | --- |

INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION " SALVADOR ZUBIRAN "



CUESTIONARIO AREA DE SALUD

Comunidad _____ Familia _____

Nombre del jefe de familia _____

Nombre del individuo encuestado _____

Fecha en que se realizó la encuesta _____
D I A M E S A Ñ O

1.- Antes de que se estableciera el programa de nutrición en Solís, cuando alguien de su familia se enfermaba ¿ a dónde iba con mayor frecuencia a atenderse ?

- 1) Unidad Médico Social Solís
- 2) Casa de Salud
- 3) Médico particular en Temascalcingo
- 4) Centro de Salud en Temascalcingo
- 5) Clínica del Seguro (IMSS-COPLAMAR)
- 6) Médico del ISSSTE
- 7) Otro _____ Anote _____

2.- Desde que existe el Programa de Nutrición en el Valle, ¿ a dónde acude su familia a atenderse cuando se enferma?

- 1) Unidad Médico Social Solís
- 2) Casa de Salud
- 3) Médico particular en Temascalcingo
- 4) Centro de Salud en Temascalcingo
- 5) Clínica del Seguro (IMSS-COPLAMAR)
- 6) Médico del ISSSTE
- 7) Otro _____ Anote _____

3.- Cuando usted o su familia acudieron a consultarse en la Casa de Salud y/o Unidad de Solís:

- 1) Siempre se curaron
- 2) Algunas veces se curaron
- 3) Nunca se curaron

4.- ¿Hasta que año estudió?

El esposo _____
La esposa _____

5.- ¿A que actividad dedicó ud. la mayor parte de su tiempo el año pasado?.

- 1) Campesino Agricultor
- 2) Campesino Ganadero
- 3) Jornalero
- 4) Artesano (Carpintero, Herrero)
- 5) Albañil
- 6) Obrero (de fábrica u otro)
- 7) Profesor
- 8) Comerciante (propietario del comercio)
- 10) Empleado de un comercio
- 11) Chofer
- 12) Otro _____ Anote _____

6.- ¿Aparte de esta actividad realizó alguna otra?

- 1) Sí
- 2) No

7.- ¿Cuál fue?

- 1) Campesino Agricultor
- 2) Campesino Ganadero
- 3) Jornalero
- 4) Artesano (Carpintero ó Herrero)
- 5) Albañil
- 6) Obrero (de fábrica ú otro)
- 7) Profesor
- 8) Comerciante (propietario de comercio)
- 10) Empleado de un comercio
- 11) Chofer
- 12) Otro

Anote _____

8.- ¿Cuánto tiempo dejó de trabajar el año pasado?

- 1) Menos de 1 mes
- 2) De 1 a 2 meses
- 3) De 3 a 4 meses
- 4) De 5 a 5 meses
- 5) Más de 6 meses
- 6) No dejó de trabajar

9.- ¿Es usted propietario de: ?

| | Cuánto Tiene | Observaciones |
|------------------------------|--------------|---------------|
| 1) Tierra | a) Ha-m | |
| 2) Ganado | b) cabezas | |
| 3) Taller de Producción | c) # | |
| 4) Comercio | d) # | |
| * 5) Automóvil | e) # | |
| 6) Ninguno de los anteriores | | |

* Sólo se preguntará ésta, si el jefe de familia es chofer y trabaja en su automóvil.

10.- a) La tierra que ud. trabajó el año pasado es:

- 1) Rentada
- 2) A medias
- 3) De su padre ó abuelo

b) ¿Cuántas-Ha-m² sembró ud. el año pasado en esas tierras?
Anote la cifra _____

11.- ¿ Qué cultivó el año pasado y qué hizo con la cosecha?

| Tipo de cultivo | a) Vendió toda | b) Vendió + de la mitad | c) Vendió la mitad | d) La mayor parte con-sumo fam. | e) Vendió caso pe-cesario |
|-----------------|----------------|-------------------------|--------------------|---------------------------------|---------------------------|
| 1) Maiz | | | | | |
| 2) Frijol | | | | | |
| 3) Trigo | | | | | |
| 4) | | | | | |
| 5) | | | | | |

17. ¿Algún otro miembro de la familia aportó dinero a la casa el año pasado?

- 1) Sí
- 2) No

18.- ¿En que trabajó?

- 1) Campesino agricultor
 - 2) Campesino Ganadero
 - 3) Jornalero
 - 4) Artesano (Carpintero, Herrero)
 - 5) Albañil
 - 6) Obrero (de fábrica u otro)
 - 7) Profesor
 - 8) Comerciante (propietario del comercio)
 - 10) Empleado de un comercio
 - 11) Chofer
 - 12) Otro
-

19.- El ingreso familiar esta compuesto por:

- 1) Ingreso del jefe de familia
- 2) Ingreso de otros familiares
- 3) Venta de animales
- 4) Venta total de cosecha
- 5) Parte de la cosecha para consumo familiar
- 6) Dinero prestado
- 7) Otro

Anote _____

INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION " SALVADOR ZUBIRAN "
CUESTIONARIO AREA DE SALUD (EMIGRANTES)



Comunidad _____ Familia _____

Nombre del jefe de familia _____

Nombre del individuo encuestado _____

Fecha en que se realizó la encuesta _____

D I A M E S A Ñ O

1.- Antes de que se estableciera el programa de nutrición en Solís, cuando alguien de su familia se enfermaba ¿a dónde iba con mayor frecuencia a atenderse?

- 1) Unidad Médico Social Solís
- 2) Casa de Salud
- 3) Médico particular en Temascalcingo
- 4) Centro de Salud en Temascalcingo
- 5) Clínica del Seguro (IMSS-COPLAMAR)
- 6) Médico del ISSSTE
- 7) Otro

Anote _____

2.- Desde que existe el programa de nutrición en el Valle, ¿a dónde acude su familia a atenderse cuando se enferma?

- 1) Unidad Médico Social Solís
- 2) Casa de Salud
- 3) Médico particular en Temascalcingo
- 4) Centro de Salud en Temascalcingo
- 5) Clínica del Seguro (INSS-COPLAMAR)
- 6) Médico del ISSSTE
- 7) Otro

Anote _____

3.- Cuando Usted o su familia acudieron a consultarse en la Casa de Salud y/o Unidad de Solís:

- 1) Siempre se curaron
- 2) Algunas veces se curaron
- 3) Nunca se curaron

4.- ¿Hasta que año estudió?

El esposo _____

La esposa _____

5.- La última vez que emigró ¿a qué actividad dedicó Usted la mayor parte de su tiempo?

- 1) Trabajos agrícolas
- 2) Obrero (de fábrica u otro)
- 3) Maestro de obras
- 4) Albañil
- 5) Otro

Anote _____

6.- ¿Cada cuánto tiempo viene a su casa?

- 1) Cada semana
- 2) Cada 15 días
- 3) Cada mes
- 4) Cada 2 ó 3 meses
- 5) Cada 4 a 6 meses
- 6) 7 meses a 1 año
- 7) más de 1 año
- 8) No vino

7.- ¿Alguien más de la familia ha emigrado y enviado dinero a su casa?

- 1) Sí
- 2) No

8.- ¿En qué ha trabajado?

- 1) Trabajo agrícola
- 2) Obrero (de fábrica u otro)
- 3) Albañil
- 4) Otro

Anote _____

9.- Desde que Ud(s) emigra (n), qué cambios han ocurrido en su -- familia?

- 1) Pintaron la casa
- 2) Han construido nuevos cuartos con tabique
- 3) Pusieron cemento al piso de la casa
- 4) Han hecho una nueva casa
- 5) Compran más alimento
- 6) Han comprado más animales
- 7) Han adquirido nuevos aparatos y/o autos
- 8) Han mandado a estudiar fuera a alguno de sus hijos
- 9) No hay cambios
- 11) Otro

Anote _____

10.-¿A dónde a emigrado Ud. en los dos últimos años?

- 1) Cd. de México
- 2) Otro Estado del país
- 3) E.U.
- 4) Canadá
- 5) Otro

Anote _____

11.-Desde que su esposo u otro familiar emigró ha notado que Usted o su familia se enferman de ...más, menos o igual que siempre. Marque con una "X" el número de casilla correspondiente.

| TIPO DE ENFERMEDAD | MAS | MENOS | IGUAL |
|------------------------------|-----|-------|-------|
| 1) Diarrea ó Disenteria | | | |
| 2) Catarro, Anginas y Tos | | | |
| 3) Fiebre | | | |
| 4) Dolor de cabeza | | | |
| 5) Enfermedad de los nervios | | | |
| | | | |
| | | | |

12.- ¿Aparte de esta actividad realizó alguna otra ?

- 1) Si
- 2) No

13.- ¿Cuál fué?

- 1) Campesino Agricultor
- 2) Campesino Ganadero
- 3) Jornalero
- 4) Artesano (Carpintero, Herrero)
- 5) Albañil
- 6) Obrero(de fábrica u otro)
- 7) Profesor
- 8) Comerciante (propietario de comercio)
- 10) Empleado de un comercio
- 11) Chofer
- 12) Otro

Anote _____

14.- ¿Cuánto tiempo dejó de trabajar el año pasado?

- 1) Menos de 1 mes
- 2) De 1 a 2 meses
- 3) De 3 a 4 meses
- 4) De 5 a 6 meses
- 5) Más de 6 meses
- 6) No dejó de trabajar

15.- ¿Es ud. propietario de: ?

| | Cuánto tiene | Observaciones |
|------------------------------|------------------------|---------------|
| 1) Tierra | a) Ha - m ² | |
| 2) Ganado | b) cabezas | |
| 3) Taller de producción | c) # | |
| 4) Comercio | d) # | |
| *5) Automóvil | e) # | |
| 6) Ninguno de los anteriores | | |

*Sólo se preguntará ésta, si el jefe de familia es chofer y trabaja en su automóvil.

16.- a) La tierra que ud. trabajó el año pasado es:

- 1) Rentada
- 2) A medias
- 3) De su padre ó abuelo

b) ¿ Cuántas Ha - m² sembró ud. el año pasado en esas tierras?

Anote la cifra _____

17.- ¿ Qué cultivó el año pasado y qué hizo con la cosecha ?

| Tipo de cultivo | a) Vendió toda | b) Vendió + de la mitad | c) Vendió la mitad | d) La mayor Parte, consumo fam. | e) Vendió caso necesario |
|-----------------|----------------|-------------------------|--------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 1) Maiz | | | | | |
| 2) Frijol | | | | | |
| 3) Trigo | | | | | |
| 4) | | | | | |
| 5) | | | | | |

18.- Para trabajar la tierra ud.:

| Actividad | a) Trabaja solo | b) Trabaja con su familia | c) Contrata peones ¿ Cuántos? | d) Se con trató ** |
|-------------------------|-----------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------|
| 1) Barbecho y siembra | | | | |
| 2) Escarda y fumigación | | | | |
| 3) Cosechar | | | | |

** Sólo para jornaleros.

En caso de que el jefe de familia sea albañil, obrero, profesor, comerciante, chofer, (ó tenga alguna otra actividad no agrícola) hacer las siguientes preguntas . (13 a 17).

19.- ¿ Qué actividades realiza ud. en su trabajo ?

- 1) Dirección en la industria
- 2) Supervisión en la industria
- 3) Calificadas directamente en la producción
- 4) Calificadas en mantenimiento
- 5) No calificadas directamente en la producción
- 6) No calificadas en mantenimiento
- 7) Administrativas (secretarías, almecenistas, etc.)
- 8) Dirección en comercio, servicios ó transporte.
- 10) Supervisión en comercio, servicios ó transporte
- 11) Calificadas en comercio (labores administrativas).
- 12) No calificadas en comercio (cargadores, almacenistas, etc.)
- 13) Calificadas en educación ú otros servicios
- 14) No calificadas en en educación y otros servicios.
- 15) Calificadas en transporte (choferes, mecánicos, etc.)
- 16) No calificadas en transporte (cobradores, limpieza, etc.)
- 17) Otra Anote _____

20.- ¿ En donde ud. trabaja existe algún tipo de organización como?

- 1) Sindicato
- 2) Mesa Directiva
- 3) Sociedades
- 4) No existe
- 5) Otro

Anote _____

¿ Pertenece a alguna de ellas?

- 1) Sí
- 2) No

21.- Su trabajo es principalmente:

- 1) Manual con maquinaria
- 2) Manual con herramientas
- 3) Intelectual

22.- Forma de pago

- 1) No tiene salario fijo
- 2) El salario es a destajo (por trabajo terminado)
- 3) Tiene salario fijo

23 - ¿ Algún otro miembro de la familia aportó dinero a la casa el año pasado?

- 1) Sí
- 2) No

24.- ¿ En qué trabajó ?

- 1) Campesino agricultor
- 2) Campesino ganadero
- 3) Jornalero
- 4) Artesano (Carpintero, Herrero)
- 5) Albañil
- 6) Obrero (de fábrica u otro)
- 7) Profesor
- 8) Comerciante (propietario del comercio)
- 10) Empleado de un comercio
- 11) Chofer
- 12) Otro

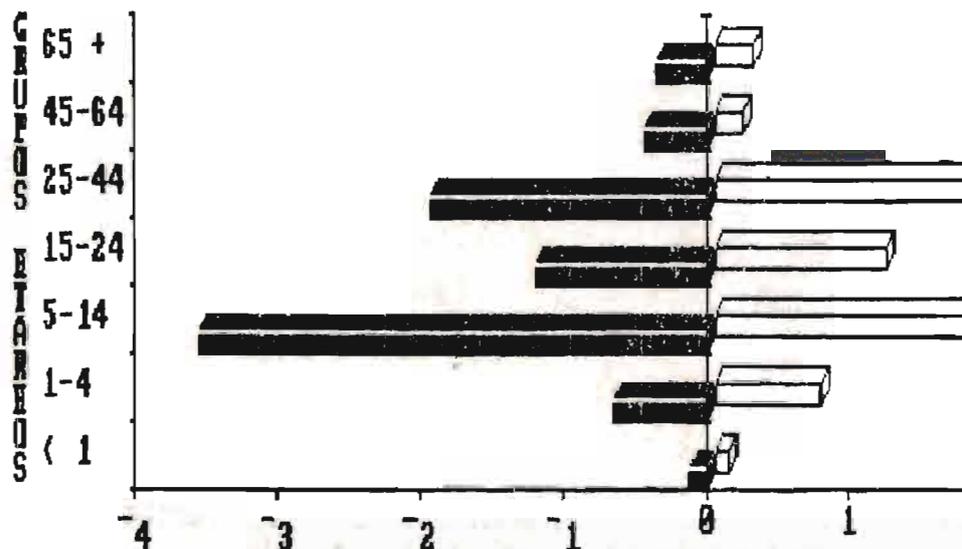
Anote _____

25.- El ingreso familiar está compuesto por :

- 1) Ingreso del jefe de familia
- 2) Ingreso de otros familiares
- 3) Venta de animales
- 4) Venta total de cosecha
- 5) Parte de la cosecha para consumo familiar
- 6) Dinero prestado
- 7) Envío dinero el emigrante
- 8) Otro

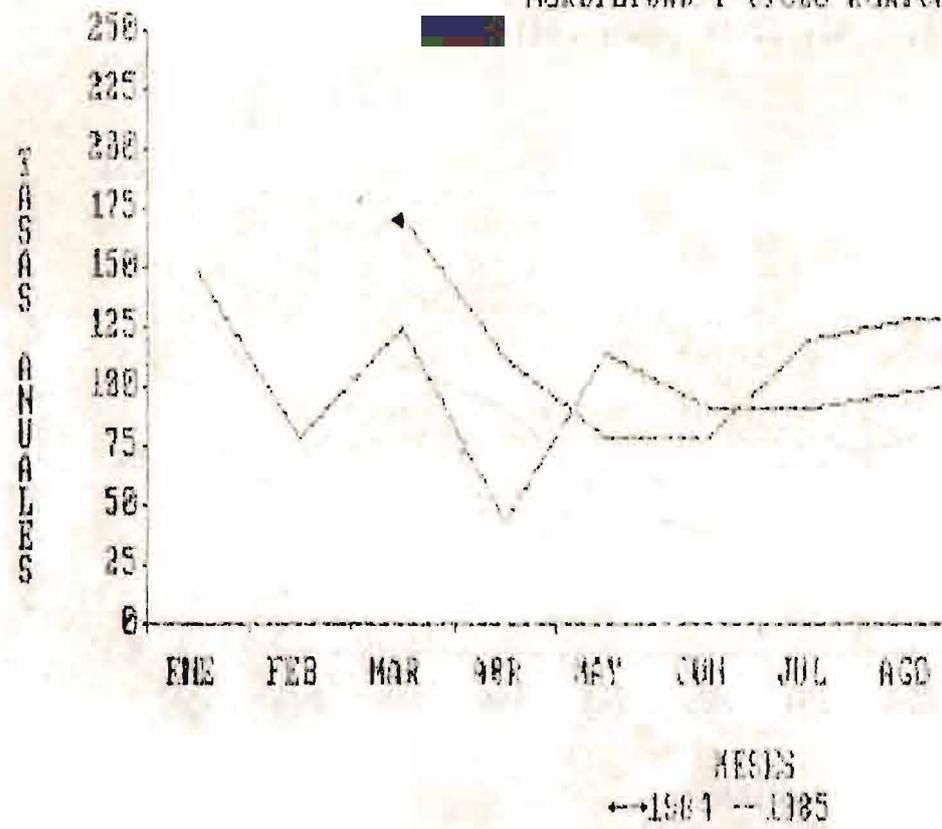
Anote _____

GRAFICA 1
PIRAMIDE POBLACIONAL SOLIS

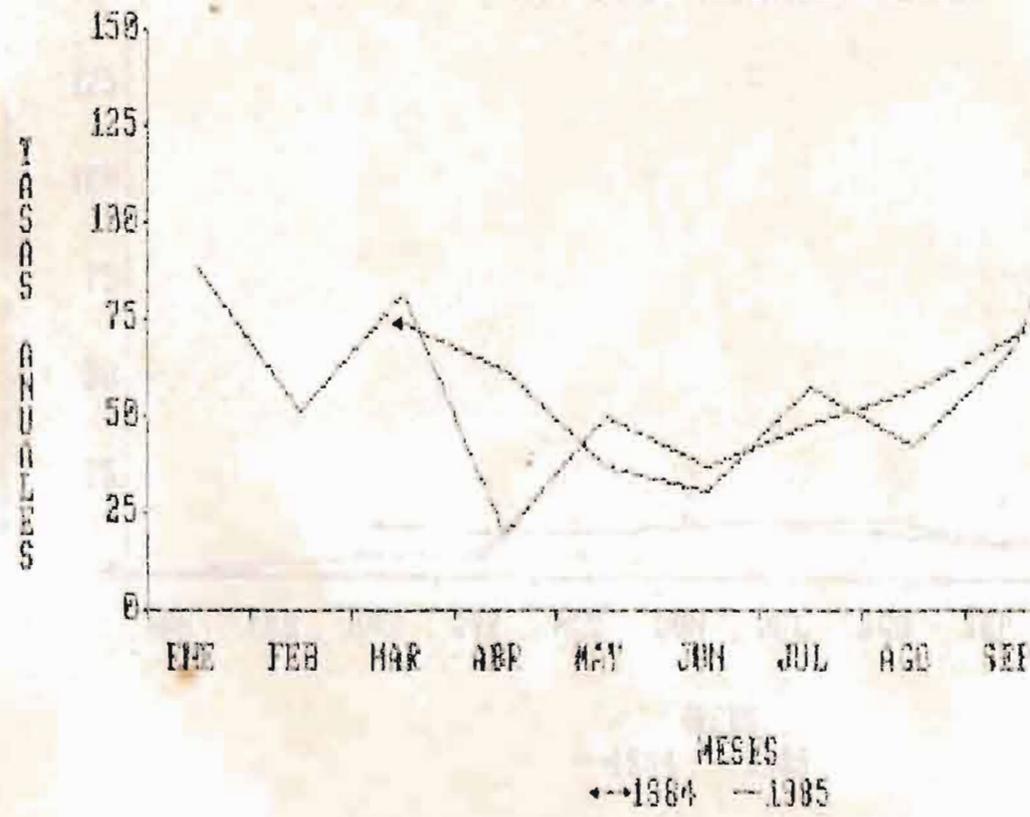


% PONDERADO RANGO GPD. ETARIO
 ■ Hombres □ Mujeres

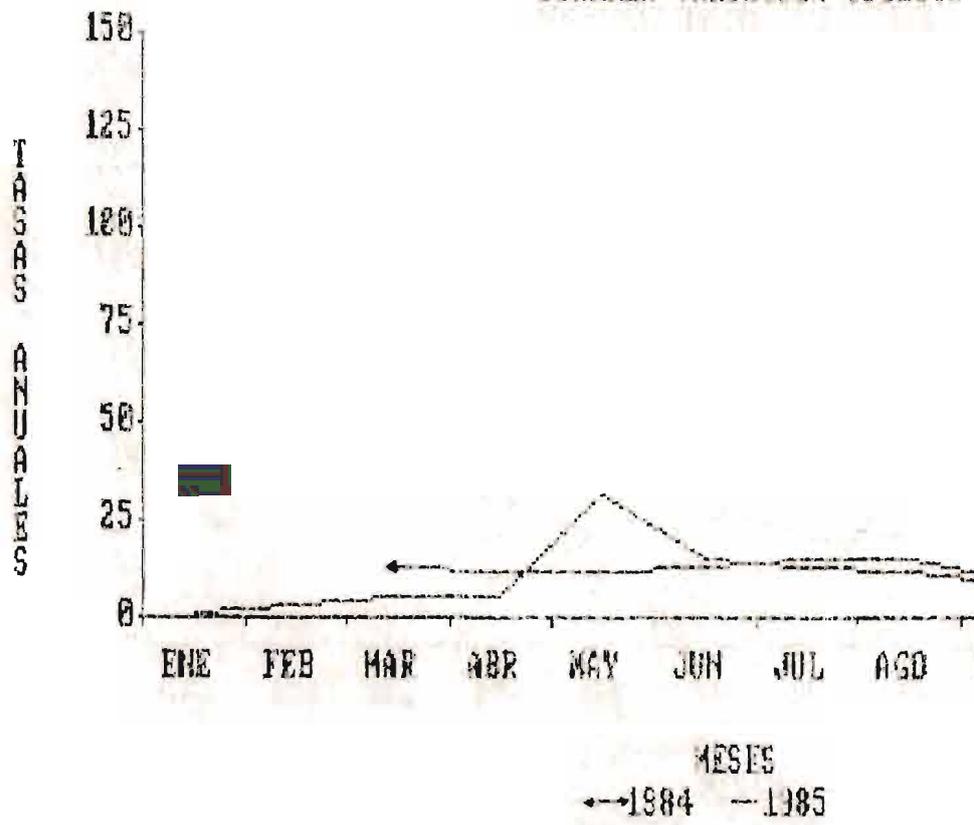
GRAFICA 2
MORBILIDAD Y CICLO AGRICOLA



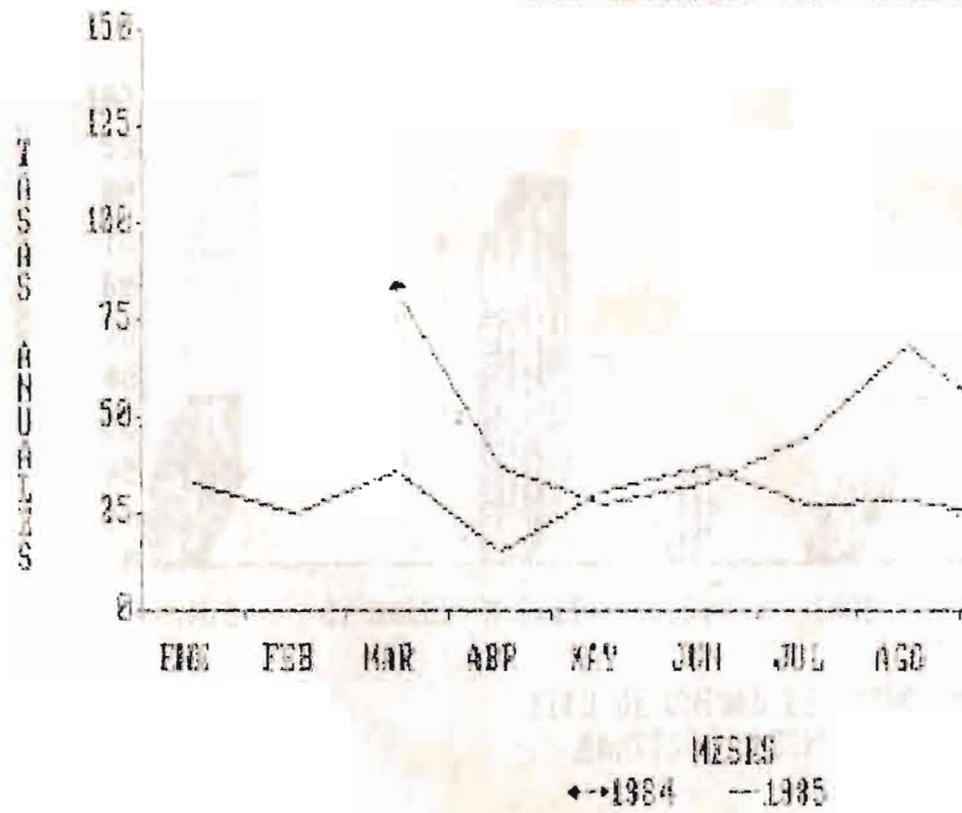
GRAFICA 3
EIE. EISE. UNFIBACION CICLICO



GRAFICA 4
DIARRREA VARIACION CICLICA



GRAFICA 5
DETA PATOLOGIA DEL CICLO



GRÁFICA 6
UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

