

# **UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA**

**UNIDAD XOCHIMILCO**

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



**Casa abierta al tiempo**

## **LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN LA SOCIEDAD CAPITALISTA**

**TRABAJO DE INVESTIGACION**

**Q u e p r e s e n t a :**

**AURORA AYALA ALONSO**

**Para obtener el título de:**

**M E D I C O C I R U J A N O**

**México, D. F.**

**Agosto de 1982**

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISION DE CIENCIAS BIOLOGICAS Y DE LA SALUD.

DEPARTAMENTO DE ATENCION A LA SALUD

M E D I C I N A

AGOSTO 1982  
MEXICO

DEDICATORIAS

A mis padres, que con sus inquietudes, sacrificios, dedicación y ejemplo, han constituido para mí, estímulo constante para seguir por los caminos de la superación la verdad y la justicia.

A mis hermanas, con cariño y los más grandes deseos de superación para el mañana.

A mis hermanos, Jose Luis y Jose Alejandro  
Por el gran estímulo que -  
representan en mi vida.

A G R A D E C I M I E N T O S .

Al Dr. Agustín Sangines García, por su apoyo y asesoría en la realización de mi Servicio Social y de este trabajo.

A las personas de Villa Aldama, por su gran -- hospitalidad y cariño, con los cuales se hizo agradable mi estancia en su comunidad y por la gran colaboración y apoyo que me brindaron en la realización diaria de mi trabajo.

AURORA AYALA ALONSO

" Amo el Canto del Cenxontle,  
Pájaro de cuatrocientas voces  
y amo el color del jade, y el  
enervante perfume de las flo-  
res, pero amo más a mi hermano,  
.....el Hombre."

Nezahualcoyotl.

## I N D I C E

| CAPITULO |  | PAG. |
|----------|--|------|
| 1        | INTRODUCCION .....   | 1    |
| 2        | MARCO DE REFERENCIA .....  | 3    |
|          | 2.1. Antecedentes Nacionales .....                               | 3    |
|          | Morbilidad .....   | 4    |
|          | Mortalidad .....   | 5    |
|          | Instituciones para la Salud .....                                | 6    |
|          | 2.2. Localización Geográfica .....                               | 7    |
|          | 2.3. Historia .....  | 8    |
|          | 2.4. Características del Pueblo .....                            | 10   |
|          | Hábitos y costumbres .....                                       | 11   |
|          | Costumbres y creencias en relación a medicina popular.....       | 11   |
|          | Recursos y servicios .....                                       | 12   |
|          | Organizaciones sociales, políticas, religiosas y familiares..... | 13   |
| 3        | MARCO TEORICO .....  | 15   |
|          | 3.1. Proceso Salud-Enfermedad.....                               | 17   |
|          | 3.2. Práctica Médica.....  | 19   |
|          | 3.3. Educación en Salud.....                                     | 22   |
| 4        | HIPOTESIS Y JUSTIFICACION.....                                   | 24   |
| 5        | RESULTADOS.....  | 25   |
|          | 5.1. Desnutrición.....   | 45   |
|          | 5.2. Hijos Fallecidos.....                                       | 52   |
|          | 5.3. Gastos para la Salud.....                                   | 56   |
|          | 5.4. Alcoholismo.....  | 57   |
|          | 5.5. Morbilidad.....   | 60   |
|          | 5.6. Mortalidad.....   | 61   |
|          | 5.7. El proceso del Trabajo.....                                 | 62   |
| 6        | CONCLUSIONES .....   | 65   |
| 7        | ANEXO.....   | 66   |
| 8        | BIBLIOGRAFIA.....  | 67   |

## INDICE DE CUADROS

| CUADRO   | PAG. |
|--|------|
| 1 Comparación de Natalidad y Mortalidad                  | 3    |
| 2 Gestas en mujeres de 15 años o más                     | 26   |
| 3 Terminación de Gestas                                  | 27   |
| 4 Abortos  | 27   |
| 5 Integrantes por familia y por clase social             | 28   |
| 6 Integrantes por familia                                | 29   |
| 7 Clase social de los pacientes que acudieron a consulta | 32   |
| 8 Diagnósticos de la consulta                            | 36   |
| 9 Diagnósticos encontrados por encuesta                  | 38   |
| 10 Diagnósticos por clase social                         | 40   |
| 11 Escolaridad de pacientes que acudieron a consulta     | 42   |
| 12 Vacunación en menores de 14 años                      | 43   |
| 13 Vacunación por clase social                           | 45   |
| 14 Desnutrición general                                  | 49   |
| 15 Desnutrición por clase social                         | 50   |
| 16 Familias con hijos fallecidos por clase social        | 52   |
| 17 Hijos muertos por familia y clase social              | 53   |
| 18 Causas de fallecimiento                               | 54   |
| 19 Hijos fallecidos en la la. infancia                   | 55   |
| 20 Gastos para la salud                                  | 56   |
| 21 Gastos por familia y por clase social                 | 57   |
| 22 Alcoholismo   | 58   |
| 23 Morbilidad  | 60   |
| 24 Morbilidad general por clase social                   | 60   |
| 25 Mortalidad por grupos de edad 1977-1981               | 61   |
| 26 10 principales causas de muerte                       | 62   |

## INDICE DE PLANOS

| PLANO                                   |    |
|---|----|
| 1 Jurisdicción Sanitaria IV S.S.A.      | 7a |
| 2 Localización Geográfica del Municipio | 7b |
| 3 Municipio de Villa Aldama             | 7c |
| 4 Cabecera Municipal Villa Aldama       | 7d |

## INDICE DE GRAFICAS

| GRAFICA |   | PAG. |
|---------|---|------|
| 1       | Pirámide global de población                                | 30   |
| 2       | Comparación pirámide poblacional de los 3 grupos estudiados | 31   |
| 3       | Enfermedad por clase social                                 | 41   |
| 4       | Vacunación  | 44   |
| 5       | Desnutrición por clase social                               | 51   |
| 6       | Alcoholismo por clase social                                | 59   |
| ANEXO   | Encuesta  | 66   |



## 1. INTRODUCCION

La salud, como derecho de todos los pueblos, trasciende de lo individual a lo colectivo y se convierte en un valor fundamental para la -- evolución y desarrollo socioeconómico de los pueblos, es por lo tanto, de vital importancia el tratar de conservarla.

La medicina no es una serie de acciones y fenómenos neutrales y -- fuera del contexto social, sino que forma parte de un proceso histórico que surge como consecuencia de estructuras sociales y económicas y es -- la expresión y en ocasiones uno de los instrumentos ejecutivos de la -- orientación política de una organización social.

El problema de la Salud en México, adquiere actualmente una espe-- cial significación dadas las características de desarrollo económico -- del país, de tal forma que algunos sectores de la población, los que po seen los medios de producción, comienzan a mostrar una patología propia de países desarrollados, en tanto que los que solo poseen su fuerza de trabajo, aún conservan índices de morbilidad muy elevados y con -- predominio de enfermedades infecciosas y carenciales.

Este panorama, en el perfil epidemiológico del país implica situa-- ciones sociales y económicas específicas y nos da la pauta de que las -- acciones que deben efectuarse para corregir esta situación no son priva tivas de la medicina asistencial.

El enfoque puramente curativo de la medicina tradicional nos hace ver a la enfermedad como un fenómeno aislado y unicausal y nos enmasca-- ra toda la carga social que lleva la etiología de las enfermedades y los patrones epidemiológicos de un lugar determinado con una población de-- terminada.

Por medio del presente trabajo, intentamos demostrar como las relaciones sociales de producción determinan de alguna manera las causas que producen la enfermedad, y que las enfermedades que padezca una persona dependerán del lugar que ocupa en el proceso de Producción.

Esta investigación se llevó a cabo en el poblado de Villa Aldama, Veracruz, y para ello se utilizaron varias de las técnicas de investigación, llenando desde la observación directa de la comunidad, la cual se realizó en forma discreta y cuidando que los observados no se percataran para asegurar así la espontaneidad de los hechos. Utilizamos la encuesta, para poder descubrir por medio de ella, la existencia de patologías que la comunidad no acepta como "enfermedad" y por lo tanto no recibe ayuda médica de ningún tipo, entre esta patología "oculta" se encuentra un alto grado de Desnutrición endémica.

También por medio de la encuesta pudimos conocer un panorama más o menos amplio de la situación socioeconómica de las familias; se realizó un diseño de encuesta cuya forma se anexa al presente trabajo.

El instrumento básico de investigación para el diagnóstico de salud o enfermedad a nivel individual es la historia clínica, por lo cual fue utilizada y a partir de ella se realizó un archivo clínico que nos permitiera hacer trascenden datos individuales a colectivos.

## 2. MARCO DE REFERENCIA

## 2.1. Antecedentes Nacionales.

La población de la República Mexicana se ha incrementado de manera muy significativa a partir de 1930, por lo cual, actualmente México está colocado entre los países con mayor tasa de crecimiento demográfico, siendo esta de 3.4%: el crecimiento social de la población, o sea el resultado del movimiento migratorio externo es muy poco significativo, para explicar lo anterior; por lo que hay que buscar otros elementos. En el Cuadro 1 encontraremos una explicación a esta situación, - pues en tanto que la tasa de natalidad se mantiene constante o tiende a disminuir, la tasa global de mortalidad y la tasa de mortalidad infantil tiende a disminuir también.

Cuadro 1. Comparación de Natalidad y Mortalidad.

| AÑO  | TASA NATALIDAD | TASA GLOBAL MORT. | TASA MORT. INFANTIL |
|------|----------------|-------------------|---------------------|
| 1951 | 44.6           | 17.3              | 98.8                |
| 1954 | 46.4           | 13.1              | 80.5                |
| 1958 | 44.8           | 13.5              | 80.1                |
| 1960 | 46.0           | 11.5              | 74.2                |
| 1962 | 44.2           | 10.5              | 69.9                |
| 1964 | 44.8           | 9.5               | 60.7                |
| 1966 | 44.3           | 9.2               | 63.1                |
| 1968 | 44.5           | 9.9               | 64.5                |
| 1970 | 43.4           | 9.9               | 68.5                |
| 1972 | 44.5           | 9.0               | 70.9                |

Fuente: Anuarios estadísticos de la República Mexicana. D.G.E. S.I.C.

En otras palabras, las tasas de mortalidad han determinado el gran incremento en la población total y no un aumento en la natalidad relativa. Aunque la tasa de mortalidad global se redujo en un 50% y la mortalidad infantil en un 30%, aún sigue siendo alta, pues actualmente mueren alrededor de 61 menores de cada 1,000 nacidos vivos.

Es importante analizar qué factores han propiciado dicha disminución en la mortalidad, y así, analizando el factor económico (ingreso Percapita), vemos que este no ha sido determinante, pues en el país -- existe una mala distribución del ingreso que va en detrimento de la ma yor parte de la población; en cuanto al aspecto social parece ser que el agudo proceso de urbanización a nivel municipal ha influido de manera favorable, al dotar a la población de servicios públicos tales como agua potable, drenaje, luz eléctrica, pavimentación y la posibilidad - de proporcionar atención médica y asistencial en forma masiva.

#### Morbilidad.

La información sobre morbilidad en México es muy deficiente, no se tienen datos sobre la proporción de personas en una zona determinada - durante un lapso de tiempo, puesto que los médicos en ejercicio privado no informan a las autoridades sanitarias correspondientes y por otra -- parte, en las instituciones de salud esta información es todavía muy - limitada, además, en cuanto a calidad también nos encontramos con serios problemas, tales como el hecho de existir una tasa de mortalidad mayor a la de morbilidad de una misma enfermedad

Pese a todas estas limitaciones, nos podemos dar cuenta que en cuanto a morbilidad en México se refiere, las enfermedades más importantes son las gastroenteritis y enfermedades agudas del aparato respiratorio.

Las gastroenteritis más conocidas como diarreas, constituyen en el país una de las causas de morbilidad y mortalidad más frecuentes, está altamente influenciada por el medio, el clima y por las condiciones insalubres que prevalecen en las zonas rurales, tales como falta de agua potable, desnutrición, higiene deficiente, mal manejo de excretas, etc.

Al iniciarse la temporada de lluvias y la elevación de la temperatura ambiental, los índices de morbilidad por gastroenteritis empiezan a elevarse, llegando a su máximo en el mes de agosto.

Entre las enfermedades del aparato respiratorio, la influenza y la neumonía son también de las principales causas de morbimortalidad y - - constituyen los principales problemas de salud en México, se presentan en forma epidémica o pandémica. Los casos de influenza, neumonía y - - bronconeumonía agrupados, alcanzaron en 1970 una tasa de 131.7 x 100 000 habitantes.

#### Mortalidad.

En el quinquenio de 1968-1972 la mortalidad permaneció en un nivel constante hasta 1970, en que se aprecia un descenso de 9.9 x 1 000 habitantes que en último año, y en 1972 llega a 8.4, esta disminución obedece fundamentalmente a un descenso en la mortalidad de menores de 15 - - años y del grupo en edad productiva, sin embargo, la mortalidad en el - primer grupo todavía representa un 48.4% del total.

Las causas de muerte por enfermedades infecciosas representan el 39% del total, entre las que destacan, como se mencionaba antes: la influenza y neumonía, con una tasa de 131.7 x 100 000 habitantes. Aparecen también como causa importante de muerte, los accidentes que son el resultado de los avances tecnológicos y la adopción de patrones de vida urbanos.

La mortalidad infantil, con tasa de 52 x cada 1000 nacidos vivos; en 1973 coloca a los menores de un año como la población más afectada, como consecuencia de las grandes limitaciones existentes en oportuna y adecuada atención médica del recién nacido y hábitos higiénico-dietéticos inadecuados.

Las enfermedades prevenibles mediante las inmunizaciones, acusan una disminución, pero aún junto con otras causas infecciosas, representan el 50% de las enfermedades que anualmente hacen perder la vida a cerca de 150 000 menores de un año.

En el grupo productivo, descienden las causas infecciosas al 16% y empiezan a cobrar importancia otras que son consecuencia de la exposición a riesgos de trabajo, del ritmo de vida actual y la prolongación de la esperanza de vida, entre otras, tenemos cardiovasculares y neoplasias malignas. El sexo femenino se ve afectado por riesgos inherentes a su función reproductora.

#### Instituciones para la Salud.

En México, la atención se ofrece básicamente mediante tres sistemas: El de la S.S.A., Instituciones de Seguridad Social (IMSS y el -- ISSSTE) y el Sector Privado.

Las 3 formas de presentación de los servicios para la salud, responden a postulados diferentes, y así, la S.S.A. se ajusta al "principio igualitario de que la Salud es derecho de todos los mexicanos y el gobierno es responsable de proporcionar servicios para fomentar, conservar y recuperar la salud". El de las Instituciones de Seguridad Social se basa en el derecho gremial a la prestación de diversos servicios, entre ellos los de la salud. El ejercicio privado de la medicina, apoyado en las leyes de la libre oferta y la demanda y sujeto a su pervisión de la S.S.A.

En lo que respecta a la distribución de recursos humanos para la salud, como es bien sabido, no es uniforme, así vemos que en 1970 había un médico por cada 175 habitantes en el D.F. y uno por cada 4 600 habitantes en Chiapas. En cuanto a su distribución por Instituciones, tenemos que: En Instituciones de Seguridad Social, labora el 51.4% de

los médicos, el 52.2% de las enfermeras generales, 47.5 de especializadas y 46% de auxiliares de enfermería. En la Asistencia Pública, laboran el 21.5% de médicos, el 18% de enfermeras generales, el 19.4% de especializadas y el 26.1% de auxiliares.

Como un indicador del acceso de la población a la atención médica profesional, se presenta la proporción de defunciones médicamente certificadas. En 1940 solo el 51% fueron certificadas por un médico, en 1950 la cifra se elevó a 53%, en 1960 a 63% y en 1974 a 74%.

Podemos concluir que en el país ha habido un desarrollo considerable en lo que respecta a recursos para la salud, sin embargo, en cuanto a distribución y ubicación se refiere, existen grandes problemas, pues es evidente que dichos recursos se encuentran en las grandes ciudades o centros factoriales y solo al alcance de los que puedan pagar, a no ser que tengan derecho a algún servicio Institucional.

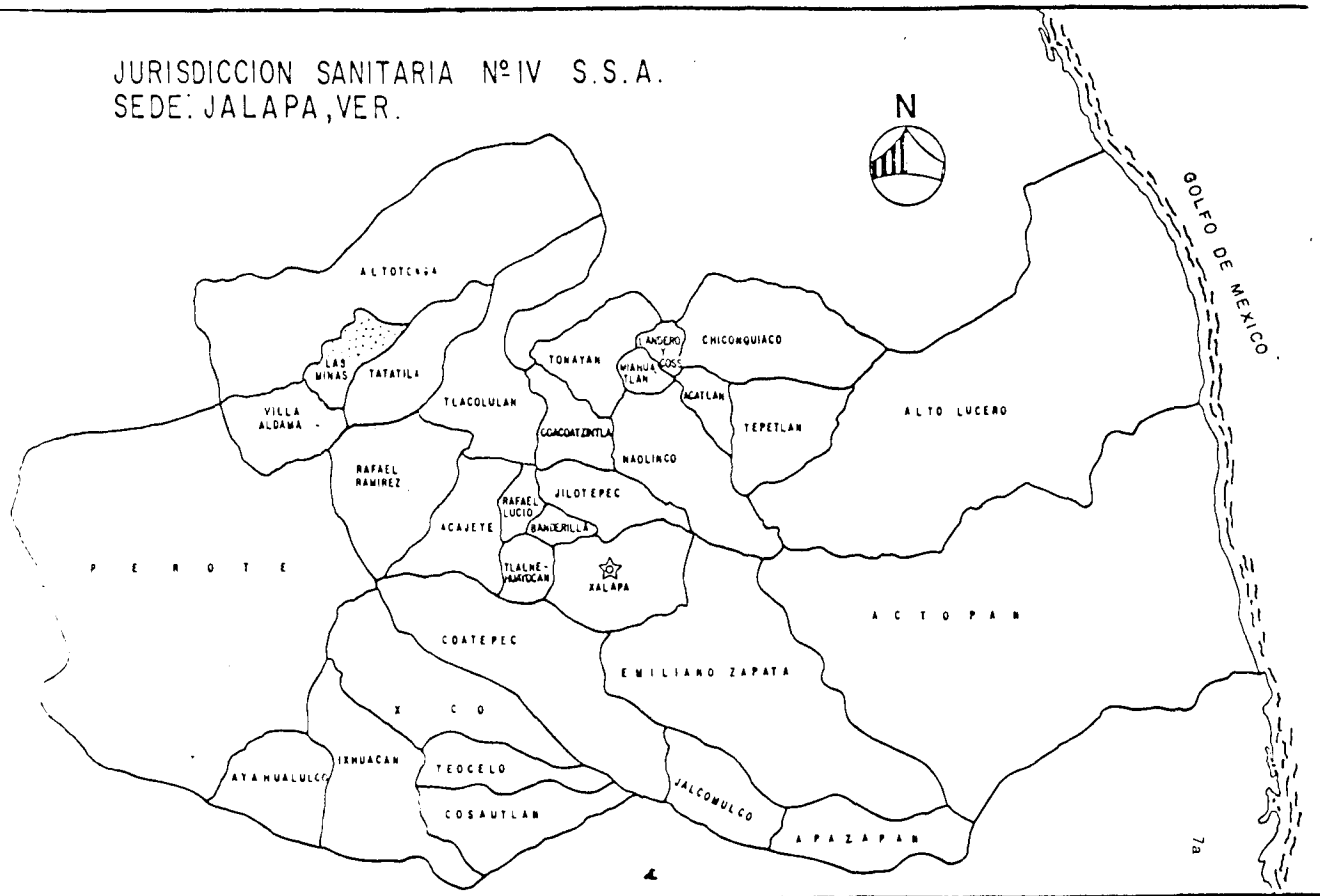
## 2.2. Localización Geográfica.

Villa Aldama, es la cabecera municipal del municipio del mismo -- nombre, comprendido dentro de la Jurisdicción Sanitaria IV de la S.S.A. con sede en Xalapa.

Se encuentra situada en el Valle de Perote, parte última oriental de la Altiplanicie Mexicana, localizada a una altura de 2,410 metros -- sobre en nivel del mar.

Limita al norte con los municipios de Altotonga y Rafael Ramírez, al este con Las Minas y Rafael Ramírez; al oeste con Altotonga y Perote y al sur con perote. La extensión municipal es de 96 Km cuadrados y de la cabecera municipal de 40 has. aproximadamente.

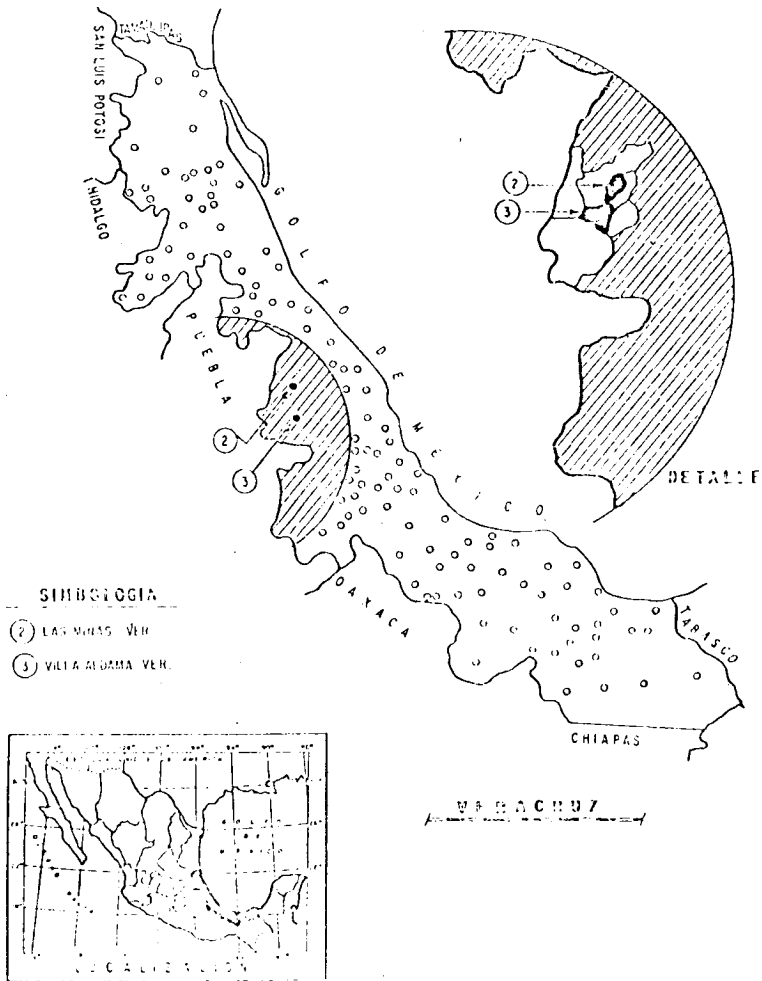
JURISDICCION SANITARIA N° IV S.S.A.  
SEDE: JALAPA, VER.



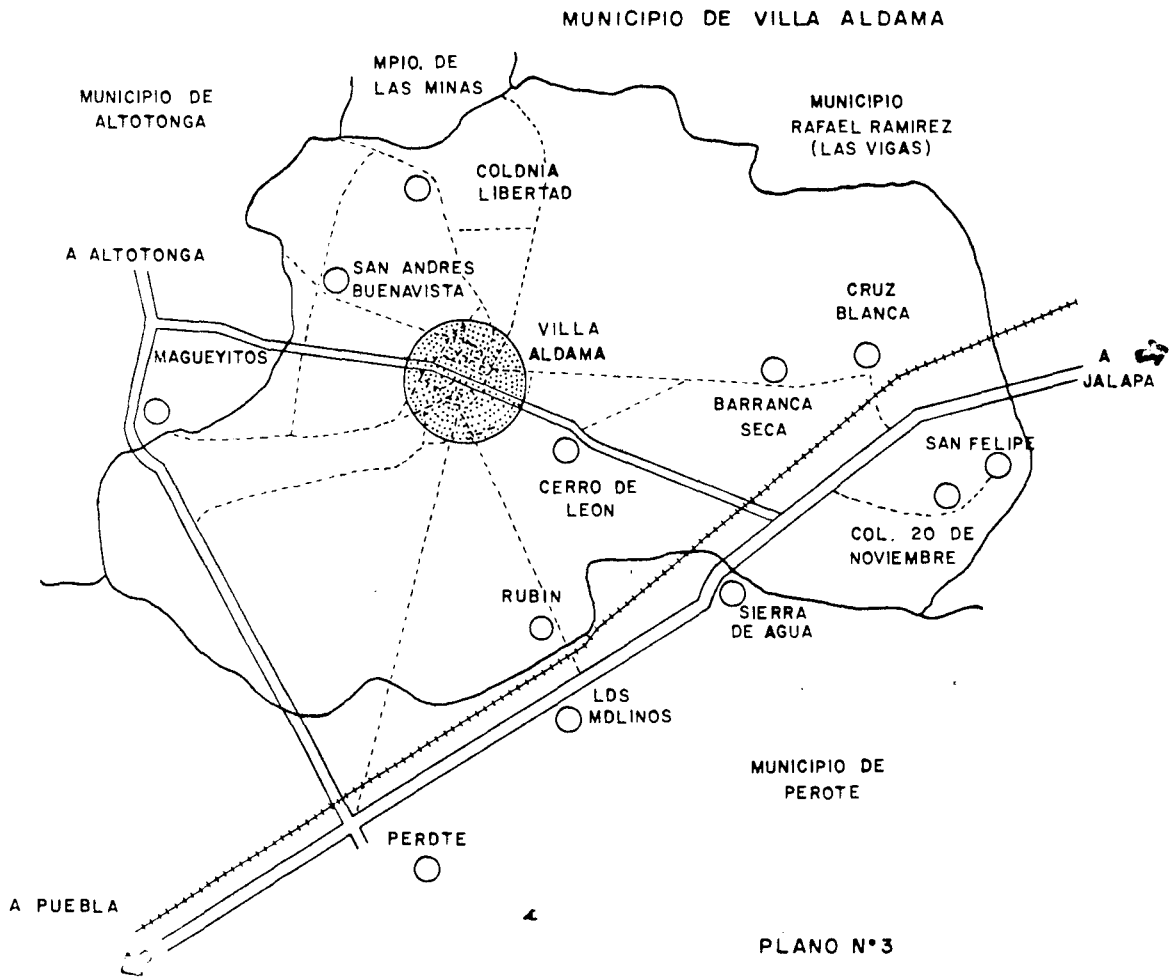
PLANO 1



# Localización Geográfica de los Municipios en Estudio



PLANO 2





# CABECERA MUNICIPAL VILLA ALDAMA



- EXPLICACION:**
- 1- IGLESIA CABECERA-PARROQUIAL
  - 2- PRESIDENCIA MUNICIPAL
  - 3- AUDITORIO MUNICIPAL
  - 4- ESCUELA PRIMARIA
  - 5- BODEGAS CONASUPO
  - 6- PANTEON MUNICIPAL
  - 7- LAVADEROS
  - 8- CORREOS
  - 9- PLAZA MUNICIPAL
  - 10- TELEGRAFOS
  - 11- TALLER DE COSTURA
  - 12- CLINICA RURAL

El Municipio está formado por las siguientes congregaciones poblacionales: De más de 1 000 habitantes tenemos a Villa Aldama; de 500 a 1 000 habitantes, estan: Cerro de León, Cruz Blanca, Col. Libertad y -- Buenavista; De menos de 500 habitantes: Barranca Seca, San Felipe, -- Col. 20 de Noviembre, El Quemado y Río Frío.

El clima en la región es frío y subhúmedo, el cual se extrema en los meses de invierno, presentandose frecuentes heladas y ocasionalmente algunas nevadas, descendiendo la temperatura varios grados bajo cero por la mañana y por la noche.

### 2.3. Historia.

En la época prehispánica, la región en la que se ubica Villa Aldama se encontraba dominada por los aztecas, principalmente para mantener la seguridad en las rutas mercantiles y de estafetas que se dirigían a la costa, por lo que existían en toda la región colonias Nahuatls, una de las cuales se encontraba situada en lo que actualmente se conoce como el barrio de la Reforma.

A partir de 1519, fecha en la que llegaron los españoles, la ruta que se utilizó para ir de la costa de Tenochtitlan pasaba por lo que -- hoy es Villa Aldama, esto ocasionó que se perdieran gran parte de las -- costumbres de la región , que se utilizara completamente el idioma castellano y que existiese una gran proporción de mestizaje.

Años después, unos monjes cuya orden religiosa se desconoce, establecieron una ermita en la localidad.

En 1870 fue reconocida oficialmente como población gracias a Vicente García, al cual se le considera como fundador del pueblo, recibiendo el nombre de "La Ermita Grande", perteneciendo políticamente al Cantón

de Jalacingo, municipio de Perote; ese mismo año se levantó el primer censo, en el que aparecen 435 habitantes, 228 hombres y 207 mujeres.

A principios de este siglo la mayor parte de la población económicamente activa, trabajaban como jornaleros para las Haciendas "Molin<sup>o</sup>s de Guadalupe", "Gamucero", y "Casa Santa", que pertenecían a las familias Villegas y Guzmán, viviendo en precarias condiciones debido al clima del lugar y a la explotación, lo que motivó que en época de la Revolución se dieran en toda la región diversos movimientos populares, que por su desorganización dieron lugar al surgimiento de varios bandoleros, que bajo el nombre de revolucionarios asolaron varias veces la población, hasta que fueron desalojados por el ejército, una vez que terminó la revolución.

El poblado fue elevado a la categoría de cabecera municipal en 1929, cambiandosele el nombre por el de Villa Aldama, en tributo a los antepasados de su fundador Vicente García.

Los habitantes de Villa Aldama recibieron el primer beneficio de la Reforma Agraria el 12 de Marzo de 1928, dotándoseles de 1 376 hectáreas, clasificadas así: 452 de temporal, 433 de monte y 491 de pastos, las cuales se entregaron a 240 personas jefes de familia capacitados, fundándose así el ejido de Villa Aldama, para lo cual fueron afectados los latifundios de las haciendas nombradas anteriormente.

Como el censo del 12 de Septiembre de 1939 dió como resultado la cantidad de 1 212 habitantes, de los cuales 256 eran jefes de familia, se solicitó una ampliación ejidal que fue resuelta favorablemente el 13 de Agosto de 1941, afectándose las mismas propiedades de la vez anterior. La ampliación comprendió en total 216 has, 128 de temporal y 89 de pastos; se formaron con ellas 16 parcelas, incluyendo la escolar.

#### 2.4. Características del Pueblo.

En villa Aldama, la mayoría de las tierras están dedicadas a la -- agricultura, por lo que la flora natural es poca y está constituida básicamente por coníferas, como son: pinos, ciprés, oyamel y otras plantas como truenos, magueyes y arbustos.

Se cultiva principalmente maíz, aunque también el trigo, habas, cebada, chicharo, hebo, alberjón y papa; Los árboles frutales que existen son: manzanos, perales, capulines, ciruelos.

La fauna silvestre está constituida por algunos pájaros como go--rriones, calandrias y chilladores, por algunas víboras generalmente inofensivas, otros reptiles llamados escorpiones y que son venenosos, r--tas y ratones de campo, tuzas mofetas, ardillas y murcielagos.

La cabecera municipal cuenta con 2 100 habitantes de los cuales el 48.09% son hombres y el 51.9 mujeres; la población menor de 15 años representa un 23% del total.

Existe un alto índice de emigración, debida principalmente a los -- bajos rendimientos agrícolas de la región y a la falta de fuentes de -- trabajo; cada año emigra temporalmente del 40 al 60% de los campesinos a trabajar en la cosecha del café al municipio de Coatepec, a esto se -- suma un buen porcentaje de personas que emigran a las Ciudades de Xalapa, Puebla y México, con el fin de trabajar o continuar con estudios superiores. La inmigración es casi nula.

En cuanto a economía, tenemos que en el municipio solo existen la propiedad ejidal y la pequeña propiedad. La primera tiene un extensión de 1 593 has., de las que 580 son de temporal, 580 de pastos y 433 de -- monte, de estas últimas 200 has., son de bosque. La pequeña propiedad tiene una extensión de 9 084 has., de las que 100 son de bosque y el -- resto de temporal y pastos.

El 55.02% de la población económicamente activa trabaja como campesino, el 9.25% como campesinos y obreros eventuales, el 3.84 son agricultores y comerciantes y del resto, 14.02% laboran como obreros en una fábrica de ropa que hay en la cabecera municipal, en la cual existe una gran explotación de los trabajadores; el 0.53 % labora como chofer, el 4.75% como empleados, el 11.37% como empleados domésticos, el 1.85% como profesionistas y el 0.26% como empresarios.

#### Habitos y costumbres

Como en otras comunidades rurales, existe escases de agua y educación para aprovecharla, lo cual se traduce en una higiene personal precaria en la mayoría de la población, aunado a esto, el clima frío que impera en la región dificulta aún más el baño y el aseo personal.

Solamente el 15.25% de las amas de casa, tienen la costumbre de la cocción adecuada del agua y alimentos, así como el lavado de las manos antes de su manejo.

En cuanto a promiscuidad con animales domésticos, debido al clima, en época de invierno se permite que perros, gatos y pollos y en ocasiones hasta cerdos duerman en la misma habitación que las personas.

#### Costumbres y creencias en relación a medicina popular.

Existe en toda la región un gran componente mágico en cuanto a conceptos de Salud-enfermedad, el cual toma mayor importancia en cuanto es menor el grado de escolaridad de los habitantes, sin embargo está presente en mayor o menor proporción en todos los estratos sociales.

Se encuentra muy difundida la creencia de que ciertas personas poseen "miradas fuertes" y al gustarles un niño o animal le ocasionan -- "mal de ojo", el cual debe curarse a tiempo con limpias a base de huevo

chiles y algunas hierbas específicas, para que no se muera. Para prevenir que le "hagan ojo" a un niño le envuelven entre sus ropas ajos, cebolla y "ojos de venado" preparados que venden en los mercados.

Es muy importante la afición y la fé que le tienen al baño de Te--mascal", que viene siendo un baño de vapor, en donde además se dan masajes con aceites vegetales, aguardiente y cocciones de algunas hierbas - como son: la hierba dulce, la santamaría, la ruda y jarilla; estos baños los recomiendan en caso de "abertura de cadera" que se manifiesta con dolor de cadera, alteraciones menstruales y manchas en la cara, también se utiliza para curar las "venteadas" o "mal aire" que se manifiesta con dolores musculares o de nuca, ya se hizo costumbre ese baño en todas las puérp<sup>er</sup>as. Se ha visto que junto con algunas prácticas absurdas y sin resultados satisfactorios, existen varias que si son efectivas y se basan en conocimiento de algunas plantas medicinales de la región, como sería el uso de las flores de manzanilla hervidas para curar la conjuntivitis primaveral y aún la bacteriana, se utiliza también con buenos resultados la leche hervida con flores de Sáuco con piloncillo - como antitusígeno, los lavados de bicarbonato para la moniliasis oral, para casos de constipación se utiliza té de rosa de castilla, planta -- que junto con la manzanilla alivia algunas de las frecuentes dermatitis del pañal que se presentan entre los lactantes.

#### Recursos y servicios.

El 53.39% de las viviendas son de madera, y solo el 16.87% son de concreto, el resto varía entre block y adobe; en cuanto al número de habitantes, el 33.74% cuenta con 2 cuartos y el 15.13% con más de 3 -- cuartos, el resto sólo posee un cuarto, el cual utilizan como cocina, comedor, granero y dormitorio. En cuanto a la luz y ventilación se refiere, estas son deficientes en la mayoría de las viviendas de madera, adobe y chozas. Existen una gran cantidad de insectos y roedores en - los dormitorios, ya que generalmente son utilizados como graneros.



Existe un alto porcentaje de hacinamiento, ya que el tamaño de los cuartos es reducido y en ellos duermen un promedio de 5 personas.

El agua es traída del cofre de Perote y solo el 27.29% de las viviendas tienen agua intradomiciliaria, el resto acuden a arbotantes públicos.

En cuanto a disposición de excretas, tenemos que cerca del 60% de las viviendas, envía sus desechos al campo y vía pública y practica el fecalismo al aire libre.

El 20.09% de las viviendas, utilizan como combustible el gas, que es traído de Perote por camiones repartidores, aproximadamente cada mes. El 35.48% usa petróleo y el 27.29% carbón y el 17.12% ocupa leña como único combustible.

La alimentación, como la mayor parte de la población mexicana, un alto porcentaje de habitantes de esta población tiene como alimentos básicos: el maíz, frijol, chile y también se consume lo que ellos mismos producen o recolectan como frutas (manzanas, ciruelas, capulines), nopales, tunas, quelites y otras verduras de temporada; esporádicamente se consumen huevos y leche en escasa cantidad y carne una o dos veces por semana, principalmente de cerdo o borrego.

#### Organizaciones sociales, políticas, religiosas y familiares.

Las principales autoridades formales de Filla Aldama, son el Presidente Municipal, el Juez, el Regidor, dos Síndicos, el Comandante de Policía y 2 policías.

Como autoridades informales existen en la localidad, 2 grupos caciquiles, uno gira alrededor del Presidente local del PRI y el otro -

alrededor del Presidente del PPS, ambos son de los principales agricultores de Villa Aldama y poseen varios comercios en la misma localidad.

Actualmente la Presidencia Municipal ejerce solo en parte el poder político y el económico, su influencia alcanza solo lo estrictamente legal. El principal control se ejerce a nivel de partidos políticos, existiendo en cada uno de ellos una gran influencia con los individuos que de alguna manera son sus integrantes.

En cuanto a la religión se refiere, existen en Villa Aldama: la Protestante en un mínimo porcentaje y la Católica con un 81.07% de creyentes dentro de la población.

La Iglesia del pueblo es la cabecera Parroquial de un área que abarca todas las poblaciones del mismo municipio y algunas de Altotonga, Perote y Jalacingo.

Reside en esta población el párroco desde dos años, este Sacerdote ha tratado de unir al pueblo por medio de sus sermones y la formación de un grupo juvenil de pastoral el cual también está funcionando como grupo de trabajo, pues actualmente han montado un taller de costura, patrocinados por un grupo religioso alemán, llamado por sus dirigentes: "OBRA COLPING".

Hablando de la organización familiar, la estructura es similar a la del resto del país, dándose en forma de patriarcado, en donde al ser el padre el que "Mantiene a la familia", este posee todos los derechos sobre ella, dirigiéndola en forma dictatorial y a la mujer se le considera como objeto, que al encontrarse totalmente dependiente del hombre desde el punto de vista económico, debe responder con sumisión y obediencia, cumpliendo funciones de servidumbre y un rol importante como satisfactor sexual.

### 3. MARCO TEORICO

El hombre es un Ente que comparte varias características con los animales, tanto biológicas como psicológicas, sin embargo al hombre - lo diferencia y lo hace superior a los animales, el hecho de ser histórico, o sea que a lo largo del tiempo se va palpando cambios en - sus organizaciones, forma de vida y pensamiento, y así vemos que una sociedad y un patrón epidemiológico de un lugar determinado de la -- edad media, no es igual a los presentes en la época actual, aunque - se trate del mismo lugar geográfico. Todo esto es posible, gracias - al trabajo organizado de los hombres.

"El hombre es pues un ser subjetivo, capaz de actuar de manera - racional, de decidir acerca de sí mismo y debe ser considerado como - el sujeto del trabajo, el cual independientemente de su contenido ob- jetivo debe servir para la realización y perfeccionamiento de su ser" (1).

Por lo que al trabajo debemos entenderlo como una actividad tran- sitiva, que empezando en el sujeto humano, se dirige hacia un objeto externo para transformarlo, y supone el dominio del hombre sobre este objeto; o sea que el trabajo es toda actividad humana que transforma la naturaleza y a la vez es instrumento de superación para el hombre.

Sin embargo, al hombre no lo podemos concebir como un ser aisla- do, ya que desde los inicios de la humanidad siempre tendió a agrupar- se para poder subsistir, estas organizaciones siempre se dieron alre- dedor del trabajo, con el fin de unir sus fuerzas y obtener máximos beneficios para toda la comunidad, transformando la naturaleza y ex-- trayendo sus riquezas a fin de poder vivir mejor y protegerse de los fenómenos naturales y de los animales; de esta manera empiezan a sur- gir hordas, clanes y tribus, organizaciones en las que todos trabajan

para todos y los medios para el trabajo o sea las herramientas y la materia prima pertenecen al grupo en general.

El individuo nace y se desarrolla dentro de la sociedad, dentro de la comunidad humana, la cual en la medida en que está estructurada hace partícipe al individuo de los valores, cultura y costumbres que conlleva. Partiendo de esta concepción sobre el hombre como ser biosocial, inmerso dentro de una sociedad, se derivan derechos y obligaciones y por ello se crean fuentes de administración jurídica, social y política, las cuales deben estar encaminadas al provecho de todos los miembros de dicha sociedad. Como ya se mencionó anteriormente, el hombre siempre tiende a organizarse alrededor del trabajo, por tanto, estas fuentes administrativas también lo estarán, por lo que, mientras que el trabajo se realizó de manera conjunta y para beneficio común del grupo, siendo los medios de producción también comunes, este aparato jurídico-político-social también era del grupo y trabajaba para el grupo en su totalidad.

Sin embargo, a lo largo de la historia el desarrollo de la sociedad nos ha conducido por varias etapas, por lo que a partir del surgimiento de la propiedad privada de la tierra y otros medios de producción, los dueños de estos explotarán a aquellos individuos que solo poseen su fuerza de trabajo y que tendrán que venderla para poder subsistir; aquí, los intereses ya no son comunes para todos, sino por el contrario, los intereses de un grupo se oponen a los del otro, es entonces cuando aparecen las clases sociales: ahora los medios de producción pertenecen a unos cuantos individuos, los cuales tienen en sus manos el poder económico y controlan otros aspectos de la sociedad, por lo que el estado, o aparato que rige a una sociedad no está al servicio de todo el pueblo, aunque él mismo pretenda aparentar lo contrario.

"El estado viene a ser un instrumento fundamental de poder político en la sociedad dividida en clases, surge como organización de la clase económicamente dominante, es por tanto un órgano de opresión de

una clase por otra y es el producto de la sociedad al llegar a una determinada fase de desarrollo y pone de manifiesto la existencia de una lucha de clases" (2).

Consideré importante mencionar todo lo anteriormente expuesto, para poder comprender mejor lo relacionado al proceso Salud-Enfermedad y práctica médica, ya que como todo proceso humano está relacionado e influenciado por el proceso de trabajo y por lo mismo se encuentra determinado históricamente.

### 3.1. Proceso Salud-Enfermedad.

La salud y la enfermedad, tienen tantas definiciones como concepciones del mundo existen, así vemos, que hay algunas en las que solo se toman en cuenta una serie de factores biológicos, en las que el hombre es considerado como si se tratara de un individuo aislado y no como un ser social.

Las definiciones ecologistas aceptan cierta interacción de la naturaleza con el organismo, pero solo toman en cuenta aspectos puramente físicos, como el clima, la flora, fauna, etc.

Si analizamos al fenómeno salud-enfermedad y lo entendemos como un proceso que se da no en individuos aislados, sino en grupos sociales, en un momento histórico determinado, podremos darnos cuenta que al concebirlo como un proceso, lo entendemos como un modo dinámico de andar en la vida y se presenta la posibilidad de entenderlo en estrecha relación con el proceso de desgaste y reproducción de la fuerza de trabajo.

La salud y la enfermedad constituyen una unidad dialéctica, son dos momentos de un mismo fenómeno y se dan como producto de la relación que el hombre establece con la naturaleza.

En general, resulta difícil establecer límites entre la salud y la enfermedad ya que son dos hechos entre los que fluctúa el individuo toda su vida, son dos situaciones estrechamente ligadas por conexiones recíprocas y que alteran la integridad anatómica o la capacidad funcional.

La salud no es lo ideal y la enfermedad la desviación, sino que ambos son parte necesaria de un proceso único, que se da de modos distintos entre las clases sociales de una sociedad y en una época histórica determinada.

"El fenómeno Salud-Enfermedad, es un proceso social determinado - por el lugar que ocupa el individuo en el proceso productivo, o sea, la clase social a la que pertenece, por el grado de organización política y conciencia social de la clase o grupo al que pertenece; esta determinación social, va a manifestarse en el organismo biológico de los individuos y será percibido de diferente manera de acuerdo a la concepción ideológica que se tenga del proceso salud y enfermedad" (3).

Es evidente como la enfermedad y muerte se encuentran influenciadas de terminantemente por las clases sociales, ya que las clases oprimidas padecen todo tipo de enfermedades carenciales, como desnutrición, parasitosis, infecciones gastrointestinales y de las vías aéreas superiores, etc., mientras que las clases dominantes presentan otro patrón epidemiológico totalmente distinto, prevaleciendo entre otras, enfermedades -- cardiovasculares, hipertensión arterial, arteriosclerosis, hiperlipemias, obesidad, etc.

Como en la producción capitalista, la finalidad no es crear bienes para el consumo popular, sino generar plusvalía acumulable como capital, esto trae grandes consecuencias para el proceso de producción inmediato, así como para la reproducción y consumo, desde el momento en que para generarse un máximo de plusvalía se exige que la fuerza de trabajo comprada se convierta en un máximo de trabajo realizado, que hace que el obrero pase de ser sujeto de trabajo a objeto de producción, esto ocasiona en el trabajador, un desgaste físico y psicológico excesivo, así

como un gran stress por querer llegar diariamente a la meta de eficiencia impuesta por el patrón para poder ganar un salario, por demás subsistencial.

Consideremos ahora el momento reproductivo, el cual se ve también restringido para los trabajadores, ya que su bajo poder adquisitivo -- les impide gozar de una buena alimentación y elementos para el descanso, así como una atención médica adecuada, por lo cual la recuperación plena de su fuerza de trabajo y de ellos mismos como personas les es negada por el sistema vigente. Como lo menciono anteriormente, el estado es un instrumento político al servicio de la clase dominante, por lo tanto trata por todos los medios de que esta situación desventajosa para los trabajadores perdure a través del tiempo y trata de tener contentos a las clases oprimidas mediante medidas paliativas, como son algunas prestaciones laborales y atención médica; sin embargo esta atención esta impregnada de una ideología propia del sistema, o sea que para conveniencia de los explotadores la salud y la enfermedad es concebida como un hecho meramente biológico y aislado, en el que al paciente se le hace sentir como "culpable de su misma enfermedad", se -- considera pues a la enfermedad, como el resultado de la acción de un agente patógeno específico, de carácter biológico y que será único y particular para cada enfermedad; por lo anterior, existe también una ideologización de los sistemas de clasificación de la morbi-mortalidad, en las que resaltan las causas biológicas de la enfermedad y muerte y encubren la determinación social de estos hechos.

### 3.2. Práctica Médica.

"La práctica médica es la respuesta social encaminada a resolver la enfermedad, y está determinada por el grado de desarrollo de las fuerzas productivas, las relaciones sociales de producción, las relaciones políticas y finalmente, la concepción ideológica que se tenga del fenómeno Salud-Enfermedad" (4).

En México existen dos tipos de práctica médica: la práctica médica dominante y la práctica médica subalterna; la primera es una práctica médica capitalista o sea que funciona a partir de enfermos, los cuales son atendidos solo en el aspecto curativo, mediante fármacos producidos por empresas transnacionales y con equipos médicos complicados, - cuya producción involucra una gran acumulación de capital, plusvalía y gran explotación. Esta práctica médica está dirigida tanto para las -- clases dominantes, como para las subalternas; en ambas, el paciente es considerado como simple consumidor de una mercancía, en este caso, médicamentos de alto costo, y el médico inmerso en esta sociedad de consumo y perteneciente a una clase social, funciona como intermediario entre - consumidores y productores.

Esta práctica médica surge como respuesta al fenómeno salud-enfermedad concebido desde el punto de vista puramente biologista e individualista, por lo cual no incide sobre las causas últimas de la enfermedad, no transforma la esencia; además, teniendo en cuenta que se da en una sociedad capitalista, lo que se persigue será la acumulación del capital y no un cambio real en el proceso salud-enfermedad, por lo anterior, es evidente que el tipo de atención médica brindada dependerá de la clase social a la que vaya dirigida, así vemos que, la práctica médica para los burgueses y funcionarios es de un alto nivel técnico, de -- buena calidad y de costo muy elevado, en tanto inaccesible para las masas.

Este tipo de práctica médica capitalista puede darse de varias formas:

- 1.- En forma de práctica médica privada, en donde el médico es -- también administrador, puede darse en forma hospitalaria o artesanal, en la que se consumen equipos médicos y se recetan - medicamentos industrializados, el paciente es concebido como objeto de consumo y se despersonaliza.



- 2.- También tenemos la práctica médica para los asegurados, este seguro puede ser de iniciativa privada, en el cual, las personas sanas lo pagan y en caso de enfermedad son atendidos - por dicha Institución, aquí puede interesar un poco la medicina preventiva.

La práctica médica del estado, que está dada por el IMSS e ISSSTE posee un alto nivel técnico, pero mal distribuido, hay un alto grado de burocracia, esta práctica médica tiene una función económica, política e ideológica a favor de la clase dominante, pues lo que interesa primordialmente es que la fuerza de trabajo se mantenga en "buenas condiciones" para que no haya fugas económicas y baja en la producción al darse un alto grado de ausentismo en el trabajo por causa de enfermedad; en esta práctica médica, prevalece el aspecto curativo, y al me dicina preventiva existe, pero también es concebida desde el punto de vista biologicista-individualista, pues se limita a programas de vacunación, que en última instancia vienen siendo también paliativos, pues no cambian el nivel de vida de la clase obrera, también existen otros programas cuya razón de ser son causas meramente políticas y hegemónicas, ya que estos deben ser aplicados a nivel nacional, sin importar las necesidades reales y sentidas de cada comunidad; además de que -- sus sistemas de evaluación son inadecuados, pues su único parámetro es el número de personas que se ha logrado introducir a determinado programa, olvidándose de lo más importante, que sería ver, que resultados tuvo en cada lugar, y en los casos en que es rechazado, investigar las causas reales de esta situación, siendo en todos los casos de índole so cial.

Por otra parte, tenemos la práctica médica subalterna, que viene a ser como un resumen de prácticas médicas dominantes en otros momentos históricos, es asistemática, se encuentra incluida dentro del folclor de cada pueblo, está apoyada más que en bases científicas, en el sentido común, presenta escaso desarrollo técnico, sus conceptos son - empíricos-mágicos-religiosos, en muchos casos es de gran eficacia, - -

está dirigida solo para las clases subalternas y tiene una cobertura -- del 50-60%.

Mientras no exista un cambio radical en la política de la práctica médica, no podremos lograr cambios en el patrón epidemiológico del país pues como nos podemos dar cuenta, existe solamente atención a nivel curativo y se descuida el nivel preventivo y educativo, además de que se enmascaran los factores sociales de la enfermedad.

Por otra parte, tenemos que la salud no es sólo es resultado pasivo del proceso de desarrollo económico, sino que las personas organizadas, serán capaces de lograr cambios cualitativos en las condiciones de salud de las masas.

Se necesita pues, de una práctica médica revolucionaria donde la mayor responsabilidad recaiga sobre la población e intervenga el equipo médico subordinado a la población y respaldando los aspectos técnicos, en esta práctica médica debe haber predominio en la prevención primaria y la concientización de la población sobre las determinantes sociales - del proceso salud-enfermedad; para lograr esto se requiere de la elaboración de programas de educación en salud exclusivos y específicos para una población determinada, teniendo en cuenta las necesidades sentidas y las necesidades reales de ese lugar.

### 3.3. Educación en Salud.

La educación en salud es un conjunto de acciones realizadas por -- personas capacitadas y de manera interdisciplinaria, con el fin de educar y crear conciencia en la población, sobre como procurar mantener la salud, aprovechando todos los recursos de que dispone la población y tomando como punto de partida las necesidades sentidas del pueblo para después incidir sobre las necesidades reales.

La educación en salud, debe darse comunicándose con la población a quien va dirigida, o sea a manera de diálogo, de tal forma que en esta relación dialógica-comunicativa los sujetos interlocutores se expresen a través de un mismo sistema de signos lingüísticos ya que si no hay acuerdo en torno a los signos como expresiones del objeto significado, no puede haber comprensión entre los sujetos, lo que imposibilita la -- comunicación.

Para que un educador en salud logre ser eficaz objeto de transfor mación, necesita primeramente conocer la población en que va a trabajar, hacer suyos los problemas existentes en ella, para enseguida establecer sus estrategias de acción.

#### 4. HIPOTESIS Y JUSTIFICACION

##### Hipotesis.

1. La elevada incidencia de infecciones en las vías aéreas superiores está determinada por la falta de vivienda y ropas adecuadas que -- prevalece entre la población como consecuencia de la pobreza y la explotación, por lo cual, mediante un adecuado programa de educación en salud que se traduzca en acciones llevadas a cabo por la población, se disminuirá su incidencia.
2. La parasitosis y gastroenteritis infecciosa, son padecimientos muy frecuentes y están determinados por el deficiente abastecimiento - de agua potable y medios adecuados para eliminar excretas; producto de las relaciones sociales de producción existentes en este lugar; Para lo cual, con un programa de educación en salud que concientice sobre esta problemática y organice a la población, se realizarán actividades colectivas tendientes a disminuir la magnitud de este problema epidemiológico.

##### Justificación de las hipótesis.

Las enfermedades más frecuentes que se observan en Villa Aldama, - son determinadas por el proceso de explotación al campesino, ya que dicha explotación condiciona que el grupo poblacional afectado sufra de carencias económicas que se traducen en falta de agua potable, medios - adecuados para eliminar excretas, vivienda y ropas deficientes de acuerdo al frío y húmedo clima que existe en la región, falta de elementos - mínimos para el aseo, alimentación casi subsistencial y una baja escolaridad. Toda esta situación va a repercutir en el momento reproductivo de las fuerzas de trabajo explotadas y nos da un perfil epidemiológico específico.

## 5. RESULTADOS

Para llevar a cabo la presente investigación se recabaron datos en la consulta diaria por medio de un archivo clínico, a partir del cual nos pudimos dar cuenta que casi la mitad de las personas que acuden a consulta son menores de 15 años, situación dada por la inadecuada alimentación que aumenta el riesgo de los infantes a contraer enfermedades y a la falta de cuidados ya que sus padres tienen que salir a trabajar.

Al analizar los datos y cuadros obtenidos por este medio, se hizo evidente que el 63.11% de la consulta fue dada a pacientes del sexo femenino, lo cual nos habla de una mayor susceptibilidad a la enfermedad por este grupo, o de una forma de vida en la que la mujer está relegada económica y socialmente, por lo cual recibe menos cuidados desde la más temprana edad y es sometida a trabajos desgastantes sin recibir -- una alimentación adecuada; además si vemos el cuadro de estado civil de los pacientes, podemos apreciar que el 72.3% de la consulta fue impartida a personas casadas, por lo que podemos inferir que gran parte de la patología en el sexo femenino está ligado a sus funciones reproductivas.

Para profundizar un poco más al respecto analizamos los antecedentes gineco-obstétricos de 109 mujeres de 15 años o más que acudieron a consulta y de las cuales, 85 se han embarazado por lo menos una vez, -- esto nos traduce la situación tan especial que se da en el campo mexicano, en la cual las mujeres tienen la conciencia de haber nacido para casarse, obedecer al esposo y tener hijos, de tal forma que un alto -- porcentaje de adolescentes no aptas aún ni física ni psicológicamente para ser madres llegan a serlo, repercutiendo en forma importante en la salud y educación de sus hijos, y si a esto añadimos el alto grado de paternidad no responsable que existe, esto viene a ser un problema muy serio para las generaciones que suceden.

Cuadro 2. Gestas en mujeres de 15 años ó más.

| NUM. GESTAS | NUM. MUJERES | %     |
|-------------|--------------|-------|
| Ninguna     | 24           | 22    |
| Una         | 8            | 7.33  |
| Dos         | 3            | 2.75  |
| Tres        | 11           | 10.09 |
| Cuatro      | 15           | 13.76 |
| Cinco       | 3            | 2.75  |
| Seis        | 7            | 6.42  |
| Siete       | 6            | 5.5   |
| Ocho        | 4            | 3.66  |
| Nueve       | 5            | 4.58  |
| Diez o más  | 23           | 21.10 |
| T O T A L   | 109          | 99.95 |

Fuente: Archivo clínico del Centro de Salud de Villa Aldama.

Se encontró que el 21.10% de las mujeres mayores de 15 años han tenido diez o más gestas, situación que además de corroborarnos lo anteriormente expuesto respecto a la Condición Social de la muerte en México, también nos habla de que las familias del campo y sobre todo de clases -desprotegidas, generalmente tienen muchos hijos en base a dos premisas: la primera, porque para ellos son patentes las altas tasas de mortalidad infantil, por lo cual, entre más hijos tengan hay más probabilidades de que algunos les vivan; y la segunda premisa es, que entre más hijos tengan, al crecer serán más los que ayuden con su fuerza de trabajo a conseguir lo indispensable para vivir.

Por otra parte, si vemos el Cuadro de terminación de gestas, podemos observar que el 8.3% de ellas terminaron en aborto y que si relacionamos el número de mujeres que han abortado, entre el número de mujeres con vida sexual activa, nos encontramos con que el 28% de ellas han - - abortado alguna vez, lo cual puede deberse a la falta de un control prenatal adecuado y de los cuidados que una embarazada necesita, como sería una alimentación balanceada y un descanso adecuado.

Cuadro 3. Terminación de Gestas.

| T E R M I N A C I O N | NUM. GESTAS | %    |
|-----------------------|-------------|------|
| En gestación          | 10          | 1.9  |
| Partos                | 451         | 87.9 |
| Abortos               | 43          | 8.3  |
| Cesareas              | 9           | 1.7  |
| TOTAL GESTAS          | 513         | 99.8 |

Cuadro 4. Cuadro de Abortos.

| NUM. DE ABORTOS | NUM. DE MUJERES | TOTAL ABORTOS |
|-----------------|-----------------|---------------|
| Uno             | 11              | 11            |
| Dos             | 10              | 20            |
| Tres            | 2               | 6             |
| Seis            | 1               | 6             |
| TOTAL ABORTOS   | 24              | 43            |

Fuente: Archivo clínico del Centro de Salud de Villa Aldama.

Cuadro 5. Número de integrantes por familia por clase social.

| CLASE SOCIAL             | 1 a 3 Integ. |       | 4 a 7 Integ. |       | 8 ó más I. |       | T O T A L |
|--------------------------|--------------|-------|--------------|-------|------------|-------|-----------|
|                          | # Fam.       | %     | # Fam.       | %     | # Fam.     | %     |           |
| Jornaleros               | 8            | 16.32 | 30           | 61.22 | 11         | 22.44 | 49        |
| Campesinos<br>pobres     | 1            | 4.1   | 21           | 87.5  | 2          | 8.3   | 24        |
| Camp. M.R<br>y Artesanos | 2            | 16.6  | 10           | 83.3  | -          | -     | 12        |
| Comer. Ind.<br>y Buroc.  | 2            | 13.3  | 5            | 33.3  | 8          | 53.3  | 15        |
| T O T A L                | 13           | 13    | 66           | 66    | 21         | 21    | 100       |

Fuente: Encuestas realizadas en Cerro de León, Col. Libertad y Villa Aldama.

Con estos Cuadros se reafirma el hecho de la concepción que en -- campo mexicano se tiene sobre el número de hijos que se debe tener, o sea, que el ser las familias demasiado grandes encierra motivaciones -- económicas, sociales y culturales, de tal forma que esta realidad hace que las "CAMPAÑAS DE PLANIFICACION FAMILIAR" a nivel nacional esten -- mal planeadas ya que contemplan el problema desde un punto de vista -- unifactorial, además de que dichos programas al ser implementados por el estado, estarán consecuentemente al servicio de una clase, la bur-- guesía, y tomando en cuenta las características del sistema que impera en el país pudiese esperarse que se pretenda controlar la natalidad en familias de clases desprotegidas para evitar a largo plazo que el núme ro de personas con las que tuviese que luchar la clase dominante sea -- demasiado grande.



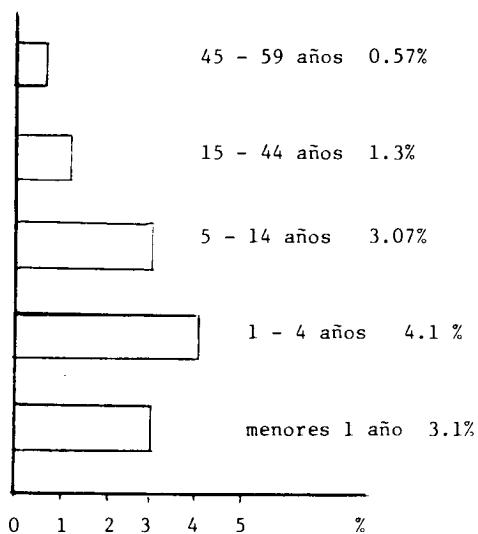
En cuanto a los datos de encuesta se refiere, obtuvimos que el - - 47.5% del total de encuestados en los tres grupos fueron jornaleros y - el 25.5% campesinos pobres, también se analizaron los datos grupo por grupo, pero al no encontrarse diferencias significativas en la distribución por clase social, no se incluyen esos cuadros, en cambio nos pareció más importante obtener el promedio de personas encuestadas por el - número de familias según su clase social y nos encontramos con que en todas ellas el promedio es muy similar ya que oscila entre 5.1 y 5.7%.

Cuadro 6. Integrantes por familia.

| CLASE SOCIAL                     | NUMERO DE ENCUESTADOS | %     | PROMEDIO POR FAMILIA |
|----------------------------------|-----------------------|-------|----------------------|
| Jornaleros                       | 258                   | 47.5  | 5.2                  |
| Campesinos pobres                | 139                   | 25.5  | 5.7                  |
| Camp. medios, ricos y Artesanos. | 62                    | 11.44 | 5.1                  |
| Comerc. Ind. y Burócratas.       | 84                    | 15.46 | 5.6                  |
| T O T A L                        | 543                   | 99.9  |                      |

Fuente: Encuestas realizadas en Cerro de León, Col. Libertad y Villa Aldama, Ver.

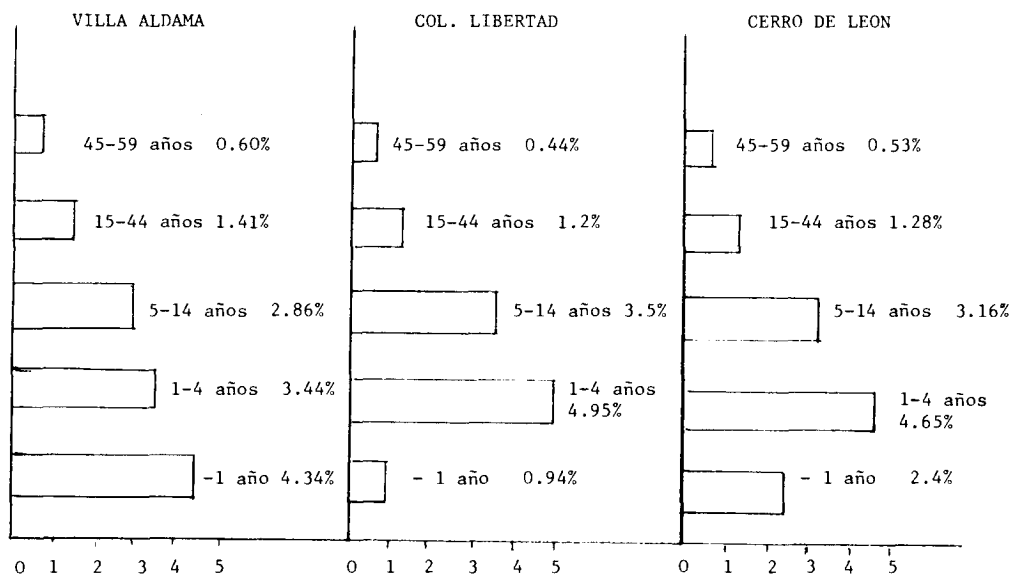
Analizando más profundamente el número de integrantes por familia nos encontramos con que en general el 66% de todas las familias caen en el grupo de 4 a 7 integrantes; entre los jornaleros, el 83.66% de las familias tienen 4 o más miembros, en los campesinos pobres, el 95.8% y alrededor del 80% de los campesinos medios, ricos y artesanos comerciantes y burócratas.



Grafica 1. Pirámide global de población.

Fuente: Encuestas realizadas en Cerro de León, Col. Libertad y Villa Aldama.

Reuniendo los datos de población de los tres lugares estudiados y realizando la pirámide poblacional con porcentajes proporcionales para cada rango de edad, podemos observar que en su mayoría, la población se compone de infantes, ya que en números el porcentaje mayor es de -- 4.1% para el grupo de 1 a 4 años; pero al observar la base de la pirámide, vemos que es menor que la subsecuente, por lo que llegamos a inferir que ha aumentado la planificación familiar.



Gráfica 2. Comparación de la pirámide poblacional de los 3 grupos estudiados.

Fuente: Encuestas realizadas en Cerro de León, Col. Libertad y Villa Aldama.

Al analizar las pirámides de población comparativamente, podemos observar que mientras que en Villa Aldama se puede formar perfectamente la pirámide con su base ancha y su vértice angosto, en la Col. Libertad y Cerro de León el porcentaje de menores de un año es muy bajo resultando en ambos menor que el de 1 a 4 años, esto puede indicarnos dos cosas: Primero, que existe un alto grado de control de la natalidad en ambos lugares, y segundo, que es muy elevada la mortalidad en ese grupo de edad.

Como se menciona en el Marco Teórico, el proceso S/E está en estrecha relación con el proceso de desgaste y reproducción de la fuerza de trabajo y por lo tanto está determinado socialmente, lo cual se hace evidente al analizar la distribución de personas que acudieron a solicitar ayuda médica, en donde podemos apreciar que el 63.5% fueron -- jornaleros.

Cuadro 7. Clase social de los pacientes que acudieron a consulta.

| CLASE SOCIAL                         | TOTAL | %     |
|--------------------------------------|-------|-------|
| Jornaleros                           | 167   | 63.49 |
| Campe sinos Pobres                   | 39    | 14.82 |
| Campe sinos medios, ricos y Artesan. | 18    | 6.84  |
| Comerciantes Ind. y Burócratas       | 39    | 14.82 |
| T O T A L E S                        | 263   | 99.97 |

Fuente: Archivo clínico del Centro de Salud de Villa Aldama.

Esto nos habla del hecho de que este grupo carece de Servicios Públicos y poder adquisitivo suficiente para poder reproducir adecuadamente su fuerza de trabajo explotada durante el proceso de producción,

Además de ser importante el hecho de la elevada frecuencia de enfermedad en las clases sociales desprotegidas, es aún más significativo el análisis epidemiológico de la morbilidad y para el cual, dada la concepción Socio-económica que se tiene de la salud-enfermedad, en este estudio, se utiliza la siguiente clasificación que es acorde con la teoría de la epidemiología social "y que está diseñada para sociedades y lugares concretos donde predomina el modo de producción capitalista" -- ( ) como lo es nuestro país.

CLASIFICACION DE ENFERMEADES ( 5 )  
(Momento Productivo)

Enfermedades determinadas por el proceso de explotación del trabajo campesino.

I. Enfermedades que se originan en el momento productivo.

1. Por desgaste físico excesivo.
  - a). Artralgias
  - b). Artritis
  - c). Lumbalgias
  - d). Reumatismo
  
2. Accidentes y Riesgos de Trabajo.
  - a). Abscesos cutáneos
  - b). Dermatitis solar
  - c). Esporotricosis
  - d). Fractura costal
  - e). Fractura metacarpo
  - f). Herida cutánea
  - g). Infección postherida
  - h). Lesión traumática de nervio cubital
  - i). Micetoma
  - j). Traumatismo muscular.

(Momento Reproductivo)

II. Enfermedades que se producen en el momento reproductivo del proceso de trabajo.

1. Por falta de agua potable y medios de eliminación de excretas.
  - a). Amibiasis
  - b). Ascariidiasis

- c). Absceso hepático amibiano
  - d). Colitis
  - e). Gastroenteritis
  - f). Epilepsia (?)
  - g). Giardiasis
  - h). Hepatitis infecciosa
  - i). Parasitosis intestinal
  - j). Salmonelosis
  - k). Shigelosis
  - l). Teniasis
2. Por falta de vivienda y ropas adecuadas.
- a). Amigdalitis
  - b). Bronquitis
  - c). Bronconeumonía
  - d). Faringitis
  - e). Gripe
  - f). Laringitis
  - g). Otitis media
  - h). Rinitis
  - i). Sinusitis
  - j). T.B. pulmonar y otras formas
  - k). Traquitis.
3. Por alimentación deficiente
- a). Anemia
  - b). Bocio
  - c). Cirrosis hepática
  - d). Desnutrición
  - e). Prematurez
  - f). Pelagra

4. Por falta de medios para el aseo.
  - a). Caries dental.
  - b). Dermatitis de contacto y del pañal
  - c). Dermatitis alérgica impetiginizada
  - d). Escalíasis
  - e). Impétigo
  - f). Otitis externa
  - g). Ozena
  - h). Tiña capitis
  
5. Por falta de vacunas.
  - a). Poliomielitis
  - b). Sarampión
  - c). Tosferina
  - d). Tétanos

III. Enfermedades determinadas por procesos de linación idealógica.

- a). Cefalea tensional
- b). Colitis nerviosa
- c). Depresión
- d). Neurodermatitis
- e). Alcoholismo
- f). Psicósomáticos

IV. Enfermedades no determinadas por procesos sociales ( en áreas campesinas).

En base a la clasificación antes expuesta, se agruparon y analizaron los diagnósticos de cada consulta y se obtuvieron los siguientes - resultados:

Cuadro 8. Cuadro de Dx. encontrados en la consulta.

| GRUPO DE ENFERMEDAD      |                                  | CASOS | % DE LA CONSULTA |
|--------------------------|----------------------------------|-------|------------------|
| Momento*<br>Productivo   | Por desgaste Físico excesivo.    | 18    | 7.2              |
|                          | Accidentes y Riesgos de trabajo. | 4     | 1.5              |
|                          |                                  |       | 8.7%             |
| Momento*<br>Reproductivo | Falta de servicios sanitarios.   | 45    | 18.0             |
|                          | Falta de vivienda y ropa adec.   | 99    | 39.5             |
|                          | Por alimentación deficiente.     | 12    | 4.8              |
|                          | Por falta de medios para aseo.   | 23    | 9.2              |
|                          | Por falta de Vacunas.            | 3     | 1.2              |
|                          |                                  |       | 72.7%            |
|                          | Determinadas /proc. alinac. ind. | 14    | 5.6              |
|                          | Enfermedades de explotadores     | 8     | 3.2              |
|                          | X otras.                         | 24    | 9.6              |

\* Determinados por el proceso de explotación.

Fuente: Archivo clínico del Centro de Salud de Villa Aldama.

Como se puede observar, la mayor parte de los diagnósticos cae dentro de las enfermedades originadas por circunstancias específicas en el momento reproductivo y resulta realmente significativo el porcentaje de 72.7% para este grupo, Esto debe hacernos pensar y analizar más profundamente qué es lo que se contempla en el momento reproductivo, y así vemos que es el conjunto de acciones y circunstancias necesarias para "REPONER" la fuerza de trabajo gastada durante el momento reproductivo, -- tanto individual como colectivamente, y que para que esto se lleve a cabo plena y satisfactoriamente se requiere disponer de un poder adquisi-



tivo tal que permita el consumo de alimentos nutritivos, elementos para el descanso y el aseo y de una atención médica temprana y adecuada en caso necesario.

Comparando los diagnósticos de las personas que acudieron a consulta con los de la encuesta, nos encontramos con una situación muy interesante, en la que existe un 13.15% de personas que padecían alguna enfermedad por desgaste físico excesivo al realizar la encuesta, mientras que en los datos de la consulta, este porcentaje es de solo 7.2%, esto podemos atribuirlo a que las personas no le dan la debida importancia a este grupo de padecimientos, o aún más, no son considerados como enfermedad, por lo cual no acuden a consulta por este motivo.

Encontramos que las enfermedades por falta de vivienda y ropas adecuadas nos da un porcentaje de 13.15% en la encuesta y se presentó un 39% de la consulta, esto podemos traducirlo como que dentro de la población se le da demasiada importancia a estos padecimientos y acuden rápidamente a solicitar servicios médicos, probablemente esto se debe a la gran frecuencia y gravedad con que se presentan complicaciones a esta patología debido a las malas condiciones alimenticias y al clima frío y húmedo que existe en la zona.

Otro grupo de enfermedades en el que encontramos diferencia significativa de porcentajes, fue el de otras (X), siendo muy elevado entre los encuestados (36.84%)\*, en tanto que en consulta solo fue de 9.6%, lo cual nos habla de que un gran número de enfermedades cuya causa no está bien determinada para fines de nuestra clasificación, no se les da gran importancia por la población, de tal forma que no acuden al médico.

\* De los principales diagnósticos encontrados fue gripe.

Es importante tener en cuenta que en México y sobre todo en el -- campo existe una práctica médica subalterna que incluye curanderos, -- hierberos, brujos y hueseros, los cuales tienen gran parte de cobertura entre nuestros habitantes de comunidades rurales y marginadas; lo anterior puede ser también una causa más de que sea menor el número de personas que acuden a consulta que el esperado en ciertas patologías.

Cuadro 9. Cuadro de Diagnósticos encontrados por encuesta.

| GRUPO DE ENFERMEDAD |                                 | CASOS | % DE ENCUESTADOS |
|---------------------|---------------------------------|-------|------------------|
| Momento *           | Por desgaste físico excesivo.   | 20    | 13.15            |
|                     | Accidentes y Riesgos de Trab.   | 3     | 1.97             |
|                     |                                 |       | 15.12%           |
| Momento*            | Falta de servicios sanitarios.  | 31    | 20.40            |
|                     | Falta de vivienda y ropa adec.  | 20    | 13.15            |
|                     | Por alimentación deficiente.    | 8     | 5.26             |
|                     | Por falta de medios para aseo.  | 6     | 3.95             |
|                     | Por falta de vacunas.           | 0     | - -              |
|                     | Determinadas/proc. alinac. ind. | 7     | 4.60             |
|                     | Enfermedades de explotadores    | 1     | 0.65             |
| X otras             | 56                              | 36.84 |                  |
| T O T A L E S       |                                 | 152   | 99.97            |

\* Determinados por el proceso de explotación.

Fuente: Encuestas realizadas en Cerro de León, Col. Libertad y Villa Aldama

Para hacerse más patente la relación que existe entre la enfermedad y el lugar que se ocupa en el proceso de producción, presentamos - el siguiente Cuadro y una gráfica con los porcentajes de los diagnósticos encontrados por clase social, en el cual se hace evidente, como el 40.13% de los pacientes jornaleros que acudieron a consulta padecían - enfermedad causada por falta de vivienda y/o ropa adecuada para el clima que impera en la región; y un 16.4% de las causadas por falta de - servicios sanitarios; mientras que en los campesinos medios y ricos y en los burócratas disminuyó a solo 21.42% y 4.34% en los causados por falta de vivienda y ropa adecuada y no se presentaron enfermedades por falta de servicios sanitarios.

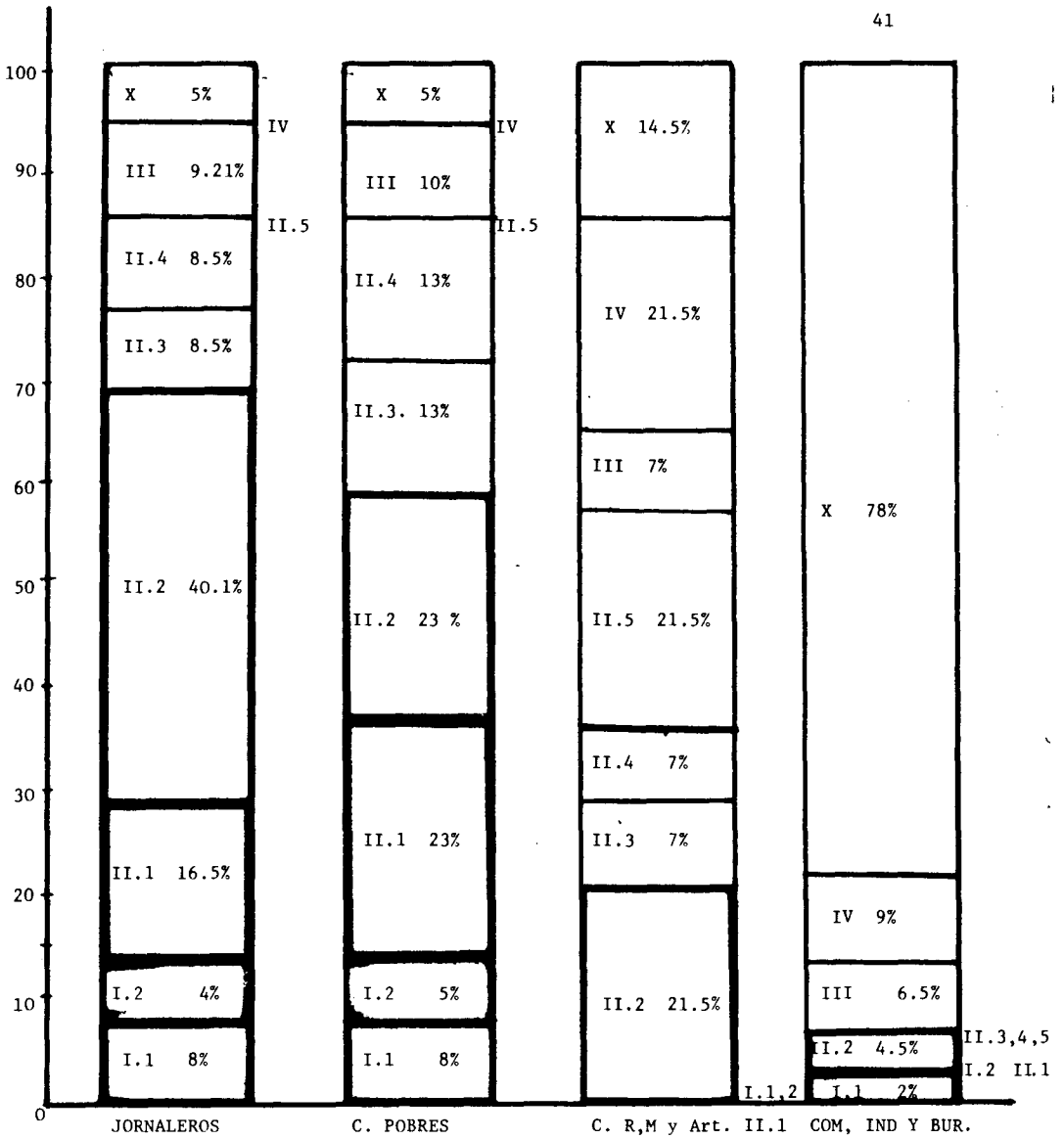
Por otra parte, podemos observar claramente que el grupo de enfermedades que más se presentó entre los pacientes de mejor condición socioeconómica fueron las que caen dentro del grupo X y casi no se presentaron enfermedades por problemas en el momento productivo o reproductivo del proceso de trabajo.

Con esto recordamos que son los jornaleros los que carecen de medios para adquirir elementos indispensables para su bienestar y reposición de fuerza de trabajo gastada, en tanto que los dueños de los medios de producción gozan de todos los privilegios que puede darles su alto poder adquisitivo, el cual existe por la explotación a que hacen sujetos a sus jornaleros, y a la plusvalía que de ellos extraen.

Cuadro 10. Cuadro de Diagnósticos por clase social.

| ENFERMEDADES | JORNALEROS |       | CAMP. POBRES |       | CAMP. MED Y R. |       | CAMP. IND. Y B. |       |
|--------------|------------|-------|--------------|-------|----------------|-------|-----------------|-------|
|              | # Enf      | %     | # Enf        | %     | # Enf          | %     | # Enf           | %     |
| I 1          | 12         | 7.89  | 3            | 7.8   | 0              | -     | 1               | 2.17  |
| I 2          | 6          | 3.94  | 2            | 5.13  | 0              | -     | 0               | --    |
| II 1         | 25         | 16.4  | 9            | 23.0  | 0              | -     | 0               | --    |
| II 2         | 61         | 40.13 | 9            | 23.0  | 3              | 21.42 | 2               | 4.34  |
| II 3         | 13         | 8.55  | 5            | 12.8  | 1              | 7.14  | 0               | --    |
| II 4         | 13         | 8.55  | 5            | 12.8  | 1              | 7.14  | 0               | --    |
| II 5         | -          | --    | 0            | --    | 3              | 21.42 | 0               | --    |
| III          | 14         | 9.21  | 4            | 10.25 | 1              | 7.14  | 3               | 6.52  |
| IV           | -          | --    | 0            | --    | 3              | 21.42 | 4               | 8.69  |
| X            | 8          | 5.26  | 2            | 5.13  | 2              | 14.28 | 36              | 78.26 |
| TOTALES      | 152        | 99.93 | 39           |       | 14             |       | 46              |       |

Fuente: Archivo clínico del Centro de Salud de Villa Aldama.



Gráfica 3. Gráfica de enfermedad por clase social

Fuente: Archivo clínico del Cento de Salud de Villa Aldama.

Al estudiar el archivo clínico se puede observar que el 62.8% de los pacientes que acudieron fueron de la cabecera municipal y un 37.2% fueron de otros pueblos o rancherías, esto es importante contemplarlo, ya que resulta un gran esfuerzo para las personas el trasladarse hasta el Cento de Salud, ya que no existe accesibilidad de transporte durante todo el día.

Como sabemos, para la conservación de la salud influyen múltiples factores de gran importancia siendo uno de ellos la educación, la cual para fines de este estudio la tomamos como grado de escolaridad, para ello presentamos el siguiente cuadro con los resultados que obtuvimos.

Cuadro 11. Cuadro de escolaridad en pacientes que acudieron a consulta.

| GRADO DE ESCOLARIDAD  | NUM. CASOS | %     |
|-----------------------|------------|-------|
| Analfabetas           | 40         | 24.39 |
| Alfabetas             | 12         | 7.31  |
| Primaria incompleta   | 71         | 43.29 |
| Primaria completa     | 24         | 14.63 |
| Secundaria incompleta | 9          | 5.48  |
| Secundaria completa   | 3          | 1.83  |
| Otros estudios        | 5          | 3.05  |
| T O T A L             | 164        | 99.98 |

Fuente: Archivo clínico del Centro de Salud "C" de Villa Aldama.

Como se puede observar, casi la cuarta parte (24.39%) de los mayores de 15 años, que acudieron a consulta no saben leer ni escribir y casi la mitad de ellos (43.29%) no llegaron a terminar la educación --

primaria, esto puede dar una idea de lo importante de este factor en el tipo de costumbres y hábito higiénico alimenticio que a su vez repercutirán en el nivel de salud de la población.

También puede esta situación influir en la conducta que tienen los padres hacia la vacunación, aunque claro, no con esto se afirma que sea la única causa de apatía y desinterés hacia dicho programa pues existen otras causas que vienen siendo las determinantes y que implican desde la elaboración de los programas, pues al realizarse un plan a nivel nacional se toma como sujeto al País al que se aplica, tomando en cuenta características y datos promediales que conducen a serios errores, ya que heterogeneidad entre una población y otra del mismo país, pues evidentemente que entre la capital o las grandes ciudades y las áreas alejadas de un país con modo de producción fundamentalmente capitalista existe, no solo una distancia geográfica sino una considerable distancia histórica que se manifiesta en diferencias económicas, sociales y culturales, por consecuencia nos da un patrón epidemiológico específico y concreto, todo ello, condiciona que los problemas y posibilidades de resolverse sean diferentes de acuerdo al área de que se trate.

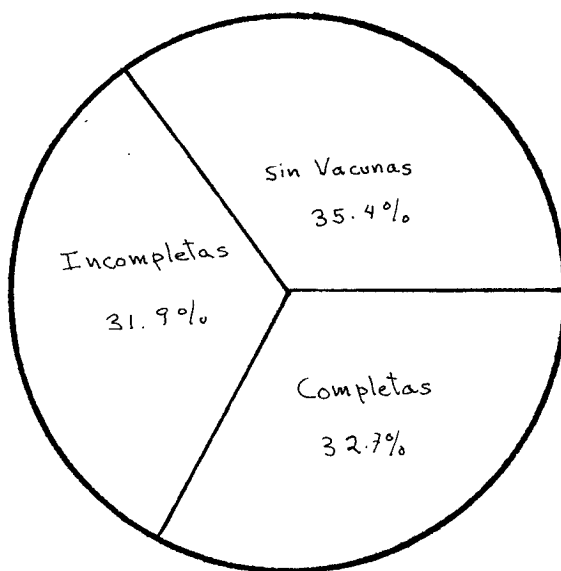
En la realidad podemos percatarnos de que la federalización de los programas y el divorcio que existe entre planificadores, ejecutores y beneficiarios, suele provocar indiferencia y hasta hostilidad por parte de la población.

Cuadro 12. Cuadro de vacunación en menores de 15 años.

| E S O U E M A | NUM. DE NIÑOS | %     |
|---------------|---------------|-------|
| Sin vacunas   | 41            | 35.4  |
| Incompleto    | 37            | 31.9  |
| Completo      | 38            | 32.7  |
| T O T A L     | 116           | 100.0 |

Fuente: Archivo clínico Centro de Salud "C" de Villa Aldama

Con este cuadro nos damos cuenta que es real lo que se expone anteriormente pues la tercera parte de los niños nunca han sido vacunados, otra tercera parte tiene esquemas incompletos que como en el caso de la DPT es como si nunca se hubiesen vacunado y solamente el 32.7% posee esquemas completos, o sea, que este porcentaje es el único que realmente se encuentra protegido de las enfermedades correspondientes.



Gráfica 4. Gráfica de vacunación.

Fuente: Archivo clínico del Centro de Salud de Villa Aldama.



Para hacer más profundo el análisis de vacunación, enseguida se presenta un Cuadro donde se relaciona el esquema de vacunación con la clase social.

Cuadro 13. Cuadro de vacunación por clase social.

| CLASE SOCIAL | SIN VACUNAS |       | INCOMPLETAS |       | COMPLETAS |       | TOTAL |
|--------------|-------------|-------|-------------|-------|-----------|-------|-------|
|              | Casos       | %     | Casos       | %     | Casos     | %     |       |
| Jornaleros   | 22          | 31.40 | 28          | 40.0  | 25        | 35.7  | 70    |
| C. Pobres    | 10          | 52.63 | 6           | 31.57 | 3         | 15.78 | 19    |
| C. M.R. v A. | 1           | 33.33 | 2           | 66.6  | 0         | -     | 3     |
| Com. I. y B. | 2           | 10.52 | 3           | 15.78 | 14        | 73.68 | 19    |
| T O T A L    | 35          | 30.17 | 39          | 33.62 | 42        | 36.2  | 116   |

Fuente: Archivo clínico del Centro de Salud de Villa Aldama.

Entre los jornaleros solamente el 35.7% de los niños tenía esquema completo, los datos obtenidos entre los campesinos medios, ricos y artesanos resulta muy interesante, ya que los primeros tuvieron un 15.78% de esquemas completos y un 52.63% sin vacunas, y el otro grupo no se encontró ningún niño con esquema completo aunque es importante aclarar que el número de niños consultados de esa clase social no es representativo, pues solo fueron tres. Entre los comerciantes, industriales y burócratas, encontramos un 73.68% de niños con esquema completo.

### 5.1. Desnutrición.

Nutrición es la suma de los procesos por los cuales el cuerpo toma y utiliza el alimento, la nutrición de una persona está influida por los alimentos que encuentra en el mercado, su poder adquisitivo, su ac-

titud hacia la comida, la sanidad de su suministro, la forma de preparación y el conocimiento que tenga de los valores nutritivos. Al hombre no se le puede entender como un ser aislado, sino como un ente biopsico social en interrelación constante con su medio ambiente, por lo que la nutrición no es solo un problema mé<sup>di</sup>do sino un problema social, económico y político.

La desnutrición y el "hambre", no son simples reflejos de falta de alimentos, sino que forma una simbiosis con la miseria, el analfabetismo, la subproducción y la mala planificación urbana que priva en la -- Sociedad Capitalista.

La desnutrición, desde el punto de vista biológico es un estado patológico, inespecífico, sistémico y potencialmente reversible, condicionado por una deficiente utilización de los nutrientes esenciales para las células del organismo y que revisten diversas manifestaciones clínicas. Sin embargo, ese deficiente aporte de nutrientes tiene una etiología multifactorial entre los que se encuentran.

1. El factor económico de las familias que impide la adquisición de alimentos de alto nivel alimenticio.
2. Los factores culturales, que impiden cambiar una dieta tradicional por una más balanceada y de bajo costo.

La producción suficiente de alimentos por un país, no implica que esté bien nutrido, ya que la capacidad para satisfacer sus necesidades se ve limitada por su poder de compra. Dada la estratificación social y económica que existe en la sociedad, la nutrición de sus habitantes resulta de la interacción entre grupos diferentes de personas y su medio ambiente, en cuya dinámica hay que considerar: estructura económica, lugar que ocupa en el proceso de producción y raíz histórica.

Como sabemos, la desnutrición prevalece en el campo y en las zonas periféricas a los conglomerados, esto es, debido a la marginación a que son objeto estas comunidades.

La desnutrición constituye el principal problema de salud en México, ya que más de la mitad de la población tiene una dieta deficiente - en calidad y en cantidad. En el medio rural, dos de cada tres niños -- la padece en alguno de sus grados y constituye un factor determinante - de morbilidad y mortalidad infantil y causa evidente del bajo desarrollo físico y/o intelectual.

Como se menciona anteriormente, el problema se vislumbra principalmente en el área rural, ya que son las áreas más explotadas y menos comunicadas, sin embargo, la magnitud de este problema varía de acuerdo a la zona de que se trate, y así, vemos que en México, las zonas Sur y Sureste son las más afectadas, presentándose el mayor número de casos en menores de tres años y mujeres embarazadas o lactantes. La mayoría cabe dentro del grado I o sea, que existe un déficit de peso de 10 al 25%. Un porcentaje menor de casos entra en el grado II, con déficit del 25 al 40% y un 4% del total de los casos son grado III, con un déficit de peso mayor del 40%. Si bien es cierto que la desnutrición de tercer grado es más grave y más difícil su recuperación, debemos tener especial atención en la de I grado, ya que es un mayor número de personas quienes la padecen y con mayor frecuencia pasa inadvertida por la escasa sintomatología que ofrece.

Esta situación prevalece en poblaciones que en su mayoría han sido objeto de explotación, en las que se explota la mano de obra de los trabajadores y se crea una mínima clase alta que domina, y una mayoría de marginados que solo poseen su fuerza de trabajo y que son explotados -- por la clase dominante, la cual paga por su mano de obra, salarios raquíticos y les niega toda clase de prestaciones.

Es evidente, que este estado de pobreza limita el poder adquisitivo de las personas, pero además favorece que no haya una educación adecuada para administrar los pocos recursos de que se dispone. Por otra parte, además de la ignorancia existente en el pueblo en cuanto al valor nutritivo de los alimentos, se suma la publicidad nociva de empresas transnacionales, cuyos productos son de alto costo y bajo valor alimenticio, entre los que se consideran: productos Bimbo, sabritas, refrescos, etc. Esta situación, aunada a una falta de higiene en la preparación y consumo de los alimentos origina una relación importante entre infección-desnutrición-infección.

La desnutrición, producto de la interacción de factores geográficos, culturales, biológicos, económicos y sociales, que configuran un tipo de sociedad con una distribución inadecuada de alimentos, va a traer a su vez repercusiones en el desarrollo económico, social y cultural del país, así vemos que condiciona una morbilidad por enfermedades infecciosas muy elevada, lo cual va a repercutir en el crecimiento y desarrollo de un niño y disminuye la capacidad para el trabajo, ya que la dieta es deficiente en calidad y cantidad para reproducir la fuerza de trabajo gastada.

Como se puede ver, el problema de la desnutrición en México es grave y las posibilidades de solución son muy limitadas dada la configuración política del país, donde existe desperdicio de recursos y falta de integración social, su solución pues implicaría un cambio en la estructura social económica y política.

Cuadro 14. Cuadro General de desnutrición.

| ESTADO DE<br>NUTRICION | Cerro de León |       | Col. Libertad |       | Villa Aldama |       |
|------------------------|---------------|-------|---------------|-------|--------------|-------|
|                        | Casos         | %     | Casos         | %     | Casos        | %     |
| Normal                 | 31            | 38.75 | 13            | 21.70 | 54           | 45.76 |
| I Grado                | 30            | 37.50 | 28            | 46.60 | 44           | 37.28 |
| II Grado               | 19            | 23.75 | 15            | 25.00 | 18           | 15.25 |
| III Grado              | 0             | -     | 4             | 6.70  | 2            | 1.69  |
| T O T A L              | 80            | 100.0 | 60            | 100.0 | 118          | 99.98 |

Fuente: Encuestas realizadas en Cerro de León, Col. Libertad y Villa Aldama, Ver.

En cuanto a los datos de desnutrición, se llevó a cabo una comparación de resultados entre los habitantes de Villa Aldama, Cerro de León y la Col. Libertad.

Así podemos darnos cuenta que el grado nutricional entre los habitantes de 15 años o menos es grave, ya que existe un alto porcentaje de desnutrición endémica que no es captado como estado patológico entre la comunidad.

Al comparar entre los tres grupos, se observa que entre los habitantes de la Col. Libertad existe el porcentaje más bajo de niños con peso y talla dentro de límites normales, siguiendo en este aspecto Cerro de León y encontrándose un 45.76% de normales entre los niños de Villa Aldama. Por otra parte, dentro del rango de desnutrición de I grado, encontramos iguales porcentajes en Villa Aldama y Cerro de León (37.5%), en tanto que en los de la Col. Libertad corresponde a un 46.6%. Además la cuarta parte de los niños estudiados en este grupo se le encontró desnutrición de II grado y un 6.7%

cayeron dentro de la de III grado, este último porcentaje es muy elevado e importante, ya que como sabemos, los daños que causa una desnutrición de tercer grado son irreversibles y muy graves para el desarrollo físico y mental de los niños.

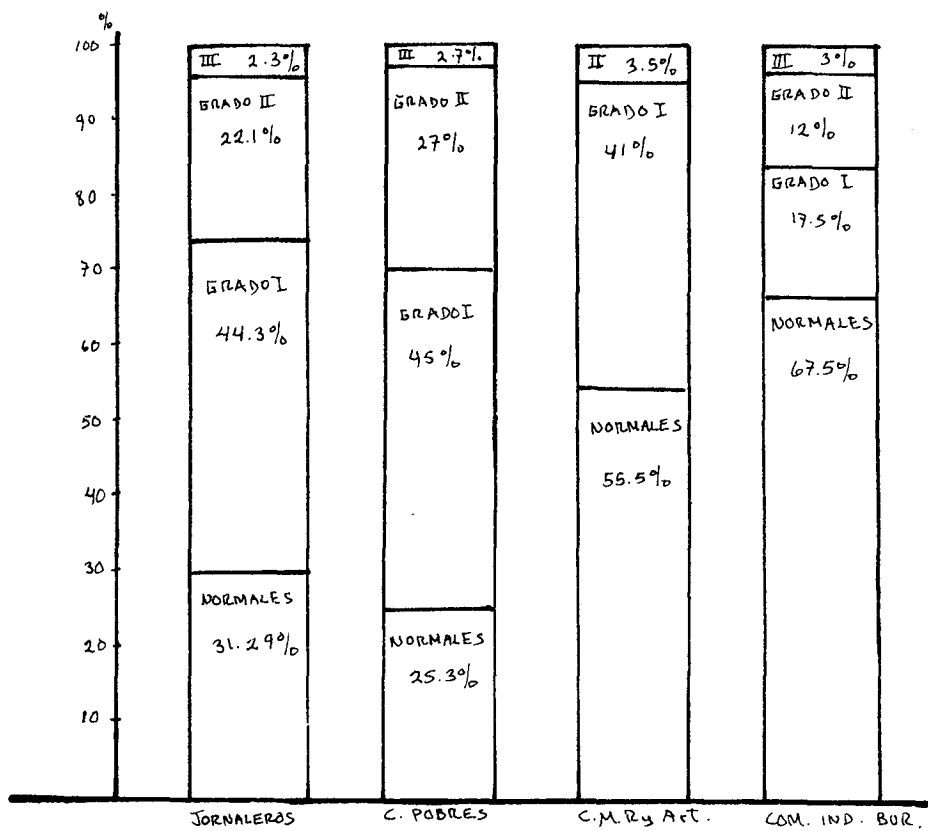
En México existe gran heterogeneidad en el grado nutricional de la población, en virtud de las clases sociales, así vemos que la población marginada económica y socialmente como son los subempleados y jornaleros, poseen hábitos alimenticios subsistenciales, en donde su principal alimento es el maíz, que cubre del 60 al 80% de las calorías totales consumidas y se complementa con frijol, chile, algunas frutas de la región y pulque, la población que consume esta dieta corresponde al 30% del total de la población; hay otro 50% que consume una dieta similar a la anterior, pero ya se incluye leche en escasa cantidad, pan, sopas y carne, en un promedio de 2 a 3 días a la semana, de vez en cuando se incluyen alimentos industrializados y festivos. Por último, un 20% de la población consumen alimentos con un promedio satisfactorio en su contenido protéico y calórico diariamente.

A continuación se presenta un cuadro y gráfica donde se relaciona el grado nutricional y la clase social.

Cuadro 15. Cuadro de desnutrición por clase social.

| CLASE SOCIAL    | NORMALES |       | I GRADO |       | II GRADO |       | III GRADO |      |
|-----------------|----------|-------|---------|-------|----------|-------|-----------|------|
|                 | Casos    | %     | Casos   | %     | Casos    | %     | Casos     | %    |
| Jornaleros      | 41       | 31.29 | 58      | 44.27 | 29       | 22.13 | 3         | 2.29 |
| Camp. pobres    | 17       | 25.37 | 30      | 44.27 | 18       | 26.86 | 2         | 2.98 |
| C. med. ric. A. | 15       | 55.55 | 11      | 40.75 | 1        | 3.69  | 0         | --   |
| Comer. I. Bur.  | 23       | 67.64 | 6       | 17.64 | 4        | 11.76 | 1         | 2.94 |
| T O T A L E S   | 96       |       | 105     |       | 52       |       | 6         |      |

Fuente: Encuestas realizadas en Cerro de León, Col. Libertad y V.A.



Gráfica 5. Gráfica de desnutrición por clase social.

Fuente: Encuestas realizadas en Cerro de León, Col. Libertad y Villa Aldama.

Se observa como casi la mitad de los niños de jornaleros y campesinos pobres que se estudiaron, padecen desnutrición de I grado y casi el 3% tiene de II grado, mientras que los niños de campesinos medios, ricos, artesanos comerciantes y burócratas, más de la mitad se encontraron con peso y talla dentro de los límites normales, siguiéndole en porcentaje el de I grado.

Es interesante hacer notar el hecho de haber encontrado en el último grupo un niño con desnutrición de III grado, sin embargo, por medio de las preguntas de encuesta se supo que se trataba de un niño con síndrome de mala absorción intestinal, siendo esto lo que originaba su desnutrición.

## 5.2. Hijos Fallecidos.

Dentro de la encuesta se preguntó sobre el número de hijos fallecidos y sus causas. En el siguiente Cuadro se analizan, el número de familias por clase social que reportaron hijos fallecidos, y así vemos que independientemente de la clase social a la que pertenecen, casi el 40% de las familias ha tenido por lo menos un hijo fallecido, siendo las familias de campesinos pobres las que con mayor frecuencia han tenido tres o más hijos muertos.

Cuadro 16. Cuadro de familias con hijos fallecidos, por clase social.

| CLASE SOCIAL   | NINGUNO |       | U N O |       | D O S |      | TRES O MAS. |       | TOTAL FAM. |
|----------------|---------|-------|-------|-------|-------|------|-------------|-------|------------|
|                | Fam     | %     | Fam   | %     | Fam   | %    | Fam         | %     |            |
| Jornaleros     | 29      | 58.0  | 11    | 22.0  | 6     | 12.0 | 4           | 8.0   | 50         |
| C. Pobres      | 13      | 54.1  | 3     | 12.5  | 3     | 12.5 | 5           | 20.83 | 24         |
| C. R, M y Art. | 7       | 58.33 | 4     | 33.3  | 1     | 8.33 | 0           | -     | 12         |
| Com. Ind. Bur. | 8       | 57.14 | 4     | 28.57 | 1     | 7.14 | 1           | 7.14  | 14         |
| T O T A L E S  | 57      |       | 22    |       | 11    |      | 10          |       | 100        |

Fuente: Encuestas realizadas en Cerro de León, Col. Libertad y Villa A.



Para poder ser más objetivos estos datos, se obtuvo el promedio de hijos fallecidos por las familias encuestadas de cada clase social y -- nos pudimos dar cuenta que en general, existe casi un hijo fallecido -- por cada familia (0.85).

Cuadro 17. Índice de hijos muertos por familia y por clase social.

| CLASE SOCIAL        | NUMERO<br>FAMILIAS | TOTAL HIJOS<br>FALLECIDOS | PROMEDIO DE<br>FALLEC/FAM. |
|---------------------|--------------------|---------------------------|----------------------------|
| Jornaleros          | 50                 | 44                        | 0.88                       |
| C. Pobres           | 24                 | 25                        | 1.00                       |
| C. M, R y Artesanos | 12                 | 6                         | 0.50                       |
| Com, Ind. y Bur.    | 14                 | 10                        | 1.40                       |
| T O T A L E S       | 100                | 85                        | 0.85                       |

Fuente: Encuestas realizadas en Cerro de León, Col. Libertad y Villa Aldama.

Como podemos darnos cuenta, esta situación es muy grave y resulta aún más interesante conocer las causas de fallecimiento de dichos niños, a continuación se presenta el Cuadro correspondiente, donde es importante hacer notar que casi la mitad (42.5%) de los hijos que fallecieron, fue por enfermedades originadas por falta de servicios sanitarios, y el segundo lugar lo ocupan las enfermedades causadas por falta de vivienda y ropas adecuadas, correspondiendo casi a la tercera parte de los fallecidos (29.5%).

Cuadro 18. Causas de fallecimiento.

| GRUPO DE ENFERMEDAD                                | CASOS | PORCENTAJE |
|--|-------|------------|
| Por falta de agua y medios para eliminar excretas. | 37    | 42.50      |
| Por falta de vivienda y ropas adecuadas.           | 24    | 29.50      |
| Por alimentación deficiente                        | 11    | 12.00      |
| Por falta de medios para aseo.                     | 3     | 3.00       |
| Por falta de Vacunas                               | 4     | 4.00       |
| Otras.   | 8     | 9.00       |
| T O T A L E S .                                    | 87    | 100.00     |

Fuente: Encuestas realizadas en Cerro de León, Col. Libertad y Villa Aldama.

A todas las madres que acudieron a consulta se les preguntó sobre el número de hijos nacidos vivos y que murieron en el período de primera infancia y se obtuvieron los siguientes datos:

Solamente a la tercera parte de las madres no se le ha muerto algún hijo en la primera infancia y al obtenerse un promedio, resulta -- 1.19 hijos fallecidos por cada madre. Como se puede ver, es elevada -- la mortalidad infantil, situación que puede deberse a varias causas, -- entre las que se cuentan: la ausencia de una ablactación adecuada y --

oportuna, ya que se inicia posterior al primer año de vida y con alimentos de bajo valor alimenticio, por otra parte, la única alimentación -- que reciben los lactantes es leche materna, cuya calidad es de esperarse deficiente, dada la mala alimentación que reciben las madres lactantes.

Cuadro 19. Cuadro de hijos fallecidos en la primera infancia.

| NUM. HIJOS FALLECIDOS | NUM. DE MADRES | % MADRES CON HIJOS FALLEC. | TOTAL DE FALLEC. |
|-----------------------|----------------|----------------------------|------------------|
| Ninguno               | 24             | 33.33                      | 0                |
| Uno                   | 23             | 31.94                      | 23               |
| Dos                   | 14             | 19.44                      | 28               |
| Tres                  | 10             | 13.88                      | 30               |
| Más de tres           | 1              | 2.38                       | 5                |
| T O T A L .           | 72             | 99.97                      | 86               |

Fuente: Archivo Clínico del Centro de Salud "C" de Villa Aldama.

### 5.3. Gastos para la Salud

Se investigó sobre lo que gastó la familia por motivos de salud en los últimos quince días de la fecha en que se llevó a cabo la encuesta y se obtuvieron datos muy importantes, por medio de los cuales se puede afirmar que se gasta muchísimo dinero para este motivo y si a esto añadimos que los salarios que perciben son muy bajos, se puede uno dar - - cuenta de la grave situación de estas familias.

El promedio general de gastos por familia encuestada fue muy similar en Cerro de León y Col. Libertad, siendo de \$245.30 y \$229.50 -- respectivamente, en tanto que en Villa Aldama se obtuvo un promedio de \$ 457.82 por familia, esto probablemente pueda deberse a que en este - lugar la situación económica es un poco más favorable ya que utilizan más los servicios médicos de consultorios particulares de Perote que - los del Centro de Salud que resultan más baratos y en general, de me-- jor calidad que los que reciben en dicho lugar.

Cuadro 20. Cuadro de gastos para la salud.

| LUGAR DE RESIDENCIA | TOTAL DE GASTOS | PROM./FAM. ENCUESTADA |
|---------------------|-----------------|-----------------------|
| Col. Libertad       | \$ 4,590.00     | \$ 229.50             |
| Cerro de León       | 7,360.00        | 245.50                |
| Villa Aldama        | 22,891.00       | 457.82                |

Fuente: Encuestas realizadas en Cerro de León, Col. Libertad y Villa A.

Más interesante resulta aún si analizamos los gastos por clase so cial, y así vemos que en la Col. Libertad, mientras que los jornaleros gastaron un promedio de \$ 70.00 por familia, los campesinos pobres gas- taron \$418.75. En Cerro de León los jornaleros gastaron \$ 226.40 y el

grupo de los comerciantes, industriales y burócratas, gasto \$ 495.00; y en Villa Aldama, el primer grupo gastó \$ 363.00 y el segundo - - - \$854.00, esta situación nos pone en claro que además de las diferencias que existen de una clase a otra, también las hay de un lugar a otro, o sea que los jornaleros de la Col. Libertad por ejemplo, están en peores condiciones que los jornaleros de Cerro de León o Villa Aldama.

Cuadro 21. Cuadro de gastos por familia y por clase social.

| CLASE SOCIAL   | VILLA ALDAMA |        | CERRO DE LEON |        | COL. LIBERTAD |        |
|----------------|--------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
|                | TOTAL        | PROM.  | TOTAL         | PROM.  | TOTAL         | PROM.  |
| Jornaleros     | 9,438.00     | 363.00 | 3,170.00      | 226.00 | 630.00        | 70.00  |
| C. Pobres      | 3,667.00     | 407.40 | 2,000.00      | 285.70 | 3,350.00      | 418.75 |
| C. M,R y Art.  | 1,246.00     | 249.20 | 210.00        | 42.00  | 610.00        | 305.00 |
| Com, Ind, Bur. | 8,540.00     | 854.00 | 1,980.00      | 495.00 | -             | -      |

Fuente: Encuestas realizadas en Cerro de León, Col. Libertad y Villa A.

#### 5.4. Alcoholismo.

Sabemos que el alcoholismo es un problema médico y social y que - aunque existe en ambos sexos y en todas las clases sociales, son distintas las causas que determinan la enfermedad, así vemos, que entre las clases desprotegidas, utilizan el alcohol en su forma de aguardiente y pulque como un escape para tratar de aminorar u olvidar toda la carga de problemas y carencias que padecen como consecuencia de la explotación y alienación a que son sujetos, además de que influyen también factores culturales tales como las características machistas que existen entre los varones mexicanos y principalmente en los del --

campo. El problema es menos grave en el sexo femenino de familias humildes, ya que debido a la dependencia de las mujeres hacia sus esposos, estos no es fácil que "vean bien" que sus mujeres tomen.

Entre los individuos de clases sociales económicamente más fuertes el alcoholismo se da como un lujo y aún como un "derecho" a tomarse -- unas "copas", después de trabajar arduamente para ganar lo que tienen.

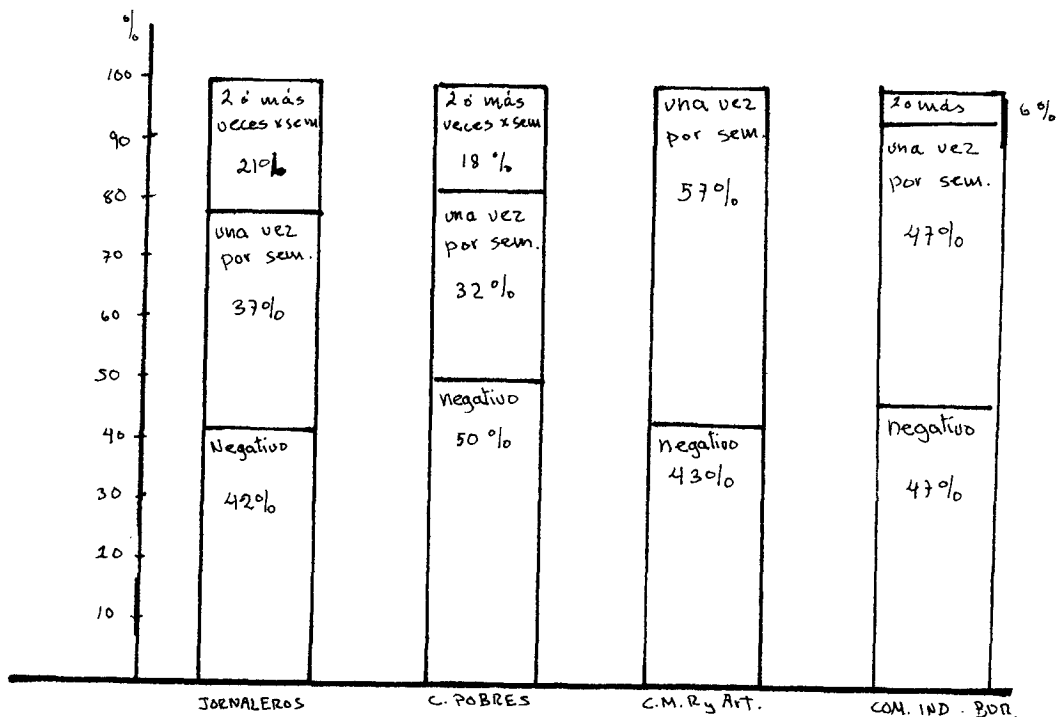
A este respecto, nos encontramos que de 115 mayores de 15 años -- que acudieron a consulta, 51 no ingieren bebidas alcohólicas, 44 lo hacen en forma ocasional y 20 lo realizan en forma habitual, tres o más -- veces por semana.

Cuadro 22. Cuadro de Alcoholismo.

| ALCOHOLISMO              | CASOS | %     |
|--------------------------|-------|-------|
| Negativo                 | 51    | 44.34 |
| Ocasional                | 44    | 38.26 |
| 3 o más veces por semana | 20    | 17.39 |
| T O T A L E S            | 115   | 99.99 |

Fuente: Archivo clínico del Centro de Salud "C" de Villa Aldama.

Enseguida se presenta una gráfica, donde se puede observar la frecuencia de alcoholismo por clase social y se evidencia que no hay diferencias significativas entre una y otra clase.



Gráfica 6. Gráfica de alcoholismo por clase social.

Fuente: Archivo Clínico del Centro de Salud de Villa Aldama.

## 5.5. Morbilidad.

Durante el desarrollo de la encuesta, nos encontramos con 152 personas que padecían alguna enfermedad, lo que corresponde al 30% del total de encuestados; es importante señalar que el porcentaje más alto lo encontramos entre los habitantes de Villa Aldama con todo y que como ya antes se menciona, es en este lugar donde las condiciones de vida se encuentran mejor que en los otros dos grupos.

Cuadro 23. Cuadro de Morbilidad.

| LUGAR DE RESIDENCIA | ENCUESTADOS | ENFERMOS | %     |
|---------------------|-------------|----------|-------|
| Toda la muestra     | 543         | 152      | 27.99 |
| En Villa Aldama     | 276         | 100      | 36.2  |
| Colonia Libertad    | 106         | 21       | 19.8  |
| Cerro de León.      | 161         | 31       | 19.25 |

Fuente: Encuestas realizadas en Villa Aldama, Colonia Libertad y Cerro de León.

Analizando la Morbilidad por clase social se encontró que no existen diferencias muy significativas entre una clase y otra.

Cuadro 24. Cuadro de Morbilidad general por clase social.

| CLASE SOCIAL   | NUM. ENCUESTADOS | NUM ENFERMOS | % POR CLASE |
|----------------|------------------|--------------|-------------|
| Jornaleros     | 258              | 67           | 25.96       |
| C. Pobres      | 139              | 43           | 30.93       |
| C. M,R, y Art. | 62               | 16           | 25.80       |
| Com, Ind. Bur. | 84               | 26           | 30.95       |
| T O T A L E S  | 543              | 152          | 27.99       |



## 5.6. Mortalidad.

Para tener un panorama mas o menos amplio sobre la mortalidad, se revisó el archivo del Registro Civil e investigó que existe el porcentaje más elevado de mortalidad en el grupo de menores de un año (34.65%) y el siguiente grupo en el de 60 años o más, con un porcentaje de 26.15%.

Cuadro 25. Cuadro de mortalidad por grupos de edad 1977-1981.

| GRUPO DE EDAD | TOTAL | % DEL TOTAL | MASC. | % GPO | FEM. | % GPO. |
|---------------|-------|-------------|-------|-------|------|--------|
| Menores 1 año | 90    | 34.69       | 46    | 51.10 | 44   | 48.80  |
| 1 - 4 años    | 34    | 13.06       | 14    | 41.17 | 20   | 58.82  |
| 5 - 9 años    | 7     | 2.69        | 3     | 42.85 | 4    | 57.14  |
| 10 - 14 años  | 2     | 0.75        | 1     | 50.0  | 1    | 50.0   |
| 15 - 19 años  | 5     | 1.92        | 3     | 60.0  | 2    | 40.0   |
| 20 - 25 años  | 5     | 1.92        | 3     | 60.0  | 2    | 40.0   |
| 26 - 30 años  | 7     | 2.69        | 2     | 28.47 | 5    | 71.42  |
| 31 - 40 años  | 17    | 6.53        | 9     | 52.94 | 8    | 47.05  |
| 41 - 60 años  | 25    | 9.60        | 18    | 72.0  | 7    | 28.0   |
| 61 años o más | 68    | 26.15       | 41    | 60.29 | 27   | 39.7   |
| T O T A L E S | 260   | 100.0       | 140   | 53.84 | 120  | 46.16  |

Fuente: Archivo del Registro Civil de Villa Aldama, Veracruz.

Considerando que el registro de defunciones por causas no está bien establecido dado que no todos los certificados fueron extendidos por un médico, obtuvimos el siguiente cuadro con las 10 primeras causas de muerte de acuerdo a su frecuencia.

Cuadro 26. Principales causas de muerte.

| CAUSA DE MUERTE            | CASOS | %     |
|----------------------------|-------|-------|
| Gastroenteritis            | 55    | 21.15 |
| Paro cardiaco              | 41    | 15.75 |
| Bronconeumonía             | 20    | 7.69  |
| Agotamiento General        | 15    | 5.76  |
| Insuficiencia Respiratoria | 14    | 5.38  |
| Bronquitis                 | 10    | 3.84  |
| Alcoholismo                | 7     | 2.69  |
| Cirrosis hepática          | 7     | 2.69  |
| Tuberculosis               | 6     | 2.30  |

También es importante señalar que nos encontramos con diagnósticos de muerte que se salen de lo establecido de acuerdo a la clasificación de enfermedades de la O.M.S. y así por ejemplo, nos encontramos con -- diagnósticos de "ALFRECIA", "agotamiento general", etc.

Considerando que existen aproximadamente 5000 habitantes en todo - el municipio y que en el lapso de 1977 - 81 se registrarion 260 defun-- ciones obtenemos la tasa de mortalidad por cada 1000 habitantes y tene-- mos que es 10.4.

#### 5.7. El proceso del Trabajo.

Para darse cuenta de las características del proceso de trabajo - que prevalesen en Villa Aldama, se realizaron entrevistas siendo una - de las más completas la que se realizó a un señor Campesino Medio, que además de poseer sus tierra, trabaja como contratista de peones y maes-- tro de albañiles. Es propietario de 4 hectáreas de tierra, el año pa-

sado que hubo buen tiempo, o sea que llovió a tiempo y no heló antes de Septiembre, recogió 10 toneladas de maíz y sus gastos fueron los siguientes:

Mano de obra.

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| 1). Siembra   | \$ 1,200.00     |
| 1. Beneficios | 1,200.00        |
| 2. Beneficios | 1,200.00        |
| 3. Beneficios | 1,200.00        |
| Abonada       | 2,400.00        |
| Cosecha       | <u>6,000.00</u> |
|               | \$13,200.00     |

|                     |               |
|---------------------|---------------|
| 2). Pago de tractor |               |
| Barbecho            | \$ 2,600.00   |
| Cruza               | 1,600.00      |
| Surcos              | <u>900.00</u> |
|                     | \$ 5,100.00   |

|                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| 3). Materia Prima |                 |
| Semilla           | \$ 800.00       |
| Abono             | <u>2,450.00</u> |
|                   | 3,250.00        |

GASTOS TOTALES

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| Mano de Obra  | \$13,200.00     |
| Materia prima | <u>8,350.00</u> |
|               | \$21,550.00     |

Pago de jornada \$150.00 día/hombre, o sea, que ocupo 88 jornales Si vendió a \$6,550.00 la tonelada, recibió \$ 65,500.00, a lo que restamos \$8,350.00 de materia prima, tenemos \$ 57,150.00 que divididos - entre 88 jornadas nos dá \$ 649.43.

En el mercado se vende a \$ 7.00 el Kg, o sea, que son \$ 70,000.00, Si restamos los \$ 8,350.00 de materia prima, nos da \$ 61,650.00 que divididos en 88 jornadas nos da la cantidad que produce un hombre diariamente, en este caso son \$ 700.56.

Si a lo que produce cada jornalero al día le restamos los \$ 150.00 que él recibe, obtenemos la plusvalía, o sea, lo que se queda el propietario de la tierra y el comerciante, y así tenemos que cada trabajador ganará \$ 550.56 de plusvalía al día, la que se divide en \$ 455.40 para el propietario de la tierra, \$ 51.16 para el comerciante.

Como se puede ver, los jornaleros que solo poseen su fuerza de trabajo, tienen que trabajar muchísimo y lo que les toca como retribución es un salario raquítico, que viene siendo un porcentaje pequeño de lo que él realmente produce.

Las personas que pertenecen a esta clase social, son explotadas y como es evidente, sus salarios son tan reducidos que no les permiten satisfacer adecuadamente sus necesidades y solo se limitan a satisfacer las estrictamente necesarias para "subsistir", esta situación tiene que repercutir y hacerse evidente en el tipo y la frecuencia de enfermedades que se presentarán en este grupo.

Se trata de estudiar el proceso del trabajo en una fábrica maquiladora de pantalones que existe en el pueblo y donde trabajan aproximadamente 25 jóvenes de ambos sexos, pero tristemente nos pudimos percatar de que además de la gran explotación que son objeto estas personas, los tienen completamente alienados sobre el proceso de producción en el cual participan. Sin embargo, dentro de la escasa información que se pudo obtener, supimos que la jornada de trabajo es de 12 horas diarias, carecen de Seguro Social u otros Servicios Médicos, no hay ni días festivos y su sueldo es de aproximadamente \$ 1,500.00 a la semana, siempre y cuando la producción llegue a 500 pantalones por día.

## 6. CONCLUSIONES

1. La mayoría de la población en Villa Aldama es objeto de explotación situación que determina ingresos económicos muy bajos que repercuten en una capacidad limitada para reproducir adecuadamente su fuerza de trabajo.
2. Existe una relación determinante entre la clase social de las personas y las enfermedades que padecen.
3. Las enfermedades por falta de servicios sanitarios y medios para -- eliminar excretas, son muy frecuentes entre la población con escasos recursos económicos.
4. En vista de las características socio-económicas que imperan en Villa Aldama, es necesario llevar a cabo un cambio esencial en el tipo de práctica médica, para poder influir positivamente en el patrón epidemiológico existente.
5. La gran incidencia de enfermedades de las vías respiratorias entre la población de Villa Aldama, está condicionada por la existencia de un clima húmedo y frío e influida determinantemente por las viviendas inadecuadas para ese clima y la falta de ropa, esta situación es producto del tipo de relaciones sociales de producción que existen en este lugar.

ANEXO I

Encuesta de morbilidad.

I. Cuadro familiar:

| No | Nombre | Edad | Sexo | Peso | Talla | Escol. | En los últimos 15 días |        |          | Conducta | I |
|----|--------|------|------|------|-------|--------|------------------------|--------|----------|----------|---|
|    |        |      |      |      |       |        | Enfermedades           | Gastos | Días per |          |   |
| 1  |        |      |      |      |       |        |                        |        |          |          |   |
| 2  |        |      |      |      |       |        |                        |        |          |          |   |
| 3  |        |      |      |      |       |        |                        |        |          |          |   |
| 4  |        |      |      |      |       |        |                        |        |          |          |   |
| 5  |        |      |      |      |       |        |                        |        |          |          |   |
| 6  |        |      |      |      |       |        |                        |        |          |          |   |
| 7  |        |      |      |      |       |        |                        |        |          |          |   |
| 8  |        |      |      |      |       |        |                        |        |          |          |   |
| 9  |        |      |      |      |       |        |                        |        |          |          |   |
| 10 |        |      |      |      |       |        |                        |        |          |          |   |
| 11 |        |      |      |      |       |        |                        |        |          |          |   |
| 12 |        |      |      |      |       |        |                        |        |          |          |   |
| 13 |        |      |      |      |       |        |                        |        |          |          |   |
| 14 |        |      |      |      |       |        |                        |        |          |          |   |
| 15 |        |      |      |      |       |        |                        |        |          |          |   |

II. Cuadro familiar de mortalidad:

| No. | Nombre | Edad | Sexo | Enfermedad |
|-----|--------|------|------|------------|
| 1   |        |      |      |            |
| 2   |        |      |      |            |
| 3   |        |      |      |            |
| 4   |        |      |      |            |
| 5   |        |      |      |            |
| 6   |        |      |      |            |

III. Clase Social a la que pertenece la familia. ---

IV. Abastecimiento de agua. -----

V. Tipo de disposición de excretas. -----

VI. Tipo de vivienda (por observación). -----

VII. Grado de hacinamiento. -----

VIII. Observaciones. -----

## 8. BIBLIOGRAFIA

1. Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México, A.C.  
"Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición a -  
nivel individual y colectivo". Año de XXV Aniversario. México. 1968.
2. Bartra, Roger; Paré, Luisa. Casiquismo y Poder Político en el Mé-  
xico Rural. Ed. Siglo XXI. 4a. Ed. México 1978.
3. Chávez, Adoslfo. Algunos Aspectos Ecológicos de la Desnutrición.  
Mimeo. México. 1974.
4. Escamilla, C.J. Antonio; García, R. Hernán. Diagnóstico de Salud  
en 2 Comunidades del Edo. de Veracruz: Villa Alda  
dama y las Minas y Ensayo Sobre Servicio Social  
y la Conformación Ideológica de los Pasantes.  
Mimeo. U.A.M.X. Investigación realizada durante  
el Servicio Social. México. 1980.
5. Freire, Paulo. Extensión o Comunicación. La concientización en el  
Medio Rural. Ed. Siglo XXI. 10a. Ed. México.  
1980.
6. Gutierrez, Kumate. Manual de Infectología. Ediciones Médicas del  
Hospital Infantil de México. 6a. Ed. México.  
1978.
7. Harrison. Medicina Interna. Ed. La Prensa M. Mexicana. 5a. Ed. en  
español, Tomos I y II. México. 1979.
8. Harnecker, Marta. Explotados y Explotadores. Cuadernos de Educa-  
ción Popular (No. 1). Akal Editor. Madrid.  
1978.
9. Harnecker, Marta. Explotación Capitalista. Cuaderno de Educación  
Popular (No. 2) Akal Editor, Madrid. 1978.
10. Hernán San Martín. Salud y Enfermedad. La Prensa Médica Mexicana.  
3a. Ed. México 1975.
11. Juan Pablo II. Laborem Exercens. Carta encíclica.  
Documentos Pontificios 15. Traducción México 1981.
12. Laurell Cristina. Medicina y Capitalismo en México. Cuadernos Po-  
líticos (No. 5). México 1975.

13. Laurell Cristina. Los usos de la Epidemiología. Maestría en Medicina Social. Mimeo. U.A.M.X. México. 1980.
14. Lenin V.I. El Estado y la Revolución. Ediciones en Lenguas Ex--tranjeras. Pekin. 1975.
15. Morales, Z. Hugo Humberto. Práctica médica y Salud Rural. Investigación realizada durante el Servicio Social en Villa Aldama, Ver. U.A.M.X. México. 1981.
16. OPS Planificación de la Salud. Mimeo. México. 1964.
17. Sangines, García Agustín. Práctica Médica Indígena e Indigenista su Historia, el Presente y una Propuesta. U.A.M.X. Mimeo. México. 1979.
18. Scheler Max. La Idea del Hombre y la Historia. Ed. La Pléyade. Buenos Aires. 1980.
19. Valenzuela, Lenguas, Marquet. Manual de Pediatría. Ed. Interamericana, 9a. edición, México. 1975.
20. Zubirán Dr., y Cols. Convención Nacional de Salud. El Programa Nacional de Nutrición. México. Julio de 1973.