

Ása cristina laurell, josé blanco,
teresa machetto, juan palomo,
claudia pérez, manuel ruiz de Chávez,
manuel urbina, nora velázquez*

enfermedad y desarrollo: análisis sociológico de la morbilidad en dos pueblos mexicanos**

Introducción

El problema general abordado en la presente investigación es el de la causalidad social de la enfermedad. Como ya se señaló en otro escrito,¹ existen muchos estudios de diferentes partes del mundo que demuestran que hay una relación entre varios factores socio-económicos y la morbi-mortalidad de una población.² El

* Ása Cristina Laurell, médica, maestra de Salud Pública, estudios de posgrado en Sociología y Ciencia Política, profesora titular en la Universidad Autónoma Metropolitana, México. José Blanco, médico, estudios de posgrado en Antropología Social, profesor de la Universidad Autónoma de Puebla.

Los demás coautores al realizarse el estudio eran médicos pasantes en servicio social de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). El análisis y la interpretación de los datos es responsabilidad del primer autor.

** El estudio se realizó bajo el auspicio del Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM.

¹ A. C. Laurell y J. Blanco Gil, "Morbilidad, Ambiente y Organización Social: un Modelo Teórico para el Análisis de la Enfermedad en el Medio Rural", en *Salud Pública Mexicana*, 17 (4), 1975, pp. 471-480.

² Vid. A. Antonovsky y J. K. Zola (ed.), *Poverty and Health*, Cambridge, Harvard University Press, 1969; A. Antonovsky, "Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality", *Milbank Meml. Fund. q.*, 45 (1), 1967, pp. 37-75; H. Behm, *La mortalidad infantil y nivel de vida*, Santiago, Ed. Universidad de Chile, 1962; A. Heredia Duarte, "El Incremento de la Mortalidad Infantil en México", *Gaceta Médica Mexicana*, 103 (6), 1972, pp. 475-493; A. Mejía Vanegas, R. F. Badgley, V. Kasius, "The Colombia, South America, National Health Survey", en J. J. Kessler

carácter de esta relación, empero, no se ha especificado claramente. Esto se debe a que, por lo general, se ha dado al problema una conceptualización deficiente. El procedimiento común ha sido investigar algunos indicadores de las condiciones socio-económicas, o culturales y de salud para detectar variaciones concomitantes entre ellos, frecuentemente de manera bastante arbitraria.³ Este método tiene principalmente dos debilidades. Por un lado, reduce el sistema de complejas interrelaciones a simples factores que no permiten entender la articulación de todas las dimensiones sociales en una totalidad; por el otro, adscribe a los indicadores un valor en sí que no tienen, ya que un mismo indicador puede expresar fenómenos sociales diferentes, dependiendo del conjunto de las relaciones sociales presentes en una sociedad históricamente definida.

Consideramos que la conceptualización de la causalidad social de la enfermedad debe hacerse con base en la especificidad histórica de una sociedad, estableciendo cuáles son los procesos críticos de ella y cuáles sus consecuencias para la salud-enfermedad. El análisis de estos procesos ha de ser el que determine la selección de las variables o los indicadores cuantificables. Sólo de esta manera se pueden establecer marcos interpretativos que permitan la comprensión cabal de los fenómenos. A primera vista puede parecer que este método particularizaría el conocimiento a tal grado que resultaría imposible llegar a conclusiones de carácter general y, por tanto, científico. Pero no ocurre así. A través del análisis de los procesos particulares, centrales en la dinámica social global, es posible extraer la generalidad, justamente porque se evitan definiciones formalistas que ocultan el contenido real de las cosas, y por lo mismo se puede lograr definir categorías básicas, que se manifiestan en formas concretas muy distintas. Esto es, decir que la enfermedad tiene una causalidad social implica afirmar que la estructura social concreta y dinámica se expresa en una particular situación de salud y que las transformaciones de aquélla conllevan cambios en ésta.

El segundo problema que se presenta respecto a la causalidad social de la enfermedad, se refiere al peso específico de **lo social** y de **lo biológico** en el proceso de generación de enfermedad. Aquí es necesario distinguir dos planos distintos. Ciertamente, en el individuo lo biológico, sin duda, tiene gran importancia, sin que la condición socio-económica sea irrelevante. No obstante, es en relación al grupo social que la determinación socio-económica

y M. L. Levine (ed.), *The Community as an Epidemiological Laboratory*, Baltimore, John Hopkin's Press, 1970, pp. 297-314.

³ E. G. Stockwell, "Socio-Economic Status and Mortality in the U. S.", *Publ. Hlth. Rep.*, 76 (12), 1961, pp. 1081-1086.

cobra importancia decisiva. Es decir, para la salud colectiva el peso específico de **lo social** –con sus dimensiones socio-económicas propiamente hablando y la ambiental-ecológica– es mayor que el de **lo biológico**. Por esto el análisis sociológico de la salud-enfermedad es útil, principalmente cuando la unidad de estudio es el grupo social y no el individuo.

Por último se deben hacer algunas aclaraciones sobre el concepto de causalidad. No se pretende establecer que las condiciones socio-económicas sean agentes causales directos, aunque puedan serlo en algunos casos, sino que **se combinan** para conformar la estructura que desencadena y transforma los fenómenos biológicos. Se trata, pues, de una causalidad múltiple de la enfermedad, en la cual lo social es necesario y determinante, pero no suficiente. Dentro de este planteamiento se buscan ciertas leyes de causalidad social respecto a la salud-enfermedad de los grupos sociales, con la finalidad de aportar elementos útiles para la salud pública.

La posición teórica de este estudio se puede resumir de la siguiente manera: la estructura económica y las relaciones sociales de producción y de cambio de una sociedad, y no los fenómenos biológicos en sí mismos, determinan el carácter de la relación del hombre con la naturaleza y, consecuentemente, el tipo de patología que padece.

Planteamientos de la investigación

Dentro de esta problemática general, la investigación intenta aclarar algunas situaciones particulares. En primer lugar, se pretende esclarecer el efecto que produce el proceso de desarrollo capitalista en la salud-enfermedad, tal y como se presenta en las áreas rurales del México actual. Un planteamiento semejante fue hecho por Hughes y Hunter respecto a África.⁴ Estos autores demuestran que el desarrollo allí experimentado ha provocado y/o profundizado una serie de problemas de la salud. Su enfoque, puramente ecológico, no obstante soslaya el problema de la realidad socio-económica que impulsa dicho proceso.

El meollo del problema está en el grado de penetración de las relaciones mercantiles de producción y de cambio en el campo. Éstas desintegran la economía rural autoconsuntiva, transforman las estructuras socio-económicas del agro e integran a las clases trabajadoras rurales en nuevas condiciones de subordinación. El proceso asume diferentes formas y se expresa en diversas relacio-

⁴ C. C. Hughes y J. M. Hunter, "Disease and 'Development' in Africa", en H. Dreitzel (ed.), *The Social Organization of Health*, New York, MacMillan, 1971, pp. 150-214.

nes. Es, en algunos lugares, muy intenso y rápido; en otros, débil y lento, pero ninguno le escapa completamente.⁵

Los aspectos claves para el análisis de este proceso en relación a la salud-enfermedad de la población rural, son: la extensión y la calidad de la tierra disponible; el control sobre ella y los tipos de cultivos; el trabajo asalariado, y los términos e importancia del intercambio comercial.

El acceso a la tierra se da principalmente en tres formas: a través de la propiedad privada; del usufructo en sus modalidades ejidal y comunal, y por medio del pago de una renta en dinero, especie o trabajo. Por varias razones de orden histórico, la pequeña propiedad y el ejido minifundistas son formas de tenencia de la tierra muy extendidas en México que no han desaparecido, pese a la expansión de las grandes explotaciones agrícolas capitalistas. Pero el hecho de que los pequeños productores directos hayan logrado preservar sus derechos legales sobre la tierra, no implica, necesariamente, que detenten el control de las condiciones de su producción. En efecto, en mayor o menor grado dependen de decisiones ajenas respecto el uso que se va a dar a la tierra. Ocurre así por diferentes razones: el crédito, tanto el gubernamental como el usurero, está condicionado al tipo de cultivo; algunas zonas del país se hallan sujetas a leyes que obligan a la siembra de cosechas determinadas; la comercialización del producto en el mercado se encuentra controlada por grupos no campesinos. La pérdida de control sobre el uso y el producto de la tierra, junto con la necesidad de disponer de dinero para conseguir bienes básicos, que ya no se producen de manera local, tienden fuertemente a monetizar la economía rural.

Es en este contexto donde debe apreciarse la extensión del trabajo asalariado en el campo. Si bien es cierto que en términos generales el minifundio privado o ejidal se han mantenido, ello no excluye que una parte del campesinado haya perdido sus tierras y tenga que depender del trabajo asalariado. Otro factor importante, ligado al crecimiento demográfico y al cambio de la agricultura de autoconsumo a la comercial, es que la presión sobre la tierra ha aumentado. Las parcelas, de por sí pequeñas, no pueden ser subdivididas para dotar de terrenos a los hijos de los campesinos, y la agricultura comercial no tiene la misma capacidad para

⁵ Para el análisis del campesinado en general y de las estructuras agrarias de México, vid.: R. Bartra, "Campesinado y Poder Político en México", *Revista Mexicana de Sociología*, 35 (3-4), 1973, pp. 659-684; M. Gutelman, *Réforme et Mistification Agraire en Amérique Latine; Le Cas de Mexique*, Paris, Ed. Françoise Maspero, 1971; R. Pozas e I. H. de Pozas, *Los indios en las clases sociales de México*, México, Siglo XXI, 1971; R. Stavenhagen, *Las clases sociales en las sociedades agrarias*, México, Siglo XXI, 1969.

absorber mano de obra familiar regularmente, como la de autoconsumo. Los hijos de los campesinos se ven, de esta manera, obligados a buscar otras fuentes de ingreso, empleando su único recurso: la fuerza de trabajo. En la medida en que no hay posibilidades de empleo en su poblado, emigran a los centros urbanos o zonas de mayor demanda de trabajo.

El trabajo asalariado no se da solamente entre la población rural sin tierra. Los minifundistas, inmersos en la economía monetaria, se ven, de manera creciente, obligados a complementar sus ingresos como jornaleros, ya sea para conseguir insumos necesarios para la producción, pagar deudas o subsistir durante épocas anteriores a la cosecha.

El salario pagado en las áreas rurales está muy por debajo del de los centros urbanos. El trabajo es, además, irregular, ya que está condicionado por las variaciones cíclicas de la producción agrícola en cuanto a demanda de mano de obra, dando lugar a un considerable desempleo periódico. La población jornalera también se encuentra fuera de los sistemas de seguridad social y la organización sindical debido a que trabaja con diferentes patrones y sin contratación regular.

En la economía de autoconsumo la división del trabajo está poco desarrollada. Cada grupo familiar produce la mayoría de los artículos que consume. El resto, con raras excepciones, se puede conseguir dentro de la comunidad por medio del trueque. El papel del dinero no es, pues, particularmente importante. Como resultado de un proceso, cuyos centros dinámicos se encuentran fuera de la comunidad rural —si bien se vale de ella para poder desarrollarse—, la economía rural se transforma. Por medio de una multitud de mecanismos se obliga al campesino a especializar su producto para convertir una parte, cada vez mayor de él, en dinero, al tiempo que la autosuficiencia local tiende a desaparecer. Es justamente en el intercambio comercial donde el campesino es más perjudicado. En general, los productos agrícolas se venden en el mercado a un precio menor que los productos industriales. El pequeño productor directo, comúnmente, recibe aún menos, ya que tiene que recurrir a los intermediarios para poder vender sus productos. Resulta evidente que el campesino carece de medios para influir sobre el precio de su producto que, inclusive, no se determina muchas veces ni siquiera en el mercado nacional, sino en el mundial.

La población rural, ya sea los pequeños productores directos o los jornaleros, tiene que comprar productos elaborados, a precios diferenciales, mayores, cuyo resultado es el empeoramiento de sus condiciones de vida. Por esto es el sector que más se ve afectado en el proceso inflacionario que se ha sufrido durante los últimos años.

Las transformaciones económicas y sociales implicadas en el desarrollo descrito se manifiestan en cambios importantes en las condiciones de vida de las clases trabajadoras del campo, que han de reflejarse en su salud-enfermedad. Veamos:

a) La tierra deja de ser el medio directo para la producción de los alimentos familiares para convertirse en un medio de conseguir dinero para la satisfacción de las necesidades básicas, socialmente determinadas;

b) Los cambios en las técnicas de cultivo implican cambios ecológicos importantes y desplazan fuerza de trabajo;

c) El trabajo asalariado, así como la producción agrícola comercial, conllevan redefiniciones en la división del trabajo y en las relaciones de producción y de cambio, con profundas consecuencias en la organización de los grupos primarios y de la comunidad como tal, dando lugar a una diferenciación interna;

d) La dependencia del dinero significa, por un lado, que la satisfacción de las necesidades básicas depende más de la posición socio-económica de los grupos que de su apropiación de la naturaleza y, por el otro, implica cambios importantes en los patrones de consumo;

e) La creciente división del trabajo social excluye la producción local de muchos bienes, y se expresa en el desempleo periódico, ya que la gente no trabaja más que en una producción agropecuaria que, por su propia naturaleza, no garantiza un nivel estable de empleo;

f) Los movimientos migratorios conllevan la ruptura ecológica y social de grandes grupos con su ambiente nativo, y su llegada masiva a otros sitios que no garantizan ni trabajo ni condiciones de vida mínimamente favorables.

Estas consideraciones respecto del carácter del desarrollo rural, aunadas a la posición teórica de que los planteamientos socio-médicos deben partir de los fenómenos socio-económicos y no de las condiciones biológicas particulares,⁶ conducen a formular dos hipótesis generales que se complementan entre sí; a saber:

a) En una población rural con rasgos importantes de autoconsumo, la morbilidad es diferente a la que presenta otra con mayor grado de desarrollo capitalista;

b) Las características socio-económicas y culturales –tipo de actividad productiva, mecanismos de transferencia del excedente económico, situación migratoria, organización familiar, hábitos nutricionales, etcétera– tienen un peso mayor en relación a la morbilidad, que las que generalmente se refieren como ambienta-

⁶ J. Cassel, "Social Science Theory as a Source of Hypotheses in Epidemiological Research", *Am. J. Publ. Hlth.*, 54 (9), 1964, pp. 1482-1488.

les -vivienda, calidad del agua, tratamiento de desechos, etcétera- y que las relacionadas con los recursos de atención médica.

Metodología

La investigación de la primera hipótesis representa cierto problema metodológico, ya que el tipo de proceso, cuyos resultados sobre la salud se quieren estudiar, se da en un lapso largo de tiempo. Lo ideal sería seguir la pista a una misma población a lo largo del proceso y registrar los cambios sufridos en el estado de salud conforme los cambios socio-económicos. Esto no es, desgraciadamente, factible. Por ello se optó por otro procedimiento, que consiste en la comparación de dos localidades rurales con diferente grado de desarrollo.

Selección de las comunidades

Por razones prácticas se determinó investigar dos comunidades situadas en la misma zona del país, equipadas, cada una, con un Centro de Salud Rural. Ambas deberían tener, además, una población aproximada de 2 500 habitantes y una estructura demográfica similar. Se pretendió, así, diseñar la investigación desde un principio de tal manera que la variación en la morbilidad debida a las características demográficas, sexo y edad, fuera controlada.

Doce comunidades cumplieron con los requisitos establecidos y de ellas se procedió a la selección de las dos que manifestaban mayor divergencia en el grado de desarrollo. Para poder medir el grado de desarrollo objetivamente y con un criterio reproducible, se utilizó la tipología de comunidades rurales elaborada por Pozas.⁷

La información necesaria se obtuvo de personas conocedoras de las comunidades y de los datos relevantes del **IX censo general de población** de 1970.⁸ Posteriormente se verificó la información con trabajo de campo. En el cuadro 1 se presenta un resumen de las características demográficas y socio-económicas consideradas relevantes para la selección de las comunidades.

El cuadro 1 demuestra que se logró seleccionar dos comunidades prácticamente idénticas en cuanto a estructura demográfica y bastante diferentes en los aspectos socio-económicos, que se consideraron importantes según las características anteriormente

⁷ R. Pozas, **El desarrollo de la comunidad**, México, UNAM, 1964 (2a. ed.).

⁸ Secretaría de Industria y Comercio, **IX censo general de población**, México, 1970.

CUADRO 1

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIO-
ECONÓMICAS DE LAS COMUNIDADES A Y T (1973)**

			A	T
			%	%
Estructura demográfica¹	Sexo	Hombres	48.8	49.9
		Mujeres	51.2	50.1
	Grupo de edad (años)	0 - 14	48.5	47.2
		15- 44	37.2	37.3
15 o más		14.3	15.5	
Trabajo asalariado²	Únicamente		47.9	13.4
	Principalmente		66.3	24.4
	Secundariamente		12.4	17.6
	Generación paterna		26.9	14.1
La tierra y su uso	Acceso ² (propiedad, usufructo o renta)		35.1	75.0
	Producto principal ²	maíz	52.5	75.8
		comercial	47.8	24.2
	Sistemas de crédito y acaparamiento ³		Exten- didos	Limi- tados
Destino principal de la producción²	Autoconsumo		24.4	51.6
	Comercialización		75.5	48.4
Movimientos migratorios²	Emigración		50.6	14.7
	Inmigración		47.0	23.3
Estructura familiar²	Extensa		21.8	33.3
	Nuclear		78.2	66.7

¹ Datos del censo de la población general, 1973.

² Datos de la población muestreada, 1973.

³ Información de investigación directa, 1973.

analizadas. Así, predomina el trabajo asalariado en la comunidad A, mientras una minoría tiene acceso a la tierra. En la comunidad T las tres cuartas partes de la población tienen acceso a la tierra, al tiempo que el trabajo asalariado comienza a cobrar

importancia. El tipo de producto, su destino y la extensión de los sistemas de crédito y acaparamiento difieren sustancialmente en las dos comunidades. Se observa, además, que los movimientos migratorios asumen gran importancia en **A**, estando presentes en menor grado en **T**. La estructura familiar, que tiene relación directa con el tipo de actividad productiva, muestra una diferencia apreciable.

Resumiendo, es conveniente señalar que las dos localidades no representan polos opuestos, sino más bien etapas diferentes en un proceso que engloba a todas las áreas rurales del país. El ritmo diferencial de este proceso es lo que permite establecer la comparación.

También hacemos explícito, aunque parezca superfluo, que en ningún momento se conceptualiza en términos de pobre y rico, que son nociones estáticas. Lo que interesa, y es crucial, son las relaciones que se establecen alrededor de la actividad transformadora y creadora de la riqueza del hombre: el trabajo.

Recolección de la información

Estudio de la comunidad. Varios de los aspectos que interesan en esta investigación no se pueden reducir a variables directamente mensurables por encuestas. De las consideraciones presentadas en la introducción respecto al uso indiscriminado de indicadores surgió la necesidad de estudiar la dinámica global de las dos comunidades –sus relaciones internas y las que guardan con el exterior– para poder explicar los fenómenos particulares. Esto resultó especialmente necesario tomando en cuenta que las baterías de indicadores generalmente utilizadas en este tipo de estudios son prefabricadas en los países industriales y no pueden ser aplicadas a los subdesarrollados, ya que se trata de formaciones sociales sumamente diferentes.

El estudio de comunidad se llevó a cabo conforme una guía previamente elaborada que incluyó los aspectos considerados importantes.⁹ Las técnicas de recolección de información fueron la entrevista a fondo con informantes, la observación participante, la revisión de material escrito, complementadas con los datos de una encuesta socio-económica. El estudio de comunidad implicó la estancia de los investigadores en los poblados en diferentes etapas del estudio.

Se puede afirmar que sin el estudio de comunidad, en su

⁹ "Guía para el Estudio de la Comunidad", en **Plan general de enseñanza**, México. UNAM, Facultad de Medicina, Ciclos XI y XII, 1974.

conjunto, muchos de los hallazgos particulares no hubieran podido explicarse.

La muestra. En la ausencia de información exacta del número de familias y habitantes de las localidades, así como de planos elaborados, se levantó, como paso inicial, un censo directo. Se adscribió a cada grupo doméstico* un número para su identificación posterior y se elaboró un plano, indicando la ubicación de cada grupo. El primer censo se utilizó, además, para informar personalmente a todos los habitantes sobre la investigación que se iba a llevar a cabo.

Con base en este censo se calculó el tamaño de la muestra, utilizando como unidad de muestreo al grupo doméstico, dando como resultado la decisión de estudiar 135 grupos en cada comunidad que correspondió a 746 individuos en T y a 756 en A. La selección de los grupos por investigar se hizo con tablas de números aleatorios, incluyéndose en la muestra los grupos con el número correspondiente. La muestra total se dividió en cuatro submuestras, también con un procedimiento aleatorio, y cada una de ellas se estudió de 3 a 6 meses.

Las encuestas. Las encuestas relevantes al presente estudio son una cédula socio-económica, que se aplicó a cada grupo doméstico y un registro longitudinal de morbilidad, aplicado a todos los integrantes de la muestra.

La cédula de encuesta socio-económica de 56 variables abarcó aspectos demográficos, migratorios, saneamiento del ambiente, educación, actitudes y prácticas relativas a la salud, economía y organización. Se llenó a través de una entrevista con el jefe del grupo doméstico en cuestión. Casi la totalidad de las preguntas de la encuesta se refirió a hechos y no a opiniones de los entrevistados. Se estima que la información tiene un alto grado de confiabilidad, ya que en la mayoría de los casos era verificada por la observación directa o a través de procedimientos indirectos. La variable más problemática fue la del ingreso, por varias razones: por un lado, gran parte del ingreso campesino es en especie y no en dinero y se distribuye desigualmente durante el año; por otro, existe cierta reticencia, fundada en experiencias negativas anteriores, a informar al respecto. No obstante, otros datos de la encuesta, tales como el gasto en alimentación, extensión de tierra y tipo de cultivos, permitieron verificar y rectificar la información sobre el ingreso.

Las únicas dos preguntas de opinión se refirieron a la percepción de la importancia de la enfermedad como problema de la colectivi-

* Grupo doméstico: conjunto de personas residentes en la comunidad que viven bajo el mismo techo y tienen el gasto diario común.

dad. Fueron incluidas para comparar la opinión de la gente sobre la frecuencia de enfermedad con la frecuencia registrada.

La no respuesta a la encuesta socio-económica en sus diferentes partes fue de 2.2 a 4.4 por ciento en A y de 4.4 a 5.2 por ciento en T.

La encuesta de morbilidad, realizada a través de un interrogatorio, registró las enfermedades agudas experimentadas durante 15 días. Se aplicó a cada individuo de los grupos domésticos durante un periodo de 3 a 6 meses, cubriendo la experiencia morbosa de las comunidades durante un año. Resultaron aproximadamente 6 000 observaciones de estado de salud en cada comunidad.

Como han demostrado otros estudios,¹⁰ resulta problemático investigar la morbilidad a través de interrogatorio. Se tomaron, por ello, varias precauciones:

- a) El tiempo de recordatorio se limitó a 15 días;
- b) La entrevista se hizo a la jefa de familia, quien ha demostrado ser el mejor informador respecto a problemas de salud del grupo doméstico;
- c) Se preguntó por el estado de salud de cada miembro del grupo, mencionándolo por su nombre;
- d) Se enumeraron los síntomas de los padecimientos más comunes.

La manera de llevar el interrogatorio elimina el riesgo de simple olvido por parte de los encuestados. Respecto al problema de los conceptos subjetivos que se tienen acerca de la enfermedad y la salud, y que determinan si una condición se considera patológica o no, carece de solución definitiva.¹¹ No obstante, el hecho de mencionar y preguntar por los síntomas más comunes elimina el riesgo de que la gente considere como "normal" una enfermedad, como por ejemplo los cuadros diarreicos, por la alta frecuencia con la cual se presentan.

Caben, respecto a este problema, dos consideraciones complementarias. En primer lugar, es necesario señalar que si bien están presentes en las dos comunidades conceptos tradicionales acerca de la enfermedad (mágicos, de frío-calor, etcétera), la población

¹⁰ J. Kosa, J. J. Alpert y R. J. Haggerty, "On the Reliability of Family Health Information", *Soc. Sci. & Med.*, 1 (3), 1967, pp. 165-181; D. Mechanic y M. Newton, "Some Problems in the Analysis of Morbidity Data", *J. Chron. Dis.*, 18 (7), 1965, p. 569; J. A. Napier, H. Metzner y B. C. Johnson, "Limitations of Morbidity and Mortality Data Obtained from Family Histories", *Am. J. Publ. Hlth.*, 62 (1), 1972, p. 30; J. J. Feldman, "The Household Interview Survey as Technique for the Collection of Morbidity Data", *J. Chron. Dis.*, 2 (5), 1960, pp. 535-557.

¹¹ J. K. Zola, "Culture and Symptoms", *Am. Soc. Review*, 31, 1966, pp. 615-663; L. Conti, "Estructura Social y Medicina", en *Medicina y sociedad*, Barcelona, ed. Fontanella, 1972, pp. 287-310; A. Twaddle, "The Concept of Health Status", *Soc. Sci. & Med.*, 8 (1), 1974, pp. 29-38; J. M. Zola, "Pathways to the Doctor - From Person to Patient", *Soc. Sci. & Med.*, 7 (9), 1973, pp. 677-689.

también está familiarizada con las categorías y conceptos de la medicina profesional. En segundo lugar, el análisis posterior de la información recolectada no indica que los grupos sociales de condiciones educacionales y económicas más bajas reporten menos enfermedad que los grupos de mejores condiciones. Es decir, aparentemente no existen grandes variaciones en cuanto a percepción de la enfermedad entre los grupos investigados, y en caso de existir no aumentan las diferencias encontradas, sino más bien las disminuyen.

La no respuesta en **A** fue en el registro de morbilidad de un 4 por ciento y en **T** de un 3 por ciento.

Resultados

Comparación de las comunidades

La prevalencia de morbilidad general encontrada en **A**, la comunidad más "desarrollada", fue 15.3 por 100 observaciones, y en **T** la comunidad con rasgos importantes de autoconsumo, 11.0. Esto es, en el lapso de dos semanas 15 de 100 personas se enferman en **A**, mientras 11 de 100 lo hacen en **T**. La diferencia estadísticamente es significativa.* Aunque el propósito de este informe no es analizar los padecimientos particulares, es importante señalar que la diferencia de morbilidad no es cualitativa, sino cuantitativa. Los grupos de enfermedad que predominan son las infecciones respiratorias agudas, que corresponden al 42.9 por ciento de la morbilidad general en **A** y al 44.1 por ciento en **T**. Siguen en importancia las enfermedades diarreicas, representando el 17.5 por ciento en **A** y el 20.6 por ciento en **T**. El tercer grupo importante es el resto de las enfermedades infecciosas con el 6.4 por ciento del total en **A** y el 5.5 por ciento en **T**. Los traumatismos en **A** son bastante importantes -8.0 por ciento de la morbilidad total-, mientras que tienen un peso menor en **T** -el 2.7 por ciento. De esta manera sólo cuatro grupos de padecimientos constituyen cerca de las tres cuartas partes de la morbilidad en las dos comunidades. Ningún otro grupo excede el 3.5 por ciento de la morbilidad total.

Para poder afirmar que la morbilidad más alta de **A** resulta de las condiciones socio-económicas y ambientales, es necesario excluir dos fuentes de interferencia: la presencia de epidemias y niveles diferentes de percepción de enfermedad.

La primera de éstas se descartó a través del análisis de la variación estacional de las diferentes enfermedades comparativa-

* Nivel de significancia: $p = .001$.

mente en las dos comunidades, y se llegó a la conclusión de que no hubo ningún brote de enfermedad que pudiera considerarse como una epidemia. El segundo problema es, como ya se señaló, de más difícil solución. Fue, sin embargo, contemplado en el diseño del método de interrogatorio que nulificó parte de la subjetividad de los encuestados. Por otra parte, se sabe que la gente de **T** no se considera particularmente sana. Inclusive responde con más frecuencia que la de **A**, donde la gente se enferma mucho. Prácticamente el mismo número de personas en las dos comunidades se dicen no tener opinión al respecto.

Atendiendo sólo a los indicadores internacionalmente establecidos para medir el nivel de salud,¹² se observa que no es posible explicar la diferencia de morbilidad encontrada. La comunidad de **T** presenta en las variables calidad de la vivienda, calidad del agua y sistemas de tratamiento de desechos, niveles significativamente inferiores que la comunidad de **A**.

Asimismo el poblado de **A** cuenta con mayor número de instalaciones para la atención médica, tiene 3 médicos —2 más que **T**— que ejercen regularmente, y una parte de su población —el 38.5 por ciento— son derechohabientes de los sistemas de seguridad social, mientras nadie cuenta con estos servicios en **T**.

El nivel de escolaridad es en **A** ligeramente más alto que en **T**. La población de **A**, además, cuenta con escuelas primaria y secundaria, mientras **T** solamente tiene una escuela primaria.

Los indicadores económicos más extensamente utilizados en los índices de salud son: ingreso promedio y porcentaje de la población económicamente activa que labora en la agricultura. En ambos **A** exhibe una situación mejor que **T**, teniendo un ingreso promedio por familia de 1 345 pesos contra 1 042 en **T**. El porcentaje de la población económicamente activa que se dedica a la agricultura en **A** es el 39 por ciento y en **T** el 87 por ciento.

Se observa, pues, que la simple aplicación de indicadores preestablecidos no permite explicar la sobremorbilidad de **A**. Se contempló la posibilidad de que los indicadores no fueran representativos por ser calculados con base en la población total. Podrían existir en **A** algún o algunos grupos sociales que sufrieran una morbilidad muy alta distorsionando la morbilidad general. Del análisis de la morbilidad de los diferentes grupos, se desprendió que el único grupo de **A** con una morbilidad general semejante a la de la población de **T**, con una tasa de morbilidad de 11.0 por 100

¹² Serie de Informes Técnicos, **Medición de nivel de salud**, Washington, OMS, núm. 137, 1957; A. Sonis, **Salud, medicina y desarrollo económico-social**, Buenos Aires, Ed. Universitaria de Buenos Aires, 1968, pp. 27-40 (2a. ed.); H. San Martín, **Salud y enfermedad**, México, La Prensa Médica Mexicana, 1968, pp. 105-112 (2a. ed.); A. Heredia Duarte. *op. cit.*

observaciones igual a la de T, fue el grupo campesino; es decir, los grupos domésticos con acceso a la tierra, mas no el grupo jornalero.

La agrupación de la población según criterios de educación, saneamiento del ambiente, prácticas de atención a la salud, estado migratorio, ingreso, etcétera, no distingue grupos que se asemejen –en cuanto a morbilidad– a la población de T. Tampoco hay grupos que representen una morbilidad suficientemente alta como para explicar la sobremorbilidad de A.

Morbilidad y aspectos ambientales

Como ya se planteó, la dimensión de mayor peso para la morbilidad es la socio-económica y no la del ambiente fisico-social.* En el cuadro 2 se resumen los datos relativos al saneamiento del medio y las tasas de morbilidad general correspondientes. De este cuadro se desprende que la situación difiere en las dos comunidades. En T no se observa ninguna tendencia clara de relación entre la morbilidad y las características ambientales. No obstante, en A los grupos de mejores condiciones ambientales, según las variables medidas, exhiben una morbilidad general más baja que los grupos de peores condiciones ambientales. Para poder distinguir el efecto del ambiente de las repercusiones de lo socio-económico –que muy bien puede ser el factor que determina tanto la morbilidad como las condiciones ambientales–, el análisis de la morbilidad se realizó según características ambientales y socio-económicas. Los resultados se presentan en el cuadro 3.

En términos generales se puede afirmar que los cuatro aspectos socio-económicos escogidos –posición en la producción, estado migratorio, subempleo y alfabetización– tienen suma importancia sobre la morbilidad y anula parcialmente el efecto de las condiciones ambientales.

Se aprecia que la característica que más claramente distingue a los grupos en cuanto a morbilidad es su posición en la producción. Así los asalariados muestran constantemente una morbilidad más alta que los propietarios** en los grupos correspondientes. Incluso las tasas de morbilidad de los asalariados de condiciones ambientales satisfactorias tienden a ser iguales o más altas que las de los propietarios de malas condiciones ambientales.

La misma situación se presenta en la comparación entre los

* Lo llamamos ambiente fisico-social, porque se trata del resultado de la transformación socialmente determinada del ambiente físico.

** Se incluyen en el grupo "propietarios" a todos aquellos que tienen acceso a la tierra, aun cuando no sea en propiedad privada.

CUADRO 2

MORBILIDAD GENERAL SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE FÍSICO-SOCIAL. COMUNIDADES A Y T (1973)

Características del ambiente físico-social		Tasa de morbilidad por 100 observaciones	
		Comunidad A	Comunidad T
Calidad de la vivienda	Mala	17.3	10.7
	Satisfactoria	12.6	12.1
Fuente de abastecimiento de agua	Río o jagüey	24.9	11.4
	Pozo	17.1	8.8
	Pipa o red pública	13.2	11.4
	Otra	10.7*	16.6*
Tratamiento de basuras	Inadecuado	17.5	10.9
	Adecuado	12.0	11.4
Eliminación de excretas	Fecalismo al aire	16.6	10.7
	Instalaciones	13.6	12.5
Tasa general		15.3	11.0

* Basada en números bajos.

FUENTE: Cédula socio-económica y encuesta de morbilidad, Facultad de Medicina, UNAM, 1973.

inmigrantes y los originarios del lugar. En el grupo de inmigrantes, además, la importancia de la calidad de la vivienda y el sistema de eliminación de excretas se nulifica por completo.

La tercera variable investigada, el subempleo, igualmente divide la población en grupos de mayor y menor morbilidad. El impacto de las características del ambiente físico-social, sin embargo, sigue manifestándose dentro de los grupos subempleados y de pleno empleo.

El nivel de escolaridad se midió distinguiendo los grupos domésticos en los cuales los dos jefes de familia eran analfabetos y los grupos en los cuales por lo menos uno de los jefes era alfabetizado. Esta variable no tiene un valor predictivo tan claro como las otras tres variables socio-económicas, posición en la producción, inmigración y subempleo. Incluso las tendencias

CUADRO 3

MORBILIDAD GENERAL SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIO
ECONÓMICAS Y AMBIENTALES, COMUNIDAD A (1973)

Características del ambiente	CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS																	
	Tasa de morbilidad por 100 observaciones																	
	Posición en la producción	Inmigrante	Desempleo durante el año	Alfabetizado	Asala- riado	Propie- tario	Sí	No	Sí	No								
Calidad de la vivienda	Mala	19.4	15.3	17.9	16.2	18.2	17.9	17.1	18.7	Satisfactoria	15.4	9.6	17.7	9.5	13.4	12.5	25.0*	12.1
Fuente de abastecimiento de agua	Río o jagüey	32.5	15.4	30.8	7.9*	13.6*	27.9	7.3*	30.1	Pozo	21.5	10.9	19.0	11.6	19.9	14.5	23.9	14.9
	Pipa o red pública	14.0	12.4	13.0	12.6	14.1	13.2	13.0	12.8	Otra	12.2*	—	10.7*	—	—	12.2*	—	12.2
Tratamiento de basura	Inadecuado	19.6	14.5	20.5	13.2	19.4	10.6	18.4	17.2	Adecuado	14.2	9.9	12.9	12.6	9.4	12.8	10.7	12.4
Eliminación de excretas	Fecalismo	18.4	13.5	17.8	13.3	17.0	16.9	18.1	16.3	Instalaciones	16.4	11.1	17.9	11.6	15.1	13.5	10.1	13.6
Tasa general		17.8	12.2	7.6	12.3	16.7	15.0	17.2	14.0									

* Basada en números bajos.

FUENTE: Cédula socio-económica y encuesta de morbilidad realizada en 1973.

encontradas parecen indicar que los factores ambientales tienen más importancia que el nivel de escolaridad para efectos de la morbilidad. Esto probablemente se explica por el valor relativo de la alfabetización como medida de conocimientos, problema que se discutirá más adelante.

Se podría pensar que la importancia de las condiciones ambientales aumentaría si en lugar de investigar la morbilidad general se investigaran las enfermedades transmisibles. El análisis de las enfermedades respiratorias agudas y las diarreicas no confirma tal suposición. En efecto, demuestran la misma distribución que la morbilidad general en la población.

En resumen, se puede concluir que las variables socio-económicas propiamente hablando tienen un impacto directo sobre la morbilidad, que es independiente de las condiciones ambientales. En efecto, la importancia del ambiente físico-social está matizada doblemente por las condiciones sociales y económicas de un grupo determinado. Por un lado, el nivel socio-económico influye directamente sobre el tipo de habitación, las posibilidades de adquirir instalaciones sanitarias, la calidad del agua (que muchas veces se tiene que comprar), etcétera. Por el otro, el efecto de las condiciones ambientales se modifica por la definición socio-económica del grupo.

Morbilidad y acceso a la atención médica

Otro aspecto al cual se adscribe mucha importancia en la determinación del nivel de salud es a los recursos para la atención médica. Para evaluar el efecto del acceso real a la atención médica profesional se calcularon las tasas de morbilidad de los grupos según sus formas y prácticas de atención a la salud. Los resultados se ven en el cuadro 4.

Llama la atención que la población que tiene acceso económico y social a las diferentes formas de atención médica profesional no presenta una morbilidad general significativamente menor que los grupos que se encuentran al margen de estos servicios. Merece un comentario especial la alta morbilidad que se observa en las dos comunidades, en los grupos que utilizan los servicios de los centros de salud rural. La sobremorbilidad de estos grupos obviamente no tiene como causa los servicios que en estos centros se prestan. La explicación se encuentra en los patrones de utilización de estas instituciones gubernamentales. Su clientela es tanto en A como en T la población de una situación económica precaria, que no puede pagar los honorarios de los médicos privados y no cuenta con derechos de seguridad social. Predomi-

CUADRO 4

MORBILIDAD GENERAL SEGÚN ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA, COMUNIDADES A Y T (1973)

Prácticas de atención a la salud		Tasa de morbilidad por 100 observaciones	
		Comunidad A	Comunidad T
Persona que atiende la enfermedad	Médico	14.8	11.9
	Autoatención o no profesional	15.8	10.8
Utilización del centro de salud rural	No	12.3	9.9
	Sí	18.1	13.3
Utilización de los servicios de seguridad social	No	15.3	—*
	Sí	15.2	—*
Tasa general		15.3	11.0

* No hay población cubierta por los sistemas de seguridad social.
 FUENTE: Cédula socio-económica y encuesta de morbilidad, Facultad de Medicina, UNAM, 1973.

nan los grupos de asalariados con bajos ingresos temporalmente desempleados e inmigrantes; es decir, los grupos que presentan altas tasas de morbilidad.

De estos datos se concluye que la atención médica profesional, tal como se practica en la actualidad, no es un factor crítico para la morbilidad en el medio rural. Esta apreciación concuerda con las observaciones de Heredia Duarte¹³ respecto a la mortalidad y la atención médica.

Morbilidad y condiciones socio-económicas

Estudiadas las variables que generalmente se consideran de primera importancia para la salud-enfermedad —saneamiento del

¹³ A. Heredia Duarte, *op. cit.*

ambiente y recursos disponibles de atención médica— y encontrando que no tienen un peso decisivo para la distribución de la enfermedad en la población, interesa analizar más detenidamente las variables socio-económicas, que según las hipótesis planteadas son las que determinan la morbilidad de los grupos humanos.

El cuadro 5 resume las tasas de morbilidad de los grupos que resultan de la división de la población según criterios socio-económicos.

Tres indicadores económicos tienen en las dos localidades una influencia importante sobre la morbilidad, a saber: posición en la producción, rama de ocupación y desempleo temporal. Así los asalariados reportan una morbilidad significativamente más alta, 17.8 por 100 observaciones en A y 13.1 en T, que los propietarios con tasas de 12.2 y 10.7 respectivamente. Asimismo la población que pertenece a grupos domésticos, cuyo jefe no logra empleo durante todo el año, se destaca por una morbilidad más alta. La diferencia entre los subempleados y el resto de la población es más notoria en la localidad T que en A. En las dos comunidades los jornaleros exhiben tasas de morbilidad altas mientras el resto de la población económicamente activa en la agricultura presenta tasas relativamente bajas. La población que trabaja en las ramas secundaria y terciaria de la economía muestra una situación diferente en A que en T, ya que tiene tasas altas en A y bajas en T. Este hecho se explica por las distintas estructuras económicas de las dos comunidades. En A la población que labora en industria, servicios y comercio es en su gran mayoría asalariada, mientras que en T pertenece casi exclusivamente —el 90 por ciento— a las capas medias: dueños de pequeños establecimientos de comercio y de servicios; no participa, pues, en las relaciones de producción de la economía moderna, sino representa un sector tradicional dentro de la estructura agraria.

El resto de las variables económicas demuestran diferencias en las dos localidades en relación a la morbilidad. Se puede observar que la posición en la producción de la generación paterna de la población investigada tiene gran importancia para la morbilidad en A, mas no en T. Esta diferencia se debe a que la proletarianización es un fenómeno masivo en A, que afecta a la totalidad de la comunidad y muy particularmente a la población que la ha sufrido, mientras que en T es un proceso lento con menos repercusiones sobre la comunidad como tal y sobre los grupos directamente afectados.

Respecto a la relación entre ingreso y morbilidad los resultados parecen paradójicos. Así únicamente el grupo que tiene ingresos de menos de 1 000 pesos mensuales en A se distingue del resto de la población en cuanto a morbilidad. Ni siquiera esta diferencia-

CUADRO 5

MORBILIDAD GENERAL SEGUN CARACTERISTICAS SOCIO-
ECONÓMICAS, I. COMUNIDADES A Y T (1973)

Características socio-económicas		Tasa de morbilidad por 100 observaciones		
		Comunidad A	Comunidad T	
Posición en la producción	Asalariado	17.8	13.1 } ^a	
	Propietario	12.2 } ^a		10.7 } ^a
Posición en la producción de la generación paternal	Asalariado	21.9	10.6 } ^a	
	Propietario	13.4 } ^a		10.9 } ^a
Rama de ocupación	Jornalero	19.1	15.1 } ^a	
	Otros en agricultura	11.0		10.7 } ^a
	Industria	26.4 } ^a		
	Servicios y comercio	14.0 } ^a		8.1
Desempleo durante el año	Sí	16.7	13.2 } ^a	
	No	15.0 } ^a		9.8 } ^a
Ingreso familiar mensual (pesos)	0 - 999	17.5	10.9	
	1 000 - 1 999	13.5 } ^a		10.9
	2 000 o más	13.3 } ^a		10.9
Utilización de crédito	Sí	18.0	9.8	
	No	13.4 } ^a		11.9
Cultivo principal	Maíz	10.7	10.7 } ^a	
	Otro: Comercial	12.7		8.2 } ^a
Estado migratorio	Inmigrante	17.8	11.4	
	Originario del lugar	12.3 } ^a		10.9
Alfabetización de los jefes de familia	Analfabetos	17.2	12.8 } ^a	
	Alfabetizados	14.9 } ^a		10.6 } ^a
Estructura familiar	Nuclear	16.3	11.2	
	Extensa	10.4 } ^a		9.9
Tasa general		15.3	11.0	

^a Diferencia estadísticamente significativa con nivel de significancia: $p = .05$ o menos en X^2 .

NOTA: Las tasas no están basadas en la misma población en todos los casos ya que algunas variables no se aplican a la totalidad de la muestra.

FUENTE: Cédula socio-económica y encuesta de morbilidad, Facultad de Medicina, UNAM, 1973.

CUADRO 6

MORBILIDAD GENERAL SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIO
ECONÓMICAS, II. COMUNIDAD A (1973)

Características socio-económicas		Tasa por 100 observaciones					
		Posición en la producción		Inmigrante		Alfabetizado	
		Asalariado	Propietario	Sí	No	No	Sí
Posición en la producción	Asalariado	17.8	—	20.3	14.4	21.3	16.4
	Propietario	—	12.2	14.8	9.8	11.4	12.7
Posición productiva de la generación paterna	Asalariado	24.1	14.6	22.7	19.8	32.1	18.2
	Propietario	14.6	10.4	15.4	11.0	10.3	13.6
Rama de ocupación	Jornalero	19.1	—	21.2	8.7*	24.7	14.1
	Otro en agricultura	—	11.0	14.3	8.7	10.9	11.4
	Industria	29.6	16.9*	25.8	27.5	—	28.1
	Servicios y comercio	14.2	13.7	15.2	13.0	16.0	13.8
Desempleado	Sí	24.1	9.4	19.8	8.9*	20.2	12.6
	No	15.6	13.8	17.2	13.0	14.5	15.7
Ingreso familiar mensual (pesos)	0-999	21.5	13.0	19.5	11.9	16.0	18.4
	1 000-1 999	13.3	13.0	16.3	11.4	26.8*	13.1
	2 000 o más	16.8	10.2	11.7	14.4	—	13.3
Inmigrante	Sí	20.3	14.8	17.8	—	18.0	18.0
	No	14.4	9.8	—	12.3	14.9	12.1

* Tasa basada en números bajos.

FUENTE: Cédula socio-económica y encuesta de morbilidad, Facultad de Medicina, UNAM, 1973.

ción se presenta en **T**. Estos hallazgos, no obstante, confirman que el ingreso monetario no es un buen indicador de las condiciones socio-económicas de la población rural.

La utilización de crédito y el tipo principal de cosecha también tiene una influencia diferencial sobre la morbilidad en las dos localidades. En **A** los grupos de agricultores que utilizan crédito para la producción y que siembran cosechas comerciales —dos hechos que generalmente van ligados— reportan una morbilidad más alta que el resto de los grupos campesinos. Aquéllos son los grupos que se encuentran capturados en el ciclo crédito-usurero-acaparamiento-crédito-usurero. Es decir, participan en relaciones de producción y de cambio impuestas por el desarrollo del capitalismo en el campo mexicano. Así el campesino está obligado a dejar la producción autoconsuntiva y entrar en la producción mercantil en las condiciones ya expuestas. Éstos son los cambios que se reflejan en su salud. En la comunidad **T** hay una relación inversa; la población que no utiliza crédito y que produce maíz —cultivo que en pequeña escala es de autoconsumo— es la que tiene las tasas de morbilidad más altas, aunque no por encima de las de **A**. Parece como si esta situación contradijera el razonamiento anterior, pero no es así. Esta aparente contradicción se resuelve si se analiza el fenómeno dentro del contexto en el cual se presenta. Como ya se mencionó (ver cuadro 1), los sistemas de crédito y de acaparamiento en **T** son muy limitados. Esto quiere decir que no han penetrado en la base del campesinado minifundista, sino que se limitan al campesinado medio que no depende principalmente del crédito usurero, sino del crédito bancario, y que tiene mejores posibilidades de comerciar su producto sin establecer relaciones de dependencia con el agiotista-acaparador. Se trata, pues, de fenómenos distintos en las dos localidades que afectan de diferente manera a los grupos en cuestión.

La situación migratoria resulta de suma importancia para el estado de salud en **A**, mientras su influencia es bastante relativa en **T**. Se está otra vez frente a un fenómeno que cobra relevancia distinta en las dos poblaciones. Como ya se señaló, los movimientos migratorios son de mucha importancia en **A**, mas no en **T** (ver cuadro 1) debido a la estructura y dinámica global diferentes de las dos comunidades. En efecto, la migración es en **A** un hecho tan importante que repercute hasta en el ambiente físico-social. En este poblado de 2 500 personas existe, en pequeña escala, lo que en las ciudades se denomina "cinturones de miseria". Aparte de la situación ambiental adversa, los inmigrantes tienen una serie de limitaciones económicas: no tienen acceso a la tierra, ni tampoco a los empleos mejor remunerados y estables; son, pues, en su gran mayoría asalariados con empleo irregular.

La relación entre nivel de escolaridad y estado de salud resulta de difícil interpretación. La única medida que de modo claro diferencia a los grupos en cuanto a morbilidad, es el analfabetismo de los dos jefes de familia en comparación con los grupos en los cuales por lo menos uno de los dos esposos sabe leer y escribir. Es decir, no se presenta alguna tendencia que permita afirmar que a mayor escolaridad hay menor morbilidad, ni viceversa. En este caso quizá se esté frente a un problema conceptual. Lo que se quiere captar midiendo el nivel de escolaridad es el grado de conocimiento, lo cual inclina a pensar que el indicador "escolaridad" no necesariamente mide conocimientos, pues la enseñanza escolar tradicional en la mayoría de las veces no proporciona los conocimientos que la población rural necesita para enfrentarse a su medio, ni al natural, ni al social.

El último aspecto socio-económico que aquí se señala como importante para la salud-enfermedad, es la estructura familiar. La gente que vive en familia extensa tiene en las dos comunidades una morbilidad más baja que la población que vive en familia nuclear. Cabe recordar que la familia extensa existe donde ella constituye la unidad básica de producción; es decir, se trata ante todo de grupos domésticos dedicados a la agricultura con rasgos importantes de autoconsumo, basada en la división familiar del trabajo y que por lo regular tiene mayor capacidad de absorber mano de obra que la agricultura comercial. Las diferencias de morbilidad encontradas en las dos formas de organización familiar reflejan, de esta manera, la diferencia en actividad económica aparte de la distinta organización social.

Resulta claro que los aspectos socio-económicos que aquí se han investigado no son independientes uno del otro; por el contrario, guardan entre sí relaciones de causalidad y de retroalimentación. No es posible, pues, establecer relaciones simples de causa-efecto entre estos indicadores y los niveles de morbilidad. No obstante, se pueden distinguir indicadores de mayor o menor peso respecto a la situación de salud-enfermedad. Es necesario insistir en que son indicadores de situaciones bastante complejas y que tienen validez indicativa solamente dentro de una dinámica socio-económica determinada.

Los cuadros 6 y 7 resumen la morbilidad de la población agrupada según dos características socio-económicas. En la comunidad A las características que tienen influencia propia sobre la morbilidad son la posición en la producción, el estado migratorio, la posición en la producción de la generación paterna de la población investigada y la rama de ocupación; es decir, estos factores mantienen la misma tendencia en la distribución de la enfermedad en la población de cada subgrupo. La alfabetización,

el ingreso y el desempleo temporal, por otra parte, demuestran una influencia que está condicionada por otros aspectos, por lo que tienen importancia en el grupo de los asalariados, pero no en el de los propietarios. Para el grupo de inmigrantes el ingreso y el subempleo afectan las tasas de morbilidad, mas no la alfabetización, que, por otra parte, tiene importancia en relación a la morbilidad del grupo de originarios de la localidad.

Como se desprende del cuadro 7 las condiciones de la población de **T** son sorprendentemente homogéneas, de tal manera que varios indicadores confluyen en un mismo grupo. Los asalariados son, al mismo tiempo, los subempleados que perciben los ingresos más bajos y muestran las tasas de morbilidad más altas. Este hecho impide la medición del efecto relativo de cada indicador. Dentro del grupo asalariado-subempleado-malpagado, el analfabetismo contribuye a elevar la morbilidad, pero no en el resto de la población.

Discusión y conclusiones

Los resultados de la investigación permiten confirmar las dos hipótesis generales antes planteadas. La comunidad de **T**, que presenta una economía con rasgos importantes de autoconsumo, sufre, en efecto, una morbilidad más baja que la comunidad **A**, con mayor grado de desarrollo capitalista. El análisis de la morbilidad en relación a características socio-económicas, ambientales y de recursos para la atención médica, también confirma que las primeras resultan determinantes para la distribución de la enfermedad en la población.

Los resultados indican, de manera bastante clara, que los cambios implicados en el **tipo** de desarrollo que se da en el campo mexicano tienen repercusiones negativas sobre la morbilidad. Se ha visto que las características que fueron señaladas como claves en el proceso (ver cuadro 1), distinguen grupos de mayor o menor morbilidad. De esta manera los asalariados exhiben, en las dos comunidades, tasas de morbilidad más altas que los propietarios. Por otra parte, el único grupo en **A** que se distingue por una tasa de morbilidad igual a la de **T**, es el que mantiene la característica fundamental campesina: el acceso a cierto control sobre la tierra. Respecto a los movimientos migratorios, se ha demostrado que la condición de inmigrante tiene profundas implicaciones para la salud, cuando se presenta como un fenómeno social masivo.

Pero no sería correcto aislar cada variable y adscribirle determinado efecto sobre la salud. Lo que se ha tratado de demostrar a lo largo de este artículo es que el **conjunto** de las relaciones

CUADRO 7

MORBILIDAD GENERAL SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS, III. COMUNIDAD T (1973)

Características socio-económicas	Tasa por 100 observaciones						
	Posición en la producción			Desempleado			
	Asalariado	Propietario	Asalariado	Propietario	Si	No	
Posición en la producción	Asalariado	13.1	—	14.4	7.9*	15.9	11.5
	Propietario	—	10.7	12.5	9.9	11.0	10.4
Rama de ocupación	Jornalero	14.5	—	15.4	10.8*	17.5	12.9
	Otro en agricultura	—	10.7	12.9	9.8	11.5	10.7
	Industria, servicios y comercio	2.7*	10.1	2.6*	9.5	—	8.1
Desempleado	Sí	14.4	12.5	13.2	—	14.8	13.2
	No	7.9*	9.9	—	9.8	10.7	9.5
Ingreso familiar mensual (pesos)	0-999	12.6	10.4	13.4	8.2	13.1	10.4
	1 000-1 999	—	11.0	11.3*	11.0	10.9	10.8
	2 000 o más	—	11.0	—	11.0	15.4*	11.6

* Tasa basada en números bajos.

FUENTE: Cédula socio-económica y encuesta de morbilidad, Facultad de Medicina, UNAM, 1973.

socio-económicas de una formación social específica, se refleja en la salud de los grupos que la componen.

De esta manera la comunidad de **T** demuestra en su interior bastante homogeneidad y sus relaciones con el exterior –si bien son de intercambio desigual– son muchos menos intensas que las de **A**. El mantenimiento de cierta autosuficiencia económica y social habla de una relación particular con la naturaleza y con el resto de la sociedad. De allí que para la gente de **T** su condición primordial sea su pertenencia a un sistema social y biológico que resulta más decisivo para su salud, que las diferencias existentes en su interior. En este contexto es importante recordar que las particularidades del ambiente no distinguen grupos de morbilidad en **T** (ver cuadro 2): Lo que domina, pues, es el ambiente global. Las diferencias de morbilidad que se presentan entre grupos en **T**, y que nunca son tan pronunciadas como en **A**, están relacionadas con las características socio-económicas. El proceso de diferenciación en cuanto a morbilidad se da, así, primero en relación a las condiciones socio-económicas, y no a las de saneamiento del ambiente.

La localidad de **A**, por su parte, ya no es una comunidad propiamente hablando. Exhibe en su interior tajantes divisiones entre un grupo y otro. Se pueden en ella, fácilmente, distinguir diferentes clases sociales que mantienen relaciones de explotación entre sí y con el exterior. La diferenciación es tal, que para la gente de **A** la pertenencia a una clase o capa social determina claramente sus condiciones de salud. La pertenencia a una “comunidad” pasa a un segundo nivel de importancia. La relación particular de cada quien con la naturaleza varía según su actividad económica y su posición en el proceso productivo, que resulta de sus relaciones con la sociedad global.

El efecto más directo del tipo de desarrollo que se estudió es que provoca una ruptura ecológica en sentido amplio; es decir, cambia por completo la relación entre los hombres y la naturaleza. Aun sin haber estudiado los cambios biológicos en los ecosistemas –investigación que sería de gran interés–, se puede suponer que las cosechas comerciales, cultivadas intensivamente, con fertilizantes e insecticidas, implican una serie de transformaciones y desequilibrios.

Pero no sólo cambian las relaciones entre el hombre y la naturaleza, sino también las existentes entre los propios hombres y los grupos sociales. Una parte creciente de ellos se convierte, definitivamente, en asalariados que venden su trabajo en condiciones bastante desfavorables. No tienen ninguna organización para defender su salario, y tienen que comprar los bienes necesarios para la sobrevivencia a precios comparativamente altos, pues no

están en condiciones de producirlos. Al ser desligados de la tierra pierden, además, la posibilidad de emplear una serie de estrategias vitales, que están abiertas al campesinado semiautoconsuntivo.

La parte de la población rural que se mantiene como cultivadores de la tierra también establece nuevas relaciones con el resto de la sociedad. El cambio de cultivos de autoconsumo a cultivos comerciales, en las condiciones señaladas, implica que la población rural cambie el producto de su trabajo por dinero o mercancías en una situación de desigualdad. Así, depende para su sostén, al igual que la población asalariada, de la compra de productos de primera necesidad.

El proceso de desarrollo descrito significa, pues, para la gran mayoría de la población rural una mayor dependencia de la sociedad global y un menor control sobre sus condiciones de vida y de trabajo. Si bien ésta dispone de más dinero, todo lo que necesita para vivir, según normas socialmente establecidas, le resulta más caro si se mide en la cantidad de trabajo que tiene que invertir para conseguirlo.

La comercialización de las relaciones se refleja, asimismo, en cambios en los patrones de consumo. La incorporación al mercado de bienes industriales, por marginal que sea, conlleva una redefinición de las necesidades sociales bajo la influencia de la propaganda comercial que los medios masivos de comunicación se encargan de difundir. Esto se traduce en una nueva distribución del ingreso familiar en relación al consumo. Se incluyen, verbigracia, en la alimentación productos elaborados, muchas veces comparativamente caros y de bajo valor nutritivo. Así, por ejemplo, se beben diariamente refrescos y cervezas en las comunidades investigadas. Aun en familias de ingresos ínfimos, es muy común encontrar que compran a plazos productos cuyo único valor es de **status**, a costa de otros que se pueden considerar de primera necesidad en sentido estricto.

La diversificación de las relaciones de producción y de cambio tienden a descomponer a las comunidades rurales. Ello es así porque desaparece la base de homogeneidad que una actividad productiva semejante constituye, en condiciones en las cuales, con frecuencia, los nuevos grupos no pueden articular, conjuntamente, la defensa de sus intereses.

El conjunto de estos factores se traduce en un empeoramiento de la situación de la salud de la población involucrada en el proceso de "desarrollo". En relación a esta afirmación se deben hacer dos observaciones: en primer lugar cabe enfatizar, una vez más, que los resultados de esta investigación se refieren a un proceso de desarrollo específico. Un desarrollo que presuponga otro

tipo de relaciones sociales no tiene, necesariamente, las mismas consecuencias, como lo demuestran los casos de China y Cuba. El proceso de cambio por el que han atravesado estos dos países, en todos sentidos mucho más rápido que el de otras naciones subdesarrolladas, no estuvo acompañado de los mismos efectos negativos respecto a la salud. Así lejos de negar la validez de las conclusiones de la presente investigación, las apoyan.

La segunda observación se refiere a las diferencias de morbilidad encontradas. Se podría esperar que estas diferencias no fueran cuantitativas, sino cualitativas; es decir, que a las transformaciones socio-económicas deberían corresponder patologías cualitativamente distintas. Es preciso recordar que históricamente se pueden distinguir dos fases de desarrollo de la sociedad industrial capitalista respecto a su impacto sobre la salud-enfermedad. La primera implica la profundización de los problemas existentes; en la segunda los viejos problemas tienden a desaparecer y otros, nuevos, a surgir: ocurre, entonces, un cambio cualitativo en la patología.¹⁴ Ahora bien, la diferencia en el desarrollo de las dos poblaciones estudiadas no es tan grande como para ubicarlas en fases distintas. A aún está muy lejos de ser una población de condiciones de vida y de trabajo, propias de una sociedad industrial. Inclusive, precisamente por la forma particular de desarrollo de los países capitalistas dependientes, no es de esperar que pasen de una patología a otra, sino más bien que presenten una combinación particular de las dos en los centros de mayor desarrollo industrial, como manifestación del carácter desigual y subordinado de su desarrollo.

¹⁴ G. Rosen, "The Evolution of Social Medicine", en H. E. Freeman, S. Levine, L. C. Reeder (ed.), **Handbook of Medical Sociology**, 2a. ed., New Jersey, Prentice-Hall, 1972.