

Recursos sociodemográficos y daños a la salud, en unidades domésticas campesinas del estado de México

Carolina Martínez Salgado*

Se presentan en este trabajo los resultados más relevantes de un estudio realizado en dos poblados del sur del estado de México; se propone una lectura de los elementos sociodemográficos en su doble condición, como factores de riesgo para la salud y como recursos utilizados por la población para mejorar sus condiciones de vida y, por ende, sus posibilidades de conservar la salud. La prevalencia de patología se utiliza como indicador del balance logrado por cada tipo de unidad al ponerse en juego dos polos de los recursos demográficos utilizados. Se analizan los efectos sobre la salud, tanto en el nivel individual, como en el de las unidades domésticas, así como en el de las localidades. El trabajo se refiere a uno de los contextos más afectados por la crisis económica reciente en el país: el sector agrícola, sometido a un largo proceso de deterioro.

Introducción

Dentro del enfoque que reconoce a los problemas de salud como una de las expresiones de las circunstancias sociohistóricas en las que transcurre la vida de las poblaciones, este estudio se ocupa de ciertos eventos sociodemográficos como planos que se interponen entre las condiciones socioeconómicas y ambientales (consideradas como marco de riesgos para la salud), y la aparición de enfermedades en los individuos que se encuentran bajo tales condiciones riesgosas.¹

Se trata de una lectura epidemiológica de los fenómenos sociodemográficos, dentro de un contexto socioeconómico y ambiental que supone un elevado nivel de riesgos para la salud. El principal foco de atención es el papel que desempeñan los factores sociodemográficos como mediadores entre las condiciones de vida y la presencia de la enfermedad, de modo que cada uno de ellos es examinado e interpretado en su doble posibilidad: como

* Departamento de Atención a la Salud, DCBS, UAM-X, México.

¹ Los planteamientos y resultados aquí expuestos están basados en el estudio titulado *Condiciones sociodemográficas como elementos de riesgo para la salud en un contexto agrícola mexiquense*, tesis doctoral, Programa de doctorado en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios de Población, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México, octubre de 1990.

recurso potencial para mejorar las condiciones de vida, y como factor de riesgo para la salud.

Entre los elementos sociodemográficos que acotan las probabilidades de enfermar, se encuentran varios relacionados directamente con los individuos (su edad y sexo, su estado civil, su lugar en la estructura de parentesco, su nivel de instrucción, y su ocupación); otros que se refieren a las unidades domésticas a las que pertenecen (el tamaño y tipo de la unidad, la mano de obra disponible, el tipo de labores desempeñadas, la utilización de alguna forma de migración, la distribución de tareas intra y extradomésticas, la composición del ingreso familiar, y el acceso que logran al consumo de ciertos bienes y servicios), y unos más que derivan del entorno local en el que habitan (relacionados tanto con las características ecológicas como con las socioeconómicas y las psicosociales). Se analiza aquí la manera como los factores derivados de cada uno de estos tres niveles se relaciona con la presencia de daños a la salud.

El estudio se llevó a cabo en dos poblados del municipio de Malinalco, en el estado de México. La organización del sistema de salud en este estado ha sido considerada como pionera en el desarrollo de sistemas locales de salud en los que se concede a la atención primaria un lugar preponderante (ISEM, 1989). Pero es una entidad con una gran polaridad interna en cuanto a la distribución de ingresos, bienes y servicios: en un extremo, la muy poblada zona conurbada con la ciudad de México; en el otro, el vasto territorio rural en el que se desarrolla la pequeña agricultura (Camposortega, *s/f*; Conapo, 1987).

En este último se encuentra el municipio al que pertenecen las localidades elegidas, cuyas características corresponden a uno de los sectores que las aproximaciones macro identifican como de mayores amenazas para la salud dentro del mosaico nacional (Córdova *et al.*, 1989). Pero aun dentro de la relativa homogeneidad que deriva de su similar ubicación regional, existen entre ellas ciertas diferencias que permiten establecer algunas comparaciones sobre la influencia del entorno local en la configuración de los riesgos para la salud, y las limitaciones que éste impone a los recursos defensivos que los individuos y las unidades domésticas logran desarrollar. Así, Noxtepec de Zaragoza, que es el más pequeño de ellos, representa el caso extremo de aislamiento, estrechez en el mercado de trabajo y dificultad para el acceso a bienes y servicios (agua, luz, drenaje, caminos, mercados, servicios de atención médica), en tanto que el barrio de San Martín, dentro de la cabecera municipal, ofrece a sus habitantes márgenes un poco más amplios en cada uno de esos aspectos (Martínez, 1990).

Un enfoque multinivel y transdisciplinario

En esta aproximación, de carácter microsocia y transdisciplinaria —en tanto que involucra aspectos demográficos, epidemiológicos, sociológicos y antropológicos—, se ensayó una combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas, y se recogió información para tres niveles de análisis: la localidad, la unidad doméstica² y el individuo (Oliveira y García, 1986).

La información fue obtenida a través de tres tipos de fuentes:

- a) Datos secundarios referentes a la entidad, el municipio y sus localidades.
- b) Una encuesta por muestreo levantada en las dos localidades elegidas, con datos sobre la unidad doméstica y cada uno de sus integrantes.³
- c) Un estudio en profundidad que involucró observación directa y entrevistas detalladas a informantes clave.

Los datos obtenidos del primero y último tipo de fuentes se utilizaron para elegir las localidades y para diseñar el cuestionario. Una vez levantada la encuesta, se hicieron algunas entrevistas en profundidad adicionales para ahondar en el significado de los hallazgos (Geertz, 1973).

Para cada nivel de análisis se construyeron los indicadores de morbilidad correspondientes: en el nivel local se trabajó con las tasas de prevalencia de morbilidad en cada poblado. En el nivel de unidad doméstica se tomó un indicador dicotómico de presencia o ausencia de enfermedad en cada unidad (esto es, unidades afectadas por la enfermedad y unidades respetadas por ésta) y se incluyó como variable de control el número de integrantes de la unidad para ponderar a la cantidad de enfermos por el número de habitantes en cada unidad. Y en el nivel individual se utilizó el dato originalmente obtenido, que fue la presencia o ausencia de enfermedad en cada sujeto.⁴

² Una amplia revisión del estado en que se encuentra la discusión nacional reciente sobre el nivel de la unidad doméstica puede encontrarse en Oliveira, Pepin-Lehalleur y Salles, 1988.

³ La muestra estuvo compuesta por 101 viviendas en la localidad mayor y 29 viviendas en la menor. Esta encuesta estuvo precedida por un censo que se tomó como marco muestral. En la localidad mayor se censaron 240 viviendas con un total de 1 229 habitantes; en la menor, 81 viviendas con 482 habitantes. El diseño y procedimiento de muestreo pueden encontrarse en Martínez, 1990.

⁴ El tamaño relativamente pequeño de la muestra y el hecho de que los padecimientos registrados no mostraron gran diversidad —se trató de infecciones res-

Los daños a la salud fueron evaluados para el periodo de las dos semanas previas al levantamiento de la encuesta (Kroeger, 1983). Para cada integrante de las unidades entrevistadas se registró el estado de salud tal como lo reportó el informante ("morbilidad espontáneamente declarada"), y además la presencia de diversos síntomas detectados a través de un interrogatorio intencionalmente dirigido con el propósito de aproximar un diagnóstico al tipo de enfermedad padecida ("morbilidad por interrogatorio especialmente estructurado"). Estas respuestas condujeron a identificar el nivel y perfil de daños que la población fue capaz de percibir y hasta qué punto identificaba sus molestias con el concepto de enfermedad.⁵

En cuanto al análisis se describieron, en primer lugar, las características socioeconómicas y demográficas de cada uno de los dos poblados, de sus unidades domésticas y sus habitantes; el tipo, frecuencia y distribución de la patología encontrada, y la modalidad de atención a la que se recurrió para enfrentarla. Se exploraron, a continuación, las relaciones entre cada variable de riesgo y la presencia de enfermedad. Y finalmente, se trabajó con el modelo de regresión logística (Anderson, 1980; Rothman, 1986), con el propósito de analizar las interrelaciones entre los elementos sociodemográficos considerados como factores de riesgo y la presencia de enfermedad.

Se examinaron las variables y su relación con los daños a la salud para el nivel de la localidad, de las unidades domésticas y de los individuos. Al estudiar el nivel de unidad doméstica, se incorporó también la variable localidad. Y al pasar al nivel individual, se introdujeron, tanto la localidad en que habitaban los individuos como las características más relevantes de sus unidades domésticas de pertenencia. Se ensayaron, para ello, dos modalidades de incorporación de tales características: en el archivo elaborado para unidades domésticas, se las tipificó de acuerdo con las categorías de las variables consideradas; en el archivo construido para los individuos, se agregaron a cada uno las características más relevantes de su unidad doméstica de pertenencia. Ambas

piraterías y digestivas, en su mayor parte—, condujo a la decisión de identificar simplemente a sujetos enfermos y sanos para buscar la relación de este indicador dicotómico con los factores de riesgo considerados. La distribución de los distintos tipos de patología se revisó sólo para algunas variables demográficas individuales como edad, sexo, condición de actividad y ocupación.

⁵ Aunque no, desde luego, los diagnósticos médicos precisos, para lo cual se hubiera requerido de un examen clínico e incluso de algunos estudios de laboratorio y gabinete. Sobre la discusión en torno al concepto médico de enfermedad, son de especial interés los trabajos de Canguilhem (1978) y Clavreul (1983).

modalidades lograron sus propias aportaciones.

Uno de los problemas que plantean las aproximaciones transversales del tipo de la que aquí se emprendió, es el de los distintos momentos y ritmos de variación por los que transcurre cada uno de los procesos involucrados en el análisis en el momento del corte (Lerner y Quesnel, 1986; Noin, 1990).

Algunos procesos que afectan las formas de vida materiales y culturales de los habitantes de estas localidades no parecen haber sufrido modificaciones drásticas en el pasado reciente; probablemente los mayores cambios hayan sido la introducción creciente de agroquímicos y de productos alimenticios de origen industrial, así como ciertos cambios en la estructura de ocupaciones. Pero ninguno de estos procesos era del todo nuevo para los sujetos en estudio. De modo que, para fines del análisis de sus efectos sobre la problemática de salud, podrían considerarse como relativamente constantes.

Los procesos por los que atravesaban las unidades domésticas y los individuos, en cambio, tienen ritmos de variación más rápidos (De Teresa, 1991) y, por lo tanto, sus repercusiones sobre la salud requieren de mayor atención. Dentro de la muestra estudiada hubo individuos y unidades que pasaban por diferentes etapas de sus respectivos ciclos vitales, lo que permitió hacerse una idea —al observarlos a manera de cohortes artificiales— de la influencia de dichos ciclos sobre su salud. El examen simultáneo de las variables individuales, de unidad doméstica y de localidad, realizado en el nivel de análisis más desagregado (el individual), dejó ver algunos de los efectos combinados de estos factores. Desde luego, el conocimiento de las interrelaciones entre procesos tan diversos habrá de ser afinado mediante estudios ulteriores de naturaleza longitudinal. Pero los resultados así obtenidos proporcionan interesantes orientaciones sobre las preguntas originales.

Daños a la salud y elementos sociodemográficos

De los diversos hallazgos obtenidos en este estudio, se hará énfasis aquí en dos grupos de conclusiones. El primero se refiere a los niveles y tipo de daños encontrados y a la adecuación de los servicios médicos de que se dispone para resolverlos. El segundo gira en torno a la cuestión de mayor interés para esta indagación: el papel mediador de ciertos elementos sociodemográficos, entre las condiciones de vida entendidas como marco de los riesgos para la salud, y la aparición de la enfermedad.

En cuanto al primer grupo de conclusiones, una vez conside-

radas todas las molestias que los entrevistados reportaron —las identificaran como enfermedades o no—, el peso de la variable local se puso de manifiesto desde el inicio. Pudo observarse con toda claridad que Noxtepec mostraba un nivel de morbilidad más alto, tanto desde la perspectiva individual como desde la de las unidades domésticas: 47% de los entrevistados reportaron algún padecimiento, y 93% de las unidades en la muestra tenían algún integrante enfermo. San Martín, en cambio, registró prevalencias menores: 23% de los entrevistados tenían alguna patología, y en 71% de las unidades había algún enfermo.

Pero sería exagerado atribuir esos menores niveles de daños a la existencia de centros de atención médica en San Martín,⁶ cuando simultáneamente la vida en esta localidad implica mayores posibilidades de lograr condiciones relativamente más saludables. En realidad, los padecimientos se gestan afuera de los servicios médicos y, excepto por las medidas preventivas o la educación sanitaria que éstos puedan aportar a la población, su acción se inicia una vez generada la enfermedad para intentar conducir su curso hacia la recuperación de la salud. Además, la proporción de unidades domésticas con alguna persona enferma que buscó servicios profesionales en estos poblados es bastante baja: en San Martín, no más de la mitad de las unidades en las que se encontró algún enfermo habían recurrido a algún médico; en Noxtepec, sólo un poco más de la cuarta parte de las unidades con enfermos lo hizo. En este último —que es el que registra los mayores niveles de daños—, el acceso a la atención médica es tan esporádico y limitado, que sus efectos sobre los niveles de salud pueden considerarse prácticamente nulos.

La patología más frecuentemente registrada durante las entrevistas fue en las dos localidades, aunque siempre con mayor frecuencia en Noxtepec que en San Martín, la infecciosa de tipo agudo. En primer lugar, las infecciones de vías respiratorias;⁷ después las digestivas y dermatológicas, todas ellas más frecuentes en los menores de cinco años. Pero se encontraron también

⁶ En San Martín se encuentra una unidad médica rural del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), otra del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y un centro de salud C de la Secretaría de Salud, además de cuatro consultorios privados. En contraste, los habitantes de Noxtepec deben viajar hasta el centro de salud más próximo por un camino de tierra de varios kilómetros, en un recorrido que requiere aproximadamente una hora (yendo a pie desde el pueblo hasta el camino por el que pasa la ruta del transporte público), que varía según el medio de transporte utilizado.

⁷ La encuesta fue levantada a finales del otoño y principios del invierno, lo que determinó la mayor frecuencia de los padecimientos de vías respiratorias.

CUADRO 1
Tasas de prevalencia según grupos de edad de los padecimientos
reportados durante las entrevistas a las unidades domésticas
Noxtepec de Zaragoza, Malinalco, estado de México

| Tipo de padecimiento | Tasas de prevalencia* | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------|--------------|----------------|--------------|
| | Grupos de edad (años) | | | | Global |
| | 0 a 4 | 5 a 14 | 15 a 29 | 30 y más | |
| I. de vías respiratorias | 297.3 | 231.9 | 83.3 | 350.0 | 232.0 |
| P. dermatológicos | 162.2 | 130.4 | 62.5 | 75.0 | 108.2 |
| I. de vías digestivas | 270.3 | 72.5 | 20.8 | 25.0 | 87.6 |
| P. músculo-esqueléticos | 0.0 | 14.5 | 20.8 | 200.0 | 51.5 |
| P. ópticos u oftálmicos | 0.0 | 14.5 | 0.0 | 150.0 | 36.1 |
| Odontopatías | 0.0 | 0.0 | 20.8 | 75.0 | 20.6 |
| Traumatismos | 0.0 | 29.0 | 0.0 | 50.0 | 20.6 |
| Várices | 0.0 | 0.0 | 20.8 | 50.0 | 15.5 |
| Alcoholismo | 0.0 | 0.0 | 20.8 | 50.0 | 15.5 |
| Nombre tradicional | 27.0 | 0.0 | 41.7 | 0.0 | 15.5 |
| Hipertensión arterial | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 50.0 | 10.3 |
| Trastornos mentales | 0.0 | 0.0 | 20.8 | 0.0 | 5.2 |
| Diabetes | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 25.0 | 5.2 |
| P. de vías biliares | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 25.0 | 5.2 |
| Anemia | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| P. de vías urinarias | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Síntomas aislados | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Cirrosis | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Total | 756.8 | 492.8 | 312.5 | 1 125.0 | 628.9 |

* Tasas por 1 000 habitantes en cada grupo de edad.

Nota: Las tasas de prevalencia de enfermedades son ligeramente superiores a la proporción de enfermos con respecto al total de entrevistados debido a que un mismo sujeto podía presentar más de un padecimiento.

Fuente: Encuesta sociodemográfica y de morbilidad, Noxtepec y San Martín, octubre-diciembre de 1987.

traumatismos y enfermedades crónicas que los afectados han padecido durante largos años y probablemente continuarán padeciendo (véanse cuadros 1 y 2).

Las instituciones del sector salud tienen poco que ofrecer a grupos cuya ubicación y niveles de ingreso les impiden aproximarse siquiera a recibir estas elementales formas de atención. Por si ello no bastara, los prestadores del servicio tampoco se encuentran en condiciones de adecuar su oferta a las necesidades psicosociales de sus pacientes. Así, pese a que se trata de una entidad con un sistema de atención médica modelo por el esfuerzo que ha realizado para extender su cobertura, en este tipo de localidades los recursos informales o no profesionales para el cuidado de la

enfermedad son los que prevalecen, y los únicos realmente a la mano para sus habitantes. El saldo final son los elevados niveles de morbilidad que tales condiciones de riesgo generan y que no son resueltos por los servicios existentes.

El segundo grupo de conclusiones es el que se refiere específicamente al problema que nos ocupa. La posibilidad de que algunos sujetos logren conservar su salud, en especial en el poblado con peores condiciones de vida, resulta sorprendente y parece reflejar una notable capacidad del organismo humano (aun si se encuentra debilitado por una vida transcurrida en tales circunstancias) para salir indemne de las amenazas de un entorno tan no-sógeno, pero, sobre todo, obliga a preguntarse por los elementos que permiten a algunos de los integrantes de estos grupos obtener cierto margen de protección, y a evaluar los efectos del gran empeño desplegado para continuar viviendo en sus lugares de origen y conservar el estilo de vida que les es familiar.

Una vez establecidas las diferencias entre los niveles de morbilidad tanto entre los individuos como entre las unidades domésticas de cada localidad, se procedió a estudiar sus relaciones con los factores sociodemográficos considerados, en primer lugar para el nivel de análisis de unidad doméstica, y luego para el individual.

El nivel de análisis de unidad doméstica mostró relaciones significativas entre tres variables y la presencia de enfermos en la unidad, pero exclusivamente para el caso de San Martín. Las unidades que realizaban actividades laborales diversas (aparte de las agrícolas por cuenta propia), aquellas en las que alguno de sus integrantes practicaba la migración temporal y las que tenían más elevadas tasas de ocupación femenina, tuvieron algún integrante enfermo con mayor frecuencia que aquellas en las que eso no ocurría. En Noxtepec, en cambio, la elevadísima frecuencia de unidades con enfermos hizo de la presencia de la enfermedad una situación prácticamente uniforme, cualquiera que fueran las características de la unidad. La diferencia entre ambas localidades fue tal, que al introducir al modelo la variable localidad, ésta se convirtió en la única que mostró fuerte asociación con la presencia de enfermedad.

Pero fue en el nivel de análisis individual —el más desagregado y aquel en el que se manifiesta materialmente la enfermedad— en el que más claramente se expresó el peso de las características de las unidades domésticas, puesto que fue, al clasificar a los sujetos no sólo por sus características individuales sino también por las de las unidades en que habitaban, cuando pudieron observarse las más notables diferencias en cuanto al riesgo de enfermar.

CUADRO 2
Tasas de prevalencia según grupos de edad de los padecimientos reportados durante las entrevistas a las unidades domésticas Barrio de San Martín, Malinalco, estado de México

| Tipo de padecimiento | Tasas de prevalencia* | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Grupos de edad (años) | | | | Global |
| | 0 a 4 | 5 a 14 | 15 a 29 | 30 y más | |
| I. de vías respiratorias | 224.3 | 61.2 | 38.7 | 82.4 | 89.2 |
| I. de vías digestivas | 149.5 | 56.1 | 12.9 | 23.5 | 52.5 |
| P. músculo-esqueléticos | 0.0 | 5.1 | 6.5 | 117.6 | 35.0 |
| P. dermatológicos | 74.8 | 25.5 | 25.8 | 11.8 | 30.3 |
| P. ópticos u oftálmicos | 0.0 | 10.2 | 0.0 | 47.1 | 15.9 |
| Odontopatías | 0.0 | 5.1 | 6.5 | 23.5 | 9.6 |
| Hipertensión arterial | 0.0 | 0.0 | 12.9 | 23.5 | 9.6 |
| Traumatismos | 18.7 | 0.0 | 12.9 | 11.8 | 9.6 |
| Trastornos mentales | 0.0 | 5.1 | 6.5 | 17.6 | 8.0 |
| Diabetes | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 23.5 | 6.4 |
| Anemia | 0.0 | 0.0 | 12.9 | 11.8 | 6.4 |
| Nombre tradicional | 9.3 | 0.0 | 0.0 | 11.8 | 4.8 |
| P. de vías urinarias | 9.3 | 0.0 | 0.0 | 11.8 | 4.8 |
| Síntomas aislados | 0.0 | 10.2 | 0.0 | 5.9 | 4.8 |
| Várices | 0.0 | 0.0 | 12.9 | 5.9 | 4.8 |
| Alcoholismo | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 11.8 | 3.2 |
| Cirrosis | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 5.9 | 1.6 |
| P. de vías biliares | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Total | 486.0 | 178.6 | 148.4 | 447.1 | 296.2 |

* Tasas por 1 000 habitantes en cada grupo de edad.

Nota: Las tasas de prevalencia de enfermedades son ligeramente superiores a la proporción de enfermos con respecto al total de entrevistados debido a que un mismo sujeto podía presentar más de un padecimiento.

Fuente: Encuesta sociodemográfica y de morbilidad, Noxtepec y San Martín, octubre-diciembre de 1987.

Los factores más fuertemente asociados con la presencia de enfermedad fueron cuatro características individuales —edad, sexo, nivel de escolaridad y ocupación—, y dos características de las unidades domésticas —tipo de familia y utilización de la migración temporal por parte de alguno de sus integrantes. Por lo que toca a las variables referentes a la unidad doméstica, la utilización de la migración en la unidad, en el último año incrementó el riesgo de que alguno de sus miembros enfermara, y el hecho de que estuviera constituida por una familia extensa por oposición a una nuclear, lo disminuyó. En cuanto a las variables relativas a los individuos, se asociaron la edad y la pertenencia al sexo femenino con un incremento del riesgo de enfermar, y con una disminución

del mismo, el tener mayor escolaridad y el encontrarse ocupado como asalariado exclusivamente. Una vez consideradas estas características de los sujetos y de sus unidades, la localidad perdió su papel determinante (véase cuadro 3).

La influencia de la localidad, pues, resultó fundamental para explicar la presencia de enfermos en la unidad cuando se trabajó en el nivel de análisis de las unidades domésticas. De acuerdo con los resultados obtenidos, no hay recurso alguno que valga para un caso como el de Noxtepec: cualesquiera que sean las características de la unidad, en ese poblado es excepcional encontrar alguna de ellas con todos sus integrantes sanos. En San Martín, en cambio, los márgenes relativamente más amplios que ofrecen los recursos locales posibilitan el éxito de algunas modalidades de organización utilizados por algunas unidades para mejorar sus probabilidades de conservar al total de sus integrantes en mejores condiciones de salud. Sin embargo, las estrategias típicas que suelen desplegarse ante las circunstancias de deterioro en que se encuentra este segmento del sector agrícola (Martínez y Rendón, 1983) no tienen el éxito esperado. La intensificación del uso de la mano de obra mediante la utilización del trabajo femenino, la diversificación de actividades y la migración temporal que a lo anterior se asocia son, efectivamente, recursos que las unidades interponen en un intento por mejorar sus condiciones de vida. Pero, al menos en términos de sus efectos sobre la salud, no condujeron a las unidades que los utilizaron —tomadas como conjunto— a la buscada mejoría; por el contrario, la mayor proporción de unidades con enfermos se encontró justamente en aquellas que hacían mayores esfuerzos para defenderse de las adversas condiciones en que se encontraban. Las unidades relativamente mejor protegidas ante el embate de la enfermedad parecen ser aquellas que aún subsisten gracias a las labores agrícolas no asalariadas, y que no han de recurrir ni a la migración ni al uso de la mano de obra femenina.

Pero los resultados obtenidos en el nivel individual indican que, en el contexto analizado, los elementos de resistencia generados por las unidades benefician selectivamente a aquellos de sus integrantes que, además, pertenecen a ciertas categorías de edad, sexo, ocupación⁸ y nivel de escolaridad: los más jóvenes (una vez

⁸ Con respecto a la ocupación, el efecto es incluso contrario cuando se lo mira para la unidad doméstica o para el individuo. Mientras que para las unidades la probabilidad de tener algún enfermo disminuye cuando todos sus integrantes se dedican a las labores agrícolas no asalariadas, para los individuos esta probabilidad es menor cuando se ocupan de labores asalariadas, sean agrícolas o no agrícolas.

CUADRO 3

Modelo logístico de la presencia de enfermedad, nivel de análisis individual. Variables de los tres niveles Noxtepec de Zaragoza y Barrio de San Martín, estado de México

| Variable | Coefficiente | Prob > t | R.P.C. | Int. conf. 95% |
|------------------|--------------|------------|--------|----------------|
| Localidad | | | | |
| Noxtepec | 0.3134891 | 0.430 | 1.37 | 0.63, 2.98 |
| Edad | 0.0329906 | 0.000 | 1.03 | 1.02, 1.05 |
| Sexo femenino | 0.4929223 | 0.011 | 1.64 | 1.12, 2.39 |
| E. civil | | | | |
| casado | -0.4815917 | 0.129 | 0.62 | 0.33, 1.15 |
| viudo o separado | -0.2207104 | 0.684 | 0.80 | 0.28, 2.32 |
| Escolaridad | -0.1886621 | 0.000 | 0.83 | 0.76, 0.90 |
| Ocupación | | | | |
| mixta | -0.1289735 | 0.728 | 0.88 | 0.43, 1.82 |
| asal. | -1.1167550 | 0.029 | 0.33 | 0.12, 0.89 |
| no act. | 0.2143604 | 0.468 | 1.24 | 0.69, 2.21 |
| Migración no | 0.1399946 | 0.676 | 1.15 | 0.60, 2.22 |
| Sexo jefe de | | | | |
| unidad | | | | |
| femenino | 0.5101521 | 0.135 | 1.67 | 0.85, 3.25 |
| Com. fam. | | | | |
| extensa | -0.4661879 | 0.035 | 0.63 | 0.41, 0.97 |
| C. vit.f. | | | | |
| fisión o reempl. | -0.3694034 | 0.097 | 0.69 | 0.45, 1.07 |
| Ocup. UD | | | | |
| mixta | 0.3250578 | 0.150 | 1.38 | 0.89, 2.15 |
| no agric. | -0.0155585 | 0.966 | 0.98 | 0.48, 2.03 |
| Vivienda | | | | |
| con serv. | -0.5720649 | 0.190 | 0.56 | 0.24, 1.33 |
| algun serv. | -0.4632382 | 0.218 | 0.63 | 0.30, 1.31 |
| Migr. UD | | | | |
| sí | 0.8163343 | 0.000 | 2.26 | 1.50, 3.40 |
| V. M. 13 | | | | |
| no | -0.0149862 | 0.949 | 0.99 | 0.62, 1.56 |
| Constante | -1.6297850 | 0.005 | 0.20 | 0.06, 0.61 |

Log. máx. veros. = -419.2249 grados de libertad = 19

X^2 (19 g.l.) = 145.37 Prob. > X^2 = 0.000

R.P.C. (razón de productos cruzados) = exp. (coef.)

Int. conf. R.P.C. = exp. (coef. \pm 1.96 E.S._{coef.})

Fuente: Encuesta sociodemográfica y de morbilidad, Noxtepec y San Martín, octubre-diciembre de 1987.

rebasada la etapa crítica de 0 a 4 años de edad), los hombres, los que tienen mayores niveles de instrucción y los que se dedican a las labores asalariadas.

Los estudios multinivel permiten ver, como aquí se muestra, los diversos entrelazamientos que se dan entre las ventajas y desventajas locales, las que se derivan de la organización de cada tipo de unidad doméstica y las que dependen de las características de cada individuo. Profundizar en estas interrelaciones ayudará, por cierto, a la identificación de aquellas iniciativas que deben ser apoyadas para mejorar los marcos en los que transcurre la vida de estos grupos.

Bibliografía

- Anderson, S. et al. (1980), *Statistical Methods for Comparative Studies*, E.U.A., John Wiley and sons.
- Camposortega, S. y M. Mejía (s/f), *La marginación en el estado de México: un aporte a la planeación del desarrollo*, México, El Colegio Mexiquense, A.C.
- Canguilhem, G. (1978), *Lo normal y lo patológico*, México, Siglo XXI Editores.
- Clavreul, J. (1983), *El orden médico*, Barcelona, Argot.
- Conapo (1987), *Indicadores sobre fecundidad, marginación y ruralidad a nivel municipal. Estado de México*, México, Dirección de Investigación Demográfica, Dirección General de Estudios de Población, Consejo Nacional de Población.
- Córdova, A., G. Leal y C. Martínez (1989), *El ingreso y el daño. Políticas de salud en los ochenta*. México, UAM-Xochimilco.
- De Teresa, A. (1991), "La encuesta genealógica: una propuesta para el análisis de la reproducción de la economía campesina", en *Nueva Antropología*, vol. xi, núm. 39, México.
- Geertz, C. (1973), "Thick description: toward an interpretive theory of culture", en *The Interpretation of Cultures*, New York, Basic Books.
- ISEM (Instituto de Salud, Gobierno del estado de México) (1989), *Una estrategia de cambio*, Departamento de Servicios de Salud de Primer Nivel, Oficina de Control y Operación de la Coordinación Municipal, estado de México.
- Kroeger, A. (1983), "Health interview surveys in developing countries: a review of the methods and results", en *International Journal of Epidemiology*, vol. 12, núm. 4, Oxford, Oxford University Press.
- Lerner, S. y A. Quesnel (1986), "Problemas de interpretación de la dinámica demográfica y de su integración a los procesos sociales", en *Problemas metodológicos en la investigación sociodemográfica*, México, PISPAL/El Colegio de México.
- Martínez, M. y T. Rendón (1983), "Las unidades domésticas campesinas y sus estrategias de reproducción", en *El campesinado en México. Dos perspectivas de análisis*, México, El Colegio de México.
- Martínez S. C. (1990), *Condiciones sociodemográficas como elementos de riesgo para la salud en un contexto agrícola mexiquense*, tesis docto-

- ral, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, México, El Colegio de México.
- Noin, D. (1990), "L'étude géographique de la mortalité: bilan et problèmes", en *Espace, populations, sociétés*, núm. 3, pp. 367-376.
- Oliveira, O. y B. Garcia (1986), "Encuestas, ¿hasta dónde?", en *Problemas metodológicos en la investigación sociodemográfica*, México, PISPAL, El Colegio de México.
- Oliveira, O., M. Pepin-Lehalleur y V. Salles (1988), *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*, México, UNAM, Porrúa, El Colegio de México.
- Rothman, K. (1986), *Modern epidemiology*, Little, Brown and Co.

