



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE SALUD DE LA MUJER CAMPESINA, EL CASO DE ALGUNAS COMUNIDADES DE LA JURISDICCION No. 8 EN LAZARO CARDENAS, MICHOACAN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :

OCAMPO MARTINEZ MARGARITA RAMOS ROMERO OLIVIA

ASESORADA POR: LIC. EDDA ALATORRE WYNTER

MEXICO, D. F.

1994

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ASESORA:

E. Alatorre

LIC. EDDA ALATORRE WYNTER

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Porque deja que marchemos

por este sendero,

donde caemos nos levantamos.

Por la luz que ilumina nuestro existir

y poder realizar

uno de nuestros anhelos.

A la profesora EDDA ALATORRE,

por su paciencia y su valiosa

colaboración que nos brindó para

realizar este trabajo.

Al profesor EZEQUIEL CANELA,

por el apoyo que nos proporcionó

durante el servicio social.

A la Escuela Nacional de Enfermería

y Obstetricia y al personal docente

que invaluablemente colaboraron en

nuestra formación profesional.

Al personal del programa de E.E.C.

de la Jurisdicción No. 8 que nos

brindó su apoyo, comprensión y

compañía durante nuestro servicio

social.

MAGO Y OLY

DEDICATORIAS

A MI MADRE:

A quien debo todo lo que tengo y soy, por su apoyo, cariño y confianza con lo cual pude salir siempre adelante y así lograr una de mis más grandes metas.

A MI PADRE:

Que aunque se encuentra ausente de mi vida siempre fue fuente de comprensión y apoyo para mí.

A MIS HERMANOS Y AMIGOS:

Por su apoyo incondicional que me brindaron para lograr un objetivo más en mi vida que quiero compartir con ustedes.

A JORGE, VICENTE Y MAGDA:

Que con sus palabras de aliento y apoyo desinteresado contribuyeron a la culminación de esta etapa de mi formación profesional.

MAGO

DEDICATORIAS

A MIS PADRES CON TODO MI CARÍÑO:

Que con tanto amor ,y dedicación me han guiado por el camino de mi superación, porque comparten conmigo mis tristezas y alegrías, mis triunfos y fracasos, y que con tanta ternura me brindan sus cuidados.

A MIS HERMANOS CON CARÍÑO:

Porque cada uno de ellos en la medida de sus posibilidades me han apoyado en la continuación de mi formación profesional y se han preocupado por mí.

A MIS SOBRINAS(O):

Porque con su travesuras y ocurrencias me han dado alegría aún durante la preocupación y angustia.

A TODOS MIS AMIGOS Y AMIGAS:

Porque todos de alguna manera han colaborado en mi superación personal y profesional y están presentes en mi vida incondicionalmente.

OLY

INDICE

Página

I.	INTRODUCCION	1
II.	JUSTIFICACION	3
III.	DELIMITACION DEL PROBLEMA	5
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V.	OBJETIVOS	8
VI.	METODOLOGIA	9
VII.	MARCO TEORICO	
	1. Características generales del estado de Michoacán	11
	1.1. Educación	12
	1.2. Salud	13
	1.2.1. Perfil epidemiológico	13
	1.2.2. Programas prioritarios	17
	1.2.3. Recursos para la salud	18
	1.3. Descripción de los módulos de Coahuayana y La Mira	19
	2. Algunos factores relacionados con la salud	21
	2.1. Nutrición	22
	2.2. Educación	24
	2.3. Trabajo	25
	2.4. Nivel socio-económico	26
	2.5. Servicio públicos	27
	2.6. Costumbres y creencias	28
	3. Condiciones de salud en la mujer	30
	3.1. La mujer adolescente	30
	3.2. La mujer adulta	32
	4. La mujer campesina	34
	4.1. Condiciones generales	34
	4.2. Educación	36
	4.3. Trabajo	37
	4.4. Dinámica familiar y vida social	38
	4.5. Salud	39
VIII.	DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS	42
IX.	ANALISIS DE LOS RESULTADOS	46
X.	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	54
	ANEXOS.	
	BIBLIOGRAFIA.	

I. INTRODUCCION

La salud es un satisfactor al que tiene derecho todo ser humano sin distinción de raza, credo o condición social. La salud no debe considerarse únicamente como la ausencia de enfermedad sino como un estado de completo bienestar biológico, psicológico y social, que mantenga en equilibrio al individuo con el medio en el que se desarrolla.

Para fomentar la salud, mantenerla, cuidarla y recuperarla se requiere de la intervención de varios sectores y de muchas acciones que varían de un país a otro según el interés y el apoyo que a ésta se le asigne. En México el derecho a la salud quedó estipulado en el artículo 4o. de la Constitución Política el 3 de Febrero de 1983, el cual especifica que: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud".

En la actualidad la crisis económica ha afectado grandemente a todos los sectores de la población de nuestro país y con más rigor al sector campesino, pues se desarrolla bajo condiciones desfavorables y limitaciones que le impiden el acceso a los diferentes satisfactores, entre ellos la salud; la mujer campesina como integrante de este grupo, es afectada aún más por esta situación ya que al emigrar el esposo en busca de mejores alternativas, recae en ella toda la responsabilidad de la familia obligándola a desempeñar una doble función (padre y madre) y llevar sobre sus hombros una pesada carga de innumerables labores y obligaciones.

Es indudable que la situación por la que atraviesa la mujer campesina es preocupante, pues sus condiciones de vida tan precarias no le permiten conocer, ni mucho menos reclamar sus derechos como ciudadana, sufriendo de manera importante las consecuencias de esta limitación, sobre todo en su nivel de vida lo que repercute, de una u otra forma en su salud.

El propósito de este estudio fue prestar particular atención a las características de salud de las mujeres campesinas de los módulos 1 de Coahuayana de Hidalgo y 2 de La Mira, pertenecientes a la Jurisdicción No. 8 Lázaro Cárdenas Michoacán, México, considerando que las particularidades y necesidades de las áreas rurales han sido poco estudiadas y mal atendidas. Esto puede deberse a que actualmente se desarrolla una economía de mercado que obliga a la asistencia médica a concentrarse en las grandes ciudades impidiendo de esta manera la efectividad del derecho a la salud a todos los ciudadanos de nuestro país .

Como profesionistas de la salud sabemos que los factores que intervienen en ella son diversos, por lo que en este estudio pretendemos describir sólo algunos de ellos, tratando de identificar acciones más efectivas que puedan ser desarrolladas por el personal de enfermería asignado a estas zonas para brindar mejor atención a la salud.

II. JUSTIFICACION

México es un país con una gran extensión territorial. Por su amplitud ha permitido la formación de asentamientos humanos de manera dispersa y alejados de los servicios que faciliten la atención a la salud.

Considerando que uno de los componentes fundamentales del bienestar social es la salud, aunado a una economía equilibrada y a la educación entre otros, la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Planificación Familiar, (DGPF), proporciona desde 1986 con el programa de Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), servicios de salud básicos a la población que habita en todas las localidades que no cuentan con unidades médicas.

El fin primordial del programa de EEC es proporcionar servicios de planificación familiar y atención primaria a la salud. En el desempeño de estas actividades la DGPF en coordinación con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) apoyan el servicio social de los pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (LEO) para proporcionar capacitación a las auxiliares de Salud (AS), personal voluntario de la comunidad, que representa la base operativa de la estructura del programa, así como para brindar atención a la población de las comunidades rurales.

El servicio social en estas comunidades es importante e indispensable pues es un acercamiento más real a la problemática de salud de éstas, lo que permite realizar un diagnóstico situacional más profundo para poder llevar a los campesinos atención en materia de salud pues participan en la economía del país y con ello en la formación de recursos humanos, es necesario retribuirles

su participación ya que son ellos quienes menos gozan de salud y otros satisfactores.

Por otro lado las zonas urbanas tienen más posibilidades de acceso a los satisfactores de servicios de salud lo que no se da en las zonas rurales.

Cuando iniciamos el trabajo comunitario y establecimos contacto directo con la población de las comunidades, percibimos algunas características especiales en las normas de vida que muchas veces ocasionaban problemas de salud de diferente magnitud, sobre todo en la población femenina. Este problema es de gran trascendencia tomando en cuenta que la mujer es pilar fundamental en la formación, mantenimiento y reproducción de la familia.

Consideramos importante analizar algunos factores que determinan la condición de salud de la mujer campesina, ya que observamos que aún se le considera como objeto de procreación que carece de decisiones propias y que además aún cuando en ella recae el cuidado y protección de la salud de la familia, su propia salud se deteriora día a día ante la indiferencia de los demás.

III. DELIMITACION DEL PROBLEMA

Hemos podido observar que en las comunidades de los módulos de Coahuayana de Hidalgo y La Mira de la Jurisdicción No. 8 Lázaro Cárdenas, Michoacán, las mujeres presentan un deterioro en su estado de salud, manifestado sobre todo en su aspecto físico, situación que no parece ser tomada en cuenta en los programas oficiales de salud de las localidades al ubicarse, esta atención, sólo en aspectos reproductivos, sin que se consideren otros aspectos como: la educación, el trabajo, las costumbres y creencias, el nivel socioeconómico y la accesibilidad a los servicios de salud, que nos parece que están influyendo también en la salud de estas mujeres.

Con respecto a la educación, las mujeres de estas comunidades presentan bajo nivel de escolaridad, algunas no saben leer ni escribir; esto no les permite o les dificulta comprender los mensajes de educación para la salud.

El trabajo que realizan estas mujeres va desde las labores del hogar hasta las actividades del campo, las cuales están encaminadas al bienestar de sus hijos primordialmente, lo cual ocasiona que muchas veces no se preocupen por su salud, ni su familia ni ellas mismas.

En estas localidades, debido a sus costumbres y creencias, en particular las religiosas, aún se considera a la mujer como una servidora para los demás, que debe respetar el privilegio de procrear, ocasionando que a muy temprana edad esté llena de hijos, lo que hace que su estado físico se encuentre deteriorado y no cuente con el tiempo ni paciencia para atender y orientar a sus hijos.

Debido al bajo nivel económico, muchas veces sólo cuenta con recursos para alimentación siendo ésta, en la mayoría de los casos precaria, y no puedan acudir a servicio médico que generalmente se encuentra alejado de sus comunidades.

IV. PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que más influyen en las condiciones de salud que presenta la mujer campesina de las comunidades de los módulos de Coahuayana de Hidalgo y La Mira de la Jurisdicción No. 8 Lázaro Cárdenas, Michoacán?

V. OBJETIVOS

- ❑ **Describir las condiciones de salud que presentan las mujeres de los módulos de Coahuayana de Hidalgo y La Mira de la Jurisdicción No. 8 Lázaro Cárdenas, Michoacán.**
- ❑ **Relacionar las siguientes variables: educación, trabajo, nivel socio-económico, costumbres y creencias y accesibilidad a los servicios de salud, con las condiciones de salud que presentan las mujeres campesinas de los módulos 1 y 2 de la Jurisdicción No. 8 Lázaro Cárdenas, Michoacán.**
- ❑ **Proponer a los pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia acciones que amplíen la atención integral de la salud de la mujer de manera que ésta no quede circunscrita al área reproductiva.**

VI. METODOLOGIA

La presente investigación fue realizada en dos etapas: la primera comprendió una investigación bibliográfica con el propósito de integrar el Marco Teórico. La segunda se realizó a través de una investigación de campo en la que se aplicó un cuestionario a 100 mujeres que habitan en las comunidades que integran los módulos 1 de Coahuayana de Hidalgo y 2 de La Mira de la Jurisdicción No. 8 Lázaro Cárdenas, Michoacán que fue llenado por medio de una entrevista.

Para integrar la muestra se tomaron los siguientes criterios:

- a) Ser mujer.
- b) Estar dentro de la edad reproductiva sin importar el estado civil.
- c) Ser madre no importando el número de hijos.
- d) Residir en el área geográfica de estudio.

En el cuestionario se incluyeron varios apartados. En el primero se contemplaron los datos de identificación con el fin de conocer la edad, el estado civil, la escolaridad, y la ocupación de las mujeres; también se realizó una serie de preguntas abiertas para saber las actividades que realizan durante el día estas mujeres. En el segundo se investigó sobre los ingresos económicos de las familias de las campesinas. En el tercer apartado se preguntó sobre los alimentos consumidos por las mujeres en una semana, para

conocer el tipo de alimentación; asimismo se realizaron preguntas para identificar la distribución de los alimentos en la familia.

Los datos que se pedían en el cuarto apartado eran los referentes a los antecedentes gineco-obstétricos, para conocer la salud reproductiva. Se pidió también su opinión y la de su pareja sobre la planificación familiar. En este mismo apartado se investigó también sobre la relación familiar con su pareja, para conocer su situación en este aspecto.

En el quinto apartado se contempló las costumbres y creencias de las mujeres en relación con la atención de su salud. En el sexto apartado se averiguaron las enfermedades padecidas en el último año. El apartado final constituyó una exploración física (hábitus exterior) para enmarcar las condiciones de salud de la mujeres.

La aplicación de este cuestionario fue a través de visitas programadas con el fin de contar con el tiempo suficiente y la atención de las mujeres. La entrevista duró aproximadamente 40 minutos.

La tabulación de los datos la realizamos utilizando como método el paloteo simple, quedando éstos concentrados en diecisiete cuadros a los cuales se les realizó su respectiva descripción y análisis. Por último elaboramos las conclusiones y sugerencias de la investigación.

VII.
MARCO TEORICO

1.- CARACTERISTICAS GENERALES DEL ESTADO DE MICHOACAN.

El estado de Michoacán representa el tres por ciento de la superficie del territorio nacional. Los estados circunvecinos a él son: al norte Jalisco y Guanajuato, al noreste Querétaro y el Estado de México, al sureste Guerrero, al sur el Océano Pacífico y al oeste Colima y parte sur de Jalisco.

Las principales localidades del estado son: Apatzingán, Cd. Hidalgo, Huetamo, Jacona, Jiquilpan, Maravatío, Lázaro Cárdenas, Morelia, Mújica, Pátzcuaro, La Piedad, Puruándiro, Los Reyes, Sahuayo, Tacámbaro, Uruapan, Zacapu, Zamora, Zinapécuaro y Zitácuaro.

En estos lugares se concentran la mayoría de los servicios, principalmente los de salud, ya que en éstos se encuentran los centros hospitalarios más importantes. Este hecho afecta considerablemente a las comunidades rurales alejadas, en las cuales la población no cuenta con los recursos necesarios para llegar a estos lugares y obtener atención médica en caso de ser necesario, además cabe destacar que en la actualidad se impulsa el avance de la tecnología en el área de la medicina, por lo que los recursos humanos en su mayoría prefieren concentrar sus esfuerzos en esta materia.

Los principales ríos del estado son: Purungueo, Turicato, Balsas, Grande de Tepalcaltepec, Lerma, Duero, Coalcoman, Neixpa, Toscano y Coahuayana. En algunas sierras existen numerosos manantiales que se integran a escurrimientos superficiales y son canalizados hacia zonas de riego y para uso doméstico

principalmente en las zonas rurales alejadas en las que esta es la única fuente de abastecimiento de agua, elemento esencial para la vida.

En Michoacán se registran una diversidad de climas que van desde los más cálidos del país, como en la región de Tepalcaltepec; pasa por los climas secos, semisecos y templados relativamente húmedos a los climas semifríos en las zonas altas de la meseta Tarasca.

La población total que habita en el estado, de acuerdo al censo de población y vivienda de 1990, es de 3'548,199 habitantes, de los cuales el 48.4% representan el sexo masculino y corresponde el 51.6% al sexo femenino. La distribución territorial es de 59 habitantes por kilómetro cuadrado.

1.1. EDUCACION.

Conocer las características educativas de la población, permite evaluar los avances que en esta materia ha alcanzado el estado en relación con el avance nacional. Así tenemos que en la entidad las condiciones de analfabetismo se manifiestan por encima del promedio nacional, pues tenemos que en el país existe el 12.40% y en el estado la cifra es del 17.30%. Este problema se agudiza en la mujer, ya que presenta cifras más altas en relación con las del hombre. De igual manera el sector de la población más afectado es el rural, pues no cuenta con los recursos necesarios para asistir a recibir instrucción educativa, puesto que sus actividades se centran en las que les permiten la subsistencia.

1.2. SALUD.

Las condiciones de salud en el estado, acusan deficiencias en relación con el promedio del país. Este problema al igual que otros, se intensifica en las áreas rurales como resultado de la situación económica, social, cultural e histórica que ha existido y existe en ellas tales como: la deficiente alimentación, las condiciones desfavorables de la vivienda, escasez de agua potable, la persistencia de creencias y aptitud sobre el origen y tratamiento de las enfermedades entre otros hechos.

1.2.1. Perfil epidemiológico.*

A pesar de los esfuerzos realizados por prevenir las enfermedades respiratorias agudas y las infecciones intestinales, las cifras reportadas en 1990 referente al estado, nos muestran que éstas ocupan el primero y segundo lugar respectivamente dentro de las tasas de morbilidad; así también ocupan los primeros lugares a nivel nacional.

En esta entidad, el paludismo ocupa el tercer lugar de morbilidad con una tasa de 135.14, y se encuentra por encima de la tasa nacional la cual es de 54.86. Esta situación se debe principalmente a las condiciones geográficas y climáticas de algunas regiones del estado, además de las deficiencias que sufre para hacer más efectivo el programa de prevención de la enfermedad. Las neumonías y bronconeumonías ocupan el cuarto lugar a nivel estatal con una tasa de 97.79, las infecciones gonocócicas están situadas en el quinto lugar con una tasa de

* Los datos de este apartado corresponden a la Dirección General de Epidemiología del estado de Michoacán.
Tasa: 100,000 habitantes.

68.28 y se encuentra por encima de la tasa nacional pues ésta es de 24.49. Creemos que este problema está relacionado con el fenómeno de migración, pues los hombres al permanecer lejos de sus hogares llegan a tener relaciones sexuales sin protección, lo cual origina un gran problema de salud para la mujer pues como esposa debe de cumplir con el deber que se le ha impuesto. Así también este tipo de infecciones puede originar problemas en el período perinatal.

El sarampión ocupa el sexto lugar con una tasa de 67.06. Las teniasis, con una tasa de 33.67 se encuentran en séptimo lugar. Las infecciones bacterianas se encuentran en octavo lugar con una tasa de 33.56. El noveno lugar se encuentra ocupado por la fiebre tifoidea con una tasa de 31.75, mayor que a nivel nacional pues la cifra es de 18.44 y el décimo lugar lo ocupa la hepatitis viral con una tasa de 21.84.

Como se puede observar a pesar de la intensificación de las campañas de vacunación, en el estado aún se siguen presentando tasas altas de casos de enfermedades prevenibles por vacunación como son el sarampión (descrito anteriormente), tosferina, tétanos, tétanos neonatal y tuberculosis, las cuales se encuentran dentro de las veinte principales causas de morbilidad. Consideramos que este problema se debe a varios factores tales como la discontinuidad de las acciones de vacunación en las comunidades; sobre todo en las áreas rurales alejadas y de difícil acceso; cabe destacar que existe escaso personal para desarrollar esta actividad. Además existen deficiencias en los sistemas de información, por lo que escapa al sector salud información importante al respecto.

También existe cierto recelo en la población por aceptar la vacunación pues no creen en su eficacia para prevenir enfermedades y la escasa información que se les proporciona sobre las reacciones que provocan los biológicos, les impide comprender los malestares por tanto rechazan la vacunación.

Con lo que respecta a las cifras de mortalidad reportadas en 1990, tenemos que el primer lugar lo ocupan las enfermedades del corazón con una tasa de 59.02, en segundo lugar se encuentran los accidentes con una tasa de 51.69 la cual se manifiesta por encima de las cifras nacionales pues éstas son de 48.49.

En tercer lugar se localizan los tumores malignos con una tasa de 51.24, ligeramente elevada en relación con la nacional la cual es de 50.67. Cabe señalar que se presenta una tasa de 5.55 de mortalidad por tumores del cuello del útero. Esta causa de muerte es la más importante y la que más preocupa en la mujer, pues aún no se logra que crezca en ella la preocupación por su salud ya que su interés se centra en la de sus hijos o esposo, olvidándose de sí misma. De acuerdo a nuestra experiencia, en las comunidades rurales, la mujer no asiste por vergüenza, y muchas veces por temor a ser revisada por un médico hombre, además de no contar con el apoyo del esposo y se agregan a esta situación todas las condiciones desfavorables en las que viven. Así también este problema está relacionado con las enfermedades de transmisión sexual, pues una mujer que constantemente padece infecciones cérvico-vaginales está predispuesta a padecer cáncer cérvico-uterino. Esta situación persistirá mientras dentro de las medidas de prevención de enfermedad no se considere el contexto de la mujer y se asuma el problema a partir de éste.

En el estado se percibe también un problema que afecta su integridad social, ya que los homicidios y las lesiones infringidas intencionalmente por otra persona ocupan el cuarto lugar con una tasa de 32.95 que duplica la tasa nacional. Esta situación afecta la integridad familiar puesto que la pérdida de un integrante de la familia ocasiona problemas de muy diversa índole, esta causa de muerte se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino lo cual afecta principalmente a la mujer, pues cuando hace falta el padre recae en ella la responsabilidad de su familia. En el quinto lugar tenemos, con una tasa de 26.58 a las muertes por diabetes mellitus. El sexto lugar lo ocupan las enfermedades cerebro-vasculares reportando una tasa de 24.55. En el séptimo lugar se sitúan ciertas afecciones originadas en el período perinatal con una tasa de 24.15. Esto nos habla de las deficiencias existentes en el cuidado materno-infantil, a pesar de considerarse un sector prioritario por representar el sector poblacional más vulnerable.

A pesar de que las infecciones intestinales pueden prevenirse con medidas de higiene, éstas ocupan un lugar importante (el octavo) dentro de la mortalidad. El noveno lugar lo ocupa la neumonía e influenza con una tasa de 17.53 y el décimo lugar lo tienen el enfisema pulmonar y asma con una tasa de 15.84 la cual se encuentra elevada en relación con la tasa nacional que es de 11.85. Uno de los factores que influye en este problema es la forma en que la población resuelve la presencia de estas enfermedades que se manifiestan en su inicio de manera inofensiva y posteriormente se agravan rápidamente.

1.2.2. Programas prioritarios.

El conocimiento de como se generan las enfermedades y de los factores que intervienen en su distribución, permite llevar a cabo acciones de prevención y control de éstas por medio de programas para tratar de disminuir los daños que afectan la integridad de la población. Estos programas son realizados a nivel nacional y aplicados de acuerdo a las necesidades de cada estado. Sin embargo, consideramos que cuando éstos son llevados a cabo, pierden progresivamente su finalidad debido a la falta de control y supervisión en el cumplimiento de los objetivos, posiblemente por falta de personal que realice esta tarea.

Muchas otras veces son guardados en un escritorio sin que el personal conozca sus lineamientos y sólo se revisan cuando ya existe un problema de salud diseminado que requiere de atención urgente, siendo que tales programas son elaborados para prevenir principalmente los problemas de salud.

También es importante destacar que si los programas están elaborados de acuerdo a las necesidades de salud de la población, éstos deben integrarse a todas las comunidades que así lo requieran, pues esto no se realiza en forma general, y como ejemplo tenemos lo que pasa con el programa de nutrición y salud que existe en el estado, pero no se lleva a cabo en todas las jurisdicciones; este es el caso de la Jurisdicción No. 8 de la Costa en Lázaro Cárdenas.

1.2.3. Recursos para la salud.

El estado de Michoacán cuenta con 2899 médicos, correspondiendo a 1223 habitantes por médico. Cuenta también con 3715 enfermeras a las cuales corresponden 955 habitantes por enfermera; asimismo cuenta con 1268 consultorios, correspondiendo a 2798 habitantes por consultorio. También tenemos que existen 1727 camas censables correspondiendo 2054 habitantes por cama. En la entidad hay 693 unidades médicas a las que corresponden 5120 habitantes por unidad.

De estos recursos tenemos que el 94.4% de unidades médicas constituyen el primer nivel de atención, el 4.5% corresponden al segundo nivel y el 1.1% al tercer nivel. En lo que respecta a camas censables, el 5.9% están distribuidas en el primer nivel, el 84.5% en el segundo nivel y 9.6% en el tercer nivel.

Refiriéndonos a consultorios, el 69.9% está situado en el primer nivel, el 28.9% en el segundo y el 1.2% en el tercer nivel. Con respecto a los recursos humanos tenemos que el número de médicos prestando servicio en el primer nivel corresponde al 39.9%, en el segundo nivel el 57.9% y en el tercer nivel el 2.2%. Referente al número de enfermeras tenemos al 33.4% en el primer nivel, en el segundo al 62.5% y el 4.1% en el tercer nivel.

Como podemos observar, de acuerdo a los datos registrados los recursos para la salud son deficientes pues está muy desproporcionada la cantidad de médicos y enfermeras por habitantes y además la mayoría de ellos constituyen el segundo nivel, siendo que al primer nivel debe corresponder la prioridad

pues es el nivel de prevención y hacia éste están proyectados los objetivos principales del programa nacional de salud.

La insuficiencia de los recursos para la salud afecta más acentuadamente a las comunidades rurales y a las de difícil acceso puesto que no cuentan con los recursos mínimos de salud ni con los medios para trasladarse a los lugares en donde se concentran estos servicios. Ahora bien, consideramos que por esta causa la pirámide de prioridades de salud se encuentra en desequilibrio ya que el primer nivel debería formar la base, y en este caso observamos al segundo nivel de atención a la salud ocupando su lugar y posteriormente el primero y tercer nivel.

1.3. DESCRIPCION DE LOS MODULOS DE COAHUAYANA Y LA MIRA.

Los módulos 1 de Coahuayana y 2 de La Mira, pertenecen a la Jurisdicción Sanitaria No. 8 de La Costa Lázaro Cárdenas, Michoacán. Cada uno de ellos está integrado por diez comunidades de menos de 2500 habitantes, con características similares.

Las comunidades del módulo 1 son: San Vicente, Boca de Apiza, El Ticuiz, El Ojo de Agua, Maquill, La Tejería, Pueblo Nuevo, El Duin, Zapotán y Santa María. Del módulo 2 son: Colonia Obrera, 5 de Mayo, San Juan Bosco, Los Coyotes, Los Amates, El Tahuazal, El Bordonal, Mezcalhuacán, Las Calabazas y Chuquiapan.

En estas comunidades se desarrolla el programa de Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) apoyado por el programa específico de colaboración entre la

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) y la Dirección General de Planificación Familiar (DGPF), en el que participan pasantes de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia que en coordinación con la supervisora de auxiliares de salud y auxiliares de salud proporcionan servicios que corresponden a la atención primaria de la salud a la población.

Estas regiones se caracterizan por producir plátano, coco, chile, sandía, melón, pepinos y mango; productos que son integrados al mercado nacional e internacional.

Los recursos para la educación en estas comunidades son mínimos debido a que sólo hay primaria y si los alumnos desean continuar sus estudios deben trasladarse a las cabeceras municipales, a la capital (Morelia) o a otros estados. Las clases para los asistentes son irregulares pues éstas son suspendidas frecuentemente por los profesores o no se cumplen los horarios establecidos, ocasionando deficiencias en el proceso enseñanza-aprendizaje.

En cuanto a servicios públicos podemos decir que son insuficientes, pues la mayoría de las comunidades no cuentan con drenaje ni agua potable; el agua es traída por las mujeres o los niños de ríos o norias para abastecer las necesidades del hogar excepto el lavado de ropa, lo cual es realizado en los ríos o arroyuelos. Esta actividad repercute en el estado de salud de las mujeres pues implica un mayor esfuerzo y desgaste físico. Sin embargo los hombres no ayudan a realizar esta actividad, pues prevalece en ellos una ideología machista.

Cabe destacar que la falta de agua potable y drenaje ocasiona un problema ecológico por la contaminación del suelo y de ríos lo cual va a repercutir en

problemas de salud como son las enfermedades gastrointestinales principalmente.

Las viviendas están construidas con material perecedero basado en palos, huesillos de palma, lámina de asbesto o de cartón, con piso de tierra. Las familias que habitan estas casas generalmente viven en hacinamiento.

Consideramos que la alimentación de los habitantes es deficiente pues está basada en frijoles y tortilla, algunas veces se le llega a agregar queso u otro alimento y a pesar de que tienen facilidad de conseguir pescado y mariscos, muchas veces por necesidad los venden en lugar de consumirlos.

La mayoría de la población que habita en estas comunidades se caracteriza por contar con recursos económicos mínimos, pues no cuentan con un trabajo fijo, ya que se ocupan como jornaleros en el campo de acuerdo a las diferentes épocas de siembra y cosecha; fuera de estas temporadas no tienen trabajo lo cual ocasiona que algunas personas emigren a otros estados de la República o a los Estados Unidos de Norteamérica, en busca de mejores ingresos económicos. Como ya hemos mencionado anteriormente esta situación afecta principalmente a la mujer pues tiene que desempeñar una doble función, realizando las numerosas actividades del hogar y empleándose en trabajos mal remunerados que originan la explotación de la mujer.

2. ALGUNOS FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD.

El nivel de salud, está condicionado por la interacción de factores de muy diversa índole (sociales, económicos, biológicos, físico-químicos, políticos,

educacionales y culturales) que intervienen en grado variable según la persona, el tiempo y el lugar en el que se desarrolla. "La evolución histórica de la nación, las vecindades geográficas, la organización del sistema de salud y los modelos de atención vigentes son determinantes adicionales que influyen en la situación de salud y sus problemas."¹

En los países en vías de desarrollo en donde la mayoría de la población carece de los recursos para satisfacer sus necesidades básicas, prevalecen las características de miseria, ignorancia e insalubridad y por lo tanto enfermedad.

2.1. NUTRICION.

La nutrición es uno de los factores principales que determinan la salud pues los alimentos influyen de manera importante en ella, ya que éstos proporcionan al organismo los elementos esenciales que necesita para mantener la integridad de los tejidos y su multiplicación, liberar energía para utilizarla en las diferentes actividades orgánicas y usar los nutrientes para regular las funciones del organismo.

Los nutrientes que el organismo requiere varían de acuerdo a edad, sexo, trabajo, raza, clima, embarazo y lactancia. "Las restricciones o modificaciones de la dieta por factores culturales o económicos provocan alteraciones en el estado nutricional que pueden ser nocivas para la salud".²

La salud del individuo se ve afectada si la dieta no contiene lo necesario para compensar los desgastes del organismo, cuando esto pasa él utiliza reservas

¹ SOBERON, C. Kumate, J., et al. La Salud en México, p. 13.

² KUMATE, J., et al. Salud y Enfermedad en el Medio Rural de México, p. 378.

energéticas principalmente las acumuladas en el hígado en forma de glucógeno y también de los músculos, así como del tejido adiposo. Si esta situación perdura, se produce una disminución en el peso corporal y se afectan las estructuras celulares.

Como se mencionaba con anterioridad, el individuo debe consumir una dieta que le proporcione los elementos esenciales para su óptimo desarrollo, para esto se recomiendan cantidades estándares. Los requerimientos diarios de proteínas son de un gramo por kilo de peso, las proteínas animales poseen todos los aminoácidos esenciales y constituyen la única fuente de nitrógeno. Los hidratos de carbono deben estar presentes en la dieta en cantidad de 500 grs. al día, las grasas 100 grs. al día. Los elementos minerales de mayor importancia son el calcio, fósforo y hierro. El requerimiento de calcio fluctúa alrededor de 1 gr. por día, el fósforo de 1.5 grs. y 12 mg. de hierro por día.

Ahora bien, existen datos clínicos que pueden darnos indicios de que existe desnutrición en un individuo, algunos de éstos se logran reconocer por medio de la antropometría, la cual incluye mediciones corporales que pueden compararse con medidas estándar normales o medias. Las mediciones más simples son la talla y el peso, aunque es importante destacar que la talla está determinada en gran parte por factores genéticos, sin embargo, si no existe una nutrición adecuada durante los años de crecimiento una persona no puede alcanzar su potencial de estatura óptima.

Por otra parte los signos físicos nos indican posibles deficiencias o excesos nutricionales. Entre estos signos se toman en cuenta el comportamiento del cual

es importante observar si la persona se fatiga fácilmente, o es distraído, apático, deprimido, nervioso, irritable e incapaz de concentrarse. De la piel se observará si es pálida, irritada, escamosa, si sus heridas cicatrizan rápidamente. Del cabello se observarán las características de opacidad, delgado y si se cae fácilmente. De los ojos si constantemente están edematizados, irritados y con prurito, aumento de la vascularización y disminución de la visión a la luz baja. En la boca se observará principalmente la mucosa, si es pálida o deshidratada. De la dentadura se tomará en cuenta si existen caries dentales, dificultad para masticar, encías sangrantes o ulceradas. Se observará especialmente si existe alguna deformidad en el esqueleto o mala postura; así como también si existen infecciones recurrentes como resfriados u otras.

2.2. EDUCACION.

En México, a pesar de los avances logrados en materia de educación, persiste la desigualdad entre el ingreso permanente y el egreso, así como la calidad de servicios en los distintos niveles educativos que perciben los diferentes grupos sociales en las distintas regiones del país.

"Esta desigualdad es más notoria en los estados del Pacífico sur mexicano: Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Michoacán. En el Altiplano y la zona norte del país la situación es mejor, aunque se reduce en las zonas rurales e indígenas. Los factores que limitan la eficiencia en la educación primaria rural están fuertemente asociados a los ingresos familiares de los educandos".³

³ KUMATE, J., et al. op. cit. p. 81-94.

La educación es un factor fundamental en el nivel de salud de la población, puesto que determina la aceptación o rechazo de campañas sanitarias regionales y nacionales; y es básica en el autocuidado de la salud.

Los estados con mayor analfabetismo presentan las más altas tasas de mortalidad infantil y preescolar, así como las morbilidades más elevadas de enfermedades diarreicas, parasitosis, desnutrición y afecciones cutáneas.

De acuerdo a lo anterior podemos decir que cuanto mayor es el nivel educativo de una población, existirán más y mejores conocimientos sobre la salud y la enfermedad, y su comportamiento será más adecuado en relación a éstos.

2.3. TRABAJO.

El trabajo es otro factor que interviene en el estado de salud del individuo, ya que éste como trabajador está expuesto a diferentes agentes físicos o químicos que perjudican su integridad ocasionándole un desequilibrio con su medio ambiente, lo cual le genera enfermedad.

Podemos mencionar como ejemplo el trabajo de las mujeres en el área doméstica, quienes atribuyen sus problemas de salud (dificultades en la vista, en el sistema respiratorio o dolores reumáticos), a los cambios bruscos de temperatura y humedad cuando lavan, planchan o cocinan. Estas mujeres no cuentan con servicios de seguridad social de acuerdo a la actividad que desempeñan.

Otro ejemplo pero en el que sí se les proporcionan medidas para prevenir accidentes y enfermedad en los trabajadores, es en el área industrial que por ley

se debe dar seguridad social a los obreros. Este derecho está fundamentado en la declaración internacional del trabajo que manifiesta como objeto de la medicina del trabajo "promover y mantener el más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de todas las profesiones; prevenir todo daño causado a la salud por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes por la presencia de agentes perjudiciales; colocar al trabajador en un empleo conveniente a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas, en suma, adaptar al trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo."⁴

2.4. NIVEL SOCIO-ECONOMICO.

El nivel socio-económico repercute directamente en las condiciones de salud de la comunidad, pues en una sociedad donde existen clases sociales, las condiciones de vida de los individuos, la alimentación, la vivienda, el nivel educativo y la atención médica, serán diferentes, esto traerá como consecuencia que la salud adquiera características particulares para cada clase social, pues existen entre ellas, diferentes formas y grado de satisfacción de las necesidades básicas.

De lo anterior tenemos como ejemplo a las comunidades campesinas que viven en una economía de subsistencia que no les permite satisfacer sus necesidades básicas. Esto lo podemos observar por su alimentación deficiente en cantidad y sobre todo en calidad; la vivienda en estas zonas es inadecuada, existe carencia

⁴ SANCHEZ, M., Elementos de Salud Pública, p. 147.

de servicios públicos, nivel educativo bajo, dificultades para la atención médica y carecen de medios de distracción.

Consideramos que si la salud depende del nivel de vida, su mejoramiento tendrá que basarse en la creación de una adecuada organización socio-económica, pues la experiencia nos dice que siendo menores los recursos para satisfacer las necesidades básicas, mayores serán los problemas de salud que se presenten.

"El nivel de salud de cada país, es el reflejo de sus condiciones socio-económicas porque está inmerso en ellas; es un subsistema de la situación general, y en el cual los países subdesarrollados presentan falta de coordinación, deficiencias de planificación, existencia de grupos privilegiados que disponen de servicios médicos muy sofisticados, simultáneamente con grupos mayoritarios con escasos recursos".⁵

2.5. SERVICIOS PUBLICOS.

Los servicios públicos son el común denominador en el nivel de vida de la población, ya que la carencia de ellos ocasiona grandes problemas de salud en una comunidad.

Así tenemos que la carencia de agua de buena calidad, que en muchas ocasiones no es la mínima necesaria; el fecalismo al aire libre, las malas condiciones de la vivienda, la falta de energía eléctrica y la deficiencia en los medios de comunicación, ocasionan daños a la salud.

⁵ SANCHEZ, M., *op.cit.*, p. 20.

Uno de los servicios más importantes es el agua entubada, ya que es un elemento indispensable para la vida, y su calidad es primordial en relación con la salud pues existen muchos microorganismos que sobreviven en este medio y causan enfermedad a la población que la ingiere sin llevar a cabo medidas de purificación.

Otro de los problemas es la carencia de medios para desalojar los desechos orgánicos, pues el fecalismo conduce a la contaminación del suelo y del agua. El suelo se convierte en fuente de infección de enfermedades que pueden ser transmitidas al hombre de forma directa o indirecta, por ejemplo, a través del agua de corriente que arrastra en su cauce todo lo que encuentra a su paso.

Las condiciones de la vivienda repercuten en la salud del individuo ya que está en contacto con factores que la habitación puede ejercer sobre él y su salud. Estos factores pueden influir de tres maneras: por su efecto en la propagación de enfermedades transmisibles, por no satisfacer las necesidades fisiológicas y psicológicas del grupo familiar y por favorecer la presencia de accidentes en el hogar.

Los medios de comunicación y transporte son importantes pues a través de los primeros se transmiten mensajes sobre prevención de enfermedades, y los segundos nos permiten la accesibilidad a los servicios de salud.

2.6. COSTUMBRES Y CREENCIAS.

Dentro de la salud las costumbres y las creencias juegan un papel muy importante, pues existen grupos de población que creen en un origen divino de

la enfermedad, el cual puede ser considerado como un castigo o maleficio proveniente de lo sobrenatural, y adoptan una actitud pasiva o indiferente ante la enfermedad. Todo ello se agrava por la ignorancia que se manifiesta en las creencias erróneas en cuanto a la etiología y formas de transmisión de las enfermedades, lo que ocasiona un comportamiento inadecuado de la población en la prevención y control de éstas, así como la conducta a seguir cuando se presentan.

Generalmente los enfermos son tratados con remedios caseros, si el padecimiento persiste o se agrava son atendidos por el curandero del lugar, si aún así no mejora y la familia cuenta con recursos económicos, acuden al médico más cercano; muchas veces cuando el enfermo no sana, regresan con el curandero hasta que de una forma u otra sana o fallece.

Una costumbre de mayor arraigo y con repercusiones nocivas para la salud, es la atención del parto en el domicilio por parteras empíricas o comadronas con pocas precauciones de higiene, que repercuten en el bienestar de la madre y el recién nacido.

Hasta hace poco tiempo las inmunizaciones eran vistas con temor y rechazadas, esta situación aún persiste en algunos lugares.

"La serie de creencias y representaciones, configuran una atmósfera mítica, todo un universo simbólico poblado de buenos o malos espíritus. Este tipo de representaciones religiosas míticas, implican la existencia de seres poderosos

que son capaces de castigar cruelmente o de hacer milagros; es decir donar los elementos de subsistencia: agua, cosechas abundantes, animales y salud".⁶

3. CONDICIONES DE SALUD EN LA MUJER

3.1. LA MUJER ADOLESCENTE.

La adolescencia es una etapa de transición de un mundo infantil lleno de fantasías al del adulto responsable y autónomo. Durante esta etapa suceden cambios fisiológicos, físicos, psicológicos y sociales sujetos a factores de tiempo así como a estímulos ambientales y genéticos.

Durante la adolescencia se percibe al medio como carente de afecto, se expresa un sentimiento de no ser aceptado, se busca una identidad propia, y a quién amar, se intenta afirmar la identidad sexual. Se muestra interés hacia lo prohibido rebelándose en contra de lo establecido, desea sentirse adulto y buscar los beneficios sociales (tener novio).

Por los cambios en el crecimiento y desarrollo que se presentan en esta etapa, es necesario un incremento en los requerimientos energéticos, proteicos y de algunas vitaminas y minerales (ácido ascórbico, ácido fólico, calcio y hierro).

Los requerimientos nutricionales de la mujer adolescente, dependen de su edad, tamaño, composición corporal, actividad física y clima. Independientemente de lo anterior los requerimientos calóricos promedio para esta mujer son de 2500 Kcal. y 1.2 gr. de proteínas por Kg. de peso. Además su dieta le debe proporcionar 700 mg. de calcio y 18 mg. de hierro. Estos requerimientos se

⁶ INEGL, Estudios sobre la Mujer, p. 228.

cubren teniendo una alimentación recomendable que reúna las características de suficiente, completa, equilibrada, variada e higiénica.

Durante la adolescencia se hace evidente el impulso sexual, la excitación y las relaciones sexuales se dan independientemente de las necesidades de reproducción y son orientadas fundamentalmente hacia el placer y el erotismo; por esta razón creemos que se presentan altas tasas de embarazos, partos y abortos en adolescentes. Consideramos que esto se debe a la falta de educación sexual principalmente dentro del núcleo familiar.

La iniciación de la actividad sexual a temprana edad sin medidas adecuadas de anticoncepción genera un incremento en la frecuencia de los embarazos en las adolescentes. Esto ocasiona una competencia entre el crecimiento de la gestante y el desarrollo del producto y pueden originarse otros problemas como partos pretérminos, retraso en el crecimiento intrauterino, trabajo de parto prolongado, trastornos hipertensivos del embarazo, entre otros; lo cual conlleva a un aumento del riesgo de muerte perinatal. Estos riesgos también pueden estar relacionados con los escasos recursos económicos, educación deficiente, problemática familiar, etc.

La mujer adolescente con un hijo con frecuencia no asiste a la escuela, permanece sexualmente activa sin anticoncepción adecuada por lo que tiene el riesgo de embarazos de repetición durante esta etapa, llenándose de hijos a muy temprana edad lo cual le va a ocasionar un desgaste físico notorio.

En el puerperio pueden presentarse complicaciones tales como anemia, endometritis, dehiscencia de episiotomía y/o pared abdominal.

De acuerdo a nuestro criterio la educación sexual temprana es importante para disminuir el embarazo no deseado en la adolescencia.

3.2. LA MUJER ADULTA.

La mujer adulta está considerada de los 20 a los 44 años de edad. En esta etapa es donde lleva a cabo aspectos importantes relacionados con su vida reproductiva, como es el embarazo, el parto y el puerperio. Sin embargo muchas veces éstos son iniciados en la adolescencia en la cual no se encuentra apta ni física, ni mental, ni biológicamente. Este hecho origina problemas serios de salud tanto en la madre como en el producto.

En este período la mujer tiene un mayor grado de estabilidad y concreta los objetivos de la vida reproductiva, profesional y laboral; así como las relaciones afectivas a través de la vida en pareja. Es necesario que ella sepa que está en la mejor edad de reproducción y con la madurez para la formación de la familia; ya que se encuentra en las mejores condiciones de educar a los hijos, equilibrar la relación en pareja y se define sobre las acciones que la llevarán a la tercera edad.

Durante muchos años la mujer ha desempeñado dos papeles fundamentales, la procreación de los hijos para preservación de la especie y la satisfacción con el placer del instinto sexual masculino, estas dos funciones las desarrolla independientemente de su estado de salud y su voluntad pues son funciones que se le han atribuido por el simple hecho de ser mujer. Cuando una mujer ya no desea seguir la relación de pareja y el marido no acepta su decisión se generan problemas que suelen llegar a la violencia; su actividad sexual se

convierte en una obligación más que la mujer debe de cumplir sin reproches, pasivamente aún cuando haya violencia en el acto.

Actualmente la mujer adulta tiene que realizar actividades dentro y fuera del hogar, esto la pone en riesgo de sufrir afecciones en su salud por lo cual es importante que conozca la forma de prevenirlas para proteger su salud tanto física como mental, que se reflejará en la salud familiar (madre sana, familia sana).

La edad ideal para la procreación de los hijos es de los 20 a los 35 años, con un período intergenésico de dos años como mínimo para dar tiempo a la recuperación de la madre. Pero además se debe de considerar las condiciones económicas de la familia para poder cubrir todas las necesidades de un nuevo hijo que le permita un crecimiento y desarrollo óptimo; también es necesario que la pareja conozca que la multiparidad origina o acentúa problemas de salud en la mujer.

Es importante que sepa cómo atenderse y cómo vigilar su embarazo; la atención del parto y cómo cuidarse durante el puerperio, así como saber la importancia del porqué no debe de embarazarse sin darse un período de descanso y debe de conocer los métodos anticonceptivos para que su período de fecundidad sea manejado por ella misma.

Durante esta etapa los requerimientos nutricionales empiezan a disminuir pues hay una declinación del crecimiento, sin embargo una alimentación completa es importante para una vida sana.

El aporte de nutrientes que se recomiendan para esta mujer son: 71 g. de proteínas, 500 mg. de calcio y 18 mg. de hierro, los cuales pueden ser cubiertos con una dieta de 2000 Kcal. que contenga alimentos de los tres grupos.

En nuestro país existe una alimentación deficiente tanto en cantidad como en calidad, debido a factores culturales, ambientales, económicos y sociales, que da como consecuencia la baja estatura de la mujer mexicana, así como el bajo índice de masa corporal.

El estado nutricional de la mujer embarazada afecta tanto a su organismo como al del producto. Para prevenir un mayor deterioro físico, partos de alto riesgo y recién nacidos débiles o enfermos, es necesario que la madre tenga una alimentación rica en proteínas, calcio, hierro, vitaminas A y C y complejo B. También es importante que la madre esté bien alimentada en el post-parto para ofrecer una lactancia de calidad al producto y además para favorecer su recuperación física.

Así tenemos que el período intergenésico corto produce y agrava las deficiencias nutricionales afectando al producto por nacer y aumentando el deterioro físico de la mujer.

4. LA MUJER CAMPESINA.

4.1. CONDICIONES GENERALES.

A pesar de los esfuerzos realizados por los gobiernos de la República, aún existen en diversos lugares, mujeres olvidadas y marginadas que esperan con paciencia llegue a ellas la justicia social, que ha sido como un sueño en medio

de sus frustraciones bajo el agobio de los grandes problemas que pesan sobre sus hombros. Cabe hacer notar que las mujeres campesinas son el sector de la población que históricamente están condenadas al mayor silencio, y no es que no manifiesten sus protestas, sino que no se ha prestado atención a su llamado.

La principal responsabilidad de las mujeres es la crianza y socialización de los hijos, atención de ancianos y enfermos, preparación de alimentos, aseo y mantenimiento de la casa, lavado y planchado de la ropa, acarreo de agua de pozos y ríos, cuidado del huerto familiar y animales domésticos. Para realizar estas actividades tienen que iniciar sus labores desde muy tempranas horas hasta ya entrada la noche, cuando ya todos se han ido a descansar, sin disponer de tiempo libre para el descanso o actividades personales.

Generalmente se define a las mujeres campesinas como aquellas mujeres que habitan en las zonas rurales, teniendo como principal actividad la agricultura. Guadalupe López, señala que la mujer campesina es "símbolo de fertilidad y amor, cuando da a luz a un hijo entre los ya muchos; abnegación, pureza y firmeza del hogar, en medio de ollas, comales, fuego y trabajo sin salario ni horario".⁷

A nuestro parecer, esta visión que se tiene de las mujeres campesinas no podrá cambiar mientras en nuestro país persista la desigualdad social que marca cada vez más la diferencia entre la opulencia y la miseria. De igual manera seguirá existiendo mientras persista una ideología sexista, en la que se margina a la

⁷ LOPEZ, G., "Mujer Campesina desde las Entradas de la Tierra". FEM, p. 11.

mujer, asignándole el papel de proveedora de sexo, elaboradora de comida y educadora forzada.

La situación que prevalece para este sector de la población es causa de la interacción de varios factores que intervienen en su desarrollo tales como: la educación, la religión, el nivel socio-económico, la cultura y los recursos para la salud, entre otros.

4.2. EDUCACION.

La mujer campesina es la que tiene menor acceso a la educación, ya que ésta queda en último término, pues su destino de acuerdo a su papel histórico; será cuidar de su esposo y de sus hijos cuando se case. Esto se fundamenta con las altas tasas de analfabetismo que se presentan en el país. El problema es que también ella se considera incapaz de conseguir su educación y no se da cuenta de sus potencialidades.

Creemos que esto también es consecuencia de que el hombre se cree dueño y señor de su esposa y al igual que la comunidad, no permiten que la mujer se desarrolle en otros campos; también a la falta de servicios educativos dentro de la comunidad y a la carga de trabajo que desde muy pequeña lleva consigo.

Sin embargo, hemos podido observar que cuando esta mujer tiene acceso a una mínima instrucción, ella es capaz de desarrollar su capacidad intelectual que le ayuda a mejorar las condiciones de su familia y comunidad. Un ejemplo de esto lo tenemos en el desempeño de mujeres voluntarias en el programa de

Estrategia de Extensión de Cobertura, que fungen como auxiliares de salud en las comunidades rurales.

4.3. TRABAJO.

En cuanto al trabajo, tenemos que la mujer campesina desempeña actividades domésticas y económicas, a lo que se ha llamado doble jornada de trabajo, sin salario ni horario.

Ellas desempeñan muchas actividades que son necesarias para la vida como, preparar los alimentos, el aseo de la ropa y la casa, atender a los niños, enfermos y al espolo; cuidar de los animales domésticos y muchas cosas más, la gran mayoría piensa que estas actividades no son trabajo sino que son cosas naturales las cuales la mujer debe realizar por el simple hecho de ser mujer. Aún si el hombre de la casa trabaja o no, la familia necesita satisfacer sus necesidades principales y es entonces cuando el trabajo invisible y oscuro de las mujeres cubre las demandas de su grupo.

Las actividades de la mujer en el campo dependen de la época de siembra o cosecha; en el intervalo de estos tiempos, desempeña otros trabajos como la artesanía, el bordado, la cerámica, la repostería y juguetería entre otras cosas.

La situación de estas mujeres se agrava aún más cuando el marido emigra en busca de mejores ingresos, ya que en ella recae la responsabilidad de sacar a la familia adelante y de cumplir con el trabajo agrícola que realizaba su pareja.

Por lo anterior, es importante reflexionar y considerar que si la mujer forma parte esencial en el sustento de la familia, se le debe proporcionar mayor apoyo

para su desarrollo en lugar de marginarla cada vez más; no es posible que a la participación femenina se le siga considerando como un punto y aparte de la economía familiar y nacional.

4.4. DINAMICA FAMILIAR Y VIDA SOCIAL.

La mujer campesina juega un papel muy importante dentro de la familia y la sociedad, ya que además de ser reproductora biológica y económica, es la transmisora de los valores y normas sociales.

En cuanto al rol social que se le ha asignado a la mujer campesina, consideramos que es el resultado de un círculo vicioso que será difícil de romper, ya que a ésta desde niña se le va entrenando para desempeñar "el rol que le corresponde" se le forja su carácter en la obediencia pero a la vez en la fortaleza y la resistencia, tanto física como moral; y esto se repite de generación en generación, sufriendo todas las mismas condiciones de carencia, mal nutrición, salud deteriorada, etc.

En relación con la sexualidad, podemos decir que la mujer es despojada de su derecho de decidir sobre su vida sexual, ya que ésta se convierte en una obligación más que debe de cumplir sin reproches, pasivamente, aún cuando esté enferma o exista violencia en el acto. Este problema se agrava aún más si le agregamos la religiosidad, pues ésta es un impedimento para que la mujer pueda divorciarse si sufre maltratos o en caso de ser necesario, también le prohíbe el uso de anticonceptivos para controlar la natalidad; se le recomienda métodos naturales pero jamás se le capacita.

Otro aspecto importante es que al hombre no se le hace hincapié de su responsabilidad para con su familia, ni mucho menos se le dice que debe cuidar a su esposa. Como podría ser, si la única con responsabilidad para cuidar a todo el mundo es la mujer.

Un aspecto poco analizado corresponde al apoyo moral que la mujer debe proporcionarle al esposo, pues ella debe ser "la fuerte" y más aún cuando el marido tiene algún vicio. "En este caso no sólo no recibe la ayuda de éste, sino que se convierte en una carga. 'Es mi cruz', dicen las mujeres".⁸

4.5. SALUD.

Al realizar evaluaciones sobre avance y desarrollo del país en materia de salud, si se observan cifras de descenso en la morbimortalidad y aumento en la esperanza de vida, frecuentemente se piensa que se logran progresos, pero en realidad es que los indicadores presentan una situación promedio que no considera las diferencias que existen entre clases sociales, entre sexos y entre la situación que se presenta entre las áreas urbanas y rurales.

La salud de la mujer campesina está condicionada por su particular situación en la familia, el trabajo y la sociedad; así como de su condición biológica y psicológica. Esta condición se constituye de acuerdo al medio en que nace y se desarrolla.

Otras condiciones que consideramos importantes son las altas tasas de analfabetismo y las condiciones económicas precarias entre otras, las cuales

⁸ INEGI. Op. Cit., p. 284.

originan que la mujer se llene de hijos, por una parte porque la mujer campesina es la que menos conoce los métodos anticonceptivos, no le permite utilizarlos y no los utiliza por no transgredir sus costumbres y creencias. Por otra parte los hijos numerosos representan fuerza de trabajo en el campo y el hogar aunque paradójicamente no cuenten con los recursos necesarios que les permitan cubrir las necesidades de una numerosa familia.

En las áreas rurales se concentra la población altamente desnutrida y esto viene a ser una cadena constante, ya que la madre embarazada está mal alimentada, por lo tanto el feto no se desarrollará adecuadamente; además la calidad y cantidad de leche que produce la madre no es suficiente para alimentar al producto pero tampoco le inicia una ablactación en el tiempo recomendado y el niño crecerá con deficiencias nutricionales. Y si es niña, en la edad fecunda repetirá nuevamente el ciclo. Cabe destacar que las dietas en estas zonas son basadas principalmente en el maíz, el frijol, la tortilla, el refresco y muy escasas veces se agrega algún otro complemento. Por tanto, debido a que las campesinas sufren de la inaccesibilidad a los básicos, se ven obligadas a consumir cualquier alimento que esté a su disposición.

A la mujer campesina se le responsabiliza de enseñar las normas de higiene y salud a los miembros de su familia y muchas veces a los de su comunidad, además de velar por los heridos y enfermos y atender partos, así como enfermedades que van más allá de sus conocimientos. Sin embargo ella los realiza y acepta, atendiendo con delicadeza y piedad la salud y la buena alimentación del esposo e hijos, sin prestar mayor atención a la propia. Y ¿quién tiene compasión y delicadeza para ella? ¿El esposo que le exige su deber de

cónyuge sin importarle su salud? ¿O los hijos, que no entienden la situación que viven y exigen su atención? No, nadie tiene un poco de atención para ella. Y como lo decía Cayita (mujer de la comunidad de El Tahuazal): "yo le digo a mi esposo que estoy enferma, pero él dice que son pretextos y que me sugestiono con mis molestias sólo para mortificarlo".

Por esto y por mucho más el nivel de salud de la mujer campesina es precario, manifestándose en el deterioro precoz de su aspecto físico aunándose a ello sus angustias acumuladas por dar lo mejor a su familia sin escatimar esfuerzos.

VIII.
DESCRIPCION
DE LOS
RESULTADOS

(Ver Cuadros Anexos)

La población de este estudio correspondió a 100 mujeres de las comunidades que integran los módulos 1 de Coahuayana de Hidalgo y 2 de La Mira de la Jurisdicción No. 8 de Lázaro Cárdenas, Michoacán.

La recolección de los datos se realizó por medio de una encuesta en donde se utilizó un cuestionario llenado a través de una entrevista.

CUADRO NO. 1. Sobre la edad y el estado civil encontramos que 70 de las mujeres se encuentran entre los 20 y 35 años, de ellas, el 71.4% son casadas, el 22.9% vive en unión libre, el 2.9% es divorciada, el 1.4% es soltera y el 1.4% es viuda; 26 tienen más de 35 años de las cuales el 69.2% es casada, el 23% vive en unión libre, el 1% lo representa las viudas y madres solteras respectivamente y 4 tienen menos de 20 años, de ellas, el 50% vive en unión libre, el 25% es casada y el 25% divorciada.

CUADRO NO. 2. En cuanto a la escolaridad encontramos que el 44% tiene la primaria incompleta, el 33% es analfabeta, el 18% apenas cursó la primaria completa y el 5% la secundaria.

CUADRO NO. 3. Sobre la ocupación tenemos que el 55% únicamente se dedica a las actividades del hogar y el porcentaje restante además de las del hogar realiza otras actividades como las del campo (29%), las ventas (15%) y la pesca (1%).

CUADRO NO. 4. Sobre los ingresos semanales que perciben las familias de las campesinas tenemos que el 29% percibe -N\$50, el 16% de N\$91 a N\$100, el 13%

N\$51 a N\$60, el 13% N\$61 a N\$70, el 12% más de N\$101, el 9% N\$81 a N\$90 y el 8% de N\$71 a N\$80.

CUADRO NO. 5. Sobre la alimentación de las campesinas encontramos que 38 no toman leche, 37 no comen carne, 26 no ingieren frutas, 22 ni verduras, 18 tampoco huevo y a pesar de ser una zona costera 56 no comen pescados y mariscos.

CUADRO NO. 6. Sobre la actitud que toman las mujeres al momento de repartir los alimentos en su familia encontramos que el 69% da los mejores a su esposo e hijos y el 31% los distribuye equitativamente.

CUADRO NO. 7. Sobre la edad a la que inician su vida sexual activa encontramos que el 90% la inicia antes de los 20 años y el 10% entre los 20 y 35 años.

CUADRO NO. 8. En relación a la edad de inicio de vida sexual activa y la presencia del primer embarazo encontramos que de las que la inician antes de los 20 años el 91.1% se embarazó en el primer año de vida matrimonial y el 9.9% en el segundo y de las que la iniciaron después de los 20 años el 70% tuvo su primer embarazo en el primer año y el 30% en el segundo.

CUADRO NO. 9. Sobre la edad y el número de gestas encontramos que de las 70 mujeres que tiene de 20 a 35 años el 37.1% ha tenido de 3 a 5 gestas, el 24.3% de 6 a 8, el 20% 9 y más y el 18.6% de 1 a 2; de las 26 que tienen más de 35 años el 53.8% se ha embarazado 9 o más veces, el 34.6% de 6 a 8 y el 11.5% de 3 a 5; de las 4 que tienen menos de 20 años se han embarazado de 1 a 2 veces.

CUADRO NO. 10. En cuanto a los partos encontramos que de las mujeres de 20 a 35 años el 37.1% han tenido de 3 a 5 partos, el 27.1% de 6 a 8, el 24.3% de 1 a 2 y el 11.4% más de 9; de las mayores de 35 años el 50% han tenido más de 9 partos, el 34.6% de 6 a 8, el 11.6% de 3 a 5 y el 3.8% de 1 a 2 y en las menores de 20 años todas han presentado de 1 a 2 partos.

CUADRO NO. 11. En relación con los abortos tenemos que de las campesinas que tienen de 20 a 35 años el 25.7% ha sufrido de 1 a 2 abortos y el 2.9% de 3 a 4 y de las mayores de 35 años el 53.8% ha presentado de 1 a 2 abortos, el 7.7% de 3 a 4 y el 3.8% más de 5.

CUADRO NO. 12. Sobre los métodos de planificación familiar que utilizan para el control de la natalidad encontramos que el 50% no hace uso de ellos, el 27% usa hormonales, el 10% se ha realizado la salpingoclasia, el 7% se cuida con preservativo, el 6% con dispositivo.

CUADRO NO. 13. Con respecto a la opinión de las mujeres y de su pareja acerca de los métodos anticonceptivos encontramos que el 58% de las mujeres y el 39.8% de los hombres opina que son buenos; el 27% de las mujeres y 15.9% de los hombres piensan que dañan la salud; el 13% de las campesinas y 25.8% de sus esposos opinan que van en contra de la religión; el 2% de ellas y el 4.3% de ellos dijeron que no son eficaces y el 15% de los hombres piensa que el uso de ellos favorece la infidelidad.

CUADRO NO. 14. En cuanto a cómo consideran las campesinas la relación con su pareja encontramos que el 59.1% las considera buenas y el 40.8% malas ya sea por irresponsabilidad o maltrato.

CUADRO NO. 15. En relación con los aparatos y sistemas que han sufrido alguna afección en el último año encontramos que el 32.9% ha tenido afecciones respiratorias, el 29.4% gastrointestinales, el 15% genitourinarias, el 8.5% músculo-esqueléticas, el 3.9% cardiovasculares, el 2.6% del sistema nervioso y el 1.3% de piel y anexos.

NOTA: Cabe destacar que se agruparon por aparatos y sistemas debida a que las mujeres no referían el nombre de la enfermedad y sólo mencionaban síntomas que nos daban indicios de que la afección correspondía a cierto aparato, es por ello que se hizo esta agrupación tan general.

CUADRO NO. 16. Sobre la actitud que toman para atenderse cuando sufren alguna enfermedad tenemos que el 40.7% recurre a la medicina tradicional, el 20.4% a la automedicación, el 19.4% consulta a la auxiliar de salud, el 17.6% asiste al centro de salud y el 1.9% con médico particular.

CUADRO NO. 17. En cuanto a los servicios públicos que existen en las comunidades que habitan las campesinas encontramos que en cuanto a agua potable el 86% no tiene y el 14% sí; en relación a luz eléctrica el 89% sí tiene y el 11% no y con respecto a drenaje el 100% no cuenta con este servicio.

***IX. ANALISIS
DE LOS
RESULTADOS***

El análisis que a continuación se presenta es el resultado de la información obtenida a través de la aplicación de 100 encuestas a mujeres de 15 a 44 años de edad que habitan en las comunidades que integran los módulos No. 1 de Coahuayana de Hidalgo y No. 2 de La Mira, de la Jurisdicción No. 8, Lázaro Cárdenas, Michoacán, México.

Del total de las mujeres encuestadas, el 70% se encuentran entre 20 y 35 años; el 26% tienen más de 35 años y el 4% son menores de 20 años. Es por esto que para el análisis de los resultados se elaboraron 6 cuadros considerando para la agrupación de la muestra el riesgo reproductivo pues éste influye de manera importante en la salud de las mujeres. Se estructuraron también cuadros en donde se contempla la información referente a frecuencia y porcentaje sobre: nivel socio-económico, nivel educativo, situación ocupacional, situación nutricional y costumbres y creencias.

En relación con el estado civil tenemos que de las mujeres menores de 20 años, el 50% vive en unión libre, el 25% es casada y el 25% es divorciada. Del grupo de mujeres de 20 a 35 años, el 71.4% son casadas, el 22.9% vive en unión libre, el 2.9% es divorciada y quienes son madres solteras o viudas representan el 1.4% respectivamente. De las campesinas que tienen más de 35 años, el 69.2% son casadas, el 23% vive en unión libre, el 3.9% es soltera y el 3.9% son viudas.

Aunque los datos reportados muestran que la mayoría de las mujeres (90%) cuentan con su pareja, no siempre tienen el apoyo de ésta para la educación y mantenimiento de los hijos, cayendo en ella toda la responsabilidad de la familia (educación, aseo del hogar, alimentación, aseo de la ropa, etc...); con esto

podemos afirmar que la madre es la que se ocupa del bienestar familiar, aunque los miembros de la familia contribuyen en alguna medida a las tareas familiares.

En cuanto a escolaridad tenemos que el 44% de las mujeres en estudio no tienen la primaria completa; cabe destacar que la mayoría de ellas sólo cursó hasta el segundo o tercer grado. Existe un porcentaje elevado (33%) de mujeres que no asistieron a la escuela y por tanto no saben leer ni escribir, y sólo el 18% cursó la primaria completa.

Las altas tasas de fecundidad se manifiestan en las mujeres con menor escolaridad, situación que puede estar relacionada con falta de educación sexual. Asimismo, los bajos niveles de escolaridad favorecen la prevalencia de creencias de que la mujer sólo debe aprender los quehaceres del hogar, atender al marido, ser complaciente y obediente con él y estar dispuesta a tener el número de hijos que desee él o que le mande Dios, sin importar las condiciones tanto económicas como educativas en las que se pueda desarrollar. Esta situación origina un círculo vicioso en el que la madre inculcará las mismas ideas a sus hijos, quienes crecerán en niveles educativos bajos y con grandes prejuicios religiosos.

Con respecto a la ocupación que desempeñan las mujeres encuestadas, tenemos que el 55% se dedica a las labores del hogar y el 45% además de las del hogar desempeñan otras actividades, en el campo, la pesca, la venta de pan y los bordados y tejidos, entre otras, llevando a cabo una doble jornada de trabajo que las fatiga y las desgasta.

Dentro de las actividades del campo se encuentran, la cosecha de chile, del melón y del limón; en la realización de este trabajo recibe una remuneración de N\$2.00 a N\$4.00 (dos a cuatro nuevos pesos) por reja. También se ocupan en la quiebra del coco, la cual consiste en abrir el coco y sacar la copra para ponerla a secar al sol; por esta actividad reciben N\$30.00 (treinta nuevos pesos) por cada mil cocos. Estas labores son realizadas a la intemperie y sin protección alguna.

Aunque la mayoría de las mujeres únicamente realizan labores del hogar, no es sencillo para ellas pues estas labores implican un mayor esfuerzo, en comparación con el trabajo doméstico en las áreas urbanas. Sus actividades van desde: cuidar y educar a los hijos; el aseo de la vivienda; el lavado de ropa en los ríos y arroyos; enjarrar su casa⁹, acarreo de leña y de agua; el cuidado de animales domésticos; la preparación de alimentos; la elaboración de tortillas; hasta labores de siembra y cuidado de tierras de cultivo.

En relación con los ingresos para la economía familiar, se observa que el 72% de las familias vive con un ingreso menor al salario mínimo y el 28% restante apenas alcanza este ingreso.

Al percibir escasos recursos económicos, las campesinas viven en una economía de subsistencia que no les permite satisfacer sus necesidades básicas, lo que hace que la mujer se emplee fuera del hogar en busca de más ingresos para sostener a una numerosa familia, situación que aumenta la carga de trabajo para las mujeres y, por supuesto, su desgaste físico.

⁹ Enjarrar consiste en rellenar y aplanar las paredes de la casa y el fogón con barro. Para esto, las mujeres traen el barro de lugares alejados, lo mezclan con agua hasta quedar en forma de masa para iniciar el relleno, posteriormente con mezclas de barro menos densas y de diferentes colores, decoran las paredes empleando su creatividad. Esta actividad es manual y hace que las manos se resequen y agrieten.

Referente a los alimentos que consumen las mujeres campesinas encuestadas, se encontró que el 38% no toma leche, el 37% no come carne, el 18% tampoco huevo, el 26% no ingiere frutas y el 22% ni verduras ningún día a la semana; la dieta diaria está compuesta por frijoles y algunas veces se agrega arroz o queso. A pesar de ser una zona costera, la ingesta de pescados y mariscos es muy baja, ya que el 56% no come éstos ningún día a la semana. Una de las principales causas es que algunas de las familias se ven en la necesidad de vender estos productos para conseguir ingresos económicos que les permitan adquirir alimentos de bajo costo o en su defecto para cubrir necesidades de vestido o calzado.

Es importante hacer notar que la mala nutrición (presentada en un alto porcentaje de las mujeres) origina problemas de salud, ya que el organismo carece de los nutrientes necesarios para restablecerse del desgaste que sufre en las actividades diarias. Si a esto le sumamos los múltiples embarazos, su salud se ve más afectada por el desgaste que implica cada uno de ellos. Además durante la gestación y la lactancia la alimentación no se mejora en ningún sentido.

En relación con la actitud que toman las mujeres al momento de distribuir los alimentos a su familia, tenemos que el 69% proporciona los mejores y mayor cantidad al esposo, enseguida a los hijos; haciendo en ellos distinción de sexos, pues prevalece en ella la idea de que el hombre es primero en todo; y por último es ella quien ingiere el sobrante y en ocasiones sólo tortilla con sal sin importar su estado de salud o si está embarazada o lactando.

Refiriéndonos a las cuestiones gineco-obstétricas, tenemos en primer lugar que el 90% de las mujeres inicia su vida sexual activa antes de los 20 años, lo que puede afectar su salud al no estar preparada tanto física como mentalmente para estos acontecimientos. Relacionando esto con los bajos niveles de escolaridad, consideramos que se mantiene la idea de que la mujer sólo está capacitada para el matrimonio, fuera de esto nada parece importarle.

En relación con la presencia del primer embarazo tenemos que del total de las mujeres (90) que inician su vida sexual activa antes de los 20 años, el 91.1% se embaraza durante el primer año de vida matrimonial. Esto nos señala los pocos elementos que tienen para controlar su fertilidad y por tanto a muy temprana edad se convierten en grandes multíparas.

En cuanto al número de gestas que han tenido las mujeres encuestadas, se observó que de las 70 que tienen de 20 a 35 años, el 61.4% ha tenido de 3 a 8 gestas, el 20% más de 9 y el 18.6% de 1 a 2. De las 26 que tienen más de 35 años, el 46.1% se ha embarazado de 3 a 8 veces y el 53.8% más de 9 veces. Las cuatro restantes menores de 20 años, han tenido de 1 a 2 gestas.

La situación en que se encuentran las mujeres de 20 a 35 años, que se han embarazado más de 6 veces es preocupante pues su período de fertilidad aún no culmina, y si a esto le agregamos el rechazo, por diferentes motivos, a la planificación familiar, estará en riesgo de seguir procreando, originándose problemas que ponen en riesgo su salud y la envejecen prematuramente.

En cuanto al número de partos presentados en las 70 mujeres de 20 a 35 años, tenemos que el 64.2% ha tenido de 3 a 8 partos, el 24.3% de 1 a 2 y el 11.4% más

de 9 veces, de este grupo el 28.6% ha sufrido de 1 a 4 abortos. De las 26 mujeres de más de 35 años el 50% ha tenido más de 9 partos, el 46.2% de 3 a 8 y el 3.8% ha tenido de 1 a 2. De ellas, el 61.5% ha sufrido de 1 a 4 abortos y el 3.8% más de 5. En las 4 que son menores de 20 años se han presentado de 1 a 2 partos.

Como se puede apreciar, existe un alto porcentaje de mujeres que han sufrido abortos. Es probable que este hecho esté relacionado con la multiparidad y la pesada carga de trabajo.

Los datos obtenidos sobre planificación familiar nos revelan que el 50% de las campesinas no utiliza anticonceptivos y el porcentaje restante se controla ya sea con hormonales, dispositivo intrauterino, preservativo, o se les ha realizado la oclusión tubaria bilateral.

La decisión de la mujer para planificar su familia se ve influenciada por diversos factores, el principal de ellos, es que el esposo no se los permite pues tenemos que el 61.1% de ellos piensa que "dañan la salud", que "van en contra de la religión" o que "favorecen la infidelidad". Otro factor es la escasa o mala información que reciben de tales métodos, lo cual no les permite comprender la razón para utilizarlos y además de que no los utilizan por no transgredir sus tradiciones y creencias.

Por lo anterior podemos decir que el aspecto religioso juega un papel importante en la imagen que trata de mantener la mujer ante los demás pues las normas religiosas deben ser respetadas y los hombres son los más preocupados por ellas; por esta razón muchas mujeres no asistían con las Auxiliares de Salud a escuchar pláticas sobre planificación familiar ni mucho menos a recibir

métodos anticonceptivos, pues afirmaban que no querían estar en "la lista del diablo"; algunas otras asistían a otros lugares a recibir anticonceptivos ya que no querían ser descubiertas por la comunidad o por sus esposos.

Al preguntar a las mujeres cómo consideran las relaciones familiares con su pareja, el 38% de ellas respondió que son desfavorables; algunas de las consideraciones para determinar este hecho es que: existe irresponsabilidad del esposo por no proporcionar los recursos económicos para el mantenimiento de la familia y no importarle la educación de los hijos pues prefiere salir con amigos y malgastar lo poco que tienen; también las consideran de esa manera por el maltrato físico o verbal del que son objeto; de alguna manera soportan esta situación por "tenerles un padre a los hijos" y guardar las apariencias ante la demás gente de la comunidad, desafortunadamente aún persiste una ideología machista que mantiene a la mujer subordinada al varón y la coloca como incapaz de tomar decisiones, privándola de sus derechos como ser humano y sometiéndola a cumplir con deberes impuestos.

En relación con las principales causas de enfermedad tenemos que los dos primeros lugares los ocupan aquéllas que pueden ser prevenidas, como son las afecciones respiratorias y gastrointestinales con un 60% y 45% respectivamente, esto está íntimamente relacionado con la poca educación y autocuidado de su salud así como con la escasez de servicios públicos, principalmente de agua potable y drenaje, pues la falta de ellos favorece la propagación de microorganismos que originan enfermedades.

Con respecto a la actitud que toman las mujeres en estudio al enfermarse tenemos que el 61.1% recurre a la automedicación y el porcentaje restante asiste a consulta con la A.S., médico particular o centro de salud. Como se puede observar las mujeres no asisten a ser tratadas de sus afecciones, esto puede estar influido por el mal concepto de enfermedad, pues para ellas el estar enferma es estar impedida para realizar sus actividades cotidianas y algunas expresan: "tengo tanto que hacer que ni siquiera tengo derecho de enfermarme y menos de acudir al médico".

En cuanto al aspecto de salud observado en las mujeres campesinas por medio de una exploración física (habitus exterior), se detectó que el 76% de ellas representan una edad mayor a la cronológica, manifestada por un aspecto físico deteriorado. En el 57% se apreció el cabello opaco y en el 51% reseco. En el 71% se observó palidez de conjuntivas y en el 68% palidez de piel, el 42% presentó la piel seca. Refiriéndonos a las piezas dentarias, en el 83% se detectó caries dental, la cual no es atendida, el 63% presenta dentadura incompleta que provoca en las mujeres problemas de masticación de alimentos. En cuanto a los miembros inferiores se observó la presencia de várices.

Estos datos observados en las mujeres muestran las precarias condiciones de salud en las que se desarrollan, debido a carencias nutricionales, múltiples embarazos, bajos recursos económicos y la suma de sobrecargas de trabajo.

**X. CONCLUSIONES
Y
SUGERENCIAS**

La meta que nos trazamos al iniciar este trabajo fue conocer cuáles son los factores que más influyen en las condiciones de salud que presentan las mujeres campesinas de las comunidades que integran los módulos 1 de Coahuayana de Hidalgo y 2 de La Mira de la Jurisdicción No. 8 Lázaro Cárdenas, Michoacán.

El universo de trabajo enmarcó a las mujeres de los módulos antes mencionados. Para tomar un criterio que permitiera el análisis de los resultados, recurrimos a la salud reproductiva en donde separamos a la población de 100 mujeres en: menores de 20 años, de 20 a 35, y más de 35 años; esto se hizo debido a que en los extremos de edad aumenta el riesgo no sólo reproductivo, sino de la salud en general. Sin embargo en el grupo medio donde supuestamente el riesgo es menor, encontramos grandes problemas de salud.

Una vez llevada a cabo la investigación para alcanzar la meta propuesta encontramos que:

La salud de las mujeres está influida por diversos factores los cuales podemos reunir en dos categorías: primero las condiciones de vida en las que se desarrollan y segundo las decisiones políticas estatales en materia de atención a la salud.

En nuestro trabajo profundizamos más sobre la primera categoría: "las condiciones de vida en las que se desarrollan las mujeres campesinas de las comunidades analizadas", dado que estos aspectos han sido menos estudiados y, desde nuestro punto de vista, constituyen factores fundamentales que determinan la salud de toda la población dada la importancia de la mujer en la procreación y con ello, en la reproducción de la comunidad. Lo anterior no resta, desde luego, la importancia que tiene el que exista o no, la voluntad

política de hacer llegar servicios oportunos y eficaces de salud a estas comunidades.

En cuanto a las condiciones de vida de las mujeres campesinas, observamos que ellas se desarrollan en un nivel socio-económico bajo, que no les permite satisfacer las necesidades más elementales. Pertenecen a numerosas familias con importantes carencias lo cual las hace emplearse bajo condiciones desfavorables fuera del hogar en busca de mejores alternativas y contribuir a la solución de los problemas económicos familiares.

Esta situación no es vista como un problema que afecte la salud de las mujeres, pues prevalece una ideología en la que se contempla a la mujer como un ser para otros. "Tal parece que las campesinas son seres superdotados que no se desgastan ni enferman a pesar de que realizan actividades que implican un gran desgaste físico, estando casi siempre embarazadas, acabando de parir, o amamantando a un hijo, y padeciendo anemia, o parasitosis, o..."¹⁰

Debido principalmente a los bajos ingresos económicos, la alimentación de estas mujeres, es deficiente tanto en cantidad como en calidad y no les ayuda a restablecerse del desgaste que sufren en las fuertes cargas de trabajo, esto se manifiesta principalmente en un deterioro físico marcado que las hace ver prematuramente envejecidas.

En el medio rural es donde se presentan los más altos índices de analfabetismo. La mujer es la que tiene menos acceso a la educación pues prevalece la idea de

¹⁰ Cfr. ALATORRE, E., "La atención de la salud de las mujeres, una tarea que debemos compartir".
El Seminario Latinoamericano, p. 13-14.

que es débil, ignorante o incapaz de desempeñar funciones o cargos que requieren de preparación académica, situación que puede estar relacionada con la no aceptación del hombre y de la comunidad a que la mujer desarrolle sus capacidades intelectuales, pues sólo debe estar preparada para el matrimonio, a lo que agrega la falta o escasez de servicios educativos. El mayor analfabetismo está relacionado también con la falta de tiempo para que las mujeres estudien dado que desde pequeñas tienen que realizar un sinnúmero de actividades.

Otro aspecto que influye de manera importante en la salud de las mujeres, está relacionado con las costumbres y tradiciones, pues las marginan aún más porque repiten patrones culturales que reproducen la subordinación del sexo femenino al masculino, creándose un círculo vicioso en el que la mujer como transmisora de los rasgos culturales creará en los hijos la misma ideología. También relacionado con aspectos culturales está la preferencia por atender su salud y la de su familia con curanderos, yerberos y parteras empíricas, entre otros especialistas de la medicina tradicional; esta práctica, si bien posee beneficios ancestrales puede también repercutir en forma nociva en la salud.

Refiriéndonos a la segunda categoría: "las decisiones políticas en materia de salud", éstas constituyen un factor importante para atender la salud de estas comunidades.

"La sede natural del poder político-económico en las ciudades más importantes ha conducido naturalmente a la ubicación preferencial en ellas de personal, instalaciones, equipo y presupuesto, al tiempo que la limitación presupuestal relega a segundo plano lo correspondiente al campo. A pesar del interés de los

gobiernos de la República por el bienestar social en el campo, la cobertura de servicios todavía es incompleta aún persisten problemas de salud que debieran estar resueltos o por lo menos controlados; la información en salud y las estadísticas vitales, con todo el subregistro, dan cuenta de condiciones insatisfactorias y es evidente que debe atenderse más y mejor la situación sanitaria asistencial del agro mexicano".¹¹

Las políticas estatales en relación con la salud no responden a las necesidades de las poblaciones rurales, pues los programas son desarrollados considerando a todas estas poblaciones por igual, sin tomar en cuenta, que aunque están catalogadas con características similares, se desarrollan en un contexto económico, cultural y ecológico diferente y por lo tanto sus problemas de salud serán diferentes también y requerirán de diferentes soluciones.

Los programas encaminados a la salud de las mujeres, se centran en el área reproductiva, con miras a disminuir las tasas de natalidad basándose principalmente en los métodos anticonceptivos, como si la mujer fuera la única responsable de este problema y como si el área reproductiva fuese la única afectada en la salud de las mujeres, olvidándose otros aspectos que afectan su salud integral, como son sus grandes cargas de trabajo, la mala nutrición, los bajos niveles de escolaridad, la prevalencia de ciertas ideas que la marginan, así como la carencia de otros satisfactores.

¹¹ KUMATE, J. et. al. Op. cit. p. 17-18.

La salud de las mujeres no sólo está determinada por tener un inicio de vida sexual activa a edad temprana, por ser múltiparas con espacios intergenésicos cortos, sino por todas las condiciones de vida en las que se desarrollan.

La salud de las mujeres campesinas se ve afectada también por la inaccesibilidad a los servicios de salud pues generalmente carecen de los recursos y los medios necesarios para poder trasladarse a la cabecera municipal donde se encuentran estos servicios situados, casi siempre, a grandes distancias de las comunidades. El único servicio con el que cuentan es el de la auxiliar de salud, que debe estar capacitada para proporcionar servicios de planificación familiar, sin embargo a esta persona se le pide que centre su atención en proporcionar métodos anticonceptivos y se le exige el aumento de usuarios al programa de planificación familiar; tarea difícil por las costumbres y creencias de la población, dejando en segundo término la atención integral a las mujeres y los niños y olvidándose de la prevención de enfermedades respiratorias y gastrointestinales que son las que más se presentan en estas localidades. Consideramos necesario que a la auxiliar de salud se le dé una capacitación y adiestramiento continuos y se le proporcione lo necesario para brindar una atención de más calidad y no sólo se le sature sobre métodos anticonceptivos.

La escasez de servicios públicos en las zonas rurales puede estar relacionada con las decisiones políticas estatales, pues estas áreas parecen ser las más olvidadas porque no llega a ellas el apoyo suficiente para su desarrollo. Este hecho perjudica a las comunidades pues carecen de agua potable, drenaje, pavimentación, comunicaciones y transportes, servicios de salud, escuelas, etc. La falta de algunos servicios públicos como el de agua potable, perjudica aún

más a la mujer pues es ella quien abastece al hogar de este líquido vital sin importar la distancia que recorre y el esfuerzo que emplee en esta actividad, originándole un desgaste físico considerable.

Es indudable que la salud de las mujeres campesinas realmente está afectada no sólo por presentar un aspecto físico deteriorado que las hace ver prematuramente envejecidas con la piel reseca y pálida, por desnutrición o anemia, por la exposición permanente a los rayos solares, por presentar abdomen abultado por un embarazo o por parasitosis intestinal o por flacidez de los músculos abdominales como secuela de múltiples embarazos; sino también por todas las limitaciones en las que se desarrollan como los bajos niveles educativos, bajos recursos económicos, por las largas y pesadas jornadas de trabajo, por la prevalencia de patrones culturales, por la carencia de actividades recreativas, por el bajo desarrollo rural, por los inadecuados programas de salud; y en suma por la deficiente atención integral que recibe.

"Si la salud física de las mujeres campesinas es precaria, indudablemente que tampoco poseen salud emocional, simplemente porque no poseen ni tiempo, ni energía para dedicarlos a ellas mismas".¹²

Este estudio es un primer acercamiento a la realidad que viven las mujeres del campo, es un estudio básicamente descriptivo en el que hacemos un diagnóstico situacional de las condiciones de vida y por tanto de salud en las que se desarrollan estas mujeres.

12

ALATORRE, E., *op. cit.*, p. 16.

Proponemos que se continúe con la realización de estudios en los que se determinen las afecciones que sufren las mujeres, apoyándose en métodos de diagnóstico clínico como: muestras sanguíneas, muestras de orina, citologías, coproparasitoscópicos, así como también una valoración de la agudeza visual y condiciones dentales para poder realizar acciones que limiten el daño. En este estudio no se pudo llevar a cabo por la falta de infraestructura y apoyo económico.

Es importante que los pasantes en servicio social de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia (LEO), no se centren únicamente en la capacitación en la auxiliar de salud, sino también que establezcan contacto directo con la población para identificar necesidades de salud y en la medida de sus posibilidades contribuyan a la disminución o solución de éstas.

En el programa de Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) se le pide al pasante en servicio social un programa de trabajo como requisito de liberación el cual consideramos, debería ser realizado también por el coordinador médico jurisdiccional y por las supervisoras de auxiliares de salud para establecer líneas de acción encaminadas a alcanzar los objetivos del programa de EEC y contar con elementos suficientes para la evaluación efectiva de éste.

Proponemos que en el desarrollo del programa de EEC se le dé la misma importancia a los cuatro sub-programas que se desprenden de él, y no sólo al de planificación familiar para favorecer la salud integral de la mujer y con ello el de la comunidad. Que el pasante en servicio social capacite a la auxiliar de

salud sobre educación sexual y así juntos puedan impartir temas sobre ésta, a la población en general.

ANEXOS

CUADRO No. 1

**EDAD Y ESTADO CIVIL DE LAS CAMPESINAS ENCUESTADAS
DE LOS MODULOS 1 Y 2 DE LA JURISDICCION No. 8
LAZARO CARDENAS, MICH., 1993**

ESTADO CIVIL	EDAD					
	-20		20 - 35		+ DE 35	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
SOLTERA			1	1.4%	1	3.9%
UNION LIBRE	2	50.0%	16	22.9%	6	23.0%
CASADA	1	25.0%	50	71.4%	18	69.2%
DIVORCIADA	1	25.0%	2	2.9%		
VIUDA			1	1.4%	1	3.9%
TOTAL	4	100.0%	70	100.0%	26	100.0%

FUENTE: Encuestas aplicadas en las comunidades de los módulos 1 de Coahuayana de Hidalgo y 2 de La Mira, de la Jurisdicción No. 8 Lázar Cárdenas, Michoacán, Octubre 1993.

CUADRO No. 2

**ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES CAMPESINAS
ENCUESTADAS DE LOS MODULOS 1 Y 2
PERTENECIENTES A LA JURISDICCION No. 8
LAZARO CARDENAS, MICH., 1993**

ESCOLARIDAD	Fo	%
ANALFABETA	33	33%
PRIMARIA INCOMPLETA	44	44%
PRIMARIA COMPLETA	18	18%
SECUNDARIA	5	5%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 3

**OCUPACION QUE DESEMPEÑAN LAS MUJERES
AMPESINAS ENCUESTADAS DE LOS MODULOS 1 Y
PERTENECIENTES A LA JURISDICCION No. 8
LAZARO CARDENAS, MICH., 1993**

OCUPACION	Fo	%
HOGAR	55	55%
CAMPO	29	29%
PESCA	1	1%
OTRAS	15	15%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 4**INGRESOS SEMANALES QUE PERCIBEN LAS
FAMILIAS DE LAS CAMPESINAS ENCUESTADAS
DE LOS MODULOS 1 Y 2 DE LA JURISDICCION No. 8
LAZARO CARDENAS, MICH., 1993**

INGRESOS	Fo	%
-N\$50	29	29%
N\$51-N\$60	13	13%
N\$61-N\$70	13	13%
N\$71-N\$80	8	8%
N\$81-N\$90	9	9%
N\$91-N\$100	16	16%
N\$101 Y MAS	12	12%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 5

ALIMENTOS QUE CONSUMEN SEMANALMENTE LAS
 CAMPESINAS ENCUESTADAS DE LOS MODULOS
 1 Y 2 PERTENECIENTES A LA JURISDICCION No. 8
 LAZARO CARDENAS, MICH., 1993

NUMERO DE VECES QUE LOS INGIERE	ALIMENTOS											
	LECHE		CARNE		HUEVO		FRUTAS		VERDURAS		MARISCOS	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
0	38	38	37	37	18	18	26	26	22	22	56	56
1	29	29	51	51	17	17	56	56	47	47	17	17
2	20	20	10	10	17	17	5	5	19	19	9	9
3	8	8	2	2	37	37	7	7	4	4	18	18
4	2	2	0	0	7	7	4	4	6	6	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	3	3	0	0	4	4	2	2	2	2	0	0
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 6

**ACTITUD QUE TOMAN LAS MUJERES
CAMPESINAS ENCUESTADAS AL MOMENTO
DE DISTRIBUIR LOS ALIMENTOS EN SU FAMILIA**

ACTITUD	Fo	%
DISTRIBUYE EQUITATIVAMENTE LOS ALIMENTOS	31	31%
DA LOS MEJORES A SU ESPOSO E HIJOS	69	69%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 7

**EDAD A LA QUE INICAN SU VIDA SEXUAL LAS
CAMPESINAS ENCUESTADAS DE LOS MODULOS
1 Y 2 PERTENECIENTES A LA JURISDICCION No. 8
LAZARO CARDENAS, MICH., 1993**

EDAD	Fo	%
-20	90	90%
20 - 35	10	10%
+35		
TOTAL	100	100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 8**EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA Y PRESENCIA
DEL PRIMER EMBARAZO DE LAS CAMPESINAS ENCUESTADAS
DE LOS MODULOS 1 Y 2 DE LA JURISDICCION No. 8
LAZARO CARDENAS, MICH., 1993**

PRESENCIA DEL PRIMER EMBARAZO	EDAD					
	-20		20 - 35		+ DE 35	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
1er. AÑO	82	91.1%	7	70.0%		
2o. AÑO	8	9.9%	3	30.0%		
3er. AÑO						
TOTAL	90	100.0%	10	100.0%		

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 9**EDAD Y NUMERO DE GESTAS
PRESENTADAS EN LAS MUJERES ENCUESTADAS
DE LOS MODULOS 1 Y 2 DE LA JURISDICCION No. 8
LAZARO CARDENAS, MICH., 1993**

NUMERO DE GESTAS	EDAD					
	-20		20 - 35		+ DE 35	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
1 - 2	4	100.0%	13	18.6%		
3 - 5			26	37.1%	3	11.5%
6 - 8			17	24.3%	9	34.6%
9 Y MAS			14	20.0%	14	53.8%
TOTAL	4	100.0%	70	100.0%	26	99.9%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 10**EDAD Y NUMERO DE PARTOS PRESENTADOS
EN LAS CAMPESINAS ENCUESTADAS
DE LOS MODULOS 1 Y 2 DE LA JURISDICCION No. 8
LAZARO CARDENAS, MICH., 1993**

NUMERO DE PARTOS	EDAD					
	-20		20 - 35		+ DE 35	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
1 - 2	4	100.0%	17	24.3%	1	3.8%
3 - 5			26	37.1%	3	11.6%
6 - 8			19	27.1%	9	34.6%
9 Y MAS			8	11.4%	13	50.0%
TOTAL	4	100.0%	70	99.9%	26	100.0%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 11**EDAD Y NUMERO DE ABORTOS
PRESENTADAS EN LAS CAMPESINAS ENCUESTADAS
DE LOS MODULOS 1 Y 2 DE LA JURISDICCION No. 8
LAZARO CARDENAS, MICH., 1993**

NUMERO DE ABORTOS	EDAD					
	-20		20 - 35		+ DE 35	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
1 - 2			18	25.7%	14	53.8%
3 - 4			2	2.9%	2	7.7%
5 Y MAS					1	3.8%
TOTAL			20	28.6%	17	65.3%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 12

**METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE
UTILIZAN LAS CAMPESINAS ENCUESTADAS
DE LOS MODULOS 1 Y 2 DE LA JURISDICCION No. 8**

LAZARO CARDENAS, MICH., 1993

METODO DE P. F.	Fo	%
HORMONAL	27	27%
D. I. U.	6	6%
PRESERVATIVO	7	7%
RITMO	0	0%
O. T. B.	10	10%
NINGUNO	50	50%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

D.I.U.: Dispositivo Intra Uterino.

O.T.B.: Oclusión Tubaria Bilateral.

CUADRO No. 13**OPINION DE LAS CAMPESINAS ENCUESTADAS
Y DE SU PAREJA ACERCA DE LOS METODOS
DE PLANIFICACION FAMILIAR**

OPINION	MUJER		HOMBRE	
	Fo	%	Fo	%
SON BUENOS	58	58.0%	37	39.8%
NO SON BUENOS	2	2.0%	4	4.3%
DAÑAN LA SALUD	27	27.0%	14	15.0%
VAN EN CONTRA DE LA RELIGION	13	13.0%	24	25.8%
FAVORECEN LA INFIDELIDAD	0	0.0%	14	15.0%
TOTAL	100	100.0%	93(*)	99.9%

FUENTE: *Misma del Cuadro No. 1*

(*) Siete de las mujeres en estudio no tiene pareja.

CUADRO No. 14

**COMO CONSIDERAN LAS MUJERES CAMPESINAS
ENCUESTADAS LA RELACION CON SU PAREJA**

	BUENA	MALA	
	RESPONSABILIDAD	IRRESPONSABILIDAD	MALTRATO
Fo	55	23	15
%	59.1%	24.7%	16.1%

CUADRO No. 15

**APARATOS Y SISTEMAS AFECTADOS POR ALGUNA
PATOLOGIA EN EL ULTIMO AÑO EN LAS CAMPESINAS
ENCUESTADAS DE LOS MODULOS 1 Y 2 DE LA
JURISDICCION No. 8 LAZARO CARDENAS, MICH., 1993**

APARATOS Y SISTEMAS	Fo	%
RESPIRATORIO	60	39.2%
DIGESTIVO	45	29.4%
CARDIOVASCULAR	6	3.9%
REPRODUCTOR	13	8.5%
URINARIO	10	6.5%
NERVIOSO	4	2.6%
MUSCULO-ESQUELETICO	13	8.5%
PIEL Y ANEXOS	2	1.3%
TOTAL	153	100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 16

**ACTIDUD QUE TOMAN PARA ATENDERSE CUANDO SUFREN
ALGUNA ENFERMEDAD LAS CAMPESINAS ENCUESTADAS DE
LOS MODULOS 1 Y 2 PERTENECIENTES A LA JURISDICCION No. 8
LAZARO CARDENAS, MICH., 1993**

AUTOMEDICACION		CONSULTA							
MEDICINA DE PATENTE	MEDICINA NATURAL	AUXILIAR DE SALUD	MEDICO PARTICULAR	CENTRO DE SALUD					
Fo	%	Fo	%	Fo	%				
22	20.4	44	40.7	21	19.4	2	1.9	19	17.6

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 17

SERVICIOS PUBLICOS CON LOS QUE CUENTAN LAS
COMUNIDADES QUE HABITAN LAS CAMPESINAS ENCUESTADAS
DE LOS MODULOS 1 Y 2 DE LA JURISDICCION No. 8
LAZARO CARDENAS, MICH, 1993

SERVICIOS	Fo		%	
	SI	NO	SI	NO
AGUA POTABLE	14	86	14	86
DRENAJE	0	100	0	100
LUZ ELECTRICA	89	11	89	11

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALATORRE Wynter, Edda. "La atención de la salud de las mujeres una tarea que debemos compartir". II Seminario Latinoamericano. FEMU, Oaxaca, México, Julio, 1993.
- 2.- ALATORRE Wynter, Edda. "La salud de las mujeres responsabilidad de las mujeres". I Seminario presente y prospectiva de la mujer en Guanajuato. FEMU, Guanajuato, México, Mayo, 1993.
- 3.- ARIZPE, Lourdes. "Mujer campesina, mujer indígena" en: América Indígena. Instituto Indigenista Interamericano. México, 1975.
- 4.- ARROYO, Pedro. SUBIRAN, Salvador. et. al. La nutrición de las madres y los niños mexicanos. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1990.
- 5.- BALSEIRO Almairo, Lasty. Investigación en enfermería. Ed. Acuario. México, 1991.
- 6.- BARRIENTOS, Gustavo. "Mujer salud y trabajo" en: Salud de la mujer. UAM Xochimilco, México, 1988.
- 7.- CASAS Chausal, Yoloxochitl. "La mujer la parte más dolida de la sociedad mexicana" en: FEM. Vol. 5, No. 19, Junio, Julio. México, 1981.
- 8.- CONAPO. Programa de integración de la mujer al desarrollo. México, 1981.
- 9.- CHURRUCA, Agustín. "La mujer campesina" en: ILET. No.14, Diciembre. México, 1983.
- 10.- Dirección general de Estadística Informática y Evaluación. La situación de la salud en el estado de Michoacán. SSA. México, 1991.
- 11.- GALEANA de Valadés, Patricia. (comp). Universitarias Latinoamericanas Liderazgo y Desarrollo. UNAM. México, 1990.
- 12.- GALEANA de Valadés, Patricia. "La mujer en el mundo de transición" en: Quórum. No. 7. Octubre. México, 1992.
- 13.- GARCIA Oñate, Rafael. La mujer como responsable de la nutrición y hábitos alimentarios de la población. Mecanograma. ISSSTE. México, 1981.
- 14.- GOLDSMITH, Mary. "La salud entre las trabajadoras domésticas" en: FEM. No.35, Agosto - Septiembre. México, 1984.
- 15.- GONZALEZ de León, Deyanira. "Las condiciones de salud en México" en: FEM. No. 35, Agosto - Septiembre. México, 1984.
- 16.- GRASSI, Estela. La antropología social y los estudios de la mujer. Ed. Hvmánitas. Argentina, 1986.

- 17.- INEGI. Anuario estadístico del estado de Michoacán. México, 1992.
- 18.- INEGI. Estudios sobre la mujer: salud, trabajo doméstico y participación social y política. México, 1986.
- 19.- INEGI. Cuadernos de información para la planeación. Michoacán, México, 1986.
- 20.- KUMATE, Jesús. CASTELLANOS, Francisco. et. al. Salud y enfermedad en el medio rural de México. Secretaría de Salud. México, 1991.
- 21.- LAGARDE, Marcela. Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, presas, putas y locas. UNAM. México, 1990.
- 22.- LEAL Duk, María Luisa. "Condiciones de la mujer en México" en: Quórum. No. 7, Octubre. México, 1992.
- 23.- L'GAMIZ Matuk, Arnulfo. Bioestadística. Ed. Francisco Méndez Cervantes. México, 1989.
- 24.- LOPEZ García, Guadalupe. "Mujer Campesina desde las entrañas de la tierra" en: FEM. Año 12, No. 70, Octubre. México, 1988.
- 25.- MERCADO, Yolanda. "La mujer en México" en: IJET. No 18, Enero. México, 1990.
- 26.- MODENA, María Eugenia. Madres, médicos y curanderos: Diferencia cultural e identidad ideológica. Edic. de la casa chata No.37, Septiembre. México, 1990.
- 27.- MONTOLIU Villar, María. "La salud de la mujer mexicana" en: FEM. Vol. 13, No. 73, Enero, México, 1989.
- 28.- OPS. "La salud mediante la nutrición" en: Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 113, No. 5 y 6, Noviembre - Diciembre. Washington, 1992.
- 29.- PRI. La mujer en el sector campesino. Comité Ejecutivo Nacional de la ANFER. México, 1982.
- 30.- SANCHEZ Bedolla, Graciela. "El papel de la mujer en la familia". en: Seminario sobre la participación de la mujer en la vida nacional. UNAM. México, 1989.
- 31.- SANCHEZ Rosado, Manuel. Elemento de salud pública. Ed. Francisco Méndez Cervantes. México, 1986.
- 32.- Secretaría de salud. La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud. Dirección General de Salud Materno Infantil. México, 1992.

- 33.- SIMPSON Merbert, Myling. "La mujer y el agua" en: Salud Mundial. Julio - Agosto. Suiza, 1992.
- 34.- SOBERON, Guillermo. KUMATE, Jesús. et. al. (comp). La salud en México: Testimonios 1988. Ed Fondo de cultura Económica. México, 1988.
- 35.- STAVENHAGEN, Andrea. "La mujer, el niño y su salud" en: FEM. Año 10, No. 48, Octubre - Noviembre. México, 1986.