

11226
29.167.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado

Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria

PATRONES DE MORBILIDAD Y SU RELACION CON ALGUNOS
INDICADORES SOCIOECONOMICOS EN LA POBLACION DE LA
CLINICA G.A. MADERO DEL I.S.S.S.T.E. EN 1985.

T E S I S A

Para Obtener; El Diploma de:

Especialista en Medicina General Familiar

p r e s e n t a

DR. FELIPE RAMIREZ ALVA



México, D. F.

Abril de 1986

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

I N D I C E .

Antecedentes y Problema...	6
Justificación.....	15
Objetivos.....	17
Metodología.....	17
Resultados.....	23
Análisis... ..	47
Conclusiones.....	49
Bibliografía... ..	52

Antecedentes del problema.

El proceso salud-enfermedad es un "continuum" que se manifiesta por la unidad de dos contrarios, en el que uno no puede existir sin el otro. Es un proceso biológico, social, históricamente determinado, caracterizado por ser dinámico, complejo y dialéctico (1,2).

Ahora bien, aun cuando el proceso salud-enfermedad se manifiesta en organismos, individuos concretos, es un fenómeno - cuya causa debe buscarse en la estructura social (1). Todos los fenómenos de la realidad social se encuentran en relación y dependencia mutua, de donde el proceso salud-enfermedad, no puede ser excepción. La realidad es un todo interrelacionado y no un conjunto de causas y procesos aislados, separados unos de otros. "Por ende la enfermedad esta relacionada con circunstancias de la vida material" y del momento histórico que se vive" (Johann Peter Frank. Rudolf Virchow) (1). Los elementos y procesos de la estructura social, tienen diferencias jerárquicas e influencias distintas en el surgimiento, desarrollo y transformación de procesos sociales, tales como salud-enfermedad, permite explicar frecuencia, gravedad en base a las condiciones materiales de trabajo, vida, en los diferentes grupos sociales (1,3,4).

Estudios en Suecia, Francia, Hungría, Irlanda demuestran al igual que en Holanda, que al mejorar las condiciones de vida de la población, las medidas médicas específicas, difusión de servicios médicos, la atención médica vigente, tiene poco efecto en la salud global de la población. Así por ejemplo - las medidas médicas específicas, educación para la salud, sin agua potable, etc. tendrá poca repercusión de beneficio social.

Las condiciones materiales y culturales (Alimentación, Educación, Vivienda, Condiciones de trabajo) orientan el aspecto-

biológico del proceso salud-enfermedad (2,3,5).

En un tipo de sistema social como el nuestro, las condiciones materiales de vida están desigualmente distribuidas entre la población, por tanto los cambios favorables del proceso salud-enfermedad, serán diferentes entre los distintos grupos. (2,6).

Anteriormente se mencionan las condiciones objetivas de vida como el trabajo, alimentación (entre otros), juegan un papel fundamental en el proceso salud-enfermedad, en especial para las clases bajas (2,7). Incluso aun cuando se toma en cuenta exclusivamente el tipo de ocupación del individuo se aprecia que los más afectados son los de las clases bajas (2,8,9).

Ya se describe que el elemento esencial que determina el proceso de desgaste, es el trabajo. Sin olvidar que cada época-histórica y cada clase se caracteriza por formas específicas de envejecer, enfermar y morir (1). Con lo cual se demuestra que el trabajo por sí, tiene repercusiones profundas en el cuerpo humano y por ende en la vida.

Ya Bernardino Ramazzini señalaba "la relación entre enfermedad, trabajo y las condiciones en que este se realiza" (10). Se describía en el siglo XIX "La enfermedad era la consecuencia, de la forma en que el hombre se inserta en el proceso de la producción. (Federico Engels - 1845) (10,11). El trabajo determina el tipo de enfermedad, las repercusiones con las condiciones de vida, disminución de la sobrevivencia post-jubilación. De donde se puede hablar que la enfermedad se encuentra en relación con el tipo de trabajo del individuo (11). Al tomar en cuenta factores socio-laborales (Nivel de vida, vivienda, educación, alimentación) se encuentra que están en íntima relación con la evolución del proceso salud-enfermedad y se ven influidos en forma negativa (para el proceso), cuando además se toma en cuenta la ocupación del individuo.

Así los accidentes y enfermedades son elementos de un proceso una cadena de causas que afectan a diferentes niveles, ocasionando formas particulares de deterioro a la salud, que modifican el proceso salud-enfermedad, predisponiendo a fenómenos determinados (enfermedades específicas) (7,11).

Al tomar en cuenta el grado de escolaridad de los padres, encontramos, que a mayor escolaridad - menor mortalidad infantil (2,7).

Factores socio-culturales y médicos influyen en la mortalidad infantil. Al tomar en cuenta características físicas, -- condiciones socio-culturales (ocupación del jefe de familia, escolaridad de los padres, atención médica), encontramos que la mortalidad infantil es inversamente proporcional al nivel económico y escolar.(11). Ya Antonovsky, Bernstein (1977) y Fabrizio, Szabady (1965), confirman, que la mortalidad infantil esta determinada por la clase social a la que pertenecen los individuos. Esto en países desarrollados, si esto lo extrapolamos a los países tercermundistas, en donde las diferencias sociales son más acentuadas, tendrán una significancia - mayor (2). Ahora bien, cuando se interrelacionan variables como educación femenina, mortalidad infantil (Al menos en América Latina), encontramos que a mayor escolaridad las perspectivas de sanidad y sobrevivencia de los hijos es mayor, en cuanto al grado de nutrición, encontramos que el bajo peso al nacer es consecuencia de una desnutrición "in útero" y es secundario a una desnutrición materna (7,11,12,13,14). Si a esto aunamos esperanza de vida al nacer (EVN), características del servicio de salud, es decir características concretas y aplicadas a un ser histórico, se tendrá que las condiciones reales de existencia, determinan las posibilidades objetivas de evitar, minimizar ó potencializar la enfermedad, por tanto el proceso salud-enfermedad se encuentra condicionado en-

menor ó mayor grado por elementos sociales concretos como lo es; Estado nutricional, tipo de trabajo, condiciones de vivienda, ingreso económico, todo esto llevara a un mayor riesgo y susceptibilidad a enfermar (1,3,4,5). De donde se puede adelantar que a medida que aumentan los factores de riesgo, repercutirá en mayor carga de morbi-mortalidad en los niveles socioculturales más bajos, ya que son ellos los que cuentan con indicadores sociales, culturales, económicos, más deficientes. De donde el proceso salud-enfermedad no es algo que aparece al azar, sino un proceso que evoluciona gradualmente hasta emerger en toda su potencialidad, como resultado de cambios cuantitativos y negativos para la salud.

En el proceso salud-enfermedad a más de la atención médica influyen aspectos tales como; desarrollo socio-económico, ya que esto directa o indirectamente condicionará; recursos destinados a la salud pública, número de médicos disponibles, camahospital (15). Aun cabría mencionar que existen controversias entre si existe una relación directa de economía con salud, - ya que en Cuba con PIB (Producto Interno Bruto) dos veces menor que Brasil, cuenta con mejores indicadores de salud. - - Aquí sería necesario tomar en cuenta el tipo de sistema social el egreso del estado en materia de salud, educación, etc. (2).

La salud como un proceso histórico-social, no es homogénea para una población diferenciada en clases sociales.

Las necesidades esenciales de salud, solo pueden ser definidas si se toma en cuenta aspectos de tipo social, laboral, biológico y podran ser satisfechas si se resuelven las diferencias sociales, económicas entre las clases (2,8).

El proceso salud-enfermedad puede explicarse mejor si se toman en cuenta aspectos socio-económicos, laborales, culturales, con lo cual se tendrá mayor número de elementos de análisis y con el apoyo de la teoría metodológica, se podrá ex-

plicar en base a; causa-efecto, esencia-Fenómeno, necesidad-causalidad, contenido y forma, singular-general, posibilidad-realidad. Y tomando dichos elementos se podrá comprender en forma más acorde con las condiciones materiales de trabajo, de vida y el estado real del individuo (1).

Al tomar en cuenta factores de tipo social para explicarse - el proceso salud-enfermedad, es conveniente tomar en cuenta la respuesta social: la enfermedad o al proceso salud-enfermedad ya que en base a esto es que surgieron las diferentes explicaciones a lo largo de la historia.

El hombre a través de la historia ha padecido de enfermedad esto demostrado por hallazgos en fósiles humanos, así como - animales.

Al remontarnos a la historia, en el hombre primitivo se describen etapas; Salvajismo - se caracterizó el hombre por ser nómada, utilizar fuego, dividir el trabajo por sexos. En esta época se explica el proceso salud-enfermedad en forma empírico-mágica, y que es consecuencia de poderes sobrenaturales.- Se practicaban ritos, ceremonias, el uso de amuleto, no había personas encargadas de la "curación" (15).

Ya para la segunda etapa, la Barbarie cursa con las siguientes características; modo de producción esclavista, con agricultura, ganadería, domesticación animales, familia monogámica, división social del trabajo y ya en el período neolítico con el uso de la rueda, del hierro, el proceso salud-enfermedad se explica en base a un concepto Mágico-Religioso, el que se lleva a cabo con práctica de ritos, exorcismos, realizados por brujo, chamán. El proceso se explica como castigo de los dioses (cumple una función de control social). Dicho concepto - evoluciona hasta llegar a una explicación "racional" del proceso salud-enfermedad, se vio apoyado por material empírico-

obtenido por observación (15).

Para la época de los Griegos, el concepto adquirió una explicación naturista. Se enferma y se cura en relación a la naturaleza. Se desarrolla entonces una teoría humoral ; Sangre . Flema. Bilis ; Amarilla y Negra. El tratamiento era a base de dieta, baño, sangrias, purgantes y era llevado a cabo por un médico.(15).

A la caída del imperio Romano (Fin del esclavismo e inicio del feudalismo) la explicación del proceso salud-enfermedad-cambio a un tipo predominante religioso, en el que se ve a la enfermedad como purificación, gracia, castigo divino. Su trata-mento era a base de confesión, ayuno. Los paciente morían en los hospitales, sin curación. Este tipo de pensamiento tuvo una duración desde el siglo V al XII (15).

Con la revolución Política-Burguesa desde los siglos XVI, XVII XVIII, dá paso a un desarrollo del método científico y surge una explicación al proceso salud-enfermedad de tipo Biológico-Positivista, la cual se vé apoyada hasta el siglo XIX por la teoría bacteriana de Pasteur y por los trabajos de Erlich, Koch. Aquí se le considera a la enfermedad como un fenómeno individual, olvidando el caracter social del hombre. El tratamiento esta encaminado al "agente causal" de la enfermedad (15).

Posteriormente surge el concepto Sanitarista, el cual explica el proceso salud-enfermedad desde una concepción ecológica, huespod-agente, se incorpora por primera vez al hombre en relación con el medio ambiente. El tratamiento esta encaminado a un agente biológico así como a medidas ecologistas-(Sanitarista) (15). Seguidamente y con antecedentes que se remontan al siglo XVIII y XIX, surge el concepto Histórico-Social, que explica el proceso en base a factores de tipo; biológico , ecológico , social, define al proceso como un fe-

nómeno colectivo, resultado de un proceso histórico-social, determinado por condiciones concretas y de acuerdo a condiciones materiales de vida (2,15).

Solo partiendo de una concepción histórico-social se puede describir, explicar, lo más cercano a la realidad, porque la enfermedad, mortalidad y/o morbilidad se presentan en forma diferente en las clases sociales, de acuerdo a sus condiciones concretas de vida, trabajo, a su vez determinadas por la forma en que se ubican en el proceso productivo (Johann Peter Frank. Rudolf Virchow) (1,2,14,15).

Esta panorámica sirve para entender el por que de tomar en cuenta las siguientes variables; Edad.- Se tomará en cuenta ya que en forma gruesa nos indicará que existen enfermedades que aquejan a un determinado grupo de edad, así por ejemplo se sabe que dos tercios de la población infantil menor de un año, cuenta con algún tipo de desnutrición, aun cuando en México, sobre todo la desnutrición de primer grado no se diagnóstica ó pasa desapercibida, ya que por una parte es considerada como "normal" para nuestra población (14). Los menores de cinco años están más expuestos a los riesgos socioeconómicos, entre menor sea la estratificación social, mayor será la repercusión en su nivel de vida. Haciendo un análisis de la esperanza de vida al nacer entre 1922 y 1972, se aprecia que existe un aumento, pues de 29 años para 1922 a 61.9 años para 1972, sin embargo la esperanza de vida a los 50 años tuvo un incremento únicamente de 3 años, lo que nos traduce que la EVI (esperanza de vida al nacer) fué importante y alentadora pero se modificó poco e incluso disminuyó en la edad productiva, lo que va estrechamente vinculado con la ocupación. Escolaridad.- Existe una relación estrecha entre grado de escolaridad y condiciones de higiene, sobrevivencia infantil en relación con la escolaridad de los padres, ya que se ha observado que: mayor escolaridad, menor grado o índice de mor

rtalidad infantil. (5.6). La educación influye a otros nive -
les como con sanid.d,utilización del ingreso, acudir al médi-
co, mayor capacidad para una situación de emergencia.

Ocupación.- Esta variable juega un papel importante, tanto
para el proceso salud-enfermedad, en el individuo, su familia
las clases y la sociedad en general, con repercusiones a otros
niveles como lo es la alimentación, ingreso familiar, educación
vivienda, etc. Ya se menciona que el envejecimiento y desgaste
no es un proceso biológico inmutable, ahistórico, sino que asu
ne formas específicas y determinadas por el modo como se da
la relación entre el hombre y la naturaleza, como lo sería la
ocupación ó trabajo. De donde el elemento esencial que determi
na el proceso de desgaste es el trabajo. (4). Se encuentra es-
trechamente ligada a el proceso salud-enfermedad. "...de una -
u otra forma concreta deja constancia incontrovertible que el
trabajo explotado, desintegra física,y psíquicamente al indi-
viduo? (4). El trabajo genera desgaste, el desgaste genera tor
-sión que se expresa en reacciones de estrés, las que a su vez
originan manifestaciones patológicas muy diversas, a lo cual -
contribuye en buena medida los cambios de turnos permanentes y
alternos, los que van a condicionar cambios en el ritmo bioló-
gico ó fisiológico básico, lo que es expresado como trastornos
;gastrointestinales, sexuales, hábitos de sueño,ulceras gastri
cas, duodenal, enfermedades cardiovasculares,psicosomáticas,fa-
tiga patológica,depresión, intoxicación aguda, y crónica, muer-
te prematura. entre otras. Esto va estrechamente vinculado a -
jornadas laborales mayores de 8 hr, exposición a condiciones -
desfavorables para desempeñar el trabajo. (4.7.11.15).

Vivienda.- Al igual que las anteriores variables influye en me-
jor o mayor medida en el proceso salud-enfermedad, debido a --
que es el lugar destinado al descanso, convivencia familiar, -
el área geográfica asiento de buena parte del tiempo de la fa-

milia. Una vivienda que no reúne los mínimos necesarios para descansar, convivir, habitar, realizar o satisfacer necesidades fisiológicas, con un mínimo de servicios de urbanización, será un factor de riesgo para el proceso salud-enfermedad. Las condiciones infrahumanas en que se desarrollaban los individuos, sus labores, sus paupérrimas condiciones de vida, tienen repercusiones funestas en su salud" 1801-31 Liverpool. Manchester. (15). "...a la masa de individuos se les obliga a ir a la ciudad, en donde se les oxila en barrios que por su construcción están mal ventilados, les son negados todos los medios para la limpieza, se les priva de agua y solo contra pago se les coloca drenaje... se les obliga a tirar en la calle la basura, desperdicios, agua sucia, se les impide todos los medios para actuar de otra manera; se les obliga a apestar así sus propios barrios..." Engels. (1).

En cuanto al Ingreso Per Capita.- Si ya se mencionó que son de peso las otras variables, esta, no lo es menos, y va muy unida con la ocupación, dependerán de ella aspectos como la educación, alimentación, vestido, vivienda, recreación.

Así ya se menciona "...la insuficiencia del salario muchas veces no se expresa directamente en el trabajador, sino en la desnutrición de su prole (la fase de la revolución industrial Inglaterra), en que la segunda generación de proletarios, tenía un peso y talla menor a la generación anterior. (4).

Ahora bien cuando se toma en cuenta el PIB y se relaciona con la mortalidad infantil se aprecia que a menor ingreso mayor índice de mortalidad. Así por ejemplo Bolivia con PIB de 570 y Mortalidad infantil de 130 y Suiza con un PIB de 17010. cuenta con una mortalidad infantil de 3. Claro está que la variable economía, no lo es todo para explicar la diferencia tan marcada, sino el conjunto de variables como lo es la educación, ocupación, alimentación, vivienda, tipo de sistema -

acceso oportuno a los servicios de salud, en una palabra el mejoramiento del nivel de vida de la población.

En cuanto al motivo de la consulta, será útil al relacionarlo con las variables antes mencionadas.

Justificación.

Los modelos médicos existentes son en su mayoría inadecuados para explicar el proceso salud-enfermedad, en base a que; -- por ejemplo, en el caso del modelo Mágico-Religioso, proclama a la enfermedad como un hecho mágico, como un castigo de dios, no cuenta con fundamentos de tipo científico. Por lo que resulta obvia su aplicación médica.

En el caso del modelo Biológico, aquí se le atribuye a un microorganismo ser el causante de la enfermedad. Este modelo al igual que el Sanitarista, adolecen de no tomar en cuenta otros factores, toman al individuo en forma aislada, ahistórica. Tomando estas directrices y tratando de explicar la -- evolución de la tuberculosis a lo largo de la historia, serían insuficientes para este fin, sin embargo si se toma como modelo el Histórico-Social, se comprenderá mejor. Ya que al tomar en cuenta factores como los aspectos sociales como el mejoramiento de las condiciones de vida, se entenderá el porque "el número de casos disminuyó, aun antes que se descubrieran" ; agente etiológico, medicamentos antituberculosos -- ó las vacunas. (2). Esta forma de explicar el proceso salud-enfermedad se acerca un tanto más a la realidad, aun cuando -- debería tomar en cuenta lo que acerca de esto ya describía -- Rudolf Virchow " Las epidemias artificiales son atributo de la sociedad...

epidemias artificiales son atributo de la sociedad... ocurre como resultado de las contradicciones sociales y también como manifestaciones significativas del proceso histórico.."

- (1). Así también lo menciona Henriete Rios Orlandi "Existe un carácter histórico-social del proceso salud-enfermedad, el que se ve apoyado a lo largo de la historia, por un cambio de la patología, de un momento a otro, de una sociedad a otra así como entre clases sociales y dentro de una misma sociedad (2,14).

La salud en una población depende tanto de la satisfacción de sus necesidades esenciales, de un acceso oportuno a los servicios de salud, saneamiento ambiental, mejoramiento de las condiciones de vida, pues ya que el concepto 'salud', no implica única y exclusivamente la atención médica, vacunas ó planificación familiar, sino una participación médica apoyada por una infraestructura y por condiciones objetivas y concretas de un individuo en un momento histórico dado.

Ahora bien, que ingerencia tiene el Médico Familiar en el proceso de salud-enfermedad ? Cuanto puede modificar de dicho proceso y desde su práctica el Médico Familiar ? Que parte del proceso le corresponde ? Será suficiente, su sola participación para modificar el proceso en forma positiva ?

A lo cual puede decirse:

La medicina debe contribuir al bienestar de los individuos, - trabajadores, vigilar en la medida de lo posible, que estos cumplan con sus obligaciones sin daño alguno .(8). En México y a raíz de la revolución mexicana, se estipula que el trabajo es un derecho... "debe realizarse en condiciones que mejoren la calidad de vida, garanticen la salud, tanto del individuo como de su familia..." Por tal motivo y como uno de los objetivos del Médico Familiar es atender en forma integral al individuo como parte integrante del núcleo familiar, por tan-

to cualquier fenómeno que altere el proceso salud-enferme-
dad, llámese; laboral, económico, de vivienda ó biológico, se
ra elemento de análisis, con el fin de determinar su partici-
pación en el proceso.

Objetivo.

Identificar los principales motivos de demanda de atención-
médica y relacionarlos con cinco indicadores económico-social
les en la clínica de primer contacto (G.A. Madero del ISSSTe).

Proposito.

Obtener información acerca de los patrones de morbilidad en
la población atendida en una clínica de primer contacto con-
el fin de planificar programas de educación para la salud, en
tre otros.

Tipo de Estudio - Descriptivo. Transversal.

Población.

Sera la población atendida en la clínica G.A. Madero del - -
I.S.S.T.E. del 1o. de Enero al 31 de Diciembre de 1985.

Metodología.

Unidades de Observación.- a) Hoja de informe médico diario SM 101
b) Expedientes de casos a estudiar.
c) Tarjeta de registro fam. Royal Mc Pee

Información que se va a recolectar.

Se inicia con la ficha de identificación, constituida por:

- A) Nombre completo con apellidos.
- B) Registro federal de causantes (Cuatro letras y siete dígitos).
- C) Edad.- Anotada en números arábigos y en años cumplidos.
- D) Sexo.- "M" - Masculino.
"F" - Femenino.

E) Educación.- Para lo cual se aplicara el siguiente código:

- 1 - No lee ni escribe.
- 2 - Lee pero no escribe.
- 3 - Lee y escribe.
- 4 - Primaria incompleta.
- 5 - Primaria completa.
- 6 - Secundaria incompleta.
- 7 - Secundaria completa.
- 8 - Bachillerato o equivalente incompleto.
- 9 - Bachillerato o equivalente completo.
- 10 - Licenciatura incompleta.
- 11 - Licenciatura completa.
- 12 - Aun no estudia.

F) Ocupación.- ó desempeño habitual.

I - Obrero ó ; Palartero, Zapatero, Plomero, Electricista, - Pintor, Mecánico.

II - Empleado de Intendencia ó ; Parrendero, Elevadorista, Jardinero, Mozo, Camillero, Afanador.

III - Empleado Administrativo ó ; Archivista, Mecano-grafa, Secretaria, Recepcionista, Chofer.

IV - Profesionista Técnico; Dietista, Maestro de Primaria-Educadora, Enfermera.

V - Profesionista; Licenciado, Arquitecto, Médico.

VI - Jubilado.

VII - Ama de Casa.

VIII - Estudiante.

IX - Desocupado en edad productiva y mayor de 14 años.

X - Sin ocupación menor de 14 años.

G) Tipo de Vivienda.- Se clasifica de acuerdo a:

1a - Propia.

1b - Alquilada.

2a - Sola.

2b - Departamento.

- 2c - Vecindad.
- 2d - Jacal ó barraca.
- 3a - Un cuarto.
- 3b - Dos cuartos.
- 3c - Tres cuartos.

H) Ingreso familiar.- Para lo cual se toma una muestra, obteniendo las siguientes categorías:

- I - < 42 000 pesos.
- II - 42 000 - 67 000 pesos.
- III - 68 000 - 93 000 pesos.
- IV - 94 000 - 119 000 pesos.
- V - \geq 120 000 pesos.

I) Motivo de consulta.- El diagnóstico anotado en el informe médico diario.

Instrumento de medición.

Se diseña una tarjeta precodificada, en la que se recolectaran los datos ó variables antes mencionadas, con la codificación especificada (Anexo # 1).

Planes para la recolección.

Se realizó prueba piloto para probar el instrumento de recolección de la información y obtener intervalos de clase para la variable "Ingreso familiar".

El número de consultas otorgadas para el año 1985 en la clínica de ler. contacto G.A. Madero del I.S.S.S.T.E. en los meses comprendidos del 1o. de Enero al 31 de Diciembre, fue de 29 306, por lo que se decidió tomar una muestra, aplicando la fórmula $n_0 = \frac{z^2 p q}{d^2}$ la cual se --

utiliza para poblaciones mayores de 10 000.

De donde :

n_0 = Muestra inicial.

z = Confiabilidad.

p = Exito.

q = Fracaso.

d = Precisión ó Error.

Substituyendo por valores, se tiene:

$$z = 1.96$$

$$p = 0.5$$

$$q = 0.5$$

$$d = 0.05$$

Substituyendo y despejando:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (0.50) (0.50)}{(0.05)^2}$$

$$n_0 = \frac{(3.8416) (0.5)(0.5)}{.0025} = \frac{0.9604}{.0025} = 384.16$$

Agregando 2 unidades más a la cifra obtenida, se tiene - 386.

Aplicando la siguiente fórmula para el factor de corrección:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{En donde } n_0 = \text{Muestra inicial.}$$
$$N = \text{Población.}$$

Substituyendo y despejando:

$$n = \frac{386}{1 + \frac{386}{29306}} = \frac{386}{1 + .0131713} = \frac{386}{1.0131713} = 341.075$$

Cifra que al redondear a números enteros queda = 342.

Una vez obtenida la muestra, se procedió a un muestreo sistematico; el que se realiza de la forma siguiente:

- 1) Numerar a todos los elementos de la población, del 1 al N.
- 2) Se selecciona al intervalo del muestreo (k), si se desea una muestra de tamaño n, generalmente $k = N/n$, redondeando el resultado de tal manera que quede una cifra entera.
- 3) Al azar se seleccionara un número entre 1 y k.

d) Los individuos que se seleccionaron fueron ; el seleccionado entre 1 y k, y cada k elemento en la lista.

Ejemplo.- (a) Población total - $N = 29\ 306$.

Muestra = 342.

(b) $k = N/n = 29\ 306/342 = 85.6$

Redondeando para obtener una cifra cerrada = 86.

(c) Seleccionando al azar un número entre el 1 y 10, digamos 5.

(d) De la lista de elementos, seleccionamos a partir del número 5 de la lista de informe médico diario, se selecciona cada 86 elementos.

Posteriormente se rastreo el expediente clínico así como la tarjeta Royal Mc Fee, para completar datos faltantes del llenado total de la tarjeta.

Se auxilio para la recolección de los datos; del personal administrativo, estadígrafo, médico.

Planes para el analisis.

Se hizo el conteo mediante el sistema de palotes y se agrupo en base a ; Edad, Sexo, Escolaridad, Ocupación, Ingreso familiar, Motivo de consulta por grupo de enfermedad y Diez principales causas.

Para la presentación de la información.

Se diseño tablas de frecuencia simple. De contingencia y graficos de barras simples.

Presupuesto.

Recursos Humanos; Investigador.

Médico.

Estadígrafo.

Personal administrativo.

ANEXO # 1.

Tarjeta precodificada.

① Nombre.		② Céd.	③ Edad	④ M	⑤ P														
1	⑥ Educativa				Sexo														
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
⑦ Ocupación		⑧ Habitación																	
⑨ I	⑩ II	⑪ III	⑫ IV	⑬ V	⑭ VI	⑮ VII	⑯ VIII	⑰ IX	⑱	1a	1b	2a	2b	2c	2d	3a	3b	3c	⑳
					Ingreso F.	MoT. Consulta.													

Recursos materiales.

500 hojas tamaño carta.

100 hojas papel carbón.

500 tarjetas de trabajo.

500 tarjetas de 7 x 3.

Maquina de escribir.

Lapiz, Boligrafo, Borrador, Regla.

RESULTADOS =

Faltaron seis elementos de la muestra los cuales no pudieron ser localizados. Pero debido a que se realizo la fórmula para el factor de corrección a la muestra obtenida, los resultados continuan siendo confiables.

En el cuadro 1 ...

Resultados.

En el cuadro 1 se observa que aquellos con escolaridad de secundaria completa predominaron en la población atendida, 123 personas (36.6 %), ocupan el segundo lugar los de primaria completa con 53 (15.7 %) y en tercer lugar están aquellos con secundaria incompleta 43 (12.8 %). Ocupando el 5o lugar el nivel licenciatura con 16 (4.76 %), por su parte el analfabetismo ocupó un 7o lugar con 11, representa un 3.27%.

Dejándose ver que acuden más las personas con escolaridad media seguidos de aquellos con escolaridad de primaria, acudiendo menos aquellos que solo saben leer, como detalle a mencionar esta el hecho que aquellos con nivel licenciatura acudieron 31.25% - más que los analfabetas.

Cuadro 1.- Grado de escolaridad de población atendida en -
clínica G.A. Madero del I.S.S.S.T.E. en 1985.

Clave	Escolaridad	Núm.	%
1	Analfabetas	11	3.27
2	Lee pero no escribe	4	1.19
3	Lee y escribe	14	4.16
4	Primaria incompleta	40	11.90
5	Primaria completa	53	15.77
6	Secundaria incompleta	43	12.80
7	Secundaria completa	123	36.60
8	Bachillerato incompleto	16	4.76
9	Bachillerato completo	9	2.67
10	Licenciatura incompleta	7	2.00
11	Licenciatura	16	4.78
Total		336	100 %

Fuente - Archivos. clínica G.A. Madero ISSSTE.

En relación a la ocupación (Cuadro 2) los que demandaron mayor servicio, son los empleados administrativos, incluidos; secretarías, policías, con 131 personas (39.0%), seguidos de las amas de casa con 79 (23.5%). Acudieron de los profesionistas 12 (3.5%) y los obreros, 6 (1.7%).

Cuadro 2.- Ocupación de la población atendida en la clínica G.A. Madero del I.S.S.S.T.E. en 1985.

Clave	Ocupación	Núm.	%
I	Obrero, Pintor, Mecánico.	6	1.79
II	Empleado de intendencia -- Jardinero, Chofer.	49	14.58
III	Empleado administrativo -- Policía, Secretaria.	131	39.0
IV	Profesionista técnico -- Profesor de primaria -- Enfermera.	41	12.20
V	Profesionista; Licenciado- Arquitecto, Médico.	12	3.57
VI	Jubilado.	7	2.08
VII	Ama de casa.	79	23.51
VIII	Estudiante.	11	3.27
IX	Desocupado mayor de 14 -- años.	0	0.0
X	Desocupado menor de 14 -- años.	0	0.0
	Total	336	100 %

Fuente- Archivos clínica G.A. Madero.

En cuanto a la habitación (Cuadro 3) se encontró que en relación a la tenencia; 182 (54.17%) son alquiladas y 154 (45.83%) son propias. En cuanto al tipo; 213 (63.40%) viven en departamentos, seguidos de 72 (21.43%) que habitan en vecindad. Con respecto al número de cuartos; 191 (56.85%) con dos habitaciones, 121 (36.01%) cuentan con tres ó más 24 (7.42%) con uno.

Cuadro 3.- Características de habitación de la población atendida en la clínica G.A. Madero del I.S.S.S.T.E. en 1985.

Características	Núm.	%
Tenencia.		
Propia.	154	45.83
Alquilada.	182	54.17
Total	336	100 %
Tipo.		
Sola.	50	14.88
Departamento.	213	63.40
Vecindad.	72	21.43
Barranca.	1	0.29
Total	386	100%
Número de Habitaciones.		
Un cuarto	24	7.14
Dos cuartos	191	56.85
Tres ó más cuartos	121	36.01
Total	336	100%

Fuente- Archivos clinica G.A. Madero.

Con respecto al ingreso familiar (Cuadro 4) el primer lugar lo ocupó la categoría II con 218 (64.89%), seguida de la categoría-III con 62 (18.45%), el último lugar lo ocupó la categoría V, con 1 (0.29%).

Cuadro 4 .- Ingreso familiar de la población atendida en la clínica G.A. Madero del I.S.S.S.T.E. en 1985.

Clavo	Categoría	Núm.	%
I	-Menos de 42 000	50	14.89
II	42 000 - 67 000	218	64.89
III	68 000 - 93 000	62	18.45
IV	94 000 - 119 000	5	1.48
V	- Más de 120 000	1	0.29
Total		336	100 %

Fuente- Archivos clínica G.A. Madero. ISSSTE.

Tomando en cuenta la edad y sexo (Cuadro 5) se encuentra que en el sexo masculino el grupo de edad más afectado es de los 20 - 44 años, seguida del grupo de edad en etapa escolar con; 40 (11.91%) y 28 (8.33%) respectivamente, para el sexo femenino ocurrió algo parecido, para el grupo entre 20-44 años con 105 (31.25%), el segundo grupo más afectado el de la peri y postmenopausia con 37 -- (11.01%). Es de hacer notar que en el grupo entre los 20 - 44 -- años para ambos sexos, engloba a poco menos de la mitad de la población demandante con 145 que corresponde a 43.16%. De los cuales 105 (31.25%) son femeninos y 40 (11.91%) masculinos.

Cuadro 5.- Población por grupo de edad y sexo de la clínica - G.A. Madero del I.S.S.S.T.E. en 1985.

Gpo. de Edad	SEXO				TOTAL	
	Masc.		Fem.		TOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
< 1	9	2.68	7	2.08	16	4.76
1 - 4	21	6.25	14	4.16	35	10.41
5 - 14	28	8.33	18	5.36	46	13.69
15 - 19	7	2.09	14	4.16	21	6.25
20 - 44	40	11.91	105	31.25	145	43.16
45 - 64	15	4.47	37	11.01	52	15.48
> 65	8	2.38	13	3.87	21	6.25
Total	128	38.11	208	61.89	336	100 %

Fuente- Archivos Clínica G.A. Madero ISSSTE.

En cuanto al motivo de consulta (Cuadro 6) se hace patente que - las dos principales causas de consulta son infectocontagiosas; - resfriado común y parasitosis con 53 (15.77%) y 27 (8.03%) respectivamente, entre ambos suman 80 (23.80%) es decir una cuarta parte del total de los motivos de consulta. Ahora bien dentro de las diez principales causas de consulta, 115 (34.2 %) pertenecen a enfermedades infectocontagiosas, mientras que la atención a -- sanos solo 35 (10.7 %).

Cuadro 6.- Diez primeras causas de consulta en la población de la clínica G.A. Madero del I.S.S.S.T.E. en 1985.

P. a d e c i m i e n t o	S e x o				T o t a l	
	M a s c .		F e m .		T o t a l	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
1 Resfriado común.	27	8.03	26	7.74	53	15.77
2 Parasitosis múltiple.	12	3.57	15	4.46	27	8.03
3 Hipertensión arterial.	8	2.38	15	4.46	23	6.84
4 Control prenatal.	0	0.0	21	6.25	21	6.25
5 Vulvovaginitis.	0	0.0	15	4.46	15	4.46
6 Sano	9	2.68	6	1.78	15	4.46
7 Infección de vías U.	1	0.30	9	2.68	10	2.98
8 Gastroenteritis.	8	2.38	2	0.60	10	2.98
9 Dermatitis.	3	0.89	7	2.09	10	2.98
10 Diabetes Mellitus.	4	1.19	6	1.79	10	2.98
Total	72	21.42	122	36.31	194	57.73
Todas las demás	56	16.67	86	25.60	142	42.27

Fuente- Archivos Clínica G.A. Madero. ISSSTE.

Al agrupar el motivo de consulta por grupo de causa (Cuadro 7) - el primer lugar lo ocupan las enfermedades infectocontagiosas - con 149 (44.35%), en segundo lugar están las crónico-degenerativas con 70 (20.84%), seguidas de atención a sanos con 49 (14.58%).

Cuadro 7.- Motivo de consulta por grupo de causa en la población de la clínica G.A. Madero del I.S.S.S.T.B. en 1985.

Gpo. de Enfermedad		Sexo				Total.	
		M a s c .		F e m .		T o t a l .	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
1	Infectocontagiosas	63	18.75	86	25.60	149	44.35
2	Crónico-degenerativa.	26	7.74	44	13.10	70	20.84
3	Consulta a sanos.	9	2.68	40	11.90	49	14.58
4	Estados morbidos-mal definidos.	8	2.38	10	2.97	18	5.35
5	Traumáticos.Accid.	9	2.68	5	1.49	14	4.17
6	Malformaciones -- congenitas	0	0.0	2	0.59	2	0.59
7	Otras	13	3.87	21	6.25	34	10.12
Total		128	38.09	208	61.91	336	100 %

Fuente- Archivos clínica G.A. Madero. ISSSTE.

Cuadro 1.-

Al relacionar escolaridad con ingreso familiar los que más demandaron el servicio fueron los de la categoría II con 217 (64.59%) de los cuales 94 (27.97%) corresponden a los de la categoría "7" de un total de 123 (36.61%).

Los que menos demandaron el servicio son de la categoría "2" -- con 4 (1.19%) de los que el 50% pertenecen a la categoría II. -- En cuanto al ingreso familiar la categoría que menos acudio al servicio es la V con solo 1 (0.29%).

Cuadro I - Escolaridad contra ingreso familiar en población atendida en clínica G.A. Madero del I.S.S.S.T.E. en 1985.

Ingreso Familiar.	I		II		III		IV		V		TOTAL.	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Analfabeta.	4	1.19	5	1.48	2	0.59	0	0	0	0	11	3.27
Lee pero no escribe.	1	0.29	2	0.59	1	0.29	0	0	0	0	4	1.19
Lee y escribe..	5	1.48	8	2.38	1	0.29	0	0	0	0	14	4.17
Primaria incompleta.	16	4.76	15	4.46	7	2.08	2	0.59	0	0	40	11.91
Primaria completa.	9	2.67	37	11.01	6	1.78	1	0.29	0	0	53	15.77
Secundaria incompleta.	6	1.78	33	9.82	4	1.19	0	0	0	0	43	12.80
Secundaria completa.	7	2.08	94	27.97	20	5.95	1	0.29	1	0.29	123	36.61
Bachillerato incompleto.	0	0	9	2.68	6	1.79	1	0.29	0	0	16	4.76
Bachillerato completo.	1	0.29	5	1.48	3	0.89	0	0	0	0	9	2.68
Licenciatura incompleta.	0	0	4	1.19	2	0.59	1	0.29	0	0	7	2.08
Licenciatura.	1	0.29	5	1.48	10	2.97	0	0	0	0	16	4.76
Total.	50	4.88	217	64.59	62	18.45	6	1.79	1	0.29	336	100 %

Fuente - Archivos de Clínica G.A. Madero. ISSSTE.

Cuadro II.-

Al tomar en cuenta el motivo de consulta en relación a la escolaridad, las enfermedades del grupo '1' ocupan el primer lugar con 156 (46.43%), de las que 44 (13.09%) de un total de 123 -- (36.61%) corresponden a la categoría "7".

El grupo de enfermedades que mayor incidencia tiene, es el '5' -- y que corresponde a la categoría "7".

En cuanto a escolaridad la categoría que mayor acudió, es la -- "2" con 4 (1.19%), acudiendo por enfermedades del grupo '2'.

Cuadro II.- Motivo de consulta segun grupo de causa v Escolaridad en poblaci3n --
atendida en cl3nica G.A. Madero del I.S.S.S.T.E. en 1985.

Mot.Cons.por Gpo.Causa. Escolaridad.	1		2		3		4		5		6		7		T O T A L	
	No.	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Analfabeta.	5	1.48	5	1.48	1	0.29	0	0	0	0	0	0	0	0	11	3.27
Lee pero no escribe.	0	0	4	1.19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1.19
Lee y escribe.	8	2.38	3	0.89	0	0	2	0.59	0	0	1	0.29	0	0	14	4.17
Primaria incompleta.	14	4.17	15	4.46	4	1.19	3	0.89	0	0	1	0.29	3	0.89	40	11.91
Primaria completa.	26	7.73	12	3.56	8	2.38	3	0.89	0	0	2	0.59	2	0.59	53	15.77
Secundaria incompleta.	35	10.41	3	0.89	5	1.48	0	0	0	0	0	0	0	0	43	12.80
Secundaria completa.	44	13.09	14	4.17	26	7.73	14	4.17	2	0.59	8	2.38	15	4.46	123	36.61
Bachillerato incompleto.	9	2.67	2	0.59	2	0.59	1	0.29	0	0	0	0	2	0.59	16	4.76
Bachillerato completo	3	0.89	2	0.59	2	0.59	1	0.29	0	0	0	0	1	0.29	9	2.68
Licenciatura incompleta.	4	1.19	2	0.59	0	0	1	0.29	0	0	0	0	0	0	7	2.08
Licenciatura.	8	2.38	3	0.89	1	0.29	2	0.59	0	0	1	0.29	1	0.29	16	4.76
T O T A L .	156	46.43	65	19.35	49	14.58	27	8.04	2	0.59	13	3.87	24	7.14	336	100 %

* Clave Cuadro 7 pp 30.

Fuente - Archivos de cl3nica G.A. Madero ISSSTE.

Juadro III.-

Al relacionar la ocupación con la escolaridad, del total de demandantes 131 (38.99%) pertenecen a la categoría III, de estos 74 (22.02%) se incluyen en la categoría "7", de un total de 123 -- (36.61%). Seguida de la categoría VII con 79 (23.51%) de los -- que 22 (6.55%) corresponden a la categoría IV, de un total de -- 40 (11.91%).

Los que menos demandaron consulta pertenecen a la categoría -- "4".

Cuadro III - Escolaridad contra ocupación en población atendida en clínica G.A. Madero del

I.S.S.S.T.E. en 1985.

Ocupación. Escolaridad.	I		II		III		IV		V		VI		VII		VII		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Analfabeta.	0	0	1	0.30	0	0	0	0	0	0	1	0.3	9	2.67	0	0	11	3.27
Lee pero no escribe.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1.19	0	0	4	1.19
Lee y escribe.	2	0.6	8	2.38	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1.19	0	0	14	4.17
Primaria incompleta.	3	0.89	9	2.67	3	0.89	0	0	0	0	3	0.89	22	6.55	0	0	40	11.91
Primaria completa.	0	0	18	5.36	13	3.87	2	0.6	0	0	1	0.3	18	5.36	1	0.3	53	15.77
Secundaria incompleta.	1	0.29	7	2.08	23	6.85	1	0.3	0	0	0	0	7	2.08	4	1.19	43	12.80
Secundaria completa.	0	0	5	1.48	74	22.02	31	9.23	0	0	1	0.3	11	3.27	1	0.3	123	36.61
Bachillerato incompleto.	0	0	0	0	8	2.38	3	0.89	0	0	0	0	0	0	5	1.42	16	4.76
Bachillerato completo	0	0	0	0	5	1.48	1	0.3	0	0	1	0.3	2	0.6	0	0	9	2.68
Licenciatura incompleta	0	0	2	0.6	2	0.6	1	0.3	1	0.3	0	0	0	0	1	0.3	7	2.08
Licenciatura.	0	0	0	0	3	0.89	0	0	10	2.97	1	0.29	2	0.59	0	0	16	4.76
TOTAL.	6	1.79	50	14.88	131	38.99	39	11.61	11	3.27	8	2.38	79	23.51	12	3.57	336	100%

Fuente - Archivos de la clínica G.A. Madero del ISSSTE.

Cuadro IV.-

Al tomar en cuenta ocupación en relación con Ingreso familiar, - existe un predominio para la demanda de la consulta, por la categoría II con 217 (64.53%), de los cuales 99 (29.46%) pertenecen a la categoría "III". El segundo lugar en incidencia lo ocupa la categoría III con 62 (18.45%), de los que 19 (5.65%) corresponden a la categoría "III". De la categoría "VII" de un total de 79 -- (23.51%), 49 (14.38%) corresponden a la categoría II.

Las categorías que menos demandan atención, la V con 1 (0.29%) y que pertenece a la categoría "VII". Y los de la categoría "I" con 6 (1.79%), de los que 4 pertenecen a la categoría I.

La categoría "V" demando apenas 1 (0.29%) del total de la consulta, y pertenece a la categoría "VII".

Cuadro IV - Ocupación contra ingreso familiar en la población atendida en clínica G.A. Madero del ISSSTE en 1985.

INGRESO FAMILIA OCUPACION	I		II		III		IV		V		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
OBRERO	4	1.19	2	.59							6	1.79
Empleado de intendencia	11	3.27	27	8.03	10	2.97	2	.59			50	14.88
Empleado Administrativo	12	3.57	99	29.46	19	5.65	1	.29			131	38.99
Profesional Técnico	1	.29	28	8.33	9	2.67	1	.29			39	11.61
Profesional			3	.89	8	2.38					11	3.27
Jubilado	6	1.79	2	.59							8	2.38
Ama de Casa	16	4.76	49	14.58	12	3.57	1	.29	1	.29	79	23.51
Estudiante			7	2.08	4	1.19	1	.29			12	3.57
Total	50	14.88	217	64.59	62	18.45	6	1.79	1	.29	336	100%

Fuente - Archivos de clínica G.A. Madero ISSSTE.

Cuadro V.-

Cuando se toma a la ocupación en su relación con el motivo de consulta por grupo de enfer edades, el que tiene mayor incidencia es el "1" con 153 (45.54%) de las que 62 (18.45%) corresponden a la categoría III, seguida de la categoría VII con 29 (8.63%). El grupo "2" con un total de 66 (19.64%), de las que 25 (7.44%) corresponden a la categoría VII y 13 (3.86%) a la categoría III. El mayor número de consultas pertenecen a la categoría III.

Las categorías que menos demandaron del grupo de enfermedades es el "5" con 4 (1.19%). Y la categoría I con 6 (1.79%), de las que 2 (0.59%) pertenecen a los grupos "1" y "2".

Cuadro V.- Motivo de Consulta contra Ocupación en población atendida en clínica -
G.A. Madero del I.S.S.S.T.E. en 1985.

Mot.Cons.por Gpo.Causa Ocupación.	1		2		3		4		5		6		7		T O T A L	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No.	%
Obrero.	2	0.59	2	0.59	0	0	1	0.29	0	0	0	0	1	0.29	6	1.79
Empleado Intendencia.	28	8.33	9	2.68	1	0.29	7	2.08	0	0	2	0.29	3	0.89	50	14.88
Empleado Administrativo	62	18.45	13	3.86	25	7.44	7	2.08	4	1.19	5	1.48	15	4.46	131	38.99
Profesionista técnico	19	5.65	7	2.08	4	1.19	6	1.78	0	0	3	0.89	0	0	39	11.61
Profesionista.	6	1.78	2	0.59	1	0.29	1	0.29	0	0	1	0.29	0	0	11	3.27
Jubilado.	1	0.29	6	1.78	0	0	0	0	0	0	1	0.29	0	0	8	2.38
Ama de Casa.	29	8.63	25	7.44	14	4.16	4	1.19	0	0	0	0	7	2.08	79	23.58
Estudiante.	6	1.78	2	0.59	1	0.29	3	0.89	0	0	0	0	0	0	12	3.57
T O T A L .	153	45.54	66	19.64	46	13.69	29	8.63	4	1.19	12	3.57	26	7.74	336	100 %

* Clave Cuadro 7 pp 30.

Fuente - Archivos de clínica G.A. Madero del ISSSTE.

Quadro VI.-

Al relacionar el motivo de consulta por grupo de enfermedad con la habitación se observa que aquellos atendidos por el grupo "1" de 153 (45.54%); 91 (59.4%) tienen casa propia, 103 (67.3%) viven en departamento y 93 (60.7%) en dos cuartos. Mientras que para el grupo "2" en cuanto a la tenencia tienen igual porcentaje - 34 (51.5%) viven en departamento 31 (46.9%) en dos cuartos. Los del grupo "3"; 25 (54.3%) tienen casa propia, 31 (67.3%) viven en departamento y 24 (52.1%) cuentan con dos cuartos.

Cuadro VI.- Habitación contra motivo de Consulta en población atendida en --
 clínica G.A. Madero del I.S.S.S.T.E. en 1985.

* Habitación. Mot.Cons.por Gpo.Causa.	T I P O								No. CUARTOS .						T O T A L	
	S O L A		D P T.		V I E.		J A C		1		2		3			
	No	%	No.	%	No	%	No	%	No	%	No.	%	No	%	No	%
Grupo - 1	17	5.05	103	30.66	33	9.82	0	0	7	2.08	93	27.68	53	15.78	153	45.54
Grupo - 2	15	4.47	34	10.12	16	4.76	1	0.29	6	1.79	31	9.22	29	8.63	66	19.64
Grupo - 3	6	1.79	31	9.22	9	2.68	0	0	5	1.49	24	7.14	17	5.06	46	13.69
Grupo - 4	5	1.49	17	5.06	7	2.08	0	0	1	0.29	19	5.66	9	2.68	29	8.63
Grupo - 5	2	0.59	2	0.59	0	0	0	0	0	0	4	1.19	0	0	4	1.19
Grupo - 6	1	0.29	9	2.68	2	0.59	0	0	1	0.29	6	1.79	5	1.49	12	3.57
Grupo - 7	4	1.19	17	5.06	5	1.49	0	0	4	1.19	14	4.17	8	2.38	26	7.74
T O T A L .	50	14.88	213	63.40	72	21.43	1	0.29	24	7.14	191	56.85	121	36.01	336	100%

* Clave Cuadro 7 pp 30.

Fuente - Archivos clínica G.A. Madero del ISSSTE.

Quadro VII.-

Al relacionar el Ingreso familiar con el motivo de consulta por grupo de enfermedad, se aprecia que de un total de 153 (45.54%) para el grupo "1" ; 105 (68.2%) corresponden a la categoría II y 26 (16.09%) a la categoría III.

Para la categoría II de 218 (64.88%); 105 (48.16%) pertenecen al grupo "1" y 37 (16.97%) al grupo "2".

Los que menos consultas demandaron es la categoría V con 1 con 0.29 %. En cuanto al grupo de enfermedades los que menor incidencia tuvieron es el "5".

Cuadro VII.- Ingreso Familiar contra Motivo de consulta en población atendida-
en clínica G.A. Madero del I.S.S.S.T.E. en 1985.

Ingreso Familiar. * Mot, Cons. por Gpo. Causa	I		II		III		IV		V		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
. Grupo - 1	20	5.95	105	31.25	26	7.74	2	0.6	0	0	153	45.54
. Grupo - 2	16	4.77	37	11.01	10	2.97	3	0.89	0	0	66	19.64
. Grupo - 3	3	0.89	32	9.52	9	2.67	1	0.29	1	0.29	46	13.69
. Grupo - 4	4	1.19	19	5.65	6	1.79	0	0	0	0	29	8.63
. Grupo - 5	0	0	4	1.19	0	0	0	0	0	0	4	1.19
. Grupo - 6	3	0.89	5	1.49	4	1.19	0	0	0	0	12	3.57
. Grupo - 7	4	1.19	16	4.77	6	1.79	0	0	0	0	26	7.74
. T O T A L .	50	14.88	218	64.88	61	18.16	6	1.79	1	0.29	236	100 %

* Clave - Cuadro 7 pp 30.

Fuente - Archivos clínica G.A. Madero del ISSSTE.

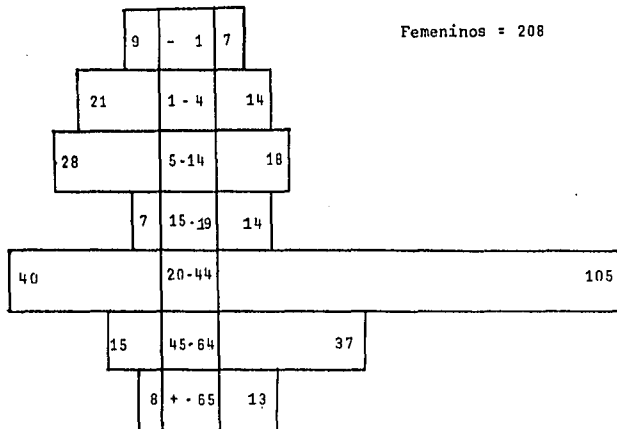
Grafica 1.-

En el presente grafico se aprecia que en los grupos de menos de un año, de 1 a 4 años y de 5 a 14 años del sexo masculino son los que mayor demanda hicieron de la atención médica -- mientras que para los grupos de 15 años en adelante predomina el sexo femenino, haciéndose mayor énfasis de la demanda en la edad reproductiva.

Grafica 1.- Piramide de la población atendida en clínica G.A. Madero --
del I.S.S.S.T.E. en 1985.

Masculinos = 128

Femeninos = 208



Fuente - Archivos de clínica G.A. Madero del ISSSTE.

ANALISIS .-

Es de mencionar que en relación al Ingreso Familiar las categorías que más demandaron atención son las que perciben entre 42000 a 67 000 (II), 68 000 a 93 000 (III) y de menos de 42 000 (I) -- (En este orden jerárquico), relacionados con una escolaridad de primaria completa (4) hasta los de Secundaria completa (7), con un pico de incidencia importante en los de Secundaria completa. En tanto que las categorías que menos demandaron son aquellas -- con ingreso de 120 000 y más (V) y los de 94 000 a 119 000 (IV) -- (En orden jerárquico).

En cuanto a grado de escolaridad fueron los que leen y escriben (2), seguidas de los de Secundaria completa (7). (Cuadro I).

El grupo de enfermedades que predomina es el de las Infecciosas con 46.4 % del total de la consulta, seguido de las enfermedades Crónico-degenerativas, con una quinta parte del total de la consulta.

La consulta a sanos ocupó la tercera posición es decir una 7a. -- parte de la consulta. Tales padecimientos tienen su mayor incidencia en las categorías con Primaria incompleta hasta los de Secundaria completa, con predominio franco de los de Secundaria -- completa.

Gabría mencionar que al comparar la demanda entre los analfabetas y los que leen pero no escriben con los de nivel licenciatura, la mayor demanda es favor de estos últimos, en 30.4%.

La distribución de la incidencia de las enfermedades es mayor -- entre la escolaridad primaria y secundaria, menor entre los analfabetas y el nivel licenciatura, constituyendo una carga importante por las enfermedades Infecciosas y las Crónico-degenerativas. (Cuadro II).

La mayor demanda de consulta tiene predominio en Ocupación; Administrativo, Ama de casa y Profesional técnico (En el orden mencionado), las que pertenecen a escolaridad de ; Secundaria com-

pleta y primaria completa, con predominio claro en aquellos con Secundaria completa.

En cuanto a los que menos demandaron el servicio están los Obreros, de los que la mitad cuentan con primaria incompleta y las dos terceras partes leen y escriben.

En cuanto a la escolaridad los que menos demandaron consulta son los que leen pero no escriben. (Cuadro III).

Existe un predominio de incidencia en la categoría Administrativo y en las Amas de casa, aunado a un Ingreso familiar abajo de 68 000 pesos mensuales.

Los que menos demandaron el servicio son los Obreros con Ingreso familiar menor de 42 000, así como las categorías con Ingreso de 94 000 a 119 000 y las de 120 000 y más. (Cuadro IV).

En cuanto al Motivo de consulta por grupo de enfermedades las categorías más afectadas son las Administrativas (III), Ama de casa (VII), Empleados de intendencia (II), con un predominio de la categoría Administrativo. Esto para las Enfermedades Infecciosas, el patrón cambia cuando se trata de Enfermedades Crónicas degenerativas, con una mayor incidencia de la categoría de las Amas de casa.

Las categorías que menos demanda tuvieron son los Obreros (I) que en el 80% demandan atención por Enfermedades Infecciosas y Crónicas degenerativas. (Cuadro V).

Para las Enfermedades Infecciosas al compararlo con el grupo de Enfermedades Crónicas degenerativas y los Sanos, el porcentaje es a favor del primer grupo con 59.4%, mientras que es de 50% y 54.3% para las Enfermedades Crónicas degenerativas y los Sanos.

En cuanto al tipo de habitación el porcentaje es a favor de las Enfermedades Infecciosas con 67.3% y de 51.5% y 52.1% para las Enfermedades Crónicas degenerativas y los Sanos.

En relación al número de cuartos el porcentaje favorece a las

Enfermedades Infecto-contagiosas con 60%, mientras que el 46.9% y 52.1% corresponden a Enfermedades Crónico-degenerativas y a los Sanos. (Cuadro VI).

Al relacionar Ingreso familiar con Motivo de consulta, se aprecia que la mayor demanda es para las Enfermedades Infecto-contagiosas con menos de la mitad del total de la consulta, seguida de las Enfermedades Crónico-degenerativas con una quinta parte del total. Estas predominaron sobre todo en las categorías con Ingreso Familiar de menos de 93 000 con una franca incidencia en la categoría de 42 000 a 67 000.

Las categorías menos afectadas fueron las de Ingresos de más de 94 000, cabe mencionar que en aquellos con ingresos de 120 000- y más, acuden poco y cuando lo hacen es a consulta de sanos.

CONCLUSIONES.

La morbilidad general no se obtuvo por no contar con los datos completos.

La morbilidad por grupo de edad.- El grupo más afectado es de los 20 a 44 años, posiblemente relacionado con la etapa productiva del hombre, así como con la ocupación y tipo de enfermedad.

La morbilidad por sexo.- Es de un claro predominio masculino en relación 1.7:1, en los menores de 14 años. Cambiando el patrón de los 15 años en adelante en que predomina el sexo femenino en relación de 1.6:1.

Morbilidad por categorías.- De la población atendida en la clínica G.A. Madero durante el año 1985, según escolaridad el mayor número de demanda es para los de Secundaria completa, pertenecientes a la categoría de Administrativos (Incluidos Policía-Secretarías), de los que más de la mitad viven en casa rentada en departamento y cuentan con dos cuartos. Tienen un Ingreso Familiar mensual de 42 000 a 67 000 pesos. Pertenecen al sexo femenino y sus edades oscilan entre los 20 y 44 años. Acuden en su-

mayoría por Enfermedades Infecciosas.

Al relacionar las diferentes variables se encontró que la mayoría de la consulta la demandan los Empleados Administrativos, con escolaridad de secundaria completa, con Ingreso Familiar de 42 000 a 67 000 pesos /mes, acuden por Enfermedades Infecciosas y viven en casa alquilada, en departamento con dos cuartos. Al comparar por ejemplo Escolaridad con las demás variables los Analfabetas ó los que Leen pero no escriben tienen un Ingreso de 42 000 a 67 000 pesos/mes ó menor, consultan por enfermedades Crónicasdegenerativas y por Enfermedades Infecciosas viven en casa alquilada, departamento con dos cuartos. Mientras que aquellos con nivel licenciatura, son profesionistas tienen un ingreso de 68 000 a 93 000 pesos/mes, consultan por Enfermedades Infecciosas, habitan en casa propia, departamento con dos cuartos.

Así al comparar Ingreso Familiar- Motivo de consulta; los que más demanda el servicio son los que perciben de 42 000 a 67 000 pesos/mes, cuentan con escolaridad media, viven en casa alquilada y demandan consulta por Enfermedades Infecciosas. Mientras que los que menos acuden a consulta, tienen Ocupación de Amas de casa, con escolaridad media, con Ingreso Familiar de 120 000 y más, tienen casa propia, departamento con tres o más cuartos y demandan consulta de sanos. También entre los que menos consulta demandan están los Obreros, Analfabetas ó que Leen pero no escriben, que cuentan con Ingreso de 42 000 a 67 000 pesos/mes ó menos de 42 000. acuden por Enfermedades Infecciosas y Enfermedades Crónicasdegenerativas, Habitan en casa alquilada, departamento y con dos cuartos.

Como se aprecia, los factores de riesgo son diferentes cuando se toman varios parámetros y se relacionan, tomando en cuenta condiciones socioeconómicas y su interrelación con el proceso Salud-Enfermedad. Por tal motivo es indispensable ver al individuo, en todo su contexto histórico- social, pues ya que los datos aislados nos hablan solo parcialmente de una realidad individual.

Es menester mencionar que debido a que la clínica cuenta con empleados familiares con una minoría de su plantilla de obreros

lo que explicaría en parte la poca demanda que hicieron del -- servicio esta categoría.

Como último punto a comentar esta la alternativa en la cual a -- la labor del Médico Familiar se unan la de otros profesionistas como el sociólogo, Ingeniero sanitario, Psicólogo y lo más -- importante si no es que lo indispensable, la participación acti -- va y efectiva del sistema de gobierno aunada a la participación de la población con el único e ineludible fin de llegar al me -- joramiento de las condiciones materiales de vida de la pobla -- ción en particular y posteriormente en general.

Referencias Bibliográficas.

- 1 - Rojas S. Raúl. Capitalismo y Enfermedad. Ed. Folios. Mex.1983
- 2 - Necesidades Esenciales en México. Salud. Situación y perspectivas al año 2 000. CooLumar. Siglo XXI. pp 1-19 Méx. 1982.
- 3 - Díaz del C. Ernesto. Factores socioculturales y Médicos que - afectan la mortalidad infantil. Rev.Med.IMSS (19).1981.pp 221 - 229.
- 4 - Laurel-Marquez. El desgaste obrero. Ed. ERA. 1983.
- 5 - Indicadores Básicos Mundiales.UNICEF. Estado mundial de la Infancia. 1985.
- 6 - Noticias del UNICEF. UNICEF. (0) 119. 1984. pp 18-19.
- 7 - Bonino Donatella. El compañero médico.Italia. 1979.
- 8 - Ortiz Q. Federico. Salud de la pobreza. El proceso salud en - enfermedad en el tercer mundo. CIESA. Ed. Nueva imagen.Méx.1982
- 9 - López A. Daniel. La salud desigual en México. Ed. Siglo XXI.5a edición. México.1984.
- 10 - Ortiz Q. Federico. La medicina del trabajo. Información científica y tecnológica.(4)103.Abr 1985. pp 17-16.
- 11 - Estudio sobre algunas condiciones de trabajo en la industria cementera. ENMP Iztacala-Zaragoza. UNAM. STPS (8) 3 Sep.1983- on 9 - 18.
- 12 - Ortiz Q. Federico. Análisis comparativo de algunos indicadores económicos y de salud en 20 países con diferente grado de desarrollo socioeconómico. Rev.Med. IMSS. (19)1 Eno-Feb.19.1- pp 83-90.
- 13 - Noticias del UNICEF.S.H. Preston. Educación Femenina (3)119 - 1984. pp - 18.
- 14 - Pérez G. Peso y talla en un grupo de niños de diferentes niveles socioeconómicos. Nutrición. (111-9) pp 599-605.
- 15 - Leyva A.José. Epidemiología, seguridad social y producción.- Información científica y tecnológica. (7)103 Méx. 1985.pp45-47
- 16 - Ríos O.Henriette. Desarrollo historico social del concepto salud-enfermedad.Ciencias Soc. UNAM. Salud.Púb.Méx.1983.pp 1-20.

Bibliografía de Apoyo.

- 1 .- Higiene mental y factores sociales. Estudio del centro de Manhattan. E.U. 1980.
- 2 .- Psiquiatría Comunitaria. UNAM 1975, pp 754-760.
- 3 .- Rojas Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales. Textos Universitarios. Ed. Universitarias 1982.