



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"DESIGUALDAD SOCIAL Y SU REPERCUSSION EN LA PRESENCIA DE MORBIMORTALIDAD INFANTIL EN EL VALLE DE MEXICO."

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A P O R

EDITH CASTRO SERRALDE

Asesor: Maestro Severino Rubio Dominguez

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.

CONTENIDO .

PORTADA .

PAGINAS PRELIMINARES .

CONTENIDO .

INTRODUCCION .

1 FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION.

1.1 Descripción de la situación problema.....	8.
1.2 Identificación del problema	13.
1.3 Justificación de la investigación	14.
1.4 Ubicación del tema de estudio	15.
1.5 Objetivos de la investigación	15.
1.5.1 Objetivo General.....	15.
1.5.2 Objetivos Especificos	16.

2 MARCO TEORICO .

2.1 Concepto de morbilidad y mortalidad infantil	17.
2.1.1 Concepto de tasa ó cálculo de tasa.....	21.
2.1.2 Tasas y razones más usadas en bioestadística	26.
2.2 Proceso Salud - Enfermedad	29.
2.3 El Sistema de Salud en México	39.
2.3.1 Antecedentes del Sistema de Salud en México	39.
2.3.2 Sistema de Salud en México	43.
2.3.3 Sistema Nacional de Salud	50.

3 METODOLOGIA .

3.1 HIPOTESIS	56.
3.1.1 General	56.

3.1.2 De Trabajo	56.
3.1.3 Nula	56.
3.2 Material y Métodos	56.
3.2.1 Variable Independiente.....	59.
3.2.1.1 Indicadores	59.
3.2.2 Variable Dependiente	59.
3.2.2.1 Indicadores	59.
3.2.3 Modelo de relación causal de las variables.....	60.
3.3 Cronograma	61.
4 <u>INSTRUMENTACION ESTADISTICA</u> .	
4.1 Universo, Población y Muestra	62.
4.2 Procesamiento de la información	63.
4.3 Análisis y comprobación de hipótesis	116.
5 <u>CONCLUSION Y SUGERENCIAS</u>	121.
6 <u>ANEXOS</u>	125.
7 <u>GLOSARIO DE TERMINOS</u>	132.
8 <u>BIBLIOGRAFIA</u>	137.

INTRODUCCION .

El problema de la morbi-mortalidad ha sido estudiado ampliamente desde el punto de vista médico, el cual no ha sido revisado en cuanto a su magnitud y tipo de problemas de salud que afectan al niño en su primer año de vida según a la clase social al que pertenezca.

En cuanto a la morbilidad su estudio es complejo y difícil de precisar y de cuantificar, se han utilizado diferentes métodos y procedimientos de los cuales ni uno sólo ha logrado establecer la magnitud de este problema.

Lo más utilizado para poder determinar la incidencia de padecimientos, es el de acudir a los registros médicos, pero este no es confiable, porque un porcentaje amplio de problemas de salud del hombre no llegan a requerir atención médica, ni institucional ni privada.

Es entonces cuando el investigador presenta problemas en cuanto al índice de incidencia de algún padecimiento en alguna población, aún cuando sea un pequeño conglomerado.

En el presente trabajo se analiza la repercusión del nivel socio-económico en el aumento en las tasas de morbi-mortalidad infantil en el Valle de México.

Con esta investigación se pretende dar a conocer las repercusiones del factor socio-económico en las tasas de morbi-mortalidad, el cual se ha considerado como el factor de más influencia sobre la salud de la población. En un país

en vías de desarrollo, como el nuestro, con problemas económicos, políticos y sociales, ocasionan una inestabilidad en el bienestar del individuo y de la familia, se requieren de soluciones a estas necesidades de salud, las cuales a pesar de haber ampliado la cobertura institucional en los servicios, sigue existiendo un déficit en la atención y en la prevención de enfermedades.

Actualmente las instituciones asistenciales del país, se encuentran ante una disyuntiva impostergable, por un lado el de asegurar la eficacia a las demandas de salud de la población, y por otro lado el de establecer una redefinición doctrinaria, estructural y funcional de los servicios de salud, para unirse con otros sectores, para lograr un auténtico desarrollo de la sociedad mexicana.

La búsqueda de una sociedad igualitaria y la lucha por obtenerla han sido elementos constantes en la historia de México y motivación principal de los movimientos populares más trascendentales del país.

Esta lucha es una realidad decidida y permanente, y por ello debemos estar conscientes de que mientras subsista la crisis no se podrá avanzar cuantitativamente en la justicia social.

Es indudable que para alcanzar un nivel aceptable de bienestar social se requiere del mejoramiento del nivel de salud; esto no se da automáticamente como resultado del

desarrollo económico sino que es preciso que la sociedad adopte los medios que hagan gradualmente posible, la prestación de estos servicios a toda la población con los niveles aceptables deseados.

A la luz del artículo 4to. constitucional, la salud es un derecho social y debemos pugnar por lograr brindar en forma conjunta a cada mexicano mejores condiciones de vida, y lograr lo que se ha planteado en los objetivos y artículos en el Sistema Nacional de Salud, lo propuesto por la O.M.S y la O.P.S.

El análisis de este trabajo se desarrolla de la siguiente manera : como primer capítulo se presenta la fundamentación del problema de investigación, que incluye: descripción del problema, justificación del problema, ubicación del tema objetivos general y específicos.

En el siguiente capítulo se incluyen todo lo que engloba el marco teórico, inmediatamente después se continúa con la metodología, tipo y diseño, métodos y técnicas, instrumentación estadística, conclusiones y anexos, glosario de términos y referencias bibliográficas.

La investigación es un proceso lento de obtención de conocimiento, en la rama de la enfermería su desarrollo es lento, debido a la escasez constante de personal de enfermería y a la demanda continua de cuidados en esta especialidad, por eso la mayor parte de las enfermeras se

ha inclinado más en la atención en el servicio del paciente, es por eso que la investigación no ha llegado a motivar a la enfermera en esta área.

Con la investigación se solucionan problemas de salud graves y se logran detectar las necesidades reales de la población en materia de salud.

Trabajar con un plan elaborado siguiendo punto a punto el método y metodología de la investigación científica se logra conocer las características de un fenómeno natural: la enfermedad.

1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION.

En este capitulo se presentan, la descripción de la situación problema, la identificación del problema, su ubicación y los objetivos, tanto desde el punto de vista general como específico.

1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA.

El problema de la morbi-mortalidad infantil ha sido estudiada ampliamente en toda América Latina, por ser países en vías de desarrollo.

Se han realizado infinidad de estudios sobre este tema, que dan como resultado, una infinidad de factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad del niño y en la población en general.

Estos factores son de tipo económico, social y político, y en nuestro tiempo el factor de mayor preocupación, no sólo en nuestro país, sino en el mundo entero, es el medio ambiente, que ha alcanzado grados graves de partículas existentes en él, dañinas a la salud, afectando la capa de ozono, que ha dado origen a la aparición de nuevas enfermedades que amenazan la vida del ser humano.

Por otro lado si hablamos de nivel socio-económico encontramos a la pobreza, factor determinante que altera el crecimiento y desarrollo del individuo. La pobreza conduce a estados de desnutrición, mala vivienda, vestuario inadecuado, carencia de protección en todo sentido y

exposición a las alteraciones ambientales y biológicas.

Dice Hernán San Martín: "Mientras más prospero es un país, mientras más equitativamente esté distribuida su riqueza, mejores serán sus condiciones de vida, el vestuario y la alimentación del pueblo, y menores serán los riesgos y privaciones experimentadas en la infancia y en la juventud; entonces todas las condiciones de vida, serán favorables y los hombres alcanzarán más pronto su desarrollo total.

En otras palabras la pobreza o las circunstancias que la acompañan, perjudican el crecimiento y retardan la madurez física y mental". (1)

Los índices de mortalidad y morbilidad son de vital importancia, para evaluar los avances logrados en la salud de la población, para mejorar con objetividad las reformas políticas en materia de salud y lograr aumentar el nivel de vida de la población.

En la mortalidad infantil intervienen factores de tipo biológico, como son la edad, número de hijos, el intervalo intergenésico, el bajo peso al nacer, antecedentes patológicos hereditarios y otros, que están estrechamente ligados con la mortalidad infantil en los primeros meses de vida.

Por ejemplo, la multiparidad con periodo intergenésico

(1) San Martín Hernán, Salud y Enfermedad. Prensa Médica Mexicana México 1975, p. 713.

corto, aumenta más la probabilidad de muerte, ya sea materna o infantil, por la poca disponibilidad de recursos tanto económicos como alimenticios disponibles en el hogar y una carencia de atención médica para los hijos y para la madre.

En México, hay un considerable aumento de mortalidad en el área rural, siendo con mayor porcentaje en Puebla de un 88.63% y en el Distrito Federal de un 78.98%. (2)

, En el área rural, las tasas de mortalidad infantil es más elevada que en las áreas urbanas o metropolitanas.

Uno de los factores que de igual forma se maneja, es la inmigración del medio rural al urbano, aunado a la falta de preparación y de un nivel de estudios adecuado, que reflejan su nivel socio-económico y aumentan la tasa de mortalidad infantil en el medio urbano, además es baja o nula la cultura en salud.

En general existen infinidad de factores que condicionan el aumento en las tasas de mortalidad infantil y general, desde el aspecto social hasta el económico, político y ambiental.

Por otro lado, prevalece la morbilidad infantil, apesar de los avances en medicina y en la calidad de atención a la población.

(2) Mojarro Octavio, et al, Sobrevivencia en la Infancia: Mortalidad Infantil en México: Tendencias y Factores Determinantes. Rev. Salud Pública, vol. 30, México 1988, p. 337.

Recordando momentos contemporáneos, vemos que desde la revolución industrial, el avance en la tecnología y en la ciencia, dan como resultado la aparición de nuevas formas de vida del ser humano. Asimismo ante este fenómeno aparecen nuevas demandas sociales, políticas y económicas.

Aparecen enfermedades nuevas como consecuencia del sistema de vida del hombre.

Es por eso que en el área de salud se requieren de nuevas formulas para elevar la calidad de atención de la población de acuerdo a la demanda de esta.

Para contrarrestar la magnitud de ésta problemática, en nuestro país hubo la necesidad de crear un Sistema Nacional de Salud que se fundamenta en : 1.- Ampliar la cobertura y la calidad de atención a la población en general estableciendo una relación entre salud y nación.

En 1981 se establece la coordinación de la presidencia con los servicios de salud el cual determina lo administrativo, financiero, normativo y técnico, para integrar los servicios de salud en un Sistema Nacional.

En 1982 se consignan los elementos básicos que dan lugar a la política de: "Hacia un Sistema de Salud". Posteriormente en 1983 se eleva a rango constitucional el derecho a la Salud, como una garantía social.

Actualmente a pesar de haberse ampliado la cobertura de

los servicios médicos, se ha visto que el índice de morbi-mortalidad infantil es de 51.9 X 1000 N.V.R. y el uso de los servicios no es satisfactorio.

En el caso primero se mantiene muy alejado del ideal propuesto por la Organización Mundial para la Salud y la Organización Panamericana de Salud, que señalan como índice de casos de 30 X 1000 N.V.R.

Los estados morbosos que presenta el infante, en la actualidad, son enfermedades transmisibles y de tipo infeccioso, ocupando un lugar predominante las enfermedades gastro-intestinales y de vías respiratorias.

Dentro de las enfermedades gastro-intestinales, encontramos los estados diarreicos y parasitarios, los cuales repercuten inevitablemente en el crecimiento y desarrollo del individuo, produciendo estados de deshidratación, anemia, descompensación hidro-electrolítica, estados caquexicos y en ocasiones la muerte.

De igual forma en vías respiratorias, ocasionan estados de descompensación, que requieren de una atención médica urgente, principalmente en las alteraciones bronquiales, estados asmáticos, faringo-amigdalitis, traqueitis, etc.

Dentro de las enfermedades infecto-contagiosas, encontramos en la actualidad el virus de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, que ha alcanzado un aumento acelerado en el número de casos, tanto a nivel Nacional como Mundial.

Se han presentado casos de recién nacidos con este mal, llamado el mal del siglo, que afecta tanto a la población de nivel socio-económico alto como al bajo.

Por otro lado las enfermedades exémicas, tales como el sarampión, varicela, rubéola, escarlatina, se han presentado en varios estados de la República Mexicana, atacando a la población adulta como infantil en 1990.

En el caso del sarampión, se han presentado un total de 30 mil casos en toda la República Mexicana, aumentando la mortalidad en adultos y en niños de corta edad.

Es por eso que actualmente se ha puesto en marcha la campaña de vacunación contra el sarampión, aplicandose a niños de 6 meses hasta niños con 12 años de edad.

En suma, se cree que la atención que se brinda, no alcanza los objetivos de: Salud para todos en el año 2000, y que esto se manifiesta en las altas tasas de morbi-mortalidad infantil, aunado a esto el nivel socio-económico de la población.

1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

Por todo lo anterior cabría la siguiente pregunta:

¿Como repercute el aumento en las tasas de Morbi-Mortalidad de la población infantil derechohabiente del I.M.S.S., durante su primer año de vida, como resultado de la clase social al que pertenezca ?

1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.

El presente trabajo, sirve para adquirir un panorama analítico de la situación en que atravieza el país, en materia de salud, que va a repercutir en el aumento en las tasas de Morbi-Mortalidad de la población infantil de acuerdo a la clase social al que pertenezca.

Se aporta un beneficio individual e institucional, pues permite el ser más críticos y realistas para detectar las necesidades básicas de la población, además, de los recursos disponibles para la salud, la calidad de atención, y promover, la formación de recursos humanos en salud pública, siendo está de menor costo y con mayor aporte en el mejoramiento de la salud de la población.

Tiene beneficio institucional, porque aporta las posibles soluciones a los factores causales que dan origen al aumento en las tasas de Morbi-Mortalidad infantil y ayudan a aclarar la densidad de incidencia en las clases sociales existentes en nuestra sociedad. Cuyas enfermedades pueden ser evitadas y tratadas oportunamente, de acuerdo a la cobertura institucional.

Asimismo, se hace un esfuerzo por dar unas posibles soluciones a este problema. Con esto se plantea en elevar los conocimientos de enfermería en las generaciones venideras y así ubicar a la enfermera en la perspectiva socio-económica y de investigación, que permita las

relaciones de fines comunes del sector salud y fortalezca las acciones eficientes de los grupos comprometidos.

1.4 UBICACION DEL TEMA DE ESTUDIO.

Se encuentra ubicada en la social-demográfica la cual nos permitirá conocer la Morbi-Mortalidad que se registra en los primeros meses de vida del niño y así poderla correlacionar con la clase social al que pertenezca la población estudiada.

Es retomado del proyecto de investigación realizado en el Instituto Nacional de Salud Pública: " Factores que influyen en la utilización de servicios de atención médica en población infantil en el Valle de México ".

El tema de investigación mencionado anteriormente, se ha realizado de acuerdo a las deficiencias encontradas en las Instituciones de Salud, a pesar de la reorganización en estas áreas, hay deficiencias en cuanto a distribución de recursos, en calidad de atención y en las políticas existentes.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

1.5.1 GENERAL.

Identificar la relación que existe, entre el nivel socio-económico y el aumento en las tasas de Morbi-Mortalidad en la población infantil en los primeros meses de vida, en población adscrita a unidades de Medicina

Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.).

1.5.2 ESPECIFICOS.

Establecer la tasa de densidad de incidencia de los padecimientos más frecuentes en la población infantil en el nivel socio-económico medio bajo.

Establecer el índice de mortalidad infantil en el nivel socio-económico medio bajo y alto, en el Valle de México.

Conocer el índice de enfermedades gastro-intestinales en el nivel medio bajo de la población infantil.

Mencionar las causas más frecuentes de mortalidad infantil en las clases sociales media baja y alta en el Distrito Federal.

2 MARCO TEORICO .

2.1 CONCEPTO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL .

Actualmente, los métodos que se emplean para determinar la incidencia en el caso de la mortalidad, están bien definidos, no obstante, en lo referente a la morbilidad los métodos son más eficaces pero en realidad complicados. Esta dificultad se debe por las siguientes razones: 1) la muerte es un hecho único, mientras que la enfermedad existe durante un periodo; 2) la muerte ocurre en un momento mientras que la enfermedad existe durante un periodo, y 3) la definición de defunción en general es simple, mientras que la de enfermedad puede presentar serios problemas, por tener desde efectos muy leves hasta la incapacidad completa. (3)

Para este propósito se ha adoptado la Clasificación Internacional de Enfermedades, sin embargo aún es difícil homogeneizar criterios para el reporte de los padecimientos en los sistemas de servicios de salud.

(3) Aburto, Cesar, Elementos de Bioestadística. Fondo Educativo Interamericano, México 1979, p.201.

Con lo antes mencionado, se deduce que, morbilidad es igual a enfermedad y enfermedad " es el resultado de la inadaptación interna y externa frente al ambiente". (4)

La enfermedad clínica (sintomatológica) es el grado extremo de la desadaptación biológica.

La morbilidad en bioestadística, nos indica el índice de padecimientos que presenta un grupo de individuos ó una población en determinado momento.

Ahora bien, hablar de mortalidad infantil, implica mencionar el número de muertes en una población registradas en determinado momento y lugar, así como también las causas de la misma.

La mortalidad infantil (MI) es considerada internacionalmente como un indicador sensible de las condiciones de vida y del acceso a servicios de salud de una población, ya sean preventivas o curativas.

La tasa de Mortalidad en México ha experimentado descensos realmente espectaculares en lo que va del siglo al reducirse a una quinta parte de la observada para el decenio de los setenta. Basándose en diferentes fuentes de información se estima un valor para este indicador cercano a las 300 defunciones por mil nacidos vivos para los últimos años del siglo pasado, de 100 para el

(4) San Martín, Hernán. op cit p. 59.

presente siglo y de 61 para el periodo de 1977-1981. (5)

En el año de 1987, según datos estadísticos del I.M.S.S se registraron las siguientes causas principales de muerte: a) Síndrome de Dificultad Respiratoria (1,726); b) Ciertas Afecciones Respiratorias del R/N (1,702); c) Infección Intestinal (1,493); d) Duración corta de la Gestación y Peso Bajo al Nacer (749); e) Traumatismos del Nacimiento (648); f) Anomalías Congénitas del Corazón (538); g) Bronconeumonía (372); h) Hipoxia Intrauterina y Asfixia al Nacer (330); i) Infecciones Propias del Periodo Perinatal (322) y j) Espina Bífida (267). (6)

Según la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES), durante el periodo de 1982-87, de cada 1000 niños nacidos vivos en el país, 47 fallecieron antes de cumplir un año de vida. Aunque este nivel es todavía muy alto en relación a los países más desarrollados, sí marca una mejora durante los últimos años. El descenso con respecto al nivel estimado en el periodo 1967-71 es del 44% y en solamente un quinquenio, 1982-1987 el descenso observado es del 28%.

En estudios anteriores se ha demostrado que existen diferencias de cierta magnitud en la mortalidad infantil

(5) Palma Cabrera, Yolanda, Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud, Dirección General de Planificación Familiar, México 1987, p. 91.

(6) Subdirección Genral Médica, Jefatura de Atención Primaria a la Salud, I.M.S.S, Boletín de Mortalidad 1987, México 1987, cuadro 17.

según áreas geográficas y estratos socioeconómicos.

En cuanto a áreas geográficas, se ha observado que en el sur y sureste del país, muestran los niveles más altos (por arriba del 60 por mil), en las otras tres zonas se observan valores de 45 defunciones por mil nacidos vivos. Las dos primeras se ubican al norte del país y la tercera se localiza en el Área Metropolitana de la Ciudad de México, Guerrero, Morelos y México, por lo que puede ser muy heterogénea en su interior. (7)

En las áreas rurales los niños tienen una probabilidad casi tres veces más alta de morir antes de cumplir un año que los niños de las áreas metropolitanas: 79 y 29 defunciones por mil nacidos vivos ocurrieron en esas áreas, respectivamente, en el periodo 1977-1987.

Según ENFES los niños de las madres sin educación tienen un riesgo mayor de morir antes de cumplir un año que las de aquellas que al menos terminaron la primaria.

En el caso de la morbilidad infantil su incidencia varía de una población a otra, pero son las enfermedades respiratorias, las infecciosas y las digestivas las más frecuentes.

Los datos obtenidos en la Consulta Externa, en Unidades de Medicina Familiar del I.M.S.S, en cuanto a morbilidad en

(7) Palma Cabrera, Yolanda. et al. op cit : p. 95.

menores de un año son los siguientes: 1) Infecciones Respiratorias Agudas (46,847 casos); 2) Enfermedades Infecciosas Intestinales (22,479); 3) Enfermedades de piel y Tejido Celular Subcutáneo (5,568); 4) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (3,289); 5) Enfer. de Ojos y sus Anexos (2,578); 6) Helmintiasis (1,741); 7) Deficiencias Nutricionales (1,552); 8) Traumatismos y Envenenamientos (1,344); 9) Micosis (1,183); 10) Enf. del Oído y de la Apofisis Mastoidea (858) y otros (13,556). (8)

En los datos anteriores se observa, que las infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer lugar, lo cual explica el alto grado de transmisibilidad que tienen las infecciones respiratorias agudas condicionada por el hacinamiento en que vive gran parte de la población, desfavorables condiciones de habitación y medidas de control poco eficaces.

2.1.1 CONCEPTO DE TASA O CALCULO DE TASA .

Se define tasa, como: " una medida que se emplea para determinar la magnitud de una situación ó fenómeno ". (9)

Con lo anterior se entiende, que tasa es un método para lograr determinar el número de casos que pueden ocurrir de un fenómeno determinado.

(8) Subdirección General Médica: Jefatura de Atención Primaria a la Salud. I.M.S.S. Boletín Estadístico sobre Morbilidad según demanda de atención externa 1987. México 1987, cuadro 3.

(9) Rojas Soriano, Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales. Textos Universitarios, UNAM, México 1982. P. 204.

Por ejemplo: si se desea saber la enfermedad que se presenta con más frecuencia en una zona determinada, en niños de 1 a 5 años, necesitaríamos saber el número de niños menores de 5 años que existan en esa población, ya que, estos individuos serán los de mayor riesgo.

Por lo tanto el cálculo de tasas tiene por objeto tener la frecuencia de un determinado acontecimiento relacionándola con el número de individuos expuestos a ese riesgo.

Desde el punto de vista matemático, el cálculo de tasas se realiza con la siguiente fórmula:

$$T = \frac{a}{a + b} \cdot K$$

donde: T= Tasa; a= número de veces que ocurrió un fenómeno en "x" tiempo y lugar; b= número de veces que no ocurrió el fenómeno pero que pudo haber ocurrido; y K= constante que puede ser cualquier número múltiplo de 10 (100, 1000, 10000). (10)

En forma más concreta, en el numerador se coloca el número de veces que un suceso específico se presenta en un periodo ó área determinada, y en el denominador se escribe el número de veces que el suceso puede ocurrir ó

(10) San Martín, Hernán. op cit; p.59.

presentarse en dicho periodo ó área.

Se observa que la tasa se multiplica por un múltiplo de la unidad, generalmente 1000 ó 10000, esto es con la finalidad de facilitar la interpretación de la tasa.

Ahora bien la tasa de morbilidad infantil representa el porcentaje de menos de un año que tuvieron problemas de salud en relación al total de nacidos vivos en un "x" tiempo y lugar.

La tasa de morbilidad, es una tasa cruda: para hacerla específica hay que seleccionar a la población expuesta al riesgo de esa enfermedad usando grupos en relación a edad, sexo, profesión, vivienda, etc.,.

La tasa específica de morbilidad se llama también tasa de ataque (en caso de que el denominador esté bien definido), para conocer la morbilidad total de una población habría que llevar un registro permanente y obligatorio de todas las enfermedades ó bien realizar censos de morbilidad.

Por último, se realiza en muestras representativas de la población cuando se necesita conocer la realidad del problema.

El problema de lo anterior es, que el censo muestra una instantánea, y en este caso el fenómeno es permanente.

Por tal motivo, los datos de morbilidad proceden de fuentes diversas (enfermedades de declaración obligatoria*).

registros de hospitales, registros de consultorios externos, servicios médicos escolares, servicios médico militar, exámenes de salud y servicios médicos en la industria.

Las enfermedades de declaración obligatoria, las constituyen las de tipo infeccioso, que pueden ser: fiebre tifoidea, tosferina, sarampión, viruela, poliomielitis, etc.,

Actualmente la enfermedad que ha puesto al mundo en alerta es el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), la cual ha llegado a nivel de pandemia por su alto grado de contagiosidad, principalmente en las transfusiones sanguíneas y el difícil control de los posibles transmisores.

Es por eso que toda enfermedad, debe ser registrada, principalmente las que constituyen un peligro público ó un problema médico grave para la población. Los cambios en la composición de la población, especialmente en relación a la distribución por edades, condicionan cambios en la morbilidad y mortalidad.

Esta es la razón por la cual en los países más desarrollados las enfermedades crónicas y degenerativas, son las más importantes en el sentido de que enferman y matan más a la población. (11)

* Se llama enfermedad de declaración obligatoria aquellas que constituyen un peligro público por el hecho de ser contagiosas.

(11) San Martín; Hernán. op cit; p. 71.

En los países subdesarrollados el problema de la morbi-mortalidad abarca a toda la población, observándose índices altos en las tasas de morbi-mortalidad en el año de 1950 a 1955.

Comparando lo antes mencionado, con la actualidad, se observa que " en los últimos 30 años la mortalidad en menores de 5 años en América Latina ha descendido a una velocidad nunca antes vista en la región, al pasar de 128 a 63 en 1980-85. La crisis económica de esta década podría sin embargo, tener una influencia negativa en la sobrevivencia en la infancia, que se expresaría en una desaceleración en el descenso de la mortalidad. (12)

(12) Bobadilla, J. Luis, Perspectivas en Salud Pública
1. Sobrevivencia en la Infancia: Problemas y
Prioridades, Rev. Salud Pública, México 1986, p. 13.

2.1.2 TASAS Y RAZONES MAS USADAS EN BIOESTADISTICA.

Con el procedimiento de cálculo de tasas, pueden obtenerse tasas generales y específicas, ello según el grado en que afecte el fenómeno, ya sea a la población en general ó sólo a grupos específicos.

Las tasas se refieren siempre a determinados periodos, y así pueden ser anuales, mensuales, semanales, etc.

A continuación se mencionan algunas tasas y razones más usadas en bioestadística.

TASA DE NATALIDAD= # de nacidos vivos en 1 año X 1000

Población total.

TASA DE MORTALIDAD GRAL=# de N.V Reg. en un periodo determinado
-----X 1000
Pop. estimada a la mitad del año.

TASA DE FECUNDIDAD=#de N.V.R durante un periodo determinado
-----X 1000
Pop. femenina de 15-44 años.

TASA B/PESO AL NACER=# de N. con b/p registrados menores de 1500
-----X 100
de niños registrados en la misma Área.

TASA DE INCIDENCIA=# de nuevos casos de una enfermedad específica
-----X 1000
Pob.del área estimada a mitad del periodo.

TASA ANUAL DE MORTALIDAD POR CAUSA ESPECÍFICA:

=Defunciones X una causa específica en área determinada
ocurridas durante el año
-----X 100 000
Pob.estimada para esa área a la mitad del año.

TASA MORTALIDAD INFANTIL=#de defunciones de -1 año en áreas
y año determinado
-----X 1000
Total de N.V.R en la misma área y año.

TASA DE MORBILIDAD= # de enfermos
-----X 1000 ó 100 000
Pob. Total.

TASA DE MORTALIDAD POSTNEONATAL=

de muertes de 28 día hasta -1 año registrados en 1 año y
área determinada.
-----X 1000
de N.V.R en el área y año considerado (las muertes
de -de 28 días). (13)

Ejemplo de calculo de tasa:

T.M.G=# de defunciones en el país durante el año de
1973
-----X 1000
Población total del país en 1973.

si sustituimos el número y el denominador en la fórmula
anterior, se tiene:

$$\text{T.M.G} = \frac{458\ 915}{54\ 528\ 617} \times 1000$$

$$\text{T.M.G} = 8.4$$

La cual nos indica que en 1973 hubo 8.4 defunciones en
la Republica Mexicana por cada 1000 habitantes.

(13) San Martín, Hernán. op cit ., p.67.

2.2 PROCESO SALUD-ENFERMEDAD .

El individuo no vive sólo, ni puede satisfacer sus necesidades por si mismo. Se agrupa con otros hombres y comparte con ellos un modo común de vida, es decir, una cultura.

La cultura da origen a reglas para las personas, para su convivencia y medios para que se adapte a la sociedad.

Parte muy importante de la cultura son sus valores, estas actúan como forma de control social; hacen que el individuo acepte y se conforme con la sociedad en que vive y lo obligan a actuar de diferente manera.

Los valores sirven de freno a las conductas que desapruaba la sociedad (delincuencia, drogadicción, etc.) y señalan formas prohibidas de actuar, por ejemplo no robar, no matar, no engañar, etc.

Cuando el hombre no acepta las normas y valores de la sociedad en que vive, da origen a la desorganización social.

En nuestra sociedad no existen para sus miembros oportunidades razonables para mejorar económica y socialmente y estas dan origen a la alteración social.

En el avance de la civilización, el hombre ha podido modificar favorablemente muchos factores del ambiente externo, pero también ha producido conflictos en el proceso de adaptación, especialmente en la que se refiere a la vida social.

Los defectos de la organización social humana dan origen a muchos de los problemas de salud del hombre.

Las diferencias económico-culturales entre los grupos sociales figuran como la gran causa de la patología social.

La sociedad y los grupos sociales que la componen, influyen intensamente en la conducta del hombre, y en consecuencia, los estados de salud y enfermedad. (14)

La salud, la vida y la enfermedad son fenómenos complejos, los cuales requieren diferentes enfoques disciplinarios.

Desde el punto de vista ecológico, la salud-enfermedad se considera como una inadaptación del organismo al ambiente en que vive.

Para la Organización Mundial para la Salud, salud es " El completo bienestar físico-psíquico y social y no simplemente como ausencia de la salud. Se manifiesta por el desarrollo equilibrado de las funciones fisiológicas que a su vez se expresan por el ejercicio normal, por la interrelación e interdependencia biológica, psicológica y social del hombre con su ambiente, es decir con una orientación ecológica".

Otra definición nos dice, que, salud es: " El bienestar biopsicosocial del individuo que se obtiene a partir de las

(14) San Martín, Hernán. op cit. p. 17.

condiciones prevalectentes del ambiente mismo, que es cambiante, por lo tanto necesitamos mantener un equilibrio ecológico entre los diversos seres vivos y el ser humano, evitando degradar el ambiente". (15)

Existen factores de adaptación e inadaptación, que van a producir la enfermedad, considerando los siguientes:

Ambiente Natural.

Herencia Biológica.

Herencia Cultural y Social.

Organización Social. (16)

Los dos últimos factores, están íntimamente relacionados con la salud-enfermedad humana, es parte de la problemática de la sociedad, que pueden ser positivas o negativas para la salud.

Pueden ser de naturaleza física, biológica, social y psicológica, por lo tanto en el área de salud pública, deben tomarse en cuenta estos factores, para descubrir la intensidad o el grado de influencia sobre la salud-enfermedad del individuo o de la comunidad, y con ello modificar las normas, las políticas, los programas, que rigen a las instituciones para así prevenir, resolver y eliminar las malas influencias.

(15) Ibidem., p.30 .

(16) Ibidem., p.22 .

Julio Guerin, en el año de 1948 denominó medicina social, a todo este conjunto de factores, que intervienen en el proceso salud-enfermedad, la conceptualizó, como " El estudio de las relaciones que existen entre la medicina y la sociedad". (17)

Por todo lo antes mencionado, y de acuerdo a los avances históricos, en medicina, los problemas de salud humana han sido consecuencia del desarrollo evolutivo del hombre, al igual que su forma organizativa social de acuerdo a las diferentes etapas evolutivas.

El proceso salud-enfermedad es una variación biológica como causa del desequilibrio de los organismos que participan en el proceso de adaptación del individuo a su medio ambiente.

Por lo tanto, la salud, es: " el completo bienestar del individuo físico, psíquico y social que se obtiene del equilibrio de estos factores, que contribuyen al bienestar de una sociedad, de acuerdo a su capacidad". (18)

La salud es un estado cambiante, que depende de las influencias de la sociedad y de su ambiente, por ello es necesario, cuidarla, protegerla, prevenirla, tratarla y fomentarla.

Cuando se habla de cuidarla, se refiere a tener ó

(17) Ibidem., p.5 .

(18) Apuntes de la Materia Salud Pública de México, ENEO, México 1986 .

procurar tener los medios adecuados para sobrevivir, es decir, contar con un lugar para vivir, al igual que contar con recursos económicos, de servicios y de vestir.

Y al hablar de protección, prevención, tratamiento y fomento, en este punto es cuando las instituciones de salud realizan planes y programas para lograr evitar el que se presente la enfermedad en la población.

Al igual que la población, el gobierno debe tener una participación activa en este proceso.

El hombre por ser un ser vivo interactúa con su ambiente interno y externo. Su ambiente interno está conformado por su fisiología la cual está constituida por: líquidos orgánicos, tejidos, órganos, sistemas y conexiones vasculares.

" La fijeza del medio interno, es una condición indispensable para la vida", decía Claudio Bernard. (19)

Este ambiente interno, debe caracterizarse por un buen funcionamiento celular, de tejidos, huesos, sistemas, etc, al igual que un estado psicológico normal.

Pero, sabemos de antemano, que el cuerpo y la mente van unidos, y si uno es alterado el otro también es afectado, es por ello que se debe conocer la fisiología del cuerpo, y así comprender los mecanismos que mantienen la salud.

Ahora bien, en cuanto al ambiente externo, éste está

(19) San Martín, Hernán. op cit: p. 13 . .

constituido por todo aquello que existe fuera del organismo vivo, su medio físico, biológico y social en el cual vive.

El ambiente externo lo podemos dividir de la siguiente manera:

- 1) Ambiente Inorgánico: clima, suelo, agua, etc..
- 2) Ambiente Biológico: fauna, flora y todo ser vivo.
- 3) Ambiente Socio-Cultural: el creado por el hombre. (20)

El ambiente externo, es un factor predominante en el proceso de desarrollo del individuo, el cual va a satisfacer las necesidades básicas del ser humano, tales como: vivienda, vestido, recursos minerales, vegetales, animales, etc.

La obtención de estos recursos, no sólo es a nivel individual, sino que se requiere de una organización a nivel colectivo, esto es para construir organismos sociales con unidad funcional.

El hombre forma parte de una familia, es un ser social, y su salud depende de sus condiciones de vida ya sea en su hogar o en la sociedad en que viva, al igual que en su sitio de trabajo y a sus diversiones.

Los hombres y las mujeres al integrarse para producir los bienes y servicios, que satisfagan sus necesidades, crean

(20) Ibidem., pp. 15-16 .

su estructura y organización de su colectividad, las cuales se caracterizan por tener diferentes modalidades, y en todas ellas hay diferencias económicas y culturales dadas entre los individuos y los grupos sociales, los cuales dan origen a las diferentes patologías sociales y de salud-enfermedad.

Dentro de la epidemiología, tomando en cuenta lo antes mencionado, se diferencian tres factores:

- 1) El ó los agentes causales específicos.
- 2) El individuo afectado.
- 3) El ambiente que los contiene a ambos. (21)

De esta forma se explica el fenómeno salud-enfermedad.

La investigación epidemiológica, se caracteriza por conocer la o las causas específicas y los factores causantes del fenómeno en estudio.

En el proceso salud-enfermedad, sus causas son múltiples, pero se debe enfocar a conocer ó detectar la causa específica, así como los factores que influyen en el proceso.

Los factores principales son los siguientes:

- 1) Factores Hereditarios; constitucionales ó genéticos.
- 2) El Factor Ambiental; alimentación, educación, saneamiento, etc...

(21) Ibidem., pp.19-21 .

3) Agentes Causales de la Enfermedad: microbios patógenos, accidentes, traumatismos, etc.

4) Factores Psicológicos: el área psíquica actuó como elemento irritativo y si es continuo provoca alteraciones biológicas u orgánicas. (22)

Se ha observado que todos estos factores, los de mayor repercusión, en el proceso salud-enfermedad, son los ambientales, porque afectan grandes masas poblacionales, como es el caso de nuestra sociedad, en la cual se observan grandes problemas de tipo social, económico y político, que influyen grandemente en la población, y dan origen a problemas como son: delincuencia, prostitución, drogadicción, alcoholismo, etc..

Actualmente en nuestra sociedad, además de los problemas sociales y de salud, antes mencionados, surge un problema de salud más grave y amenazante para nuestra población, desde la infantil hasta la adulta, este problema es el SIDA, mal que día con día, va en aumento a pesar de los programas llevados a cabo para prevenirla.

La medicina social y la epidemiología, utilizan el término de patología social, as "La relación entre la enfermedad y las condiciones sociales". (23)

La patología social maneja las siguientes etapas:

(22) Ibidem., pp. 19-22 .
(23) Ibidem., pp. 19-20 .

1) Lo referente a la sociología, relación enfermedad-condición social.

2) Análisis Estadístico cuantitativo.

Con estas dos etapas, se logra conocer el grado de extensión en cuanto a morbilidad y mortalidad que existe en los diferentes grupos sociales.

En México las enfermedades infecciosas son causa del 39 % de las muertes anuales y afecta a las poblaciones con características socio-económicas deficientes. (24)

Los factores sociales y económicos, deficientes, afectan no sólo a un grupo social, sino a grandes grupos poblacionales, que hacen aumentar las tasas de morbilidad y mortalidad, principalmente por enfermedades de tipo infeccioso y transmisibles.

Actualmente, este aumento se ha reducido, gracias a las acciones ó programas de tipo social, económico y médico, las cuales dan lugar a lo siguiente:

- 1) Aumento en el nivel de vida de la población.
- 2) Una educación elevada en los grupos.
- 3) Ambiente físico satisfactorio.
- 4) Mejoramiento de Vivienda.
- 5) Servicios Públicos Indispensables.

(24) López Acuña, Daniel, La Crisis de la Medicina Mexicana. Ed. Juan Pablos S.A, México 1980, p. 9.

6) Programas médicos para la atención Materno-Infantil.

7) Organización en los servicios de salud.

" El creciente reconocimiento de que la estructura del desarrollo socio-económico se refleja en la distribución de sus beneficios a todos los miembros de la sociedad, tienen relevancia política sólo hasta el punto en que los gobiernos tengan la opción de redirigir los recursos nacionales"(25) hacia los programas de bienestar social que incluyen educación, saneamiento, urbanización, esparcimiento, empleo y salud.

(25) Mosley, WH, Determinantes Biológicos y Socioeconómicos de la Sobrevivencia en la Infancia, Rev. Salud Pública, México 1988, vol. 30:p.323.

2.3 EL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO .

2.3.1 Antecedentes del Sistema Nacional de Salud .

En el año de 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública la cual brindaría asistencia médica a todos los sectores de la población. Para el año de 1943, se fusionan la Secretaría de Asistencia Pública y el Dpto. de Salubridad, y surgió la Secretaría de Salubridad y Asistencia, sus funciones eran de saneamiento y asistencia médico-social.

Desde entonces se inició una ardua tarea en materia de salud, en la cual ya se vislumbraba la atención médica en el medio rural, posteriormente y de acuerdo al avance en la industrialización, surgen nuevas prioridades, aparecen las grandes corporaciones obreras, reclaman sus derechos laborales y sus derechos a la salud, los cuales fueron capitalizados por la clase dominante.

Surge entonces el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.): se creó por decreto presidencial en el año de 1943, atiende entre el 40% y 60% de la fuerza de trabajo en la rama industrial y el 1.4% a los trabajadores del campo, sus áreas de acción son: salud, invalidez, pensiones, vejez, maternidad, riesgo profesional y muerte.

La Ley del Seguro Social encauzó su protección hacia tres grandes vertientes: el Seguro de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales, el Seguro de Enfermedades no

Profesionales y Maternidad y los Seguros de Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte.

Por otra parte, la Ley configuró al Seguro Social como un servicio público nacional de carácter obligatorio y encomendó su organización y administración a un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio denominado I.M.S.S. El financiamiento de este sistema fue diseñado e implantado bajo un régimen de contribución tripartita: los trabajadores, los patrones y el estado. (26)

" La ley de 1943 formo parte de un hecho relevante en la historia del dercho positivo mexicano,pues con ella se inició una nueva etapa de nuestra politica social. La creación de un sistema encaminado a proteger eficazmente al trabajador y a su familia contra los riesgos de la existencia y a encauzar en un marco de mayor justicia las relaciones obrero-patronales,dió origen a nuevas formas e instituciones de solidaridad comunitaria en México". (27)

Esto dio como resultado,un mejoramiento en las condiciones de vida del trabajador y la reduccion de las tensiones laborales,asimismo se logró que los trabajadores recibieran un salario real y por lo tanto un beneficio a la economia nacional.

(26) Soberón,Guillermo,et al. La Salud en México:Testimonios 1988,Desarrollo Institucional IMSS-ISSSTE.Ed.Fondo de Cultura Económica,México 1988 pp.15-17.

(27) I.M.S.S.Ley del Seguro Social.México 1986,p. 10.

Actualmente ha ampliado su cobertura de atención a los estudiantes, por ser una población importante para el desarrollo del país.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.): Fue creado en el año de 1960, por decreto presidencial para proteger al trabajador de la federación, en 1976 atendía a 3,918,514 habitantes, sus acciones están orientadas a las mismas áreas que las del I.M.S.S. (28)

Posteriormente se fueron creando, empresas descentralizadas, como: Petróleos Mexicanos (PEMEX), Ferrocarriles Nacionales de México (F.N.M.), Comisión Federal de Electricidad (C.F.E.), etc, y dependencias estatales como son: Secretaría de Marina, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

También en esta misma década (60s) surgen instituciones de asistencia médico-social para la población infantil: Instituto Nacional de Protección a la Infancia y la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, que a partir de 1977 se fusionó surgiendo el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.). (29)

Para el año de 1973 se creó el programa I.M.S.S.-CONASUPO, cuya finalidad era atender al campesinado y

(28) López Acuña, Daniel, La Salud Desigual en México, Ed. Siglo XXI, 4a. edición, México 1982, p.95.

(29) *Ibidem.*, pp.102-104.

cooperaciones agrícolas, la cual tuvo avances muy cortos ocasionando un período de decadencia, la cual fué reanimada en el año de 1977 por el programa I.M.S.S-COPLAMAR, actualmente desaparecido.

Para el año de 1976, se tenía una cobertura del 35% de los 65 millones de habitantes, de los cuales 22 millones eran atendidos por el I.M.S.S e I.S.S.S.T.E, los otros 40 millones teóricamente deberían ser atendidos por la S.S.A, pero está no alcanzaba cubrir el total y sólo atendía de 15 a 18 millones de habitantes, esto significaba que de 20 a 25 millones de mexicanos carecían de servicios de salud. (30)

Actualmente el presupuesto que ejercerán en 1991 el I.M.S.S e I.S.S.S.T.E es alrededor de 4.5 billones de pesos y para la S.S.A será de 3.1 billones de pesos.

Asimismo, el I.S.S.S.T.E atiende actualmente a 8.3 millones de derechohabientes, con los servicios de PEMEX, la Defensa y Marina se alcanzan más de 50 millones de mexicanos cubiertos por seguridad social.

Se calculan entre el 5% y 10% que tienen dinero para pagar la medicina privada y serían otros 5 ó 6 millones más atendidos.

El I.M.S.S atiende a 40 millones de habitantes, con la cual se calcula que desde el punto de vista de salud, la

(30) Ibidem., p.103.

población de México está cada vez más protegida por servicios asistenciales. (31)

Lo anterior, contradice lo indicado por PRONASOL (Programa Nacional de Solidaridad), que afirma que hay 40 millones de pobres, con falta de servicios.

2.3.2 Sistema de Salud en México .

La integración de un nuevo grupo social, da origen al surgimiento de nuevas instituciones que proporcionen servicios a la población, dentro de este nuevo mundo institucional, el de mayor prioridad es el servicio de salud, el cual va a tener la finalidad de satisfacer las necesidades de salud de la población; se dividen de la siguiente manera:

1) Servicios de Salud Personales: incluyen la atención individual con fines preventivos, curativos ó rehabilitarios.

2) Servicios de Salud no Personales : mejoramientos generales de salud y de vida. (32)

De lo anterior, se deduce, que el servicio prioritario son los servicios no personales, los cuales incluyen agua potable, alcantarillado, programas de alimentación,

(31) Ealy Ortiz, J. Francisco. "Kumate: desde el punto de vista de la salud, en el país no hay pobres", El Universal, México, D.F., Jueves 14 de Febrero de 1991.

(32) López Acuña, Daniel, op cit; p.95.

saneamiento ambiental , lucha contra la contaminación, exámenes de detección temprana de padecimientos ,etc.; posteriormente se incluirán las de tipo preventivo: inmunizaciones,protección específica,planificación familiar, atención prenatal,orientación sexual,etc..

En nuestro país el tipo de intervención que mayormente se maneja es la de tipo curativo y de rehabilitación;es decir,se le da mayor prioridad a un segundo y tercer nivel que al primer nivel de atención.

Millón Terris divide en tres etapas a la atención a la salud de la población:

1) Asistencia Pública:precapitalistas,destinados a las clases populares.

2) Sistemas de Seguros de Salud : capitalistas, destinados a algunos grupos de trabajadores ó extendido a toda la población.

3)Servicios Nacionales de Salud : socialismo, cobertura universal a la población.(33)

En el caso de nuestro país,y de acuerdo a la clasificación que da Millón Terris,México se encuentra en el área de asistencia pública,la cual está constituida por:los servicios asistenciales y de salud pública de la S.S.A(Secretaría de Salubridad y Asistencia),a los

(33) Ibidem.,p.96.

servicios médicos de algunas dependencias é Institutos estatales, a una proporción mayor de agencias de seguridad social y servicios privados.

Para fines prácticos, se observan tres grandes tipos de atención profesional a la salud, los cuales siguen el postulado de derecho a la salud, y son los siguientes:

1) Servicios Médicos de S.S.A., Departamento del Distrito Federal (D.D.F.), Instituto Nacional Indigenista (I.N.I.), y los hospitales e institutos descentralizados de la S.S.A. (Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Enfermedades Nutricionales, Hospital Infantil de México).

2) Instituciones de Seguridad Social y Servicios Médicos Estatales y Paraestatales, basados en un derecho gremial a la prestación de servicios, con financiamiento tripartita ó bipartita; aportación de empleados asegurados, patrones y gobierno, dentro de estas se encuentran: Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Comisión Federal de Electricidad (C.F.E), Ferrocarriles Nacionales de México (F.N.M.), Secretaría de Hacienda y Crédito Público (S.H.C.P.), Secretaría de Marina (S.M.), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (I.S.S.F.M) dependiente de la Secretaría de

Salubridad y Asistencia.

3) Servicios de Salud Privado: constituido por profesionales que ejercen individualmente su profesión, ya sea en organizaciones externas y/o hospitalarias, utilizando estas como negocio, de acuerdo a las leyes de mercado y de libre empresa.

En este sentido, en el Sistema Nacional de Salud reconocemos tres grandes grupos, dentro de las clases sociales.

Para poder comprender la situación de vida y el comportamiento de los grupos humanos, se hace necesario en primer término revisar las denominaciones que se han dado a ellos, entre economistas y sociólogos se ha empleado el término de "clase social" para identificar a los grandes grupos de población que participan de semejantes situaciones económicas y políticas, este término de clase social ha sido conceptualizado por los teóricos marxistas desde dos puntos de vista: el estructural (clase en sí), cuando un grupo de individuos está ubicado en una clase social aunque no esté conciente de su pertenencia; el otro es en relación a su dinámica de los individuos que integran una clase social (clase para sí) y es cuando los individuos han hecho conciencia de su situación económica, social y política en relación a los demás grupos y actúan para proteger sus intereses o mejorar su situación económica y socio

política. (34)

Estos grupos sociales llamados clases sociales se originan desde el momento que aparece la propiedad privada de los medios de producción (tierra, capital, instalaciones físicas, herramientas, maquinaria, etc.). Desde este momento quedan formados grupos sociales radicalmente diferenciados.

Las clases sociales son grandes grupos sociales que se diferencian por el lugar que ocupan en el sistema, históricamente condicionado de la producción social, por su relación (casi siempre fijada y formulada jurídicamente) con los medios de producción; por su papel en la organización social del trabajo, y, por consiguiente, por el modo de percibir la parte de la riqueza social que disponen, así como la magnitud de la misma. (35)

Las clases sociales están integradas de la siguiente manera: uno integrado por los individuos que se posesionaron de los medios de producción y el otro grupo integrado por los individuos que sólo poseen su fuerza de trabajo ya sea muscular o cerebral, que para conseguir satisfacer sus necesidades venden a través de un contrato de trabajo directamente al capitalista o a sus intermediarios y de esta forma estos grupos quedan a merced de un grupo

(34) Bartra, Roger, Diccionario Sociología Marxista, México 1980, p. 42.

(35) Pachanko, et al, Economía, Diccionario Marxista de Economía Política, Ed. Fondo de Cultura Popular, México 1978, pp. 38-39.

reducido de propietarios que pagarán por el trabajo según sus intereses y no a las necesidades de los trabajadores. (36)

En nuestro país la estructura de clases sociales se caracteriza por grandes desigualdades en todos los aspectos de la vida social, económica y política, en base al disfrute de los bienes y servicios, puede decirse que en México existen clases sociales altas, medias y bajas.

Existen en el país una dispersión en cuanto a los servicios de salud pública, se observa un mayor énfasis en problemas de saneamiento, que en las necesidades de salud poblacional.

Tal es el caso de la S.S.A, la cual maneja las acciones de servicios no personal, como son: campañas de vigilancia epidemiológica, saneamiento ambiental y control de la contaminación, potabilización del agua, programas de nutrición y promoción comunitaria, control de fauna nociva, inspección sanitaria de mercados, puertos de entrada del país y otros lugares públicos, etc.

Además de lo antes mencionado, tiene la obligación de prestar servicios médicos a toda aquella población que ha sido marginada y está clasificada en el tercer tipo de acuerdo a la clase social al que pertenece.

(36) Aguilar Monterde, Alonso, et al, Problemas del Capitalismo Mexicano, Ed. Nuestro Tiempo, México 1977, p.88.

" Debe otorgar servicios médicos a dos terceras partes de la población mexicana".(37)

Actualmente, la mención anterior, no satisface las necesidades básicas de salud de la población no asegurada y de escasos recursos, todo esto a razón de una infinidad de factores, tanto de tipo económico, organizativo y político.

(37) López Acuña, Daniel, op cit; p.95.

2.3.3 SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

La necesidad de formar un Sistema Nacional de Salud se fundamenta en: Ampliar la cobertura y la calidad de atención a la población en general, estableciendo vínculos de planeación entre salud y nación.

En 1981 se establece la coordinación de la presidencia con los servicios de salud, con el fin de determinar los elementos normativos, administrativos, financieros y técnicos necesarios para la integración de los servicios de Salud en un Sistema Nacional, que de cobertura a toda la población.

En 1982 la presidencia propone tesis y acciones fundamentales en donde se definen las estrategias para consolidar el Sistema Nacional de Salud y se consignan los elementos básicos que han dado fundamento a la política: " HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD ". (38)

Los sustentos del Sistema Nacional de Salud son:

- 1) POLITICO: Igualdad social y Servicios de Salud para todos.
- 2) JURIDICO: Se incide el compromiso de elevar el derecho a la protección de la salud a rango constitucional.
- 3) INSTRUMENTOS: Reforma Sanitaria.
- 4) ELEMENTOS: Los elementos esenciales de esa reforma son:

(38) Valdes Olmedo, Cuauhtemoc, MEMORIAS DE UNA GESTION. SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ORIGENES, DEFINICIONES Y AVANCES. Secretaría de Salud, México 1986, pp. 1-14.

a) Un mandato, caracterizado precisamente por la inclusión del derecho a la protección de la salud en la Constitución Mexicana y por su ley reglamentaria: La Ley General de la Salud promulgada en Febrero de 1984.

b) Un instrumento que es el mismo Sistema Nacional de Salud o sea el medio para hacer crecientemente efectiva la garantía social antes mencionada.

c) Un instructivo, inserto en el esquema global de planeación del país y plasmado en el Plan Nacional de Desarrollo del cual es subsecuente el Programa Nacional de Salud. (39)

5) VERTIENTE DE OPERACION: Sistema Nacional de Salud.

Renovación Jurídica de la Salud:

Ha nivel jurídico una serie de ordenamientos legales.

A tocado al cuerpo legislativo desplegar, entre 1982 y 1986, una actividad en el campo de la salud que no tiene precedente.

Derecho a la protección de la Salud:

El tres de Febrero de 1983, se incluye en el artículo cuarto constitucional la garantía social del derecho a la salud, en el cual se establece:

a) Toda persona tiene derecho a la protección

(39) Ibidem., pp.1-14.

de la salud ;

b) Las bases y modalidades del acceso a los servicios de salud las define la ley;

c) La misma ley establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia general.

El derecho a la protección se establece como una garantía social , junto con las ya consagradas en la constitución y que incluyen la educación, el trabajo, la vivienda y la planificación familiar.

Con todo lo anterior, se tiene la finalidad de elevar el estado de salud de los mexicanos: 65 años de esperanza de vida al nacimiento, 5.9 de mortalidad general y de 33 de mortalidad infantil. (40)

Actualmente la Organización Mundial para la Salud, ha fijado los siguientes indicadores para el año 2000:

1) Aumentar a 70 años o más la esperanza de vida al nacer.

2) Disminuir la mortalidad infantil a menos de 30 defunciones por cada mil nacidos vivos.

3) Disminuir la mortalidad pre-escolar a menos de 2.4 defunciones por cada mil niños de 1 a 4 años de edad.

4) Proporcionar inmunización al 100 % de los

(40) Ibidem., pp. 1 -14.

menores de un año contra difteria , tosferina, tétanos, tuberculosis, sarampión y poliomielitis.

5) Proporcionar inmunización antitetánica al 100 % de las embarazadas, en áreas donde el tétanos neonatorum es endémico.

6) Garantizar el acceso a los servicios de salud al 100 % de la población.

7) Asegurar la disponibilidad de agua potable y alcantarillado al 100 % de la población. (41)

De esta manera , para México, la salud es un desafío a largo plazo, una responsabilidad multisectorial y necesaria.

Ley General de Salud:

En Diciembre de 1983 el Congreso de la Unión aprobó la Ley General de Salud. Fué emitida el 7 de Febrero de 1984 y está en vigor a parti del primero de Julio de esté mismo año. La Ley General de Salud reglamenta el artículo 4 to. Constitucional y tiene como objetivos:

a) Definir el contenido y las finalidades del derecho a la protección de la salud.

b) Establecer las bases jurídicas para hacer efectivo ese derecho.

c) Definir la participación y responsabilidades de

(41) Organización Panamericana de la Salud, SALUD MATERNO-INFANTIL Y ATENCION PRIMARIA A LA SALUD, Publicación Científica # 461, México 1984.

los sectores público, social y privado.

d) Establecer las bases de operación del Sistema Nacional de Salud.

e) Reglamentar la prestación de servicios.

f) Actualizar y completar la normatividad en materia de salubridad general y clarificar la distribución de competencias entre las autoridades sanitarias.

ESTRUCTURA:

La Ley General de Salud consta de 18 títulos , 59 capítulos, 472 artículos y 7 artículos transitorios.

REGLAMENTOS:

1) Atención médica: pretende reordenar, homogeneizar y modernizar el ejercicio y la prestación de este tipo de servicios, tratando de reservar los derechos de los usuarios, propiciar la mejoría de la calidad en la atención y estimular, sin limitar, el ejercicio de la medicina.

2) Disposición de órganos, tejidos y cadáveres: su propósito es reordenar, homogeneizar y modernizar la actitud y los criterios de operación en la materia, tanto para fines terapéuticos, como para la docencia y la investigación. (42)

3) Sanidad Internacional.

4) Control Sanitario de la Publicidad. 5) Control

(42) Valdes Olmedo, Cuauhtemoc. op cit .,pp 13-14.

5) Control Sanitario de Actividades locales
establecimientos y servicios.

6) Investigación en Salud.

3 METODOLOGIA

3.1 HIPOTESIS .

3.1.1 General .

Existe relación en el aumento en las tasas de Morbi-Mortalidad de la población infantil y el nivel socio-económico de la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Valle de México en el periodo 1990.

3.1.2 De Trabajo .

A mejor nivel socio-económico de la población menor será el índice en las tasas de Morbi-Mortalidad infantil derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Valle de México en el periodo 1990.

3.1.3 Nula .

No existe relación entre el aumento en las tasas de Morbi-Mortalidad y el nivel socio-económico de la población infantil derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Valle de México en el periodo 1990.

3.2 Material y métodos .

- Definición del universo:

Recien nacidos en unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social del Valle de México, derechohabientes del mismo.

- Diseño Muestral: Se efectuó la elección bajo un procedimiento aleatorio simple de 10 Unidades de Medicina

Familiar del Valle de México. Al inicio de la etapa de captura, se anuló el procedimiento anterior por el poco avance en el registro de nacimientos. Por ello se estudiarón a todos los niños nacidos en Unidades de Atención Gineco-Obstétrica del I.M.S.S., localizadas en el Valle de México (específicamente Hospitales Generales de Zona y Hospitales de Gineco-Obstetricia).

Se realizó un listado en cada unidad de atención gineco-obstétrica, el cual se levantó diariamente por un espacio de tres meses; tiempo mayor al propuesto (1 mes) para la recolección.

El tamaño muestral calculado fué de 1500 niños, de los cuales 1200 fuerón registrados.

La observación que se realizó fué básicamente al niño recién nacido, así como a la familia. La información se obtuvo por interrogatorio directo a un familiar ó a la madre.

De los 1200 registrados sólo 80 casos se eligieron para el desarrollo de este trabajo, del total de 150 que se consideraron para realizar sus visitas.

De estas 150, 56 fuerón dadas de baja por motivos que a continuación se mencionan.

- Criterios de inclusión: Todos los recién nacidos en Unidades Médicas de Atención Gineco-Obstetrica del I.M.S.S., sin tomar en cuenta el número de Unidad de

adscripción y que hayan nacido en los 3 meses de captura.

- Criterios de exclusión y eliminación: Cuando la madre o el familiar más cercano no deseó colaborar en proporcionar la información requerida, o bien no aceptaron ser visitados periódicamente.

También se excluyeron aquellos que dieron un domicilio falso; los que cambiaron de domicilio para radicar en otra ciudad y aquellas personas que encontrado su domicilio no contestaron al llamado del timbre o al número telefónico dado en el hospital; es decir aquellos recién nacidos que no pudieron ser localizados.

- Determinación de la información recolectada: Los cuestionarios aplicados básicamente incluyeron datos de características socioeconómicas y de vivienda; datos gineco-obstétricos prenatales; por último el cuestionario de seguimiento mensual el cual incluyó preguntas acerca de morbilidad y mortalidad, calidad de la atención, medicamentos ministrados por enfermedad, hospitalización, y alimentación.

3.2.1 Independiente .

Nivel socio-económico .

3.2.1.1 Indicadores .

de personas que viven en la vivienda; # de cuartos en la vivienda servicios públicos(agua, drenaje, luz,etc.); gasto familiar; edad; escolaridad; actividad; ocupación; posición en ocupación; estado civil; condiciones de la vivienda; techo; suelo; paredes;# de personas que contribuyen al gasto familiar; atención médica; sexo; relación de parentesco; fecha de nacimiento; rama de actividad de la empresa donde trabaja.

3.2.2 Dependiente .

Morbi-mortalidad en la población infantil en el primer año de vida.

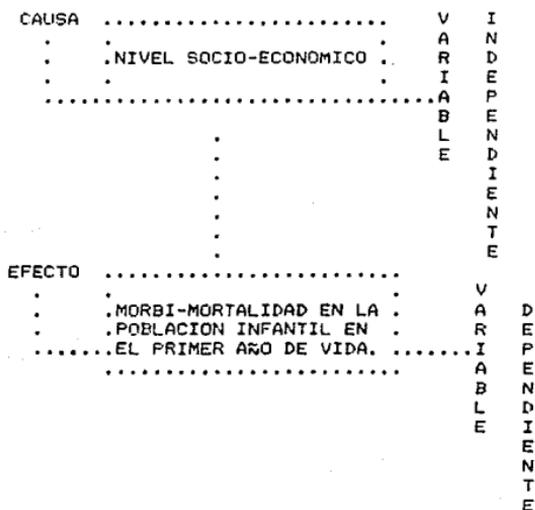
3.2.2.1 Indicadores de la variable .

En este mes se ha enfermado; De qué se enfermó ; Que día empezó a estar enfermo; Acudió al médico; Porque no fué al médico; Que día lo llevó por primera vez al médico; Adonde acudió; Se curó; Cuando se curó; Acudió más veces al médico por esta enfermedad; Se enfermó de algo más; Esta su hijo hospitalizado;Ha manifestado alguno de los siguientes síntomas:Catarro, ojo rojo, lagrimeo, lagañas,pus en el oído,fuegos,tos, flemas, dificultad para respirar, dolor en

el torax, dolor de ojos, dolor de estómago, diarrea, pujo, estriñimiento, sangre en el escremento, deshidratación, calentura, anginas, vómito, cólicos en el estómago.

En cuanto a mortalidad: Cuando murió, que edad tenía al morir; este hijo murió en un hospital o centro de salud; quien lo atendió cuando murió; de que murió; y cuanto tiempo duró enfermo.

3.2.3 Modelo de relación causal de las variables.



3.3.1 CRONOGRAMA .

ACTIVIDADES	MESES														
	O.	N.	D.	E.	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	
	15-28	24	3-10	3-30	1-28	15-30	2-10	5-20	15-30	3-24	1-15				
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.															
FORMULACION DE HIPOTESIS															
VARIABLES E INDICADORES METODOLOGIA.															
DISEÑO DE INVESTIGACION BIBLIOTECA.															
ESTRUCTURA DEL MARCO TEORICO.															
LEVANTAMIENTO DE ENCUESTAS.															
DISEÑO DE INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE LA INFORMA.															
ELABORA. DE TESIS RELAC.															
PROCESAMIENTO DE LA INFORMA.															
ANALISIS DE LA INFORM.															
IMPRESION DE LA TESIS.															

4 INSTRUMENTACION ESTADISTICA .

4.1 UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA .

UNIVERSO: Recien nacidos en Unidades Médicas del I.M.S.S del Valle de México, derechohabientes del mismo.

POBLACION: Recien nacidos en Unidades Médicas del I.M.S.S en las 24 hrs. del dia.

MUESTRA: Se estudiarán a todos los niños que nazcan en unidades de Atención Gineco-Obstétrica del I.M.S.S localizadas en el Valle de México (específicamente H.G.Z y H.G-O) y por adscripción pertenezcan a las 10 U.M.F. previamente seleccionadas.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION .

CUADRO # 1 .

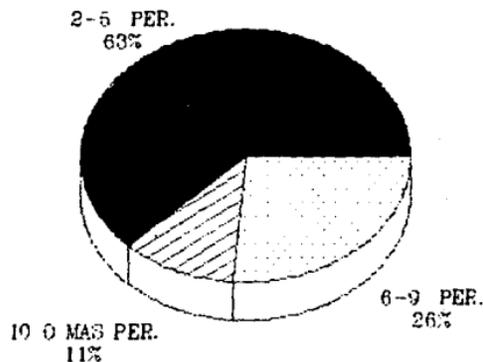
Número de personas que integran la familia de los recién nacidos estudiados , derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México, del 15 de Marzo al 31 de Diciembre de 1990.

PERSONAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2 A 5	50	62.5 %
6 A 9	21	26.0 %
10 Y MAS	9	11.2 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres ó algún otro familiar de los recién nacidos, estudiados en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: El cuadro anterior muestra que el 62.5% de las familias estudiadas están integradas por 2 a 5 personas, son familias pequeñas que satisfacen las necesidades básicas para vivir. El 26 % son familias integradas por 6 a 9 personas y el 11 % son familias numerosas con más de diez personas.

GRAFICA No.1.
NUEVO DE PERSONAS QUE INTEGRAN
LA FAMILIA DEL RECIEN NACIDO.D.F,1990..



FUENTE: CUADRO 1

CUADRO # 2 .

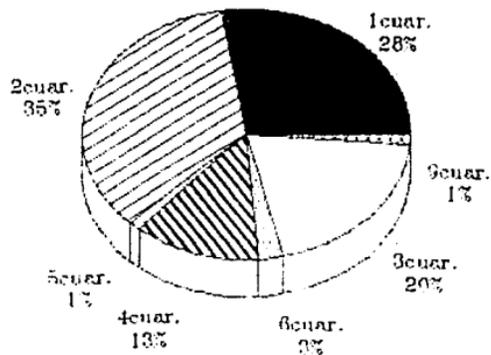
Número de cuartos que tiene la casa-habitación de los recién nacidos estudiados, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México, entrevistados del 15 de Marzo al 31 de Diciembre de 1990.

CUARTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	22	27.5 %
2	28	35.0 %
3	16	20.0 %
4	10	12.5 %
5	1	1.3 %
6	2	2.5 %
9	1	1.3 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres ó algún otro familiar de los recién nacidos estudiados en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: El 27.5 % disponen de una pieza, lo cual podría indicar la presencia de hacinamiento, esto significa un factor desfavorable para la salud. Un 67.5 % cuentan con 2,3 y 4 cuartos y sólo el 5.1 % tienen casa con 5 y más cuartos.

GRAFICA No. 2.
NUMERO DE CUARTOS EN VIVIENDAS
DE LOS RECIEN NACIDOS.D.F.,1990.



FUENTE: ISTAT No. 2

CUADRO # 3 .

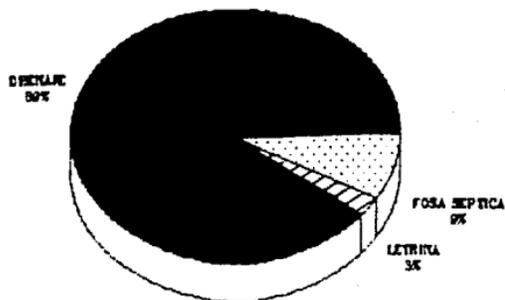
Condición del baño de los recién nacidos estudiados, en el Valle de México, derechohabientes del I.M.S.S., entrevistados del 15 de Marzo al 31 de Diciembre de 1990.

BAÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAÑO CONECTADO AL SISTEMA DE DRENAJE.	71	88.8 %
EXCUSADO CONEC. A FOSA SEPTICA	7	8.8 %
LETRINA CONEC. A POZO NEGRO.	1	1.3 %
NO TIENE	1	1.3 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Misma que la anterior.

INTERPRETACION: El cuadro anterior nos muestra que hay un 88.8 % de las familias cuentan con baño conectado al sistema de drenaje, lo cual favorece al recién nacido, por haber un buen control de excretas. Por otro lado, tenemos un 8.8 % que cuentan con excusado conectado a fosa séptica; un 1.3 % que tienen letrina y 1.3 % que no tienen, aquí podemos decir que son formas que propician los criaderos de insectos, vectores de padecimientos gastrointestinales.

GRAFICA No. 3.
TIPO DE BAÑO EN HOGARES
DE LOS RECIEN NACIDOS.D.F.,1990.



FUENTE : CUADRO 3.

CUADRO # 4 .

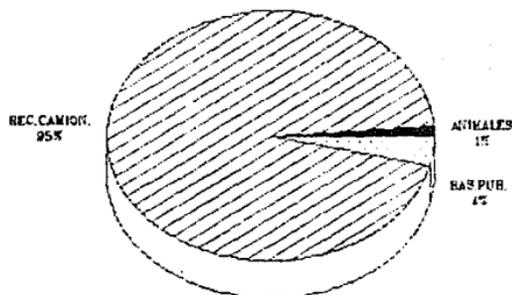
Destino de los desechos que se producen en la vivienda de los recién nacidos estudiados, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México, entrevistados del 15 de Marzo al 31 de Diciembre de 1990.

DESTINO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SE LOS DA A LOS ANIMALES	1	1.3 %
LOS QUEMA	2	2.5 %
LOS TIRA EN EL BASURERO PUBLICO.	2	2.5 %
LOS RECOGE EL CAMION.	75	93.8 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres (o algún otro familiar de lo recién nacidos, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: El cuadro nos muestra que un 93.8 % de la población estudiada cuenta con un control de desechos bueno (los recoge el camión), lo cual nos demuestra que no hay acúmulo de desechos que pudieran propiciar el proceso enfermedad. Hay un 5 % de personas que la queman o la tiran en el basurero público, lo cual se puede considerar desfavorable para la salud, por un lado porque al quemarlos contaminan el ambiente y por el otro los basureros públicos son formadores de focos de infección y de formación de vectores transmisores de enfermedad.

GRAFICA No.4.
SISTEMAS DE DESHECHO EN EL HOGAR
DEL RECIEN NACIDO.D.F.,1990.



FUENTE: CUADRO 4.

CUADRO # 5 .

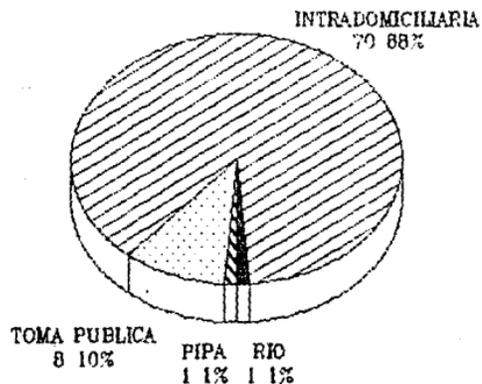
Obtención del agua para uso en el hogar de los recién nacidos estudiados, derechohabientes de I.M.S.S. en el Valle de México, entrevistados del 15 de Marzo al 31 de Diciembre de 1990.

OBTENCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RIO	1	1.3 %
PIPA QUE UD. PAGA.	1	1.3 %
TOMA DE AGUA PUBLICA.	8	10 %
TOMA DE AGUA INTRADOMICILI.	70	87.5 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres u algún otro familiar de los recién nacidos derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: En el cuadro se observa que el 87.5 % de la población estudiada cuentan con toma de agua dentro de su domicilio; un 10 % la obtienen de toma de agua pública y un 5 % de un río y de pipa que pagan, lo cual demuestra que existe una pequeña porción de la población que carece de este servicio.

GRAFICA No.5.
PROCEDENCIA DEL AGUA DE CONSUMO EN
EL HOGAR DEL RECIEN NACIDO.D.F.,1990.



FUENTE: CUADRO 5.

CUADRO # 6 .

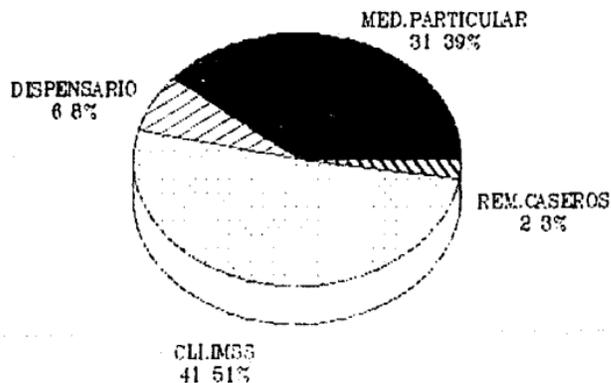
Recursos que utilizan los padres para resolver los problemas de salud de los recién nacidos estudiados, derechohabientes del I.M.S.S.en el Valle de México, entrevistados del 15 de Marzo al 31 de Diciembre de 1990.

RECURSOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
REMEDIOS CASEROS	1	1.3 %
MEDICO PARTI.	31	38.8 %
DISPENSARIO	6	7.5 %
CLINICA IMSS	41	51.3 %
NO HACE NADA	1	1.3 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres ó algún otro familiar de los recién nacidos, derechohabientes del I.M.S.S.en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: Los datos del cuadro, nos muestra que un 2.5 % no hacen nada y utilizan remedios caseros en caso de enfermedad, lo cual demuestra que son los de más riesgo a enfermarse más frecuentemente; un 38.8 % utilizan médico particular; acuden al dispensario un 7.5 % y acuden a su clínica un 51.3 % .

GRAFICA No.6.
RECURSOS UTILIZADOS EN PROBLEMAS
DE SALUD DEL RECIEN NACIDO.D.F.,1990.



FUENTE: CENADRO 8.

CUADRO # 7 .

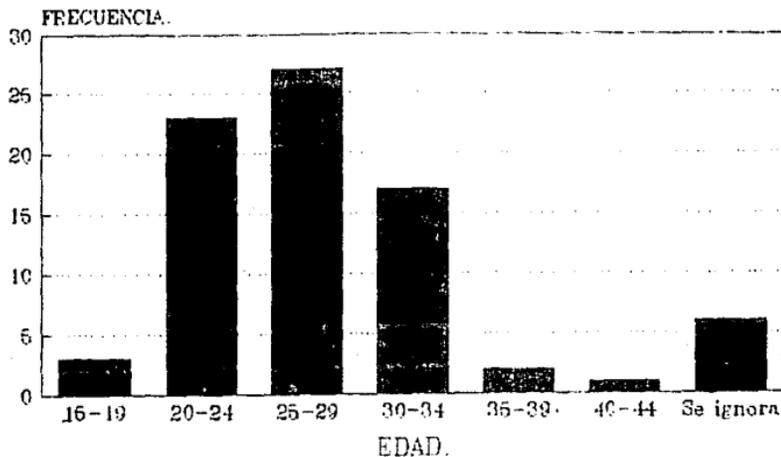
Edad de padres de los recién nacidos estudiados, de derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México, entrevistados del 15 de Marzo al 31 de Diciembre de 1990.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-19	3	3.8 %
20-24	23	28.8 %
25-29	27	35.1 %
30-34	17	21.5 %
35-39	2	2.6 %
40-44	1	1.3 %
SE IGNORA.	6	7.5 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres ó algún otro familiar de los recién nacidos, de derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: En base a los datos de este cuadro se tiene la información, de que las edades de los padres de los recién nacidos estudiados en las distintas colonias del Distrito Federal oscilan entre 15 y 44 años de edad, siendo la población de 25-29 más frecuente con un 35.1 %; para los de 20-24 ,28.8 %; para los de 30-34 de un 21.5 %, en forma general la población es relativamente joven.

GRAFICA No.7.
DISTRIBUCION DE EDAD DE LOS PADRES
DEL RECIEN NACIDO. D.F. 1990



FUENTE CUADRO 7.

CUADRO # 8 .

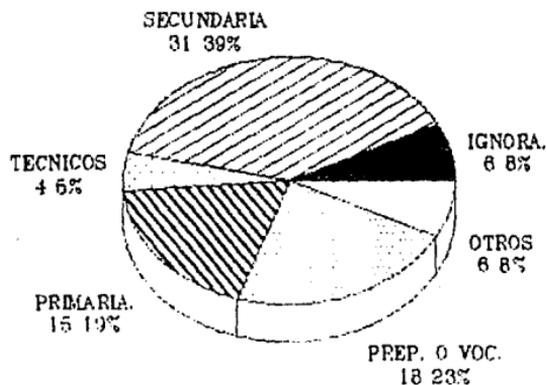
Escolaridad de los padres de los recién nacidos estudiados, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México, entrevistados del 15 de Marzo al 31 de Diciembre de 1990.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SE IGNORA	6	7.5 %
PRIMARIA	15	18.8 %
SECUNDARIA	31	38.8 %
PREP. O VOC.	10	22.5 %
TECNICOS	4	5 %
PROFESIONAL	5	6.3 %
POSGRADO	1	1.3 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres ó algún otro familiar de los recién nacidos, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: En el cuadro anterior se observa que el 38.8 % de los padres cuentan con secundaria completa y un 22.5 % con prepa ó vocacional; 5 % una carrera técnica; un 7.6 % con nivel profesional y un 18.8 % cuentan con primaria lo cual nos demuestra que el nivel educacional es satisfactorio para la correcta atención al recién nacido.

GRAFICA No.8.
DISTRIBUCION DE PADRES DEL RECIEN
NACIDO SEGUN ESCOLARIDAD.D.F,1990.



FUENTE: CUADRO 8.

CUADRO # 9 .

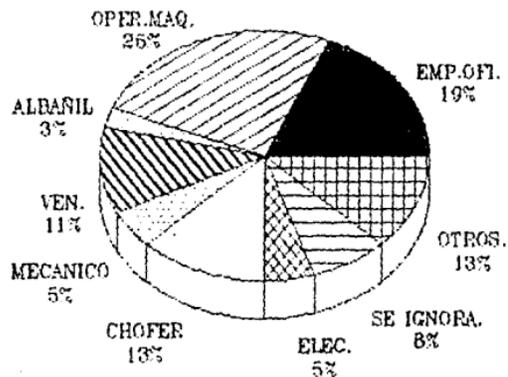
Actividad de padres de los recién nacidos que sostienen económicamente a las familias estudiadas en el Valle de México, derechohabientes del I.M.S.S., entrevistadas del 15 de Marzo al 31 de Diciembre de 1990.

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALBAÑIL	2	2.5 %
OPER.MAQ.	20	25.2 %
VENDEDOR	9	11.4 %
CHOFER	10	12.5 %
MECANICO	4	5 %
EMP.OFI.	15	18.8 %
ELECTRICISTAS.	4	5 %
IGNORA	6	7.5 %
OTROS	10	12.5 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres u algún otro familiar de los recién nacidos, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: Los datos de este cuadro indican que el 47.7 % de las personas que trabajan están ubicadas en la rama industrial; en el sector comercio un 11.4 %; y en el sector servicios un 31.3 %, según estos datos la distribución por ocupación hace más clara su ubicación en la clase social media.

GRAFICA No.9.
DISTRIBUCION SEGUN ACTIVIDAD DE LOS
PADRES DE LOS RECIEN NACIDOS.D.F.,1990



FUENTE: CUADRO 9.

CUADRO # 10 .

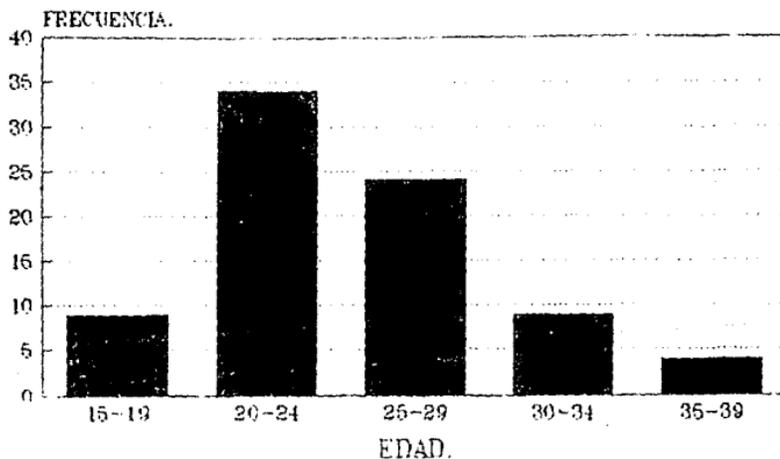
Edad de madres de los recién nacidos estudiados, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México, entrevistados del 15 de Marzo al 31 de Diciembre de 1990.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-19	9	11.3 %
20-24	34	42.7 %
25-29	24	30.1 %
30-34	9	11.3 %
35-39	4	5 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres ó algún otro familiar de los recién nacidos, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: Con base en los datos de este cuadro se tiene la información, de que las edades en esta población femenina oscila entre los 15 y 39 años; siendo de 20-24 años la más frecuente, 42.7 %; y de 25-29 de un 30.1 %; 11.3 % para las de 15-19 años; para las de 30-34 de 11.3 % y las de 35-39 un 5 %. las edades que concuerdan para la reproducción en la mujer son las de 25 a 35 años.

GRAFICA No.10.
DISTRIBUCION DE EDAD DE MADRES
DEL RECIEN NACIDO, D.F., 1990.



FUENTE: CUADRO 10.

CUADRO # 11 .

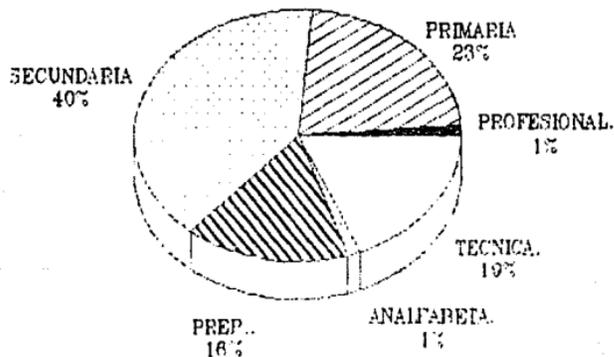
Escolaridad de las madres de los recién nacidos estudiados, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México, entrevistados del 15 de Marzo al 31 de Diciembre de 1990.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	18	22.5 %
SECUNDARIA	32	40.0 %
PREP. O VOCA.	13	16.3 %
TECNICOS	15	18.8 %
PROFESIONAL	1	1.3 %
NO ASISTIO	1	1.3 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres ó algún otro familiar de los recién nacidos, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: El 40 % de las mujeres estudiadas cuentan con secundaria; el 22.5 % cuentan con primaria; un 18.8 % con un nivel técnico; un 16.3 % con prep. ó voca.; 1.3 % con estudios profesionales y un 1.3 % analfabeta. Tienen un nivel educacional bueno la mayoría de las señoras estudiadas, por lo que hay una correcta atención al recién nacido.

GRAFICA No.11.
DISTRIBUCION DE MADRES DEL RECIEN
NACIDO SEGUN ESCOLARIDAD.D.F.,1990.



FUENTE: CENSO 1990

CUADRO # 12 .

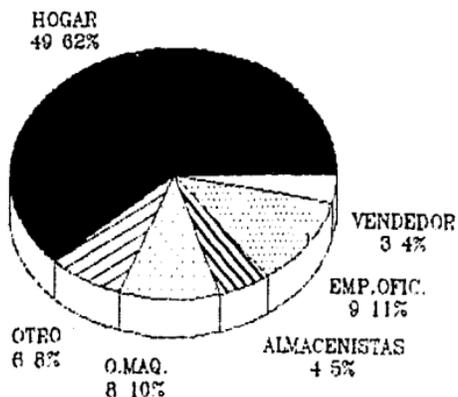
Actividad de las madres de los recién nacidos estudiados, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México, entrevistados del 15 de Marzo al 31 de Diciembre de 1990.

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	49	61.3 %
EMP. DE OFIC.	9	11.3 %
OPER. MAQ.	8	10.1 %
OTROS	6	7.6 %
ALMACENISTAS	4	5 %
VENDEDOR	3	3.8 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres u algún otro familiar de los recién nacidos, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: Los datos de este cuadro indican que el 61.3 % de las mamás se dedican al hogar; un 11.3 % trabajan en oficinas; un 10.1 % en la rama industrial; otras actividades con un 7.6 %; como almacenistas un 5 % y en el comercio un 3.8 %. Para las madres que no trabajan es favorable porque así atienden bien al recién nacido. ahora para las que trabajan, es favorable el que trabajen porque así favorecen a mejorar su nivel económico pero a la vez es desfavorable porque desatienden al recién nacido.

GRAFICA No.12.
DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDAD DE MADRE
DEL RECIEN NACIDO.D.F.,1990.



FUENTE: CUADRO 12

CUADRO # 13 .

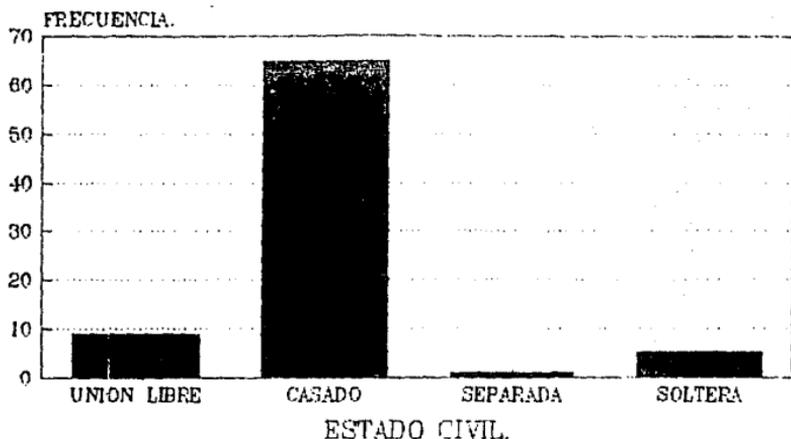
Estado civil de los padres de familia de los recién nacidos estudiados, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México, entrevistados del 15 de Marzo al 31 de Diciembre de 1990.

EDO. CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNION LIBRE	9	11.3 %
CASADA (O)	65	81.3 %
SEPARADA (O)	1	1.3 %
SILTERA (O)	5	6.3 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres o algún otro familiar de los recién nacidos derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: El 81.3 % contestó que eran casadas; un 11.3 % viven en unión libre; 6.3 % son solteras y un 1.3 % están separadas.

GRAFICA No.13.
ESTADO CIVIL DE PADRES DE LOS
RECIEN NACIDOS.D.F.,1990.



FUENTE CUADRO 12.

CUADRO # 14 .

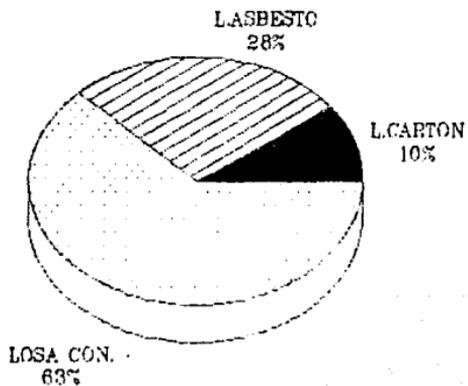
Tipo de techo de la vivienda de los recién nacidos estudiados, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México, entrevistados del 15 de Marzo al 31 de Diciembre de 1990.

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PALMA O LAM. DE CARTON.	8	10.0 %
LAM. ASBESTO O METALICA.	22	27.5 %
LOSA DE CONC..	50	62.5 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Misma del cuadro anterior.

INTERPRETACION: El cuadro nos muestra que un 62.5 % de las casas de los recién nacidos tienen techo de losa de concreto, 27.5 % son de lamina de asbesto ó metálica y un 10 % son de lámina de cartón. las que tienen lámina de asbesto ó de cartón son desfavorables para la salud de los recién nacidos.

GRAFICA No.14.
TIPO DE TECHO DEL HOGAR
DEL RECIEN NACIDO.D.F.,1990.



FUENTE: CUADRO 14

CUADRO # 15 .

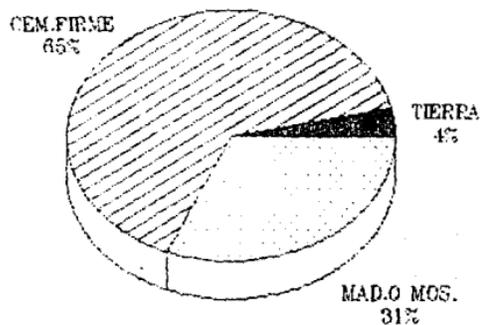
Material de construcción del suelo de la casa de los recién nacidos estudiados, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México, entrevistados del 15 de Marzo al 31 de Diciembre de 1990.

SUELO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TIERRA	1	1.3 %
CEMENTO FIRME	52	65.0 %
MADERA, MOSAICO, U OTROS RECUB..	25	31.3 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres o algún otro familiar de los recién nacidos, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: El cuadro nos muestra que el 65 % cuentan con piso de cemento firme; un 31.3 % cuentan con piso de madera o mosaico y un 1.3 % su piso es de tierra, este ultimo es desfavorable para la salud del niño.

GRAFICA No. 15.
TIPO DE SUELO DE VIVIENDA
DEL RECIEN NACIDO.D.F.,1990.



FUENTE: CUADRO 15.

CUADRO # 16 .

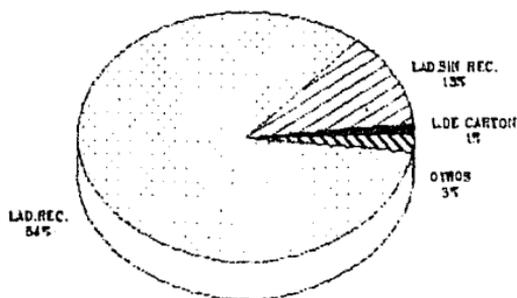
Material de construcción de pared de la vivienda del recién nacido estudiado, derechohabiente del I.M.S.S. en el Valle de México, entrevistados del 15 de Marzo al 31 de Diciembre de 1990.

PARED	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LAMINA DE CARTON.	1	1.3 %
ADOBE O LAD. SIN RECUBRIR	10	12.5 %
ADOBE O LAD. RECUBIERTO	67	83.8 %
OTRO	2	2.5 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres ó algún otro familiar de los recién nacidos, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: El cuadro nos muestra que el 83.8 % tienen pared de ladrillo recubierto; un 12.5 % son de ladrillo sin recubrir; un 1.3 % son de lámina de cartón y un 2.5 % son de otro material, lo cual significa que es muy poco el riesgo que tienen los infantes de enfermar.

GRAFICA No.16.
TIPO DE PARED DE VIVIENDA
DEL RECIEN NACIDO.D.F.,1990.



FUENTE: CUADRO 18

CUADRO # 17 .

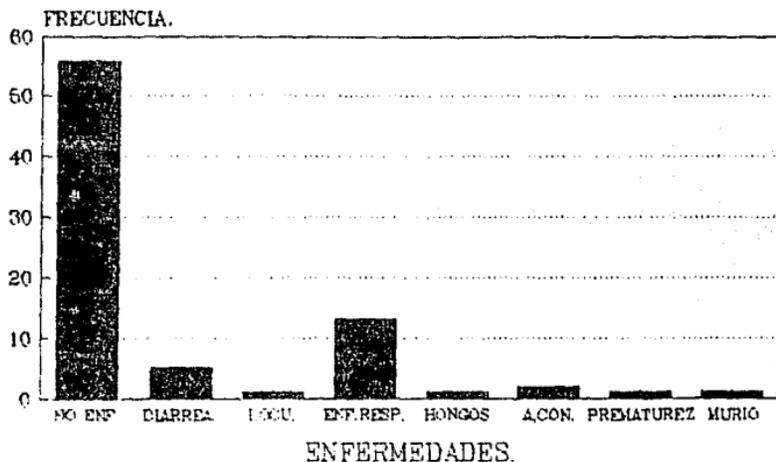
Padecimientos que presentaron los recién nacidos estudiados, en el primer mes de vida, en el Valle de México en 1990.

ENFERMEDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO SE ENFERMO	56	70 %
DIARREA	6	7.6 %
INF. OCULARES	1	1.3 %
ENF. APAR. RESP.	13	16.4 %
ANOM. CONGENITAS	2	2.5 %
PREMATUREZ	1	1.3 %
ENF. MICOTICAS	1	1.3 %
FALLECIO	1	1.3 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres o algún otro familiar de los recién nacidos, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: El 70 % de los recién nacidos estudiados, no presentaron problemas de salud en esta primer etapa de su vida y un 30 % si los tuvieron, principalmente en problemas de aparato respiratorio con un 16.4 %; diarreas con un 7.6 %; anomalias congénitas con un 2.5 %; prematuridad, infecciones micóticas e infecciones oculares cada una con un porcentaje de 1.3 %; y de 1.3 % para los fallecidos, lo cual significa que los datos reportados por las instituciones de salud sobre morbi-mortalidad infantil van con la realidad reportada en la República Mexicana.

GRAFICA No.17.
PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO
EN EL PRIMER MES DE VIDA.D.F.,1990.



FUENTE: CUADRO 17

Cuadro # 18 .

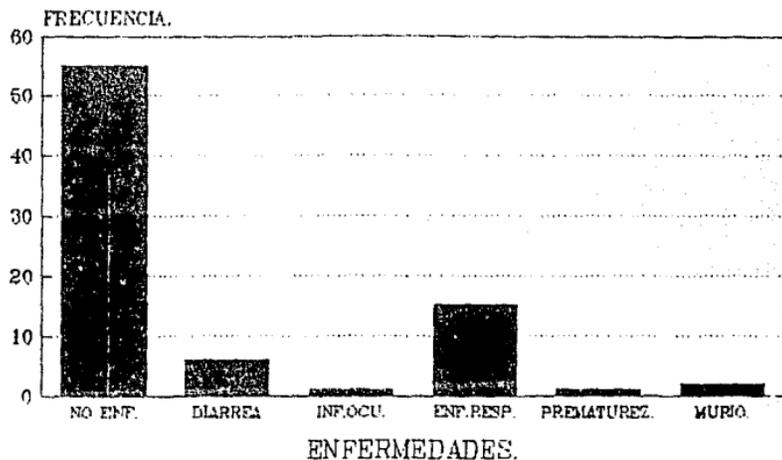
Padecimientos que presentaron los recién nacidos estudiados, en el segundo mes de vida, en 1990.

ENFERMEDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
NO SE ENFERMO	55	68.8 %
DIARREA	6	7.6 %
INF. OCULARES	1	1.3 %
ENF. APAR. RESP.	15	18.8 %
PREMATUREZ	1	1.3 %
FALLECIO	2	2.5 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres ó algún otro familiar de los recién nacidos, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: Los datos de este cuadro, en primer termino indican que el 68.8 % de los infantes no se enfermaron en el segundo mes; en el resto de los niños, el 18.8 % tuvieron problemas de vias respiratorias; y un 7.5 % problemas gastrointestinales; en cuanto a enfermedades oculares y prematurez ambas con 1.3 % y un porcentaje del 2.5 % para los que fallecieron, esto demuestra que una pequeña porción de los infantes presenta alguna enfermedad.

GRAFICA No.18.
PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO
EN EL SEGUNDO MES DE VIDA.D.F,1990.



FUENTE:CUADRO 18.

CUADRO # 19 .

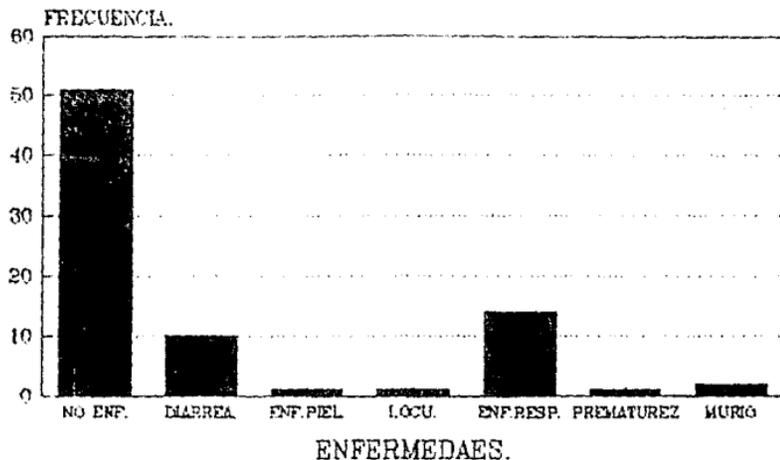
Padecimientos que presentaron los recién nacidos en el tercer mes de vida, en 1990.

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO SE ENFERMARON	51	63.8 %
DIARREA	10	12.6 %
ENF. DE LA PIEL	1	1.3 %
INF. OCULARES	1	1.3 %
ENF. APAR. RESP.	14	17.6 %
PREMATUREZ	1	1.3 %
FALLECIO	2	2.5 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres u algún otro familiar de los recién nacidos, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACIÓN: Los datos de este cuadro, indica que el 63.8 % no se enfermaron; un 12.6 % presentaron problemas gastrointestinales; un 17.6 % tuvieron problemas de aparato respiratorio; enfermedades de la piel, infecciones oculares y prematurez, ambas con un porcentaje de 1.3 % y un porcentaje de 2.5 % para los que fallecieron.

GRAFICA No.19.
PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO
EN EL TERCER MES DE VIDA.D.F.,1990.



FUENTE: CUADRO 19.

CUADRO # 20 .

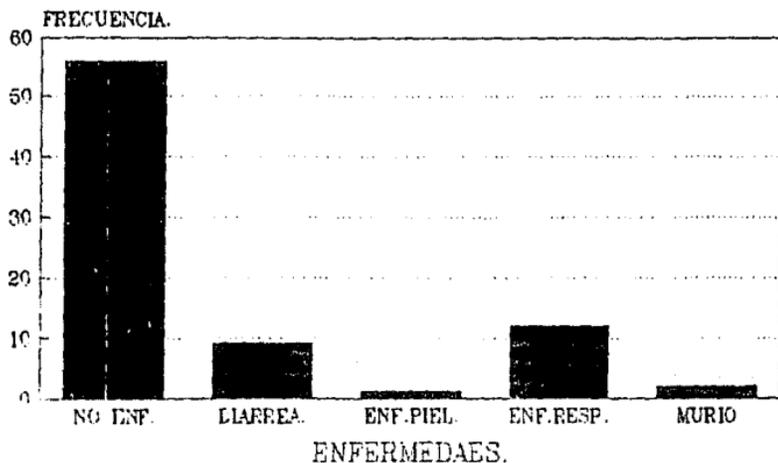
Padecimientos que presentaron los recién nacidos, en el cuarto mes de vida, en 1990.

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
NO SE ENFERMARON	56	70 %
DIARREA	9	11.3 %
ENF. DE LA PIEL	1	1.3 %
ENF. APAR. RESP.	12	15.1 %
FALLECIO	2	2.5 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres ó algún otro familiar de los recién nacidos, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: El cuadro anterior nos muestra que un 70 % de los niños no se enfermaron, mientras que los demás presentaron los siguientes problemas: diarreas, 11.3 %; enf. apa. resp. 15.1 %; 2.5 % para los que fallecieron y 1.3 % para enf. de la piel, como se observa las enfermedades más frecuentes siguen siendo las respiratorias y las gastrointestinales.

GRAFICA No.20.
PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO
EN EL CUARTO MES DE VIDA.D.F.,1990.



FUENTE: CUADRO 23

CUADRO # 21 .

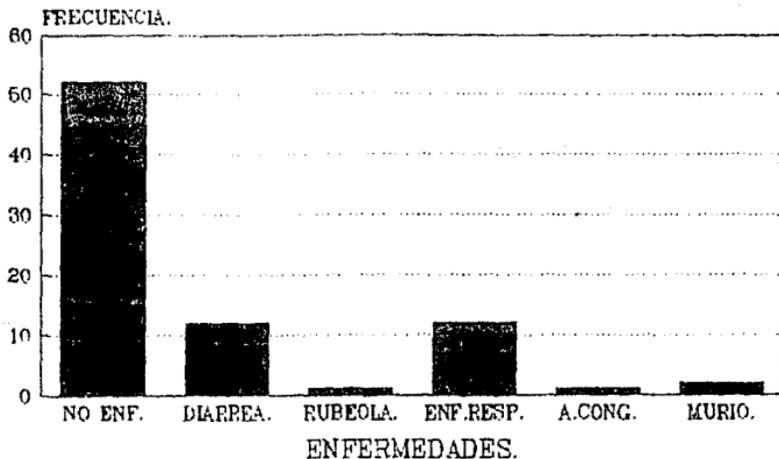
Padecimientos que presentaron los recién nacidos, en el quinto mes de vida, en 1990.

ENFERMEDAD	FRCUENCIA	PORCENTAJE
NO ENFERMARON	52	65.0 %
DIARREA	12	15.0 %
RUBEOLA	1	1.3 %
ENF. APAR. RESP.	12	15.0 %
ANOM. CONGENITAS	1	1.3 %
FALLECIO	2	2.5 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres ó algún otro familiar de los recién nacidos , derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: Como se puede observar, el cuadro nos muestra una prevalencia en las enfermedades tanto respiratorias como gastrointestinales siendo ambas con un porcentaje de 15.0 %; también se observan con un 1.3 % enfermedades congénitas y otro 1.3 % para los padecimientos transmisibles propios de la infancia, como es la rubeola, en cuanto a fallecidos sigue existiendo el mismo porcentaje que en los meses anteriores.

GRAFICA No. 21.
PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO
EN EL QUINTO MES DE VIDA.D.F.,1990.



FUENTE: CUADRO 21.

CUADRO # 22 .

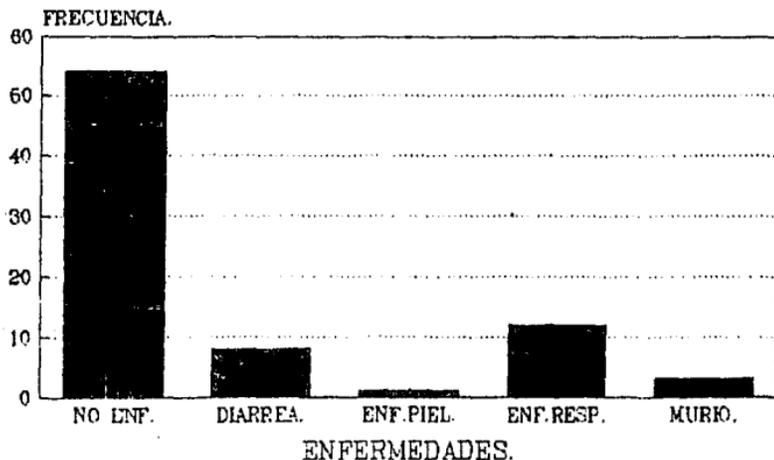
Padecimientos que presentaron los recién nacidos, en el sexto mes de vida, en 1990.

ENFERMEDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO ENFERMARON	54	67.5 %
DIARREA	8	10.1 %
ENF. DE LA PIEL	1	1.3 %
ENF. AFAR. RESP.	14	17.5 %
FALLECIO	3	3.8 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres u algún otro familiar de los recién nacidos, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: El cuadro anterior nos muestra que un 67.5 % de los recién nacidos estudiados no se enfermaron en el sexto mes de vida, y siguen prevaleciendo las enfermedades respiratorias (17.5 %) y las gastrointestinales (10.1 %) en este mes aumentó el número de fallecidos, siendo este de 3.8 %.

GRAFICA No.22.
PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO
EN EL SEXTO MES DE VIDA.D.F.,1990.



FUENTE CUADRO 22.

CUADRO # 23 .

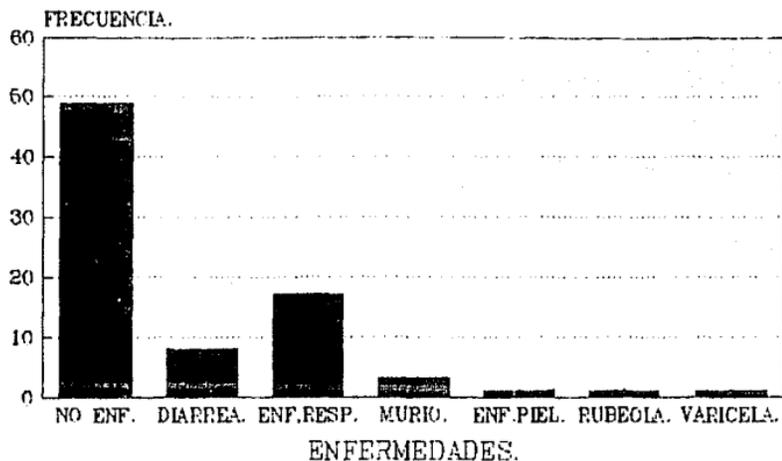
Padecimientos que presentaron los recién nacidos, en el séptimo mes de vida, en 1990.

ENFERMEDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO ENFERMARON	49	61.3 %
DIARREA	8	10.0 %
VARICELA	1	1.3 %
RUBEOLA	1	1.3 %
ENF. DE LA PIEL	1	1.3 %
ENF. APAR. RESP.	17	21.3 %
FALLECIO	3	3.8 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres o algún otro familiar de los recién nacidos, derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: Los datos de este cuadro indican que, el 61.3 % no se enfermaron; para los que se enfermaron de vías respiratorias se reportó un 21.3 %; de diarrea, 10.1 % y un 3.8 % fué afectado por los padecimientos transmisibles propios de la infancia.

GRAFICA No.23.
 PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO
 EN EL SEPTIMO MES DE VIDA.D.F.,1990.



FUENTE CUADRO 22.

CUADRO # 24 .

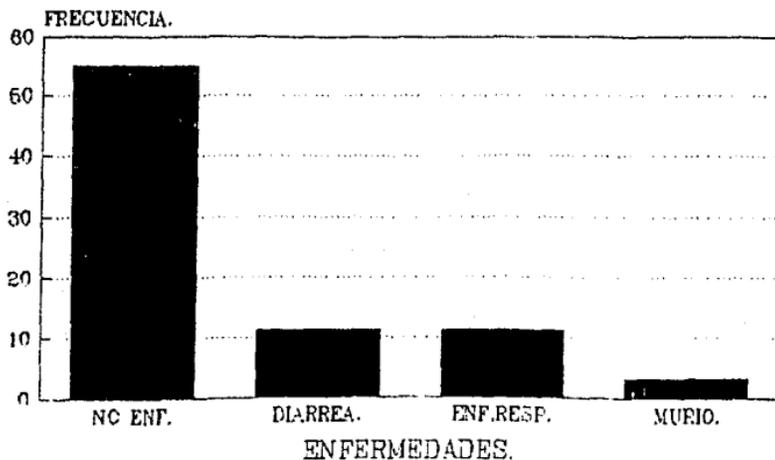
Padecimientos que presentaron los recién nacidos, en el octavo mes de vida, en 1990.

ENFERMEDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO ENFERMARON	55	68.8 %
DIARREA	11	13.8 %
ENF. APAR. RESP.	11	13.8 %
FALLECIO	3	3.8 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres o algún otro familiar de los recién nacidos derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: El cuadro muestra que el 68.8 % de los infantes no se enfermaron y un 22 % tuvieron alguna enfermedad de las cuales las más frecuentes fueron padecimientos respiratorios y gastrointestinales ambas con un 13.8 % y un 3.8 % para los que fallecieron

GRAFICA No.24.
PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO
EN EL OCTAVO MES DE VIDA.D.F.,1990.



FUENTE CUADRO 24.

CUADRO # 15 .

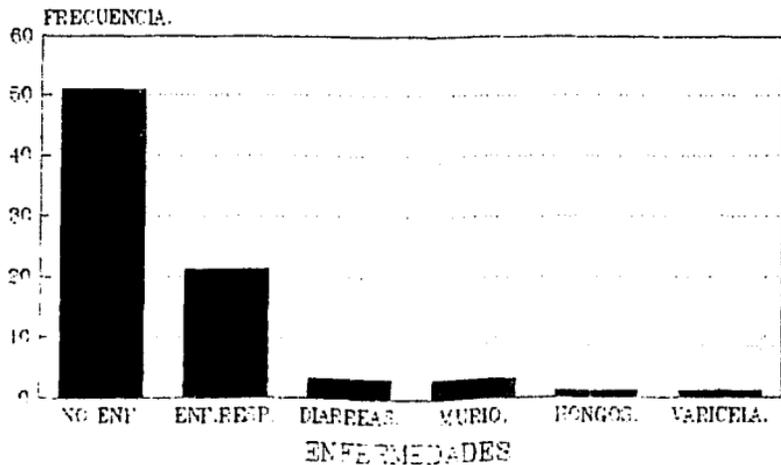
Padecimientos que presentaron los recién nacidos en el noveno mes de vida, en 1990.

ENFERMEDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO ENFERMARON	51	63.8 %
DIARREA	3	3.8 %
VARICELA	1	1.3 %
MICOTICAS	1	1.3 %
ENF. APAR. RESF.	21	26.4 %
FALLECIDO	3	3.8 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista directa a 80 madres o algún familiar de los recién nacidos derechohabientes del I.M.S.S. en el Valle de México en 1990.

INTERPRETACION: El cuadro anterior nos muestra un aumento muy significativo en cuanto a incidencia de enfermedades de vías respiratorias, 26.4 % y una baja importante en los padecimientos gastrointestinales, 3.8 %; en cuanto a enfermedades exantémicas sólo la varicela estuvo presente en éste mes y sigue prevaleciendo un 3.8 % Para los que fallecieron, cifra muy significativa para este estudio.

GRAFICA No.25.
PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO
EN EL NOVENO MES DE VIDA.D.F.,1990.



FUENTE: CENEP 25

CUADRO. # 26 .

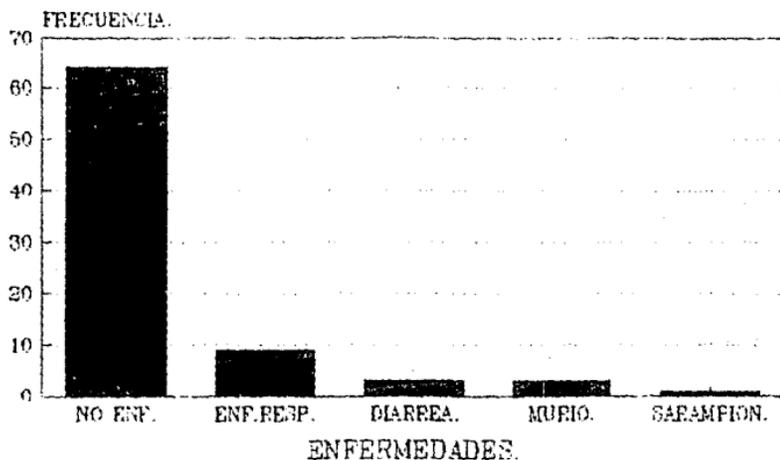
Padecimientos que presentaron los recién nacidos en el
 décimo mes de vida, en 1990.

ENFERMEDES	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
NO SE ENFERMO	64	80 %
DIARREA	3	3.8 %
SARAMPION	1	1.3 %
ENF. APAR. RESP.	9	11.3 %
FALLECIO	3	3.8 %
TOTAL	80	100 %

FUENTE: Misma que cuadro anterior.

INTERPRETACION: El cuadro anterior nos muestra que el 80 % de los niños no se enfermaron; el 11.3 % sufrieron de enfermedad de vías respiratorias; un 3.8 % para los padecimientos diarreicos y un 1.3 % para el primer caso de sarampión, enfermedad prevenible por vacunación y debe tenerse cuidado con este padecimiento, peligroso para esta etapa de crecimiento y desarrollo del niño y por último, siguen prevaleciendo los tres casos de fallecimientos.

GRAFICA No.26.
PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO
EN EL DECIMO MES DE VIDA.D.F.,1990.



FUENTE: CUADRO 20

4.3 Análisis y Comprobación de hipótesis .

1.- Existe relación en el aumento en las tasas de Morbi-Mortalidad de la población infantil y el nivel socio-económico de la población derechohabiente del I.M.S.S. en el Valle de México en el período 1990.

2.- No existe relación entre el aumento en las tasas de Morbi-Mortalidad y el nivel socio-económico de la población infantil derechohabiente del I.M.S.S. en el Valle de México en el período de 1990.

Al hacer la relación entre ambas variables, no se encontró alguna relación significativa entre ambas, por lo tanto, la hipótesis nula se acepta y la general ó alterna se rechaza. No obstante este resultado, se procedió a realizar la relación de él padecimiento diarreico y su relación con las variables socio-económicas y se encontró el siguiente resultado.

Relación Atención Médica - Diarrea :

DIARREA	1	2	8
ATEMED	6	2	8
1	75 %	25 %	10.1 %
	12.2 %	6.7 %	
2	43	28	71
	60.6 %	39.4 %	89.9 %
	87.8 %	93.3 %	
Total	49	30	79
	62%	38%	100%

Prueba Chi-cuadrada = .63619 significación = .4251.

INTERPRETACION: La prueba de significación de la chi-cuadrada reveló que la relación encontrada entre las dos variables objeto de análisis, es significativa con un 50 % de confianza, es decir se tiene un 50% de probabilidad que no lo sea.

Relación Diarrea - Edad del padre.

DIARREA	1	2	
EDPA	13	13	26
1	50%	50%	35.1 %
	28.3%	46.4%	
2	33	15	48
	68.8%	31.3%	64.9%
	71.7%	53.6%	
Total	46	28	74
	62.2%	37.8%	100%

Prueba Chi-cuadrada = 2.52077 significación = .1124

INTERPRETACION: La prueba de significación de la chi-cuadrada reveló que la relación encontrada entre las dos

variables objeto de análisis, es significativa con un 75 % de confianza, es decir hay un 25 % de probabilidad que no lo sea.

Relación Diarrea - Edad de madre:

DIARREA ----->	1	+	2
ESMA	1	+ 15	+ 31
		+48.4%	+51.6%
		+30.6%	+53.3%
		+-----+	
	2	+ 14	+ 48
		+70.8%	+29.2%
		+69.4%	+46.7%
		+-----+	
Total	49	30	79
	62%	38%	100%

Prueba Chi-cuadrada = 4.02902 Significación = .0447

INTERPRETACION: La prueba de significación de la chi-cuadrada reveló que la relación encontrada entre las dos variables objeto de análisis, es significativa con un 95% de confianza, es decir se tiene un 5% de probabilidad de que no sea.

Relación Diarrea - Escolaridad de la madre:

DIARREA ----->	1	+	2
ESMA	1	+ 13	+ 18
		+72.2%	+22.8%
		+26.5%	+16.7%
		+-----+	
	2	+ 25	+ 61
		+ 59%	+ 41%
		+73.5%	+83.3%
		+-----+	
Total	49	30	79
	62%	38%	100%

Prueba Chi-cuadrada = 1.02907 Significación = .3104

INTERPRETACION: La prueba de significación de la chi-

cuadrada reveló que la relación encontrada entre las dos variables objeto de análisis, es significativa con un 70 % de confianza, es decir se tiene un 30 % de probabilidad de que no sea ó que no se presente.

Relación Diarrea - Con Techo de Vivienda.

DIARREA ----->	1	+	2	
TECHO	1	+ 22	+ 8	+ 30
		+73.3%	+26.7%	+ 38%
		+44.9%	+26.7%	
		+-----+		
	2	+ 27	+ 22	+ 49
		+55.1%	+44.9%	+ 62%
		+55.1%	+73.3%	
		+-----+		
		49	30	79
Total		62%	38%	100%

Prueba Chi-cuadrada = 2.62580 Significación = .1051

INTERPRETACION: La prueba de significación de la chi-cuadrada reveló que la relación encontrada entre las dos variables objeto de análisis, es significativa con un 95 % de confianza, es decir se tiene un 5 % de probabilidad de que no sea.

Relación Diarrea - Pared .

DIARREA ----->	1	+	2	
PARED	1	+ 10	+ 3	+ 13
		+76.9%	+23.1%	+16.5%
		+20.4%	+10.0%	
		+-----+		
	2	+ 39	+ 27	+ 66
		+59.1%	+40.9%	+83.5%
		+79.6%	+90.0%	
		+-----+		
		49	30	79
Total		62%	38%	100%

Prueba Chi-cuadrada = 1.46624 Significación = .2259 .

INTERPRETACION: La prueba de significación de la chi-cuadrada reveló que la relación encontrada entre las dos variables objeto de análisis, es significativa con un 90 % de confianza, es decir se tiene un 10 % de probabilidades de que no lo sea.

5 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS .

El estudio elaborado en las 80 familias en las distintas colonias en el Valle de México se presentaron las siguientes observaciones.

a) La mayoría de las familias cuentan con todos los servicios y su disponibilidad de recursos económicos es bueno, en base también en la observación se afirma que pertenecen a la clase social media por lo tanto satisfacen los requerimientos a sus necesidades.

Es decir, no hay deficiencia alimentaria, aparente, aunque cabe señalar que la alimentación en algunos casos no era eficiente, no hay presencia de hacinamiento y cuentan con la mayor parte de los servicios públicos.

b) En cuanto a su ocupación, los padres se dedican a la actividad industrial en un 25.2%, empleados de oficina un 18.8%, choferes un 12.5% y otros 12.5%.

En cuanto a la actividad de la madre, hay un 61.3% que se dedica al hogar, un 11.3% a empleos de oficina a la rama industrial un 10.1%, lo cual es desfavorable para el cuidado del niño.

Comparando los datos que reporta el I.N.E.G.I., en cuanto a información económica, la población ocupada se desarrolla en las siguientes actividades: Trabajadores industriales, 29.3%; Trabajador en servicios personales y conducción de artículos, 19.5%; comerciantes, vendedores, y similares, 18.6%;

personal administrativo, 14.8% y profesionales y técnicos, 13.5%, siendo la rama industrial la que más predomina.

Por otro lado, cabe señalar que tanto el ingreso familiar como la estructura ocupacional tienen una relación directa, porque de él depende el que tengan un salario satisfactorio para poder satisfacer sus necesidades básicas para vivir.

En cuanto a morbilidad infantil, se detectó que el 16.25% de los recién nacidos, en su primer mes de vida tuvieron problemas de salud, principalmente por padecimientos del aparato respiratorio y un 6.25% por problemas de aparato digestivo; un 70% no sufrió de enfermedad el resto presentó problemas tales como: inf. oculares, anom. congénitas, prematuridad, enf. micóticas y uno falleció.

En los meses posteriores predominaron los mismos padecimientos, es decir, la presencia de enfermedades del aparato respiratorio y gastrointestinales fueron las principales.

Cabe mencionar que también, hubo presencia de enfermedades exantémicas, como lo son: el sarampión, varicela y rubeola.

Lo antes mencionado coincide con los datos estadísticos existentes, en los cuales anotan como causa principal de morbilidad a los problemas de aparato respiratorio y gastrointestinales.

En cuanto a la mortalidad, los tres casos registrados, sus

causas principales de muerte fueron: a) Bronconeumonía; b) Prematuraz; y c) Anomalia congénita del corazón.

Los cuales, también figuran en las estadísticas como causas principales de muerte en la población infantil.

En cuanto a los recursos de atención médica, destacan: utilizan la clínica del I.M.S.S. el 51.3%; acuden a médico particular, 38.8%; al dispensario, 7.5% y remedios caseros, 2.5%.

Con lo antes mencionado se deduce:

- 1) Tienen buenos recursos monetarios.
- 2) Presencia de morbilidad infantil frecuente, principalmente padecimientos de vías respiratorias y gastrointestinales.
- 3) Heterogeneidad en la asistencia en los servicios médicos.
- 4) Escasa utilización de los servicios no profesionales.
- 5) Por lo tanto a mejores recursos se disminuyen los problemas de salud (aparentemente) infantiles.

SUGERENCIAS

- 1) Que el tamaño muestral sea más grande en este pequeño conglomerado no se encontró alguna relación entre el nivel socio-económico y la morbi-mortalidad infantil.
- 2) Que las instituciones asistenciales promuevan más eficazmente el desarrollo de programas de educación para la salud.

3) Que en las instituciones educacionales promuevan la educación activa y continua de profesionales en salud pública.

4) Reorganizar las políticas y estrategias institucionales, en las cuales se comprometan a dar servicio de calidad a la población, para lograr prolongar el nivel de vida en nuestro país.

6 ANEJOS .

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO .
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA .

Encuesta de la investigación: " Repercusiones del nivel socio-económico en el aumento en las tasas de morbi-mortalidad infantil en el Valle de México. "

Elaboró: CASTRO SERRALDE EDITH .

Asesoría: SEVERINO RUBIO DOMINGUEZ .

No. de Cuestionarios: _____.

Justificación: El presente cuestionario es indispensable porque es el instrumento vital para obtener la información, conjuntamente con la observación y con la entrevista.

A partir de lo anterior, se obtendrá la información, se elaborarán las tablas, cuadros y gráficas para el análisis de los resultados así como la obtención del conocimiento.

CUESTIONARIO # 1 .

DATOS GENERALES:

NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR: _____.

DOMICILIO: _____

U.M.F: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____

1.- Ocupantes de la vivienda.

¿ Cuántas personas viven normalmente en esta vivienda ?
R: _____

2.- Número de cuartos.

¿ Cuántos cuartos hay en esta vivienda sin contar,
cocina, baños y pasillos ? No. de cuartos: _____

3.- Agua y Sistemas de deshecho.

¿ Existe en esta vivienda un lugar especial para obrar o
defecar ? SI _____ NO _____

Si contesta si pregunte:

Excusado conectado al sistema de drenaje 1.

Excusado conectado a fosa séptica 2.

Excusado conectado a pozo negro 3.

Letrina de fosa o abonera 4.

Letrina conectada a fosa séptica 5.

Letrina conectada a pozo negro 6.

No tiene 7. R: _____

¿ Que hace con los desechos que se producen en esta
vivienda?

Se los da a los animales 1.

Los entierra. 2.

- Los quema. 3.
- Los tira en la cercanía de la vivienda. 4.
- Los tira en el basurero público. 5.
- Los recoge el camión. 6.

R: _____

¿ De donde obtiene el agua que utiliza para uso familiar ?

- Río 1.
- Manantial o pozo 2.
- Pipa que usted paga 3.
- Pipa gratuita 4.
- Toma de agua pública 5.
- Toma de agua en terreno o vivienda 6.

R: _____

4.- Atención Médica Habitual.

¿ Cuando una persona de este hogar se enferma, la mayoría de las veces ?

- Se cura con remedios caseros 1.
- Va al curandero 2.
- Va a la farmacia 3.
- Va al médico particular 4.
- Va al dispensario 5.
- Va a la clínica 6.
- Va a un hospital 7.
- No hace nada 8.

R: _____

5.- Edad del padre: _____ Edad de madre: _____

ESCOLARIDAD DEL PADRE: _____

Primaria	1.
Secundaria	2.
Prep. o Vocacional	3.
Técnico	4.
Profesional	5.
No asistió	6.
Se ignora	7.

ESCOLARIDAD DE MADRE: _____

Primaria	1.
Secundaria	2.
Prep. o Voca.	3.
Técnico	4.
Profesional	5.
No asistió	6.
Ignora	7.

6.- Tipo de Ocupación: PADRE: _____ MADRE: _____

o Cual fué su actividad principal durante el último año?

Albañil	01.
Artesano	02.
Mequilador	03.

Trabajo Doméstico	04.
Chofer de autobus o camión	05.
Vendedor	07
Empacadores Industriales	10.
Mécanico o Ayudante	11.
Afanadores	12.
Operadores de Maquinas	13.
Campeño o Trabajador Agrícola	14.
Cocineros o Afines	15.
Almacenistas	16.
Elaboración y Venta de Alimentos	17.
Pepenadores	18.
Cuidado de ganado	19.
Empleado de oficina	20.
Maestro	21.
Profesionista universitario	22.
Reparadores (electricistas, plomeros, etc.)	23.
Otros (especificar)	68.
No sabe o no contesta	99.

7.- Estado Civil.

¿ Cual es su estado civil actual ?

R: _____.

- Unión Libre 1.
- Casada (o) 2.
- Divorciada o Separada (o) 3.

- Viuda 4.
Soltera 5.
No sabe o no contesta 6.

8.- Características de la vivienda.

TECHO: _____.

- 1) Palma ó lámina de cartón.
- 2) Palma, tejamanil ó madera.
- 3) Lámina de adbesto ó metálica.
- 4) Teja.
- 5) Losa de concreto, bóveda de ladrillo.
- 6) Otro (especifique).

SUELO O PISO: _____.

- 1) Tierra.
- 2) Cemento firme.
- 3) Madera, mosaico u otros recubrimientos.

PARED: _____.

- 1) Lámina de cartón.
- 2) Adobe ó ladrillo sin recubrir.
- 3) Adobe ó ladrillo recubierto.
- 4) Otro (especifique).

MORBILIDAD INFANTIL.

CUESTIONARIO # 2 .

Nombre del niño: _____.

- 1) ¿ En este último mes se ha enfermado ?

- 1) SI: _____ 2) NO: _____
- 2) ¿ De que se enfermó? R: _____
- 3) ¿ Que día empezó a estar enfermo ? R: _____
- 4) ¿ Acudió al médico ? 1) SI: _____ 2) NO: _____
- 5) ¿ Adonde acudió ? R: _____

- I.M.S.S: Su U.M.F 1.
- Otra U.M.F. 2.
- H.G.Z. 3.
- S.S.A. 4.
- PRIVADO. 5.
- OTRO. 6.

CUESTIONARIO # 3 .

MORTALIDAD INFANTIL .

Nombre del niño: _____

- 6) ¿ Cuando murió ? R: _____
- 7) ¿ Que edad tenía al morir ? R: _____
- 8) ¿Murió en el hospital o centro de salud ?R: _____
- 9) ¿ Quien lo atendió cuando murió? R: _____
- 10) ¿ De que murió ? R: _____

- Diarrea 1.
- Tos, Bronquitis 2.
- Erupciones con fiebre 3.
- Adelgazamiento 4.
- Accidentes 5.
- No sabe o no contesta 6..

7 GLOSARIO DE TERMINOS

Ambiente: Es todo aquello que existe fuera del organismo vivo, todo lo que nos rodea en el universo externo (ambiente físico, biológico y social).

Bioestadística: Es la estadística aplicada al estudio de fenómenos biológicos.

Centro de Salud: Es el organismo ejecutivo y local que asume la responsabilidad de dirigir todos los servicios médicos y de salubridad en un sector geográfico determinado, bajo una dirección técnica especializada (médico sanitario, o especialista en salubridad), siguiendo un programa unitario y planeado de acuerdo con los problemas y trabajando en equipo.

Cultura: Modo de vida que adoptan las poblaciones. Incluye todo aquello que es inventado o aprendido por el hombre y luego transmitido de generación en generación; hábitos, costumbres, conocimientos, actitudes, creencias, etc.

La cultura se adquiere por un proceso consciente e inconsciente.

La cultura es la característica más importante de la sociedad.

Se transmite por herencia social y no por herencia biológica por medio de la comunicación y el aprendizaje.

Demografía: Es el estudio de la población y de los factores que la condicionan y la hacen variar, se basa en el censo y el registro.

Ecología: Es el estudio de las interrelaciones entre los organismos vivos o grupos de organismos y el ambiente en que viven. Los problemas centrales de la ecología son la variación y la adaptación de los organismos vivos frente al ambiente.

Enfermedad: Es el resultado de la inadaptación interna (fisiológica) y externa (física o social) frente al ambiente.

La enfermedad clínica (sintomatológica) constituye el grado extremo de la desadaptación biológica.

Enfermedad transmisible: Cualquier enfermedad debida a un agente parasitario (virus, bacterias y parásitos internos o externos mayores) o a sus productos tóxicos, que se transmite directa o indirectamente a una persona sana por un enfermo o portador, por un animal enfermo o portador o por conducto de un huésped intermediario, de un vector o del medio ambiente.

Epidemiología: Clásicamente considerada como el estudio de las epidemias, hoy incluye el análisis de los fenómenos biológicos (salud y enfermedad) considerados como problemas de masas.

Estadística: Por estadística se entiende " datos

cuantitativos influidos por una multiplicidad de causas.

Estadística vital: Es una parte de la demografía que se refiere fundamentalmente a estadísticas de la población en relación directa con los problemas biológicos y particularmente con los de salud y enfermedad. Comprende dos elementos de la demografía: el registro y recolección de los datos vitales y el análisis e interpretación, por medios matemáticos, de los datos biológicos recolectados.

Medicina Social: Es una actitud de la medicina que, asimilándose con todos los aspectos de la medicina, coloca el mayor énfasis en el hombre considerado como un ser social y en las interdependencias del hombre y del grupo social con el ambiente total.

Método Epidemiológico: Es una técnica que se refiere al estudio racional y ordenado de las causas y efectos que influyen la salud y la enfermedad. La base del método epidemiológico es la bioestadística, y la finalidad, obtener normas para evitar en el futuro la situación estudiada.

Nivel de Vida: Forma en que el grupo social vive y satisface habitualmente sus necesidades elementales (alimentación, habitación, vestuario, servicios de protección biológica y económica, cultura y capacitación técnica). El nivel de vida está directamente relacionado con el nivel de salud de la población.

Patología Social: Se refiere al estudio epidemiológico de

la morbilidad y mortalidad en los grupos sociales y en poblaciones enteras y al análisis de los factores condicionantes.

Población Rural: Es toda aquella población que vive en localidades menores de 2500 habitantes.

Programa de Salud: El proceso sistemático ajustado a una metodología especial que aplica sobre la población y el medio ambiente acciones de fomento, protección y reparación de la salud, con el objeto de erradicar o reducir un problema de salud al límite dentro del cual deja de ser problema.

Salud Pública: Es una especialidad de la medicina y otras profesiones que tienen relación con la organización y dirección de los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la salud y prolongar la vida media de la población.

Así como la medicina curativa y preventiva se aplican al individuo, la salubridad se aplica a la comunidad como grupo.

Salud: Es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. El estado de salud implica ideas de balances y adaptación.

Sociedad: Es un grupo de gentes que viven juntas y entre las cuales hay una participación consciente en una serie de actividades comunes y en cuyo objeto final es la ayuda

mutua.

Quando la sociedad habita una área geográfica determinada se habla de comunidad.

8 BIBLIOGRAFIA

- Aburto Galván, César. Elementos de Bioestadística. Editorial Fondo Educativo Interamericano, México 1979, p.201.
- Aguilar Monterde, Alonso, et al. Problemas del Capitalismo Mexicano. Editorial Nuestro Tiempo, México 1977, p.231.
- Baena Paz, Guillermina. Instrumentos de Investigación. 9a edición, Editores Mexicanos Unidos S.A, México 1982.
- Balseiro Almaric, Carmen L. Guía de Tesis y Diseños de Investigación. UNAM-ENEO, México 1985.
- Bartra, Roger. Diccionario de Sociología Marxista. Editorial Grijalbo, México 1977.
- Cuadernos de la Secretaría de Salud y Asistencia. Instalación del Gabinete de Salud del Poder Ejecutivo Federal, México 1983.
- E.N.E.O.-U.N.A.M. Departamento de Investigación. Cuaderno de Apoyo a la Investigación No.2. Septiembre 1987.
- Glezerman, Smenov. Clases Sociales y Lucha de Clases. Editorial Grijalbo, México 1968.
- Hernán San Martín. Salud y Enfermedad. 3a. edición, México 1975, Editorial Prensa Médica Mexicana, pp.799.

I.N.E.G.I. Información Estadística. Sector Salud y Seguridad Social. México 1989. Cuaderno # 6.

I.M.S.S. Ley del Seguro Social, México 1986.

Jimenez Ornelas, Rene. Investigación Multidisciplinaria de la Mortalidad y Morbilidad en niños menores de 5 años (primer seminario de demografía formal). UNAM. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, México 1989. 1a. edición.

López Acuña, Daniel. La Salud Desigual en México. ed. Siglo XXI, 4a edición. México 1982, pp. 247.

López Acuña, Daniel. La Crisis de la Medicina Mexicana. Ed. Juan Pablos, México 1979.

Miltón, I. Roemer. Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud. Editorial Siglo XXI, 1a. edición en español, traducida por: Felix Blanco, Revisado por: Ignacio Aldama. México 1980, p. 455.

Mojarro O. Nuñez L. Mortalidad Infantil en México: tendencias y factores determinantes, Rev. Salud Pública. vol. 39, México 1988, pp. 329-345.

Mosley, WH. Determinantes biológicos y socioeconómicos de la Sobrevivencia en la Infancia, Rev. Salud Pública. México 1988, vol. 30, pp. 312-328.

Nelson Vaughan, McKay. Tratado de Pediatría. Tomo I, Editorial Salvat, 6a. edición, México 1977, p. 231.

Organización Panamericana de la Salud. Salud Materno-infantil y Atención Primaria a la Salud. Publicación Científica # 461, México 1984.

Organización Panamericana de la Salud. Salud para Todos en el Año 2000. Plan de Acción para las Estrategias Regionales. E.U.A. 1982.

Palma Cabrera, Yolanda, et al. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES). Dirección General de Planificación Familiar, México 1987.

Ferdinas, Felipe. Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. 4a. edición, México 1970, editorial Siglo XXI, pp. 250.

Penchenko, et al. Diccionario de Economía Política Marxista. Ed. Cultura Popular. México 1978.

Perspectivas en Salud Pública I: Sobrevivencia en la infancia: problemas y prioridades. Informe del taller Internacional, 1985, Dr. Jose Luis Bobadilla, S.S.A.

Rojas Soriano, Raúl. Guía para Realizar Investigaciones Sociales. 7a. edición, Dirección General de Publicaciones

UNAM, México 1982.

Soberón, Guillermo. Hacia un Sistema de Salud: Comición de Salud y Seguridad Social. Coordinación de los Servicios de Salud, UNAM, México 1982.

Soberón, Guillermo, Kumate, Jesús, Laguna José, La Salud en México: Testimonios 1988. Desarrollo Institucional I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., vol. I, Tomo III, Ed. Fondo de Cultura Económica, México 1988, p.304.

Subdirección General Médica: Jefatura de Atención Primaria a la Salud. IMSS. Boletín de Mortalidad 1987. México 1987.

Subdirección General Médica: Jefatura de Atención Primaria a la Salud. Boletín Estadístico sobre Morbilidad según demanda de Atención Externa 1987. México 1987.

Valdes Olmedo, Cuauhtemoc, Memorias de una Gestión. Sistema Nacional de Salud. Orígenes, Definiciones y Avances. Secretaría de Salud, México 1986.