

7
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
'ACATLAN'**

**RELACION DE CONDICIONES DE VIDA Y DESARROLLO
DE ENFERMEDADES EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
A C T U A R I O

P R E S E N T A
IRMA ESPINOSA MELENDEZ



ACATLAN, ESTADO DE MÉXICO, FEBRERO DE 1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ACATLAN"
DIVISION DE MATEMÁTICAS E INGENIERIA
PROGRAMA DE ACTUARIA Y M.A.C.

Srita. IRMA ESPINOSA MELÉNDEZ
Alumna de la carrera de Actuaría
Presenta.

De acuerdo a su solicitud presentada con fecha 24 de noviembre de 1993, me complace notificarle que esta Jefatura tuvo a bien asignarle el siguiente tema de tesis: "RELACION DE CONDICIONES DE VIDA Y DESARROLLO DE ENFERMEDADES EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO", el cual se desarrollará como sigue:

- Indice
Introducción
I.- Marco teórico
II.- Sistemas de salud
III.- Factores condicionantes
IV.- Daños a la salud
V.- Diseño de la investigación
VI.- Análisis y relación de resultados
Conclusiones
Recomendaciones
Bibliografía

Asimismo fue designado como Asesor de Tesis la Act. Beatriz Escobedo de la Peña, profesora de esta Escuela.

Ruego a usted tomar nota que en cumplimiento de lo especificado en la Ley de Profesiones, deberá prestar servicio social durante un tiempo mínimo de seis meses como requisito básico para sustentar examen profesional, así como de la disposición de la Coordinación de la Administración Escolar en el sentido de que se imprima en lugar visible de los ejemplares de la tesis el título del trabajo realizado. Esta comunicación deberá imprimirse en el interior de la tesis.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
Acatlán, Edo. de México, a 25 de febrero de 1994.

ACT. LINDA ROSA CASPARRA BECERRA
Jefa del Programa de Actuaría y M.A.C.

E.N.E.P. ACATLAN



RECEBIDA POR LA DIVISION DE
ACTUARIA Y M.A.C.
ACATLAN

Porque todo círculo que se cierra abre uno nuevo...

INDICE

INTRODUCCION.....	1
1. MARCO TEORICO	
1.1 Etapa Prehispanica	5
1.2 Etapa Colonial	6
1.3 Etapa de Independencia	8
1.4 Etapa Actual	10
2. SISTEMAS DE SALUD	
2.1 Propuesta en la Declaración de Alma-Ata (U.R.S.S. 1978).....	14
2.2 Niveles de Atención	15
2.3 Sistema Nacional de Salud	17
2.4 Uso de los Servicios de Salud	22
3. FACTORES CONDICIONANTES	
3.1 Economía y Ocupación	24
3.2 Población	27

4.	DAÑOS A LA SALUD	31
4.1	Principales Causas de Mortalidad Infantil	35
4.2	Tasas de Mortalidad Infantil	36
5.	DISEÑO DE LA INVESTIGACION	38
5.1	Procedimiento de medición	41
5.1.1	Variables	42
5.1.2	Hipótesis	43
5.1.3	Modelo Estadístico a aplicar	43
6.	ANALISIS Y RELACION DE RESULTADOS	
6.1	Clasificación	52
6.2	Informe de la Investigación	53
	CONCLUSIONES	60
	RECOMENDACIONES	63
	DEFINICIONES	66
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	68
	CUADROS, GRAFICAS Y ANEXOS	72

INTRODUCCION

Determinar las condiciones de crecimiento y desarrollo en los grupos humanos tendrá como finalidad obtener niveles de vida que permitan el bienestar integral. En esta misión nos encontramos involucradas las distintas disciplinas que a su vez deberán tener como objetivo el brindar sus conocimientos científicos y técnicos al servicio de la sociedad.

El objetivo del presente trabajo es estudiar los factores condicionantes para el desarrollo de enfermedades en niños menores de un año, lo cual se pretende demostrar probando (o rechazando, según los resultados), las siguientes

HIPOTESIS:

- 1ª Las condiciones de vida de los niños observados determinan el desarrollo de enfermedades en niños menores de un año.**
- 2ª La escolaridad y edad de las madres no determinan el número de veces que se enferman los niños menores de un año.**

Las pruebas de hipótesis se harán en base a una investigación realizada en la Jefatura de Epidemiología del Instituto de Salud Pública, en la cual se dió seguimiento desde su nacimiento hasta el primer año de edad a los niños que formaron el grupo muestra. Es importante mencionar que toda la información recopilada en esta investigación fue registrada directamente de la declaración del informante, que en la mayor parte de los casos fue la madre.

El desarrollo del trabajo se elaboró en seis Capítulos abordando cada uno de ellos de la siguiente manera.

El Capítulo I consiste en una descripción histórica de México como sitio en donde tiene realización el trabajo y concretamente, el Distrito Federal, tomando información en etapas: etapa Prehispánica, Etapa Colonial y Etapa Independiente hasta nuestros días. Esto permitirá conocer las condiciones que determinaron en el pasado una conducta que en el presente ha tenido influencia para concretar nuestra situación social, económica, política y de salud.

Explicar el actual Sistema de Salud en donde la población descrita en el capítulo I se encuentra inmersa, permitirá identificar cómo de acuerdo a las características específicas los grupos humanos se clasifican para tener atención a problemas de salud, así como algunas reflexiones para considerar si el Sistema de Salud en México pudiera influir de manera determinante para el desarrollo

social del País. El Capítulo II nos permitirá comprender la salud como un proceso dialéctico SALUD-ENFERMEDAD.

Durante el desarrollo del Capítulo III, se van presentando las condiciones de cada uno de los siguientes sectores:

- AGRICULTURA**
- INDUSTRIA**
- SERVICIOS**

hasta identificar la categoría de país subdesarrollado como factor condicionante del proceso salud-enfermedad en donde los niños estudiados de un año forman parte y ellos reciben de manera directa los resultados tanto negativos como positivos de este modelo de desarrollo del que el grupo forma parte.

El Capítulo IV ofrece la presentación de las principales enfermedades detectadas en la niñez mundial, de acuerdo a síntomas y signos que afectan su desarrollo y crecimiento en esta etapa de sus vidas de forma trascendental.

El Diseño de la Investigación para identificar la relación existente entre condiciones de vida y proceso salud-enfermedad se detalla en el Capítulo V y el análisis y presentación de resultados en el Capítulo VI.

El presente trabajo tiene también como interés no limitarse al número de niños nacidos vivos, al número de niños enfermos, al número de niños sanos, sino interpretarlos y así aprovechar nuestra participación interdisciplinaria en los programas de niños, jóvenes y que juntos hagamos posible el transformar modelos de vida logrando no sólo menos niños en los países específicamente del Tercer Mundo, sino seres humanos de mejor calidad.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 ETAPA PREHISPANICA

Para conocer los antecedentes de la atención a la salud, es necesario hablar de la historia para ubicarse en el presente. Desde la época clásica de la historia de México, principios de nuestra era hasta el año 900, se reconoce a Teotihuacan como la capital tanto del Altiplano del Valle de México como de Mesoamérica.

Teotihuacan manifiesta una verdadera cultura urbana, no sólo por su tamaño sino por su distribución interna que evidencian la existencia de una organización social, comercial y militar bien definidas. La extraordinaria planificación de la ciudad de los Dioses se dividía en cuatro sectores y contemplaba un centro dedicado exclusivamente al culto, a las ceremonias y a la habitación sacerdotal. En la parte sur, frente al templo de Quetzalcoatl se ubica un área que muy probablemente era el mercado; alrededor de la zona central se extendían los barrios de habitación que se dividían según el rango, la profesión o las ocupaciones.

Mil años más tarde, con la fundación de Tenochtitlan, se intentó recrear una situación urbana similar a Teotihuacan al construir el área ceremonial al centro de su gran plaza de la que salían cuatro calzadas en ángulo recto.

Los aztecas, fundadores de la gran Tenochtitlan, ubicaron en ella a la capital religiosa, política, militar y comercial específicamente en Tlatelolco. En este sitio, se realizaban las transacciones comerciales y a ella iban y llegaban numerosas expediciones de distintas religiones. (2)

Había en materia de salud, culturas organizadas de la población basados en la herbolaria, había también cirugía, inicia de manera importante un embrión de hospital denominado COCUZCALLI que significa CASA DE SALUD. El entonces Emperador azteca Moctezuma II tenía junto a su palacio un COCUZCALLI, sitio en donde se aislaban a los leprosos, mismos que él visitaba diariamente para saber de su trato.

1.2 ETAPA COLONIAL

Fue precisamente este sistema de control el que convenció a los españoles de construir la Ciudad de México en el mismo punto, respaldados en los recursos naturales de la zona.

(2) BERNAL, Ignacio, CARRASCO, Pedro y MORENO TOSCANO, Alejandra: Historia General de México, El Colegio de México, 1981.

A través de los años y a pesar de haberse desarrollado otras ciudades como centros comerciales, militares y religiosos, la Ciudad de México dominó y fue hogar de virreyes, arzobispos y toda la aristocracia española colonizadora de la Nueva España, eran controlados y administrados desde ahí, identificado como núcleo, como el lugar de mayor importancia.

En la etapa colonial, Hernán Cortés establece la atención a la salud como caridad y la atención es otorgada por religiosos en donde lo primero es salvar el *alma*, y luego el *cuerpo*.

La medicina de las culturas antes de la colonia tenía un alto nivel, fue descrita por los historiadores en sus cartas con la traducción del Código Badian. El profundo conocimiento en las plantas y en las hierbas en esta ciudad permitió que en 1552 el Xochimilca Juan Badiano, alumno del Colegio de la Santa Cruz en Santiago Tlatelolco tradujera al latín el primer libro de medicina que se escribió en América, conocido también como Códice de la Cruz-Badiano.

Al iniciar el mestizaje se pierde la religión, las lenguas o dialectos, la cultura se torna al sistema mestizo, incluyendo el sistema de salud. Se edifica el primer hospital mestizo en el año de 1523, el Hospital de Jesús, el primero en América edificado por Hernán Cortés, mismo que lega en su testamento para la atención de enfermos como obligación moral de caridad (3).

(3) RUIZ DE ESPARZA: Antecedentes Históricos de la Medicina en México. PAIDOS. México, 1976.

Posteriormente, en la época Virreinal Felipe II ordena la creación de hospitales lejos de la ciudad para los indígenas con la finalidad de que el *miasma* no invadiera la ciudad. El gobierno tenía un servicio *protomedicato*, éste dictaminaba las normas de saneamiento a los ayuntamientos, incrementando el sistema de salud mestizo, ubicando de manera marginal la atención del indígena, sistema vigente hasta nuestros días.

1.3 ETAPA DE INDEPENDENCIA

Después de tres siglos de dominación española, los criollos se organizan en actividades políticas destacando como líder Don José Ma. Morelos y Pavón, mismo que establece en Apatzingan bases para el movimiento de Independencia. El movimiento tiene tres fases armadas, en la primera se establece la *Independencia* y las segundas intervenciones extranjeras con guerras intestinas.

En el movimiento de Reforma con Juárez al frente los hospitales se secularizan y forman parte de la responsabilidad del Estado. Hacia finales del siglo XIX muere Juárez. México sufre una segunda invasión, los heridos en esta guerra son atendidos en el Convento de San Pablo, mismo que posteriormente recibe el nombre de Hospital Juárez en memoria del Presidente.

A principios del Siglo XX (1905) durante el Porfiriato se consolidan situaciones como fueron la creación del Consejo Nacional de Salubridad, encargado de dictaminar medidas de atención a enfermos. Para tal situación, se crea una infraestructura que permitió un gran desarrollo a diferencia de anteriores décadas. Se funda el Hospital General de México, en donde gran parte de médicos serían formados ahí. Este Hospital se inauguró el 16 de Septiembre de 1905, siendo su primer director el Dr. Eduardo Jéteaga. En relación a trastornos mentales, por primera vez se concede un espacio particular a estos enfermos, y en 1910 se inaugura también el Manicomio General en lo que fuera la Hacienda de la Castañeda (ahora Lomas de Plateros) con el concepto único de concentrar y aislar a estos enfermos, protegiendo simultáneamente a la sociedad, con capacidad para 1,000 enfermos.

Durante el porfiriato, la influencia europea se evidencia en el arte, la ropa, la comida y en la arquitectura, por tanto, la infraestructura hospitalaria no escapa de ello, en su gran mayoría de construcción horizontal con hermosos diseños, poco funcionales debido a la estructura.

Sin embargo, cuando la etapa porfirista está llegando a su fin por iniciar la Revolución Mexicana, las condiciones de atención a los enfermos se modifica, y en el año de 1917 aparece la Constitución de Querétaro en donde se habla de "Preservar la Salud". Durante esta época se establece un período denominado de régimen revolucionario, y en la Constitución de 1917, fracción 16 del

Artículo 73 se nombra un Consejo de Salubridad como órgano ejecutivo de política de salud en el país.

1.4 ETAPA ACTUAL

En el año de 1940 México ingresa a la Liga de Naciones Unidas, iniciando con convenios internacionales para atender focos de infección, así como la utilización de vacunas. Por tal motivo el Consejo de Salubridad General nombra una Unidad Administrativa regida a nivel central por el Departamento de Salubridad como órgano ejecutivo de políticas de Salud en el país.

Por orden del Presidente Avila Camacho, el Dr. Gustavo Baz fusiona Salubridad y Asistencia, firmando convenios de Coordinación para los estados dada su insuficiencia en materia de recaudación, por tal situación se asignan Tres Servicios Coordinados, en donde el 50 % de la aportación la hace el gobierno Federal. Hay estados que dada su pobreza no pueden aportar el 50 %. El Jefe de Salud de cada Estado es nombrado por el gobernador.

Durante la década de los cuarentas, las condiciones del mundo cambian y, como parte del mismo, México se transforma e incrementa el proceso de industrialización. Aunado a las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial,

la atención de los enfermos y el propio Sistema se diversifica de la siguiente manera.:

Estados Unidos de Norteamérica debido a su participación en la Segunda Guerra Mundial se queda con pocos médicos, lo que lo obliga a abrir la entrada a médicos de distintas partes del mundo.

México envía médicos a especializarse. Del 100 % que fueron becados, sólo el 33 % regresa, y este grupo de médicos con modelos de norteamérica modifican la atención en Hospitales y en la educación en Medicina.

Dentro de los médicos que se formaron en los cuarentas en Estados Unidos y retornaron al país tenemos:

Dr. Salvador Zubirán, inaugurando el Instituto Nacional de Nutrición, Dr. Ignacio Chávez, inaugurando el Instituto Nacional de Cardiología y por vez primera se da atención especializada a la población infantil que habían sido tratados en las mismas salas de adultos, es inaugurado en 1945 el Hospital Infantil de México por el Dr. Federico Gómez, quien es el creador de la Escuela de Pediatría en México.

De manera simultánea, se da el desarrollo de la medicina especializada, la Industrialización, originando con esto la creación del Instituto Mexicano del

Seguro Social, quedando a cargo de esta Intitución la atención de los obreros que trabajan en la Industria.

Es interesante mencionar uno de los problemas con los que nació la Seguridad Social, que así como para la formación de los Hospitales de Especialidad fueron asignados médicos con formación en el extranjero, para la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social vinieron técnicos de otros países en 1943 que fundamentan la composición de la Seguridad Social considerando únicamente al obrero dejando fuera la atención a su familia. Esta decisión fue rectificada posteriormente, reportándose la corrección en costos, que sufrió un considerable incremento.

Durante esta época, la formación del Sistema de Salud va tomando una estructura más definida, que con algunos cambios prevalece hasta nuestro tiempo.

Las clases sociales se van incorporando a la atención para problemas de la salud, en donde la clase privilegiada recibe servicios en Hospitales Privados, Hospital Español, Hospital Francés, Hospital Inglés; la clase empleada acude a la Seguridad Social y la clase desempleada, incluyendo a los indígenas a Hospitales Gubernamentales. (4)

Para tener un punto de referencia y partida en esta investigación, es importante mencionar los antecedentes tanto del Distrito Federal como de los accesos a la atención médica que se tienen en México, ya que dos de las condiciones iniciales para seleccionar al grupo a estudiar fueron: primero, que el niño naciera en alguna clínica previamente seleccionada del Instituto Mexicano del Seguro Social, y segundo, que el domicilio del recién nacido estuviera dentro de la Ciudad de México. Las demás condiciones de inclusión y exclusión se irán determinando en el desarrollo de los siguientes capítulos.

CAPITULO II

SISTEMAS DE SALUD

2. 1. PROPUESTA EN LA DECLARACION DE ALMA-ATA (U.R.S.S.-1978)

La Asamblea Mundial de la Salud decidió en 1977 que la principal meta social de los gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud en los decenios siguientes debe consistir en *"Alcanzar Salud para todos en el año 2000"*.

La Reunión IV Especial de Ministro de Salud en las Américas, efectuada en ese mismo año, al examinar la experiencia recogida en el decenio declaró : *"La atención primaria a la Salud constituye la estrategia principal para alcanzar la meta de los gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud"* (5).

La declaración de Alma-Ata adoptada por la Conferencia Internacional celebrada en la U.R.S.S. en 1978 enfatizó que *"la atención primaria es la clave*

(5) Salud para todos en el año 2000, Estrategias. Oficina Sanitaria Panam. Ofna Regional de la O.M.S. Washington, D. C. 31 , 1980.

para alcanzar la meta de Salud para todos en el año 2000" como parte del desarrollo general conforme al espíritu de justicia social instando a los estados miembros a definir y poner en práctica estrategias nacionales regionales y globales tendientes a alcanzar la citada meta.

Se definió en 1978 (Alma-Ata U.R.S.S) la Atención Primaria como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías, prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar con un espíritu de auto-responsabilidad.

Es así como hoy en día la Atención Primaria forma parte de los servicios de salud, según niveles de atención que son la agrupación estratificada de recursos para satisfacer necesidades determinadas, su organización se basa en la relación entre la situación de salud y la complejidad de servicios requeridos para atenderla.

2.2 NIVELES DE ATENCION

El Sistema está integrado por tres niveles de atención. La Secretaría de Salubridad y Asistencia como órgano rector de la salud ha precisado las características del sistema en los siguientes puntos:

i) **Regionalización de Servicios.-** Determinando áreas geográficas autosuficientes para la prestación de servicios, llevando éstos hacia los sitios donde se requieran y donde sean fácilmente accesibles procurando resolver los problemas de salud dondequiera que éstos se presenten.

ii) **Establecimiento de los tres niveles de atención** caracterizados por los siguientes elementos:

Atención Primaria. Proporcionando servicios de salud predeterminados con actividades definidas, a ejecutar por equipos de personal responsables de un número específico de habitantes residentes en un área geográfica.

Atención Secundaria. Un subsistema Hospitalario compuesto por unidades dimensionadas en función de indicadores precisos de cobertura a una población determinada, proporcionando atención en las cuatro ramas básicas: Medicina Interna, Cirugía, Ginecobstetricia y Pediatría, tanto en Consulta Externa como en Hospitalización.

En este nivel se ubican también los servicios de Control y Apoyo a la *Atención Primaria*, además se efectúan las funciones de vigilancia

epidemiológica y control sanitario (6).

Atención Terciaria. Conformada por unidades Médico-hospitalarias que comprenden especialidades de alta complejidad, laboratorios de Salud Pública y acciones de control ambiental.

El sistema de atención a la salud inició en el año de 1981. Los elementos de carácter conceptual, técnico y administrativo descritos son llevados a cabo por la Secretaría de Salubridad y Asistencia a través del Programa de Atención a la Salud dirigido a la Población Marginada en las grandes urbes del país.

2.3 SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En México se ofrece una gama amplia de servicios de salud con características muy peculiares, y cuyo esquema se encuentra integrado así:

En primer lugar las Instituciones que siguiendo el postulado de que *la Salud es un derecho de todos los mexicanos* y que el gobierno es responsable de proporcionar los servicios para fomentar, conservar y recuperar la salud.

(6) Sistema de Servicios de Salubridad y Asistencia, Coordinación general de Planeación, 1981.

Estas Instituciones son

**Secretaría de Salud y Asistencia Pública (S.S.A.P.), Organismo Rector,
Departamento del Distrito Federal (D.D.F.) y
Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.).**

En segundo término instituciones de Seguridad Social y Servicios Médicos de dependencias estatales o paraestatales basadas en un derecho gremial, a la prestación de servicios de salud. A través de diferentes fórmulas de financiamiento generalmente tripartita o bipartita, es decir, con aportaciones provenientes de empleados asegurados, los patrones y el gobierno. Dentro de esta categoría se ubican los servicios médicos del I.M.S.S., I.S.S.S.T.E. Y PEMEX.

En tercer lugar, se tienen a los servicios de salud privados constituídos por profesionales que trabajan en forma individual o por grupos, reunidos en unidades de atención externas y hospitalarias que prestan servicio como negocio sujetos a leyes del mercado o al régimen de libre empresa. En este sentido cabe agregar que los seguros privados de salud tanto individual como de grupo son una práctica poco frecuente en la sociedad mexicana.

Por último, existen los servicios de medicina tradicional o popular proporcionados por curanderos, brujos, hueseros, etc., sin ningún reconocimiento dentro del marco oficial de atención a la salud, pero con un gran contingente que, no podemos olvidar, y resuelven sus problemas de salud acudiendo a este grupo.

2. 3. 1 ACCESO A LOS SERVICIOS

El acceso a los servicios de salud y el tipo de servicio recibido están distribuidos desigualmente entre las diferentes clases sociales; según el tipo de atención que éstas reciben, puede hablarse de tres grandes grupos sociales.

El primero constituido por la burguesía y algunos sectores de la clase media que tienen suficiente poder de compra para adquirir los servicios privados.

El segundo está integrado por trabajadores y sus familiares afiliados a algún régimen de seguridad social como derechohabientes (7).

El tercero lo integran quienes no tienen derecho a la seguridad social ni los

(7) Atención Primaria de Salud, Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana, Vol. XCIV, No. 5, Mayo 1983, pp 453-457.

recursos necesarios para pagar los servicios privados, ejidatarios, peones, trabajadores eventuales, desempleados, subempleados, marginados de ciudad, es decir, la gran mayoría de la población que parcialmente queda cubierta por alguna Institución de Asistencia Pública.

Los servicios de Salud Pública en el país sufren también cierta dispersión y se caracterizan por un atraso pasmoso que los ubica en las estructuras últimas del saneamiento, para los requerimientos de acciones integrales para la protección de la salud colectiva. En este sentido, a la Secretaría de Salud, dotada de relativamente pocos recursos económicos, le corresponden las acciones básicas de servicios no personales o colectivos, como campañas de vigilancia, control, erradicación de padecimientos, acciones de saneamiento ambiental, control de contaminación, potabilización de agua, programas de nutrición, promoción de obras comunitarias, control de fauna nociva, inspección sanitaria de mercados, establecimientos comerciales, puertas de entrada al país y otros lugares públicos.

Tiene la obligación de atender a dos terceras partes de la población mexicana, situación que en la práctica no se cumple.

2. 3. 2. COBERTURA

De 80 millones de mexicanos, sólo el 50 % tiene algún régimen de seguridad social, es decir, sólo 40 millones de personas entre las que se encuentra el 28 % de la población económicamente activa. El resto de la población, deben ser atendidos, en teoría, por la Secretaría de Salud, cuya capacidad de hospitales, centros asistenciales y servicios sólo alcanza a cubrir entre 10 y 15 millones de personas. Es entonces válido decir que entre 25 y 30 millones de mexicanos carecen, en forma permanente, de servicios de salud.

Todo lo anterior, sin considerar que en la última década el desempleo se ha incrementado y como consecuencia, un gran número de la población queda fuera de la Seguridad Social (8).

Las condiciones del sistema de salud tienen características tan peculiares como se manifiestan en la distribución de recursos financieros, donde la dependencia con mayor número de población tiene el menor presupuesto, por tanto, existe una gran desproporción entre recursos y población, quedando una gran desprotección en materia de salud.

(8) Centros de Salud Comunitarios, Sistema de Servicios de Salud, S.S.A., Coordinación General de Planeación, 1981. pp. 2529

2.4 USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La utilización de Servicios es un factor que influye en el proceso de recuperación de salud ya que asistir a una clínica a recibir orientación cuando el niño presenta un cuadro morbozo puede reducir el tiempo para que se reestablezca.

Las causas más comunes por las que la población no acuda al servicio de salud son: inaccesibilidad geográfica y económica, mal trato médico y/o administrativo, largos tiempos de espera y, la causa tal vez más preocupante, por falta de educación, es decir, que la madre no sea capaz de discernir ante un cuadro morbozo de su hijo si es o no necesario acudir a los servicios médicos porque no valore adecuadamente la gravedad de la enfermedad subestimándola y arriesgando ya no sólo la salud sino la vida del infante.

En 1987, la jefatura de Epidemiología del Instituto de Salud Pública en su interés de colaborar en el proceso de reorganización de servicios médicos en el país, diseñó una investigación titulada 'FACTORES QUE INFLUYEN EN LA UTILIZACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA EN POBLACION INFANTIL EN EL VALLE DE MEXICO', el cual tenía como principal interés conocer la morbilidad que se registra en los primeros meses de vida y su

relación con la utilización y demanda de servicios, detectando los posibles factores socioeconómicos o culturales que las determinaron.

Paralelamente, el mismo director y responsable de esta investigación, Dr. Jorge Escobedo de la Peña, desarrolló otra titulada 'EVALUACION DE LA UTILIDAD DE LAS MEDIDAS ANTROPOMETRICAS DE CRECIMIENTO PARA IDENTIFICAR NIÑOS CON MAYOR RIESGO DE ENFERMAR', cuyo objetivo fue determinar la utilidad de las medidas antropométricas (peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla, circunferencia del brazo y pliegue tricípital) para identificar niños con un riesgo mayor de desarrollar enfermedades y el tipo de éstas.

De los resultados de estas investigaciones se pudo detectar que de las veces que se presentó enfermedad en los niños del grupo muestra el 73% buscó atención médica, el 44% en unidades del IMSS, el 8% en la SSA, el 48% en atención privada. De los que no la buscaron, el 21% se automedicó y al 6% lo atendieron en una farmacia.

Gracias al apoyo del director de estos proyectos brindando acceso y orientación de esta información, se pudo apoyar el presente trabajo y aceptar o rechazar las hipótesis formuladas inicialmente. El análisis y resultados se detallan en los capítulos V y VI.

CAPITULO III. FACTORES CONDICIONANTES

La importancia de mencionar el aspecto económico en México se debe a que "entre más bajo sea el nivel de desarrollo económico en una sociedad, más alto es el nivel de mortalidad infantil y mayor la contribución de malnutrición y de enfermedades infecciosas, parasitarias, respiratorias y diarréicas en la mortalidad" (9). Por lo tanto, mencionaremos el entorno económico que nos ubique frente a la situación actual del Distrito Federal.

3.1 ECONOMIA Y OCUPACION.

Dentro de los factores condicionantes, uno de gran importancia lo constituye la Estructura Económica como la base, el fundamento del desarrollo social y sus múltiples componentes. La actividad productiva en el Distrito Federal es desarrollada por poco más de dos millones ochocientos mil trabajadores, es

(9) UNITED NATIONS: Selected Demographic and Social Characteristics of the World's Children and Youth. New York, 1986.

decir, casi uno de cada tres habitantes realiza trabajos remunerados. Clasificada esta información por sectores económicos, observamos que el 0.6% se dedica al Primario, 27% al Secundario y 68.3% al terciario.

Estos últimos datos nos ubican en la situación económica del país, porque aunque estemos hablando de cifras del Distrito Federal, éste es un reflejo del entorno económico del país.

Se denomina país desarrollado a aquel en donde el segundo sector de la economía o INDUSTRIA tiene un considerable desarrollo y este a su vez, distribuye el producto de la siguiente manera (10):

SECTOR	PAIS	PAIS
	SUBDESARROLLADO	DESARROLLADO
I AGRICULTURA	2 a 3 %	8 a 10 %
II INDUSTRIA	30 a 35 %	50 a 60 %
III SERVICIOS	50 a 55 %	30 a 40 %

Comparando las cifras del Censo Económico de población y Vivienda 1990, observamos que el Distrito Federal supera incluso la cifra del sector terciario, ya que es del 68.3%. Lo grave de que sea tan elevado el sector de los servicios es que en su mayoría son personas que se dedican al comercio de productos importados, provocando que en un momento dado, el 27% que se dedica a la producción o transformación, se vea obligado también dedicarse al comercio por bajar las ventas del consumo de productos nacionales.

Por lo tanto el desarrollo económico social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa en el plano de la salud a los países desarrollados de los países en desarrollo, la promoción y protección de la Salud del Pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial (11).

(11) Tomado de Crónica de la O.M.S. Vol. 32 No. 11 Noviembre 1988.

3.2 POBLACION

Respecto al comportamiento de la población, el movimiento revolucionario ocasionó la movilidad de la población, emigrando de los diversos estados de la República al Distrito Federal en busca de empleo. Este fue el principio que determina hasta nuestros días un incremento constante no controlado ni planificado de la Ciudad de México, aumentando de manera considerable para los años 30, a pesar de existir oficialmente programas para el campo, la población rural continúa emigrando a la capital, situación que se acentúa en los años 40 y la década de los 50 por el crecimiento de la industria, mismo que de manera simultánea acelera el proceso de urbanización.

Este aumento demográfico en la capital obliga a la expansión espacial, que es dividida, para su organización, en siete Delegaciones: Coyoacan, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa, Magdalena Contreras, Alvaro Obregón y Atzacapotzalco. El crecimiento por delegación es tan desproporcionado que logra invadir Municipios que se encontraban fuera de los límites político-administrativos como las colindancias con el Estado de México, provocando que la población de esta zona aumentara un 36% en este periodo.

En la década de 1960 el problema político-administrativo continúa en aumento, pues la composición poblacional de la Zona Metropolitana tiene ya 16 Delegaciones a cargo de una sola unidad urbana dirigida por un regente asignado por el presidente, y a su vez, el gobernador del Estado de México se encarga de dirigir cincuenta y tres Municipios, de tal forma que, geográficamente la capital y la región del Estado de México es una sola región urbana, pero gobernada por dos dirigentes con dos presupuestos.

Conforme ha transcurrido el tiempo, los proyectos de expansión industrial, ubicando al comercio en los primeros lugares de la producción, ha ocasionado una inadecuada distribución física, en donde el acceso es cada vez más difícil.

El crecimiento poblacional no controlado y sin planificación en la Ciudad de México ha ocasionado un ascenso de la siguiente forma en los períodos de:

- 1895 a 1990 de 476,413 habitantes en la Ciudad de México a 3,235,744 habitantes (Gráficas 1, 2 y 3).**

Existen por la desproporción en crecimiento y distribución de la población graves problemas reflejados en los servicios, fundamentalmente agua, drenaje, luz, vivienda.

En los años 1960, 1970 y 1980 se observa de manera general un incremento en todas y cada uno de los grupos etáreos, situación que no se presentó en 1990, año en que se generó una importante migración hacia el Estado de México, este desplazamiento de la población del Distrito Federal hacia allá tiene como principal causa el incremento de costo de suelo en D. F., que aunado al deterioro salarial ocasiona que las personas del D. F. migren al Estado de México por un menor costo y condiciones de vida muy deterioradas. El efecto del terremoto de 1985 determinó que muchos pobladores del D. F. migraran de la ciudad a diversos estados, sin embargo, la distribución de la población en el D. F., en donde con fines de organización se divide por Delegaciones, podemos apreciar también zonas de alta densidad poblacional y zonas de gran superficie con baja densidad de población como a continuación se presenta.

Las Delegaciones de Tlalpan y Milpa Alta cuentan con las mayores superficies y Tlalpan tiene 484,866 habitantes, en comparación con Iztapalapa que cuenta con 1,490,499 habitantes y en superficie es un 30 % de Tlalpan, o bien, Tlalpan es tres veces más grande en superficie (Cuadro No. 1).

Demográficamente la distribución de Recursos Humanos y Recursos Materiales en el Distrito Federal manifiesta una gran disparidad y para efectos de la Salud, tiene repercusiones técnicas y funcionales de su infraestructura sujeta en ocasiones más a recursos económicos que a necesidades de la población; por tanto pueden construirse clínicas, centros de salud, hospitales, laboratorios y Centros Médicos en donde fue adquirido el terreno a un bajo costo, aunque su ubicación significa que grandes desplazamientos e ineportunidad en casos de emergencia (12).

(12) GONZALEZ SALAZAR, Gloria: El Distrito Federal, algunos problemas y su planeación, México, Instituto de Investigaciones Económicas, 1990.

CAPITULO IV.

DAÑOS A LA SALUD

Durante los últimos cuarenta años transcurridos desde la creación del UNICEF, se ha producido un gran cambio en las concepciones éticas de la salud a nivel mundial, la propuesta actual ya no tolera la muerte de millones de niños en las repentinas emergencias creadas por la sequía o el hambre en cualquier lugar del planeta, trátase de la crisis de Kampuchea en 1979, 1980 o en Africa 1984-1986, la atención de lo medios de comunicación de masas se encarga de informar a una proporción suficiente de la población mundial y de los gobiernos del mundo, impulsándoles a emprender el tipo de acción que como mínimo evita una mortandad masiva.

Cincuenta años atrás esta ética no prevaecía; a principios de los años cuarentas por ejemplo, un total estimado de tres millones de hombres, mujeres y niños murieron de hambre en Calcuta y Bengala, mientras el resto del mundo apenas se enteraba y aún hacía menos para evitarlo.

Este paso representa un cambio significativo hacia un mundo más civilizado, en

al cual podamos reconocer que la emergencia más importante a la que se enfrenta actualmente la infancia mundial es la *Emergencia Silenciosa*.

De las frecuentes infecciones y desnutrición generalizada, una emergencia que causa la muerte de más de un cuarto de millón de niños cada semana. Estos niños no mueren por enfermedades insólitas que requieran tratamientos complicados, mueren en el coma final de la deshidratación, mueren en la gravedad extrema de las infecciones respiratorias, mueren colapsados por los espasmos del tétanos, mueren en las pesadas molestias del sarampión, mueren en el prolongado proceso de frecuentes enfermedades comunes, que debilitan progresivamente el organismo y lo dejan desnutrido hasta que no le quedan recursos para luchar.

En el pasado la morbilidad y la mortalidad infantil en tal escala se aceptaba resignadamente porque se consideraba que era inevitable. En la actualidad esa percepción está simplemente desfasada, pues está totalmente comprobado, que el mejorar conocimientos y la organización social hace posible su aplicación, evidenciando la tragedia invisible de la infancia mundial de las regiones de lo inevitable para situarlas en el dominio de lo prevenible.

Como una demostración espectacular de que existe capacidad potencial para enfrentar y resolver estos problemas, durante los últimos cinco años se han

salvado la vida más de cuatro millones de niños, gracias a la movilización de diversos países para poner medidas de bajo costo disponibles al alcance de la mayoría de la población.

En cualquier civilización de acuerdo a sus capacidades, ha llegado el momento de que la opinión pública y los gobiernos decidan que es inaceptable que millones de niños mueran en la emergencia silenciosa de la desnutrición y las infecciones evitables, como los niños que enferman y mueren en las emergencias más conocidas como la sequía y el hambre (UNICEF 1987).*

En México ha disminuído la mortalidad general (1965; 11 defunciones por mil habitantes, 1990; 5.2 defunciones por mil habitantes). Sin embargo, la marginación se ha agudizado provocando un deterioro generalizado, no obstante las exitosas campañas de vacunación y otras medidas preventivas, pero el descenso en la mortalidad no representa un aumento en la calidad de vida.

El reducir la mortalidad es un éxito que nos separa del caso de Calcuta y Bengala. Sin embargo, el que menos niños mueran, no implica que la población sea más sana, sino que se mantiene en estado letal, con intervalos de estado

*Tomado de la Conferencia: Estado Mundial de la Infancia por James P. Grant (Director 1987).

morboso casi constantes hasta llegar a parecer normal que un niño tenga diarrea o catarro.

En el grupo de niños observados se detectó durante el primer mes de vida que de un total de 536, fueron 60 los que presentaron evacuaciones diarreicas y 123 presentaron enfermedades en vías respiratorias. Los Cuadros Nos. 2 al 8 reflejan que del 55 al 60 % en promedio, los niños enfermaron más de cuatro veces durante el año que se les entrevistó.

La aceptación de la enfermedad como un evento cotidiano o normal, no sólo implica mayor gasto tanto para el gobierno, sino también para la familia del enfermo, y sobre todo, retrasos o limitaciones en un futuro para el aprendizaje escolar, que también tiene repercusiones para el nivel cultural y laboral del país

Lo anterior se confirma con los resultados de una investigación realizada en la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., cuyo objetivo era describir los trastornos mentales y la condición socioeconómica de los niños reprobados en en primarias públicas de la Ciudad de México. Los resultados muestran que el 34.9% de los niños presentó trastornos mentales, mientras que el índice del nivel socioeconómico fue malo en 25.7% y regular 74.3%, y aclaran que ninguno fue bueno (13).

(13) MAGIS RODRIGUEZ C. y col.: Resultados del V Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, celebrado en Cuernavaca, Morelos del 24 al 26 de Enero de 1984.

Esta afectación a escolares puede redundar a futuro en un rezago educacional, económico y social, ya que, de no resarcirse de inmediato el daño que ya tienen estos niños capitalinos (y los de los Estados de la República que se encuentren en la misma situación), difícilmente de adultos podrán superar su situación educacional, económica y social que, insistimos, perjudica no solo a nivel individual sino también nivel nacional.

4.1 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL

México se encuentra en los países identificados con graves problemas de enfermedades infantiles que causan tanto morbilidad como mortalidad elevados en la población infantil. En él, las cuatro principales causas de mortalidad infantil son:

Afecciones originadas en el período perinatal

Enfermedades infecciosas intestinales

Neumonías e influenza

Anomalías Congénitas

En otros países tenemos que una de las principales causas de mortalidad en la mayoría de ellos son las condiciones originadas en el periodo perinatal, sin embargo es notorio que en países desarrollados como Estados Unidos, Alemania Federal y Suecia, las siguientes causas sean cardiovasculares y circulatorias, mientras que en países no desarrollados como Egipto, República Dominicana, Paraguay y Surinam se tiene un alto índice de muertes por enfermedades intestinales. En Cuba se tienen registradas como principales causas de mortalidad infarto de miocardio y disfunciones cerebrovasculares, tiene una tasa de mortalidad por infecciones intestinales del 3.5 0/00 (14).

4.2 TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL

En México la tasa de mortalidad infantil general reportada por la Secretaría de Salud y Asistencia es de 24.07 0/00 . De Estado a Estado hay grandes diferencias, variando desde los Estados de Durango, Sinaloa y Guerrero que tienen las tasas más baja, 7.14, 7.95 y 8.05 0/00 respectivamente, hasta los del

Estados de México, Guanajuato y Puebla, que tienen 37.06, 36.56 y 36.72 0/00, respectivamente. El Distrito Federal registra una tasa de 26.62 0/00 (15).

Haciendo nuevamente la comparación entre países desarrollados y no desarrollados, tenemos que los países que registran las más altas tasas de mortalidad infantil por millar son Túnez (28.6), Ecuador (40.4), India (58.0), Mongolia (60.3) y Tajikistán (Asia) (39.6), en tanto que las tasas de los países europeos varían de un 5 a un 24 defunciones infantiles por millar.

Con estos antecedentes estadísticos mundiales y nacionales, identificaremos si las condiciones de vida de los niños del grupo muestra tienen relación y afectan de alguna manera el desarrollo de enfermedades en ellos.

CAPITULO V. - DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Como se menciona en el Capítulo II, al desarrollar dos investigaciones paralelamente, 'FACTORES QUE INFLUYEN EN LA UTILIZACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA EN POBLACION INFANTIL EN EL VALLE DE MEXICO' y 'EVALUACION DE LA UTILIDAD DE LAS MEDIDAS ANTROPOMETRICAS DE CRECIMIENTO PARA IDENTIFICAR NIÑOS CON MAYOR RIESGO DE ENFERMAR', la Jefatura de Epidemiología del I. S. P. a fin de aprovechar los recursos de ambas investigaciones en beneficio de las dos, se diseñó la investigación y los cuestionarios de manera que el levantamiento de una encuesta y la captura de su información no se tuviera que hacer una vez para cada proyecto.

El diseño del estudio determinó la aplicación de encuestas en tres Fases, cada una con un objetivo específico que se alcanzaba al obtener la información requerida en los cuestionarios diseñados para ese fin, y que son las siguientes:

Primera Fase (Hevada a cabo de Noviembre de 1989 a Febrero de 1990).- En esta primer etapa se realizó el monitoreo y captación de nacimientos en el Distrito Federal en Unidades Médicas de Atención en Ginecobstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a las Unidades de Medicina Familiar previamente seleccionadas, mediante la aplicación de tres cuestionarios, los cuales se enfocaban cada uno a un propósito definido y que a continuación se detallan.

Los datos médicos del parto, así como las características del recién nacido se obtuvieron a través del primer cuestionario, identificado como REGISTRO AL NACIMIENTO (Anexo 1), contenía preguntas como: tipo de parto (eutósico o distósico), trabajo de parto (inducido, conducido o espontáneo), medicamentos utilizados durante el parto, peso, talla, edad gestacional, malformaciones, etc.

El segundo cuestionario, CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE MUJERES DE 15-49 (Anexo 2), se enfocaba a las características de la madre del recién nacido, obteniendo su edad, escolaridad, estado civil, si desempeña una actividad remunerada, así como el número de hijos nacidos vivos y muertos, etc.

La situación socioeconómica de la familia del recién nacido se detectó a través del tercer cuestionario aplicado en el hogar mismo declarado por la madre

(Anexo 3), y cuya finalidad era obtener las características de la vivienda (habitantes por vivienda, cuartos por vivienda, sistemas de desecho, etc.), características del hogar (obtención del agua, gasto familiar, atención médica habitual, etc.), de la población (edad, sexo, ocupación de los habitantes de la vivienda, etc.), así como materiales ocupados en la construcción y acabado de la vivienda (techo, suelo y paredes), etc.

Segunda Fase (llevada a cabo de Diciembre de 1989 a Febrero de 1991).- En la segunda etapa se realizó el seguimiento mensual de los niños captados en la primer etapa, siempre y cuando la madre hubiera aceptado participar en el estudio y el domicilio fuera correcto.

Este seguimiento se realizó mediante la aplicación del cuestionario identificado como SEGUIMIENTO MENSUAL DEL NIÑO ESTUDIADO (Anexo 4), para lo cual se visitaba con esa periodicidad el hogar. La información que se solicitaba era referente a la presencia/ausencia en el niño de enfermedades durante el mes anterior, asistencia a la clínica o centro de salud, seguimiento de vacunación, así como datos antropométricos de alimentación.

Tercera Fase (Enero de 1990 a la fecha).- La captura y análisis de la información se han llevado a cabo desde el inicio de la investigación, según los recursos humanos con que se ha contado.

Esta actividad ha requerido de diversas etapas, ya que desde el inicio de la misma no se ha contado con los recursos ni presupuestales, ni humanos ni materiales necesarios. La captura de la información se hizo, después de revisar que los cuestionarios contuvieran toda la información requerida, en bases de datos diseñadas para cada uno de ellos. Una vez capturados todos los cuestionarios se procedió al cruce de folios, ya que no a todos los niños se les aplicaron todos los cuestionarios, por lo que a fin de tener información confiable y completa se separaron a aquellos que tenían información parcial.

5.1 PROCEDIMIENTO DE MEDICION

Una vez verificado que las bases tuvieran capturada toda la información correctamente y que los números de registros y folio coincidieran en todas, se procedió a emitir cifras de control y a analizar la información.

5. 1. 1 VARIABLES

Para medir la relación existente entre condiciones de vida y desarrollo de enfermedades en niños menores de un año, se seleccionaron de los cuestionarios aplicados en la investigación diez preguntas que se establecieron como posibles factores para el desarrollo de enfermedades en el grupo muestra.

Las preguntas seleccionadas fueron:

Edad de la Madre

Escolaridad de la Madre

Estado Civil de la Madre

Si trabaja remuneradamente la Madre

Número de habitantes por vivienda

Número de cuartos por vivienda

Disposición de excretas

Disposición de basura

Si se enfermó el niño en el transcurso del último mes

Si sí se enfermó, de qué fue.

5.1.2 HIPOTESIS

Esta información se procesó y analizó con el fin de determinar si se aceptan o rechazan las siguientes HIPOTESIS:

PRIMER VARIABLE: NUMERO DE CUARTOS EN LA VIVIENDA

Hipótesis Nula: La frecuencia con que se enferman los niños es igual cuando habitan en viviendas de uno o dos cuartos que de cinco o más cuartos.

Hipótesis de Investigación: La frecuencia con que se enferman los niños es diferente cuando habitan en viviendas de uno o dos cuartos que de cinco o más cuartos.

SEGUNDA VARIABLE: DISPOSICION DE AGUA EN LA VIVIENDA

Hipótesis Nula: La frecuencia con que se enferman los niños es igual cuando la vivienda dispone de agua que cuando no dispone de agua.

Hipótesis de Investigación: La frecuencia con que se enferman los niños es diferente cuando la vivienda dispone de agua que cuando no dispone de agua.

TERCERA VARIABLE: DISPOSICION DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA

Hipótesis Nula: La frecuencia con que se enferman los niños es igual cuando la vivienda cuenta con drenaje que cuando no cuenta con drenaje.

Hipótesis de Investigación: La frecuencia con que se enferman los niños es diferente cuando la vivienda cuenta con drenaje que cuando no cuenta con drenaje.

CUARTA VARIABLE: TRABAJO ASALARIADO DE LA MADRE

Hipótesis Nula: La frecuencia con que se enferman los niños es igual cuando la madre trabaja asalariadamente que cuando no trabaja asalariadamente.

Hipótesis de Investigación: La frecuencia con que se enferman los niños es diferente cuando la madre trabaja asalariadamente que cuando no trabaja asalariadamente.

QUINTA VARIABLE: ESCOLARIDAD DE LA MADRE

Hipótesis Nula: La frecuencia con que se enferman los niños es igual cuando la madre estudió hasta primaria que cuando estudió hasta secundaria.

Hipótesis de Investigación: La frecuencia con que se enferman los niños es diferente cuando la madre estudió hasta primaria que cuando estudió hasta secundaria.

SEXTA VARIABLE: ESTADO CIVIL DE LA MADRE

Hipótesis Nula: La frecuencia con que se enferman los niños es igual cuando la madre es casada que cuando tiene otro estado civil (divorciada, unión libre o soltera).

Hipótesis de Investigación: La frecuencia con que se enferman los niños es diferente cuando la madre es casada que cuando tiene otro estado civil (divorciada, unión libre o soltera)

SEPTIMA VARIABLE: EDAD DE LA MADRE

Hipótesis Nula: La frecuencia con que se enferman los niños es igual cuando la madre tiene 19 años o menos que cuando tiene más de 19 años.

Hipótesis de Investigación: La frecuencia con que se enferman los niños es diferente cuando la madre tiene 19 años o menos que cuando tiene más de 19 años.

5. 1. 3 MODELO ESTADISTICO A APLICAR

Ya que por el tipo de información que se manejó no se podían garantizar ni la normalidad ni una medida de nivel por intervalos, se buscó una prueba no

paramétrica, que se ha desarrollado sobre todo a raíz de la investigación social, ya que no siempre es posible emplear una prueba paramétrica, es decir, no siempre se puede suponer la normalidad o los datos no se sujetan a una medida de nivel por intervalos.

El modelo estadístico con el que se hizo la prueba de hipótesis fue con la CHI CUADRADA (χ^2), que es la más popular en la investigación social. La chi cuadrada se emplea para hacer comparaciones entre frecuencias más que entre puntajes medios, tiene que ver esencialmente con la distinción entre las frecuencias esperadas y las frecuencias obtenidas.

Algunos de los requisitos más importantes para el uso de la prueba de significancia chi cuadrada son:

1. Una comparación entre dos o más muestras: la prueba chi cuadrada se emplea para hacer comparaciones entre dos o más muestras independientes. Esto requiere que tengamos por lo menos una tabla 2 X 2.
2. Los datos nominales: sólo se requieren las frecuencias.
3. El muestreo aleatorio: debemos haber extraído las muestras aleatoriamente de una población determinada.

4. Las frecuencias esperadas por casilla no deben ser demasiado pequeñas: para un problema 2×2 , ninguna frecuencia esperada deberá ser menor que 5. Además, la fórmula corregida de Yates deberá usarse para un problema 2×2 en el cual una frecuencia esperada por casilla es menor que 10.

La manera en que se obtuvo la información de la investigación cubre estos requisitos y fue por ello que se ocupó esta prueba. La fórmula de Yates (que se aplica para reducir la sobreestimación de chi cuadrada) no se ocupó, ya que ningún valor en casilla era menor de 10.

Para poder aplicar este modelo, se debe tener la información organizada de la siguiente manera:

Variable a observar	$V < 4$	$V \geq 4$	Total	%
Y	A	B	A + B	
Z	C	D	C + D	
Totales	A + C	B + D	N	

donde

- V<4** - El niño se enfermó menos de cuatro veces durante el año de observación.
- V=>4** - El niño se enfermó cuatro veces o más durante el año de observación.
- Y, Z** - Posibilidades de la variable que se está analizando. No son necesariamente complementarias.
- %** - Porcentaje de la columna que interesa analizar sobre el total del renglón.
- N** - Tamaño de la muestra (441)

La razón por la cual el número de veces que el niño enferma se separó en 4 fue por considerarse como no alarmante el que en el primer año de vida se puedan presentar enfermedades de cero a tres veces.

Una vez ordenada así la información, se aplica el siguiente modelo, que corresponde a la CHI CUADRADA:

$$\chi^2 = \frac{N(AD - BC)^2}{(A+B)(B+C)(A+C)(B+D)}$$

y se realiza para cada variable, la prueba de hipótesis bajo lo siguiente:

Ho $P_1 = P_2$ Se acepta la hipótesis nula

Hi $P_1 \neq P_2$ Se rechaza la hipótesis nula

$$\alpha = 1 - \alpha = .90$$

$$gl = (R - 1)(C - 1) = 1$$

$$\chi^2 = 2.71$$

Para obtener el valor de χ^2 , se buscó en tablas de chi cuadrada, buscando la cifra correspondiente a un grado de libertad (gl) en un nivel de confianza de .90.

Así,

Acepto la Hipótesis Nula	Ho	$-2.71 \leq \chi^2 \leq 2.71$
Rechazo la Hipótesis Nula	Ho	$\chi^2 < -2.71$
		$\chi^2 > 2.71$

Para hacer claro el método que se aplicó, ejemplificaremos con una de las variables aplicando la prueba de hipótesis al Cuadro No. 3 correspondiente a la disposición de agua en la vivienda.

**RELACION ENTRE DISPOSICION DE AGUA EN LA VIVIENDA CON EL
No. DE VECES QUE SE ENFERMAN LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO**

AGUA	V<4	V=4	TOTALES	%
SI	179	237	416	57
NO	12	13	25	52
TOTALES	191	250	441	57

Tenemos

$$\chi^2 = \frac{N(AD - BC)^2}{(A+B)(B+C)(A+C)(B+D)}$$

Entonces,

$$\chi^2 = \frac{441 ((179)(13) - (237)(12))^2}{(416)(25)(191)(250)}$$

$$\chi^2 = \frac{441 (2,327 - 2844)^2}{(416)(25)(191)(250)}$$

$$\chi^2 = \frac{441 (267,289)}{496,600,000}$$

$$\chi^2 = \frac{117,874,449}{496,600,000}$$

$$\chi^2 = 0.2373629662$$

Al nivel de confianza de 0,10 con 1 grado de libertad, el valor de chi cuadrada fué de 2.71. Como se obtuvo un valor de 0.2373629662 podemos aceptar la hipótesis nula.

El procedimiento anterior se siguió para cada una de las variables y los resultados se muestran en los cuadros 2 al 8. El análisis de la información se muestran en el siguiente capítulo.

CAPITULO VI. ANALISIS DE LA INFORMACION

6.1 CLASIFICACION

Por sus objetivos particulares, las encuestas fueron diseñadas contemplando varias posibilidades de respuesta, ya que se pretendía obtener información lo más detallada posible. Al obtener las cifras de control se observó que el porcentaje de algunos resultados no eran significativos, por lo que se consideró conveniente conjuntar respuestas por rangos y no distraer así la atención en cifras equivalentes hasta del 0.5 %, sino canalizarla a donde fuera trascendente el análisis, como fue el caso de la escolaridad, donde se conjuntó por rangos (primaria, secundaria, preparatoria y otros) y no se consideró por grado (un año de secundaria, dos de preparatoria, primaria incompleta, etc). Aún después de esta clasificación fue necesario re-clasificar, ya que el porcentaje de madres con primaria o secundaria representaban más del 80 % del universo.

En el caso de la información de cuartos por vivienda, las que tenían uno o dos cuartos representan el 58.5% de la muestra (441 niños observados) y para comprobar si los cuartos por vivienda eran un factor relevante para el

desarrollo de enfermedades, se tomo el otro extremo de la información, conjuntándose el grupo de 5 cuartos o más.

Con la misma intención de fijar la atención en grupos que fueran representativos de la muestra, la clasificación del estado civil se conjuntó en dos rangos: el primero formado por las mujeres casadas, que son el 71.7% de la muestra y el segundo, donde se sumaron el resto de los estados civiles. El otro 28.3% estaba integrado de la siguiente manera: 20.4% en unión libre, 1.6% divorciadas y 6.3% solteras.

Asimismo, se conjuntaron a los niños que se enfermaron de cero a tres veces por considerarse como no alarmante el que en el primer año de vida se puedan presentar enfermedades con esa frecuencia.

6.2 INFORME DE LA INVESTIGACION

Aunque el número de niños que se pretendía analizar desde en un principio era de 1500, conforme avanzaba la investigación iba reduciéndose éste debido a

distintas causas. El motivo principal por el cual se redujo la muestra fue por declaración de domicilio falso. Otros motivos que no permitieron dar seguimiento a los 1500 niños fueron: limitantes en el presupuesto para contar con recursos humanos, rechazo de los encuestados hacia las encuestadoras y cambio de domicilio. La muestra final de niños a los que se les levantaron todos los cuestionarios al nacer fueron 565.

Las condiciones de vivienda de este grupo se detectaron de la siguiente manera: el 77.5% tiene techo de losa de concreto, el 15% de lámina de asbesto y el 7.5% de otro material (palma, lámina de cartón, teja o madera). El material del piso fue de cemento firme en un 51.5%, de madera, mosaico u otro recubrimiento en un 48.1% y de tierra en un .4%. En cuanto al material de las paredes se detectó que el 77.7% las tenía de adobe o ladrillo recubierto, el 17.9% de adobe o ladrillo sin recubrir y el resto de lámina de cartón. En cuanto al número de habitantes por vivienda se obtuvo un índice de 5.6 en promedio, registrándose cuatro de ellas con 16, 18, 23 y 24 habitantes cada una.

Los datos anteriores nos ubican el nivel socioeconómico del grupo analizado, el cual en su mayoría fue de niños de nivel medio bajo y bajo, ésto guiándonos no sólo en el material dominante de construcción de las casas, sino no olvidando que fueron atendidos en el Seguro Social.

Las cifras de la edad de la madre reporta que el 14.5% tenían entre 15 y 19 años, el 33% entre 20 y 24, el 32% entre 25 y 29 y el resto eran mayores de 30 años.

Por alguna de las causas mencionadas, este grupo se redujo aún más durante el período de seguimiento mensual y sólo de 441 niños se tienen registro tanto de los cuestionarios al nacer como del seguimiento mensual. Esta fue la muestra final que se consideró para las pruebas de hipótesis y los resultados son los siguientes.

El estudio se realizó en una de las zonas urbanas más grandes del mundo, el Distrito Federal, Tugar con el que resulta claro ejemplificar un modelo de desorganización social, en donde los recursos por estar centralizados resultan atractivos para toda la población originando esta centralización que las instituciones de todos los sectores se encuentren ubicados en el Distrito Federal. Lo anterior origina que la población de los Estados de la República trate de resolver su problema de desempleo que lo lleva a la miseria desplazándose también a la Ciudad de México. Esta desproporción entre personas y recursos ha afectado de manera trascendental a la vivienda en el Distrito Federal, variable que se ha considerado como factor condicionante en la presentación de enfermedades. Encontramos que el mayor número de cuartos generaba

un porcentaje mayor de enfermedad. Aún cuando la prueba de hipótesis aceptó la hipótesis nula (la frecuencia con que se enferman los niños es igual cuando habitan en viviendas de uno o dos cuartos que de cinco o más cuartos), vemos en las frecuencias que sí hay diferencias pero que no a un nivel suficiente para rechazarla. Queda al margen si el mayor número de cuartos (5 o más) se interpreten en la encuesta como vivienda o como dormitorio (Cuadro No. 2).

Es cada vez más difícil por costo y localización el abasto de agua potable en la Ciudad de México, sin embargo, el solo hecho de abastecer de agua potable a las viviendas no favorece totalmente a los pobladores, pues pese a esta distribución, el agua deberá ser sometida a un tratamiento que permita garantizar que no será vía de transmisión de enfermedades especialmente gastrointestinales. Encontramos con la prueba de hipótesis que la nula fue declarada verdadera, sin embargo, al observar las frecuencias observamos en el estudio que la carencia de agua potable y el desconocimiento en formas de tratamiento del agua incrementan la frecuencia de enfermedades (Cuadro No. 3).

Dentro de la Ciudad de México el número de zonas que carecen de un adecuado sistema para la disposición de excretas en la vivienda incluyendo fontanería es

cada vez menor. Encontramos que más del 90 % de la población dispone de estos servicios; siendo la disposición de excretas un factor condicionante en la presentación de enfermedades, principalmente respiratorias y gastrointestinales, en el estudio realizado fue posible demostrar que en las viviendas que carecían de este servicio, la frecuencia de enfermedades se incrementaba (Cuadro No. 4), a pesar de aceptarse la hipótesis nula.

Dentro de los factores condicionantes para el desarrollo de enfermedades en niños menores de un año, fue considerado el trabajo de la madre como uno de los importantes, teniendo como propuesta que el trabajo asalariado condicionaba presentación de enfermedad nos encontramos con que las madres de los niños tienen diferentes tipos de trabajo: trabajo doméstico y trabajo asalariado. La actividad de la madre en el caso de trabajo asalariado determina que se presente con mayor frecuencia la enfermedad en los niños (Cuadro No. 5); entendiendo esta situación como una consecuencia en la falta de participación para la atención a la población infantil, en donde el cuidado de los niños recae únicamente en las mujeres y éstas tienen como único apoyo para poder laborar el Sistema de Guarderías que en la actualidad es insuficiente, o bien ayuda familiar para cuidado de los niños que no es continua.

Dentro de los factores que pueden determinar el aumento o disminución de enfermedad en niños menores de un año se consideró la escolaridad como un factor condicionante y se procedió a relacionar escolaridad de la madre con la

frecuencia de la enfermedad en los niños, los resultados fueron que la escolaridad mayor determinó incremento en la frecuencia de la enfermedad y la menor escolaridad menor frecuencia en la presentación de la enfermedad (Cuadro No. 6), aunque la prueba resultó comprobar la hipótesis nula. Por tal situación es necesario identificar que el concepto escolaridad no va a determinar la responsabilidad en la atención y formación de los hijos a su cargo, aunque sí influye en la capacidad de los padres para identificar un cuadro morboso en sus hijos y las acciones que convendría tomar, ya sea acudir al médico o darle un remedio conocido.

La concepción de familia como núcleo de la sociedad se considera habitualmente en una ciudad como la Ciudad de México con los siguientes integrantes: padre, madre e hijos. A medida que los procesos sociales se modifican, la estructura familiar se ha ido modificando también. El estudio realizado demostró que prevalece el estado civil 'casado' en las mujeres, en segundo lugar unión libre, en tercer lugar madres solteras y finalmente divorciadas. Como podemos verificar al margen del estado civil reportado, la diversidad de estilos en integración familiar hace que obtengamos los siguientes resultados: independientemente del Estado Civil de la madre, la frecuencia de

enfermedad se incrementa de igual manera en madres de estado civil casada o madres de estado civil soltera (Cuadro No. 7), como también se comprobó con la prueba de hipótesis, al confirmarse la hipótesis nula. Es necesario identificar que en la actualidad la estructura familiar legal no es lo determinante para el desarrollo de enfermedades.

Las cifras de la edad de la madre reporta que el 14.5% tenían entre 15 y 19 años, el 33% entre 20 y 24, el 32% entre 25 y 29 y el resto eran mayores de 30 años. Las edades en la paridad de las mujeres en estudio tuvieron como límites de 15 a 44 años, reflejando que el planteamiento de la edad como un factor condicionante para la presentación de enfermedad en niños menores de un año no afecta, ya que la hipótesis nula fue aceptada (Cuadro No. 8). Por lo tanto, la hipótesis nula es verdadera y podemos afirmar que la frecuencia con que se enferman los niños es igual cuando la madre tiene 19 años o menos que cuando tiene más de 19 años. La presencia y frecuencia de enfermedad se dió de la misma manera en niños con madres de diferentes edades, por lo tanto es necesario atribuir también la actitud de responsabilidad y educación como factores condicionantes de enfermedad en los niños menores de un año.

CONCLUSIONES

Como resultado de la investigación fueron identificados factores condicionantes que pertenecen al macro-ambiente, o bien condiciones externas tales como vivienda, situación de ésta por número de cuartos, en donde la investigación nos indica como resultado que los niños que habitan en lugares propensos al hacinamiento por menor espacio, las posibilidades de enfermar tienen incremento (Cuadro No. 2).

En relación a uno de los factores condicionantes que pertenecen también al macro-ambiente fue detectada el agua como elemento vital ya conocido y su relación con la presencia de enfermedad en los casos en donde la falta de este elemento aumentaba la frecuencia en la presentación de enfermedades; específicamente gastrointestinales y respiratorias (Cuadro No. 3).

La frecuencia de enfermedad en un año se presentó hasta una vez por mes, y se encontró que éste es afectado directamente con las formas en que la disposición de excretas se llevaba a cabo (Cuadro No. 4).

Hablar del micro-ambiente involucra la etapa gestacional teniendo como habitat la matriz contenida en cada una de las mujeres gestantes. Las características como factores que condicionaron presencia de enfermedad fueron los siguientes.

La actividad u ocupación de las madres de niños menores de un año del grupo muestra se identificó considerando mujeres que además de desempeñarse en actividades domésticas desempeñaban trabajos asalariados, encontrando que la frecuencia de enfermedad de niños menores de un año es mayor cuando las madres de los mismos laboran en trabajos asalariados (Cuadro No. 5).

Para el estudio, el nivel de escolaridad en madres del grupo de investigación fue considerado como característica o factor condicionante de enfermedad, obteniendo los siguientes resultados: el nivel menor o mayor de escolaridad no tiene relación con la frecuencia en la presentación de enfermedades en los niños (Cuadro No. 6).

En el grupo muestra fue considerado dentro de los factores que pudieran determinar la presencia de enfermedad, la forma como se integran las relaciones familiares, por tal situación se decidió identificar el estado civil de la madre con la frecuencia de enfermedad en los niños menores de un año. El compartir durante el crecimiento y desarrollo del niño, responsabilidades en

atención y cuidados como factor determinante, se presentó en el estudio incremento en la frecuencia de enfermedad en niños de madres solteras, unión libre o divorciadas y menor frecuencia en madres de estado civil casadas (Cuadro No. 7).

Las condiciones como se presenta el evento de la maternidad no lo determina la edad de las madres, siendo tomado este dato como factor condicionante de enfermedad en los niños. En los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación reporta que la edad es un factor que no influye en la presentación y frecuencia de enfermedad de los niños (Cuadro No. 8).

Por ser un tema de gran importancia para el desarrollo individual y social, el tema de educación y cuidado a la salud debería tratarse en todos los ámbitos (escolar, familiar, laboral) de manera no obligatoria, sino natural, ya que, en el momento en que México, en todos sus Estados, Africa, en todos sus países y todos, todos los seres humanos veamos a la salud como nuestro estado natural y no como una 'suerte', entonces estaremos viviendo en una civilización más avanzada en todos los sentidos.

RECOMENDACIONES

1.- Revisión del actual Sistema de Salud que permita darle una estructura y funcionamiento para hacer posible atención para todos utilizando como estrategia fundamental la atención primaria a la salud, en donde las acciones grupales o colectivas de tipo preventivo tengan prioridad sobre las actividades individuales de tipo curativo.

2. Revisión del actual modelo de desarrollo económico en el país, planteando como fundamental estrategia el crecimiento simétrico de los tres sectores de la economía que permitan de manera simultánea incorporar a un mayor número de la población dentro de población económicamente activa, obteniendo por ello salarios que reflejen la remuneración de acuerdo a sus necesidades, elevando con ello el nivel de vida que permita existir en condiciones favorables para el mantenimiento de la salud con mejor calidad de alimentación, principalmente de la población campesina.

3. Fomentar en el sector industrial mejores condiciones de vida de esta clase trabajadora capacitandola para un adecuado desempeño de sus actividades, así como en seguridad industrial, disminuyendo la morbilidad generada por condiciones laborales que ocasionan enfermedades tanto físicas como mentales. Capacitar en riesgos de accidentes de trabajo para abatir

grupos de personas que no obstante lograron sobrevivir, permanecieron de manera definitiva invalidos para desempeñarse en su trabajo como efecto del alto índice de accidentes laborales.

4. Identificación de los factores demográficos como son natalidad, fecundidad, densidad de población, ocupación, morbilidad, mortalidad como causas posibles de una distribución poblacional con enormes contrastes que generen equilibrar recursos económicos, recursos materiales, recursos humanos con las necesidades de la población general, distribuyendo con esto de manera más equitativa y justa para un mejor desarrollo de la sociedad con un beneficio inmediato para mejores condiciones futuras.

5. Favorecer la participación multidisciplinaria en el sistema de salud para hacer posible la resolución de los problemas con mayores alternativas para su solución. El contar con información científica y técnica no solamente de tipo biológico nos permite avanzar en menor tiempo y con mejores resultados.

6. Trabajo intersectorial (Secretaría de Educación Pública y Secretaría de Salud) involucrando maestros, padres de familia, alumnos, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, ecologistas, psicólogos, terapistas, demógrafos, actuarios, urbanistas, sociólogos, odontólogos, antropólogos,

pedagogos, nutricionistas en la elaboración de programas que permitan acciones concretas con énfasis en las siguientes áreas:

- Educación para la Salud**
- Educación para el ambiente**
- Investigación**
- Apoyo Técnico.**

7. Incorporar programas de salud escolar en los diferentes niveles académicos considerando el área educativa como el espacio idóneo para desarrollar, sensibilizar y concientizar a la población de niños, jóvenes y a adultos que actualmente funcionan como estudiantes y que en el futuro serán responsables del desarrollo social.

8. Fomentar la participación activa de los grupos organizados tanto políticos como sociales de la comunidad en acciones generales de salud.

DEFINICIONES

DISPOSICION DE AGUA.- Se considera afirmativa la disposición de agua cuando su fuente de obtención es toma de agua en el terreno o en la vivienda misma del niño observado.

DISPOSICION DE EXCRETAS Y BASURA .- Se considera como positiva el que la vivienda donde habita el niño observado disponga de excusado conectado a drenaje y cuente con servicio de recolección de basura por camión.

EDAD DE LA MADRE.- Se considera como edad de la madre la informada por ella en años cumplidos al nacimiento del niño.

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES.- Es la reportada por la madre al momento del nacimiento del niño en años aprobados. Fué registrada por rangos: Primaria, Secundaria, Preparatoria, Ninguna Educación, Otros.

ESTADO CIVIL DE LA MADRE - Es el Estado Civil que la madre dijo tener al momento del nacimiento del niño.

NUMERO DE CUARTOS POR VIVIENDA. .- Es el número de habitaciones que hay en la vivienda del niño observado sin contar cocina, baños y pasillos.

NUMERO DE HABITANTES POR VIVIENDA .- Es el número de personas que viven de manera permanente en el hogar o vivienda del niño observado.

PADECIMIENTOS QUE PRESENTO MENSUALMENTE .- Es la interpretación de la madre a los síntomas presentados por el niño durante el último mes.

PRESENTACION DE ENFERMEDAD DURANTE EL MES .- Es la identificación de la madre de un cuadro patológico en el niño observado.

RECIEN NACIDO.- Producto de la gestación de 36 a 40 semanas. Se considera recién nacido a partir del momento de nacimiento hasta los 30 días y es capaz de sobrevivir al medio extrauterino.

TRABAJO ASALARIADO DE LA MADRE.- Se considera que la madre trabaja asalariadamente cuando realiza una actividad por la que perciba un salario.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.- Es considerado el primer nivel de atención a problemas de la salud dentro del Sistema de Atención del I.M.S.S. Es el primer contacto de la población derechohabiente con el sistema del I.M.S.S. y de aquí se envía al 2o. nivel de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABURTO GALVAN, César: Elementos de Bioestadística. Editorial Fondo Educativo Interamericano, S. A. México, 1979.

Actividades del primer nivel de atención. Sistema de Servicios de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Coordinación General de Planeación. 1981. pp. 22, 23.

AROLDO RODRIGUEZ: Psicología Social, Medición de Actitudes, Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro, Edit., Trillas, México, 1979.

Atención Primaria de Salud, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. XCIV, No. 5. Mayo 1983, pp. 456-457

Atención Primaria de Salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud. ALMA-ATA, URSS, 6-12 Septiembre de 1978. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1978, pp. 31-61, 70-73.

BARTON, W.L.: Alma-Ata de una Nueva Era; Salud Mundial, Revista Ilustrada de la Organización Mundial de la Salud. Julio de 1979, p. 10.

BERNAL, Ignacio, CARRASCO, Pedro y MORENO TOSCANO, Alejandra: Historia General de México. El Colegio de México, 1981.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D. C. E.U.A. Mayo 1977, Año 56. Vol. LXXXII, No. 5, pp. 447, 448.

Centros de Salud Comunitarios, Sistema de Servicios de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Coordinación General de Planeación, 1981, pp. 25-29.

CERVANTES CARSON, Alejandro: En busca de la explicación (Variables socioeconómicas en el estudio de la mortalidad en la niñez), presentado en el Primer Seminario de Demografía Formal celebrado en Cuernavaca, Morelos en 1989.

COMAS, Juan: Estudio sobre clases sociales, Editorial Aguilar, México, 1987.

El trabajo en Equipo en el Ambito de la Atención Médica. El Hospital. Edit. de Hospital Management, E.U.A. Vol XXIV. No. 11, pp. 8-11.

FERRERO, Carlos y BOADA M., Silvia: Morbilidad y Técnica Médica, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, 1984.

GOMEZ MARTINES, Juan Carlos y RESANO PEREZ Elsa: Morbilidad en menores de cinco años, alcance y limitaciones de la Encuesta continua de morbilidad atendida, presentado en el Primer Seminario de Demografía Formal celebrado en Cuernavaca, Morelos en 1989.

GONZALEZ SALAZAR, Gloria: El Distrito Federal; algunos problemas y su planeación, Instituto de Investigaciones Económicas, 1990.

GRANT, James P.: Estado Mundial de la Infancia 1987. Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

HALFDAN, M. DR. @Qué significa la Salud para Todos? Salud Mundial, Revista Ilustrada de la Organización Mundial de la Salud, Noviembre de 1979, p. 5.

HALFDAN, M. DR. Salud para Todos en el Año 2000. Salud Mundial, Revista Ilustrada de la Organización Mundial de la Salud. Febrero-Marzo, 1981, p. 5.

HOLLINGSWORTH, T. H.; Demografía Histórica, Cómo utilizar las fuentes de la historia para construirla. Fondo de Cultura Económica, México, 1983.

KEYFITZ, Nathan y BEEKMAN, John A.: Demography Through Problems, Springer-Verlag, 1984.

LEVIN, Jack: Fundamentos de Estadística en la Investigación Social, HARLA, México, D. F. 1979.

LOPEZ ACUÑA, Daniel: La Salud Desigual en México. Siglo XXI, México, 1982.

MARTINEZ HERNANDEZ, Ifigenia: Algunos efectos de la crisis en la distribución del Ingreso en México, Facultad de Economía - Instituto de Investigaciones Económicas, U. N. A. M.

MONTAÑO R., Oscar, Antropólogo Social. Apuntes de Sociología y Economía en curso de Salud Pública, México, D. F. 1982.

NINKOFF F. M.: La filosofía Social. Editorial Aguilar. México, 1987.

ORTIZ, Federico: Vida y Muerte del Mexicano. Folios Ediciones, México, 1982.

OSWALD S., Ursula: Probabilística, Multidisciplina y Morbimortalidad Infantil, presentado en el Primer Seminario de Demografía Formal celebrado en Cuernavaca, Morelos en 1989.

PALMA CABRERA, Yolanda y ECHARRI CANOVAS, Carlos Javier: Mortalidad Infantil en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987, presentado en el Primer Seminario de Demografía Formal celebrado en Cuernavaca, Morelos en 1989.

POZAS L., Isabel: Antropología social, economía y sociedad, apuntes para curso de especialidad en Pediatría. México, D. F., 1976.

Primer Nivel de Atención. Sistema de Servicios de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Coordinación General de Planeación, 1981, p. 21.

Resumen oficial del informe de 1987 del Director Ejecutivo del UNICEF, James P. Grant, sobre el Estado Mundial de la Infancia.

REUTLINGER, Shlomo y SELOWSKY, Marcelo: Desnutrición y Pobreza, Magnitudes y opciones de política, Editorial Tecnos, Madrid, 1977.

RIDING, Alan: Vecinos Distantes, Un retrato de los Mexicanos, Joaquín Mortiz-Planeta, México, 1985.

ROGER, B.: Psicología Social. Personalidad y Sociedad. México. Siglo XXI. Editores, S. A. 1975. p. 429.

ROJAS SORIANO, Raúl: Sociología Médica. Folios Ediciones, 1985.

RUIZ DE CHAVEZ, M., MOLINA MEDINA, H. y CERVERA FLORES, M.: El cambio estructural; desafíos ante la consolidación del Sistema nacional de Salud I, Secretaría de Salud - O. P. S. I.N.E.G.I., 1988, México, D. F.

RUIZ DE ESPARZA: Antecedentes históricos de la medicina en México. PAIDOS, México, 1976.

Salud para todos en el Año 2000. Estrategias. Documento Oficial. O.P.S. Oficina Panamericana. Oficina Regional de la O.M.S. Washington, D. C. E.U.A., 1980. pp 189, 193, 197-223.

SAN MARTIN, Hernán: Salud y enfermedad. Apéndice II. Ecología Humana, Medicina Preventiva y Social.

Sistema de Servicios de Salud. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Coordinación General de Planeación, 1981. pp 2223.

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

URIBE CASTAÑEDO, Manuel: Capital Humano, Salud y Bienestar Social. Folios Ediciones, 1982. pp. 309-311, 313, 315.

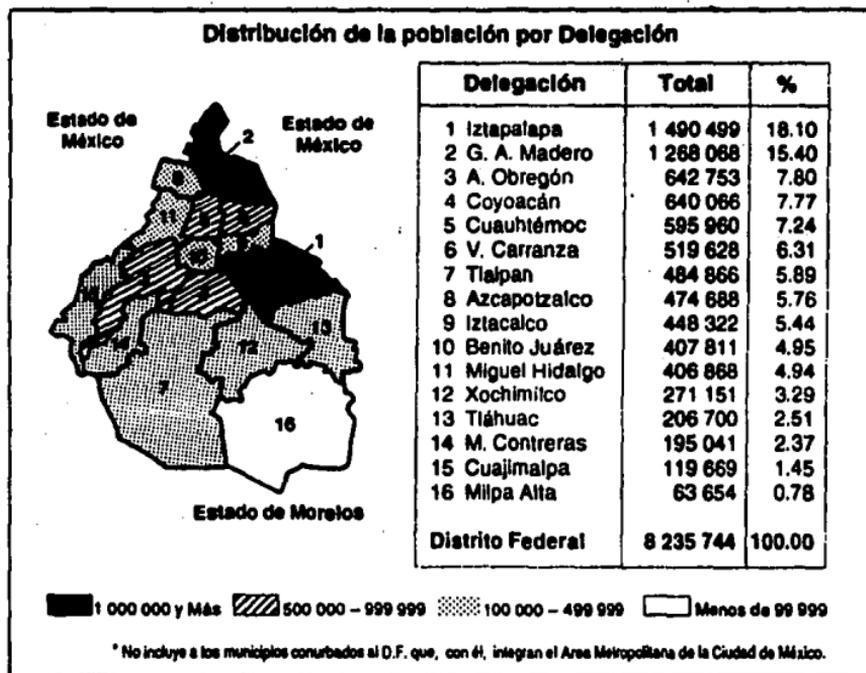
VALDEZ OLMEDO, Cuauhtemoc: Programa de reconstrucción y reordenamiento de los Servicios de Salud. Secretaría de Salubridad y Asistencia, Oficialía Mayor.

WEBER, Max: Estudio sobre clases Sociales. Editorial Aguilar, México, 1987.

WERNWR, Wolff: Introducción a la psicología, Tres teorías psicológicas. Fondo de Cultura Económica, México, 1976.

CUADROS, GRAFICAS Y ANEXOS

CUADRO No. 1



FUENTE: I.N.E.G.I. XI CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA, 1990.

CUADRO No. 2

RELACION ENTRE NUMERO DE CUARTOS EN LA VIVIENDA CON EL				
No. DE VECES QUE SE ENFERMAN LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO				
No. DE CUARTOS	V<4	V=4	TOTALES	PORCENTAJE
1 O 2 CUARTOS	99	159	258	62
3 o (+) CUARTOS	13	26	39	67
TOTALES	112	185	297	62

Prueba Chi-cuadrada = 0.5437264299

La hipótesis nula es verdadera, por caer dentro del rango el valor obtenido de Chi-cuadrada.

FUENTE: Resultados de la encuesta realizada al grupo muestra en México, D. F. en 1990.

CUADRO No. 3

RELACION ENTRE DISPOSICION DE AGUA EN LA VIVIENDA CON EL				
No. DE VECES QUE SE ENFERMAN LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO				
AGUA	V<4	V=>4	TOTALES	PORCENTAJE
SI	179	237	416	57
NO	12	13	25	52
TOTALES	191	250	441	57

Prueba Chi-cuadrada = 0.2373629662

La hipótesis es verdadera, por caer dentro del rango el valor obtenido de Chi-cuadrada.

FUENTE: Resultados de la encuesta realizada al grupomuestra en México, D. F. en 1990.

CUADRO No. 4

RELACION ENTRE DISPOSICION DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA CON No. DE VECES QUE SE ENFERMAN LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO				
DISP. EXCRETAS	V<4	V=>4	TOTALES	PORCENTAJE
SI	182	235	417	56
NO	9	15	24	62
TOTALES	191	250	441	57

Prueba Chi-cuadrada = 0.3490343327

La hipótesis nula es verdadera, por caer dentro del rango el valor obtenido de Chi-cuadrada.

FUENTE: Resultados de la encuesta realizada al grupomuestra en México, D. F. en 1990.

CUADRO No. 5

RELACION ENTRE ACTIVIDAD DE LA MADRE CON EL				
No. DE VECES QUE SE ENFERMAN LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO,				
TRABAJA	V<4	V=>4	TOTALES	PORCENTAJE
SI	66	91	157	58
NO	122	159	281	57
TOTALES	188	250	438	57

Prueba Chi-cuadrada = 0.0786216

La hipótesis nula es verdadera, por caer dentro del rango el valor obtenido de Chi-cuadrada.

FUENTE: Resultados de la encuesta realizada al grupo muestra en México, D. F. en 1990.

CUADRO No. 6

RELACION ENTRE ESCOLARIDAD DE LA MADRE CON EL NUMERO DE VECES QUE SE ENFERMAN LOS NIÑOS MENORES DE UN				
ESCOLARIDAD	V<4	V=>4	TOTALES	PORCENTAJE
PRIMARIA	58	70	128	55
SECUNDARIA	106	150	256	59
TOTALES	154	220	374	59

Prueba Chi-cuadrada = .65082

La hipótesis nula es verdadera, por caer dentro del rango el valor obtenido de Chi-cuadrada.

FUENTE: Resultados de la encuesta realizada al grupo muestra en México, D. F. en 1990.

CUADRO No. 7

RELACION ENTRE ESTADO CIVIL DE LA MADRE CON EL No. DE VECES QUE SE ENFERMAN LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO,				
ESTADO CIVIL	V<4	V=>4	TOTALES	PORCENTAJE
CASADA	142	174	316	55
OTRO	49	76	125	61
TOTALES	191	150	441	57

Prueba Chi-cuadrada = 2.00095

La hipótesis nula es verdadera, por caer dentro del rango el valor obtenido de Chi-cuadrada.

FUENTE: Resultados de la encuesta realizada al grupo muestra en México, D. F. en 1990.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No. 8

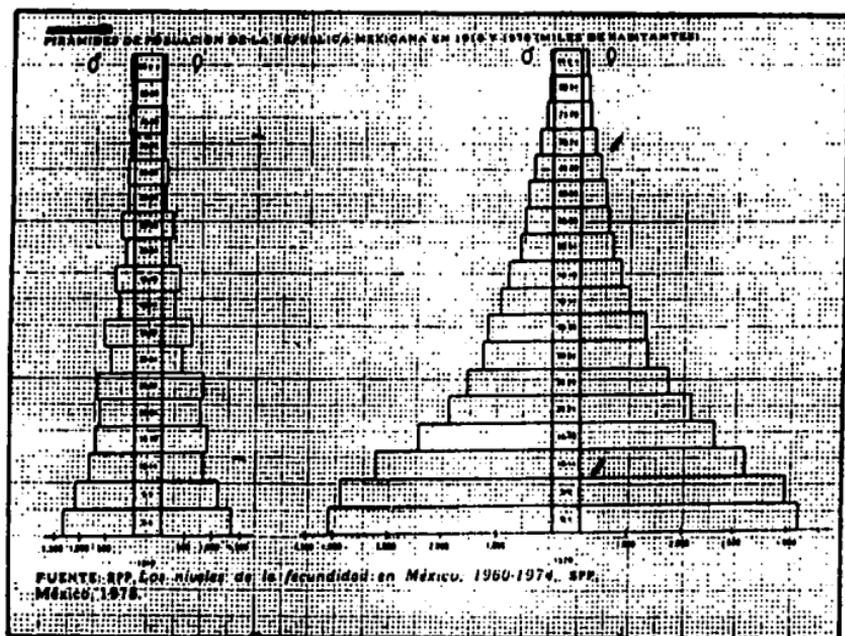
RELACION ENTRE EDAD DE LA MADRE CON EL				
No. DE VECES QUE SE ENFERMAN LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO				
EDAD	V<4	V=4	TOTALES	PORCENTAJE
E<=19 AÑOS	19	37	56	66
E> 19 AÑOS	172	213	385	55
TOTALES	191	250	441	57

Prueba Chi-cuadrada = 2.299685911

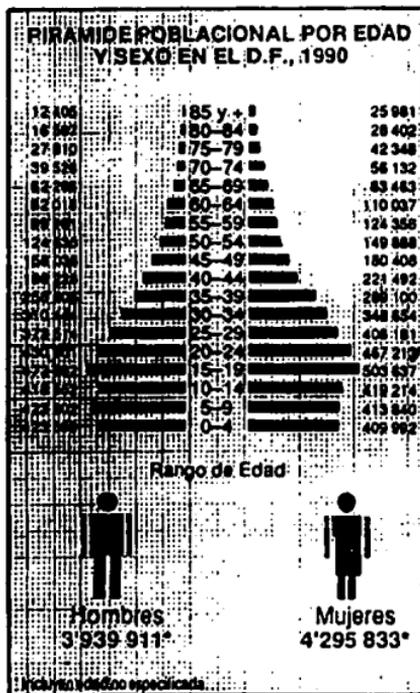
La hipótesis nula es verdadera, por caer dentro del rango el valor obtenido de Chi-cuadrada.

FUENTE: Resultados de la encuesta realizada al grupo muestra en México, D. F. en 1990.

GRAFICA No. 1

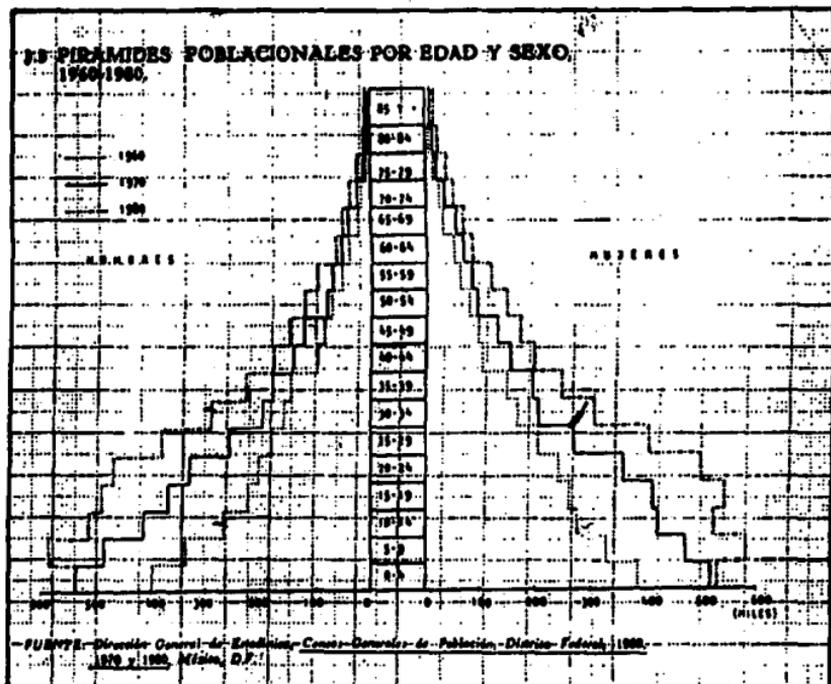


GRAFICA No. 2



FUENTE: I.N.E.G.I. XI CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA, 1990.

GRAFICA No. 3



REGISTRO AL NACIMIENTO

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA
 ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE MEXICO
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA

IDENTIFICACION DEL CUESTIONARIO

NUMERO DE CUESTIO NARIO	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	HOG	GRU	NUMERO DE LA ENCUESTA TABOR	REFERENCIA <u>2003 3 30 00 00</u>
						<u>Carretera de Toluca a San Mateo Atenco</u> CALLE, CARRETERA, AVENIDA, CALLEJON, ETC.
1 2 3 4		8 9 10 11 12 13 14 15 16				NUM. EXT. _____ NUM. INT. _____
1 2 3 4		DIA MES AÑO				<u>2003 03 30</u> NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE

DATOS DEL PARTO

1. TIPO DE PARTO EUTOSICO = 1 DISTOSICO = 2	2. EL TRABAJO DE PARTO FUE INDUCIDO = 1 CONDUCTO = 2 ESPONTANEO = 3	3. ROMPIMIENTO DE MEMBRANAS PREMATURO = 1 TEMPRANO = 2 TARDIO = 3	4. MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE EL PARTO <u>Cloruro de sodio</u> <u>8 mg</u> <u>Cloruro de calcio</u> <u>1000 mg</u> <u>0.25 mg/ml</u>
17	18	19	20 21
5. USO DE FORCEPS SI = 1 NO = 2	6. SE LE REALIZO LA EPISIOTOMIA SI = 1 NO = 2	7. TIEMPO QUE TARDO EL RECIEN NACIDO EN RESPIRAR NORMALMENTE INMEDIATAMENTE = 00 (TIEMPO EN MINUTOS).	8. HUBO PRESENCIA DE HEMORRAGIA SI = 1 NO = 2
22	23	24 25	26
			27
			28

CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO

10. SEXO DEL RECIEN NACIDO MUSO = 1 FICIA = 2	11. PESO DEL RECIEN NACIDO AL MOMENTO DE NACER (EN GRAMOS)	12. TALLA DEL RECIEN NACIDO AL MOMENTO DE NACER	13. EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	14. CALIFICACION APGAR (AL NACER Y 5 MINUTOS DESPUES)
29	30 31 32	33 34	35 36	37 38 39 40
				MAC. 5 min.
				41 42 43
15. REQUERIO INCUBADORA SI = 1 NO = 2	16. REQUERIO CUNA TERMICA SI = 1 NO = 2	17. PRESENTO MALFORMACIONES CONGENITAS SI = 1 NO = 2	18. ¿QUE TIPO DE MALFORMACION?	19. TIEMPO QUE ESTUVO EN EL HOSPITAL (EN HORAS)
41	42	43	44 45	46 47 48
				49 50

<p>19. CUANTOS AÑOS TENIA CUANDO NACIO SU PRIMER HIJO NACIDO VIVO?</p> <p>78 79</p>	<p>RESUMEN</p>		
<p>20. CUANTOS AÑOS TENIA CUANDO NACIO SU ULTIMO HIJO NACIDO VIVO?</p> <p>78 79</p>	<p>A. AÑO DE NACIMIENTO DE LA MADRE PREC. 7</p> <p>8. AÑO APROX. DE NACIMIENTO DEL N.º 1 A + 0</p>	<p>B. EDAD MADRE DEL N.º 1 PREC. 19</p> <p>9. AÑO APROX. DE NACIMIENTO DEL N.º 1 A + 0</p>	<p>C. EDAD MADRE DEL N.º 2 PREC. 20</p> <p>10. AÑO APROX. DE NACIMIENTO DEL N.º 2 A + 0</p>

SECCION V

<p>21. ¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL ACTUAL?</p> <p>UNIDA O CONVIVIENTE 1</p> <p>CASADA POR CIVIL Y/O IGLESIA 2</p> <p>SEPARADA O SEPARADA 3</p> <p>VIUDA 4</p> <p>SOLTERA 5</p> <p>NO SABE O NO CONTESTA 9</p>	<p>22. ¿CÓMO SE CONVIERTE A LA RELIGIÓN ACTUALMENTE SU COMUNITARIO O ESPANOL CON INTER? SI - 1 NO - 2</p> <p>EN CASO DE QUE CONVIERTE, ¿CÓMO SE CONVIERTE EL COMUNITARIO DE LINEA DEL CUESTIONARIO DE LA UNIDAD QUE LE CORRESPONDE AL ESTADO CIVIL? SI - 1 NO - 2</p>	<p>23. ¿CÓMO SU ESTADO A LA CONVIVENCIA? SI - 1 NO - 2</p>
--	---	--

<p>24. ¿CUANTOS AÑOS O GRUPOS TERMINÓ SU ESPOSO?</p> <p>PRIMARIA 1</p> <p>SECUNDARIA 2</p> <p>PREPARATORIA O VOCACIONAL 3</p> <p>OTROS 4</p> <p>NO APRENDO NINGUN AÑO 5</p> <p>NO SABE O NO CONTESTA 9</p>	<p>25. ¿CÓMO SE ENCUENTRA SU ESPOSO? SI EN LA BÚSQUEDA O CONTESTA 1 A O PRESENTE: SI - 1 NO - 2</p> <p>26. ¿CÓMO SE ENCUENTRA SU ESPOSO? SI EN LA BÚSQUEDA O CONTESTA 1 A O PRESENTE: SI - 1 NO - 2</p>	<p>27. ¿CÓMO SU ESTADO CIVIL A LA CONVIVENCIA? SI EN LA BÚSQUEDA O CONTESTA 1 A O PRESENTE: SI - 1 NO - 2</p>
--	---	---

SECCION VI

28. ¿TRABAJA USTED DURANTE EL ÚLTIMO AÑO YA SEA POR SU CUENTO O SALARIO O AJUDA A LA FAMILIA SIN RECIBIR PAGO? (INDIQUE AL CUESTIONARIO DE NOMBRES Y CUBRIR LAS RESPUESTAS).

SI - 1

NO - 2

29. ¿ANTES DE TENER SU PRIMER HIJO USTED ALGUNO TRABAJÓ POR EL QUE LE PAGARAN NOMBRES O SALARIO O AJUDA A LA FAMILIA SIN RECIBIR PAGO?

SI - 1

NO - 2



IDENTIFICACION DEL CUESTIONARIO

NUMERO DEL CUESTIO NARIO	CLAVE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR	NUMERO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
1 2 3 4	5 6	7 8
1 2 3 4	5 6	7 8

REFERENCIA

CALLE, CARNETEA, AVENIDA, CALLEJON, ETC.

NUM. EXT. NUM. INT.

NOMBRE Y APELLIDO DEL JEFE DEL HOGAR

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

1. TIPO DE VIVIENDA	2. ¿CUANTAS PERSONAS VIVEN NORMALMENTE EN ESTA VIVIENDA? Si hay personas ausentes por menos de seis meses debe considerarse y no sé debe a los meses recientes	3. ¿CUANTOS CUARTOS HAY EN ESTA VIVIENDA SIN CONTAR COCINA, BAÑOS Y PASILLOS? ANTE EL NUMERO DE CUARTOS.	4. ¿EXISTE EN ESTA VIVIENDA UN LUGAR ESPECIAL PARA ORINAR O DEFECAR. SI CONTESTA QUE SI PREGUNTE	5. ¿QUE HACE CON LOS DESECHOS QUE SE PRODUCEN EN ESTA VIVIENDA?
			ENCUADRO CONECTADO AL SISTEMA DE DRENAJE 1 ENCUADRO CONECTADO A FOSA SEPTICA 2 ENCUADRO CONECTADO A PUJO NEGRO 3 LETRINA DE FOSA O ABUVERA 4 LETRINA CONECTADA A FOSA SEPTICA 5 LETRINA CONECTADA A PUJO NEGRO 6 NO TIENE 8	SE LOS DA A LOS ANIMALES 1 LOS ENTIERRA 2 LOS QUEMA 3 LOS TIRA EN LA CERCAÑA DE LA VIVIENDA 4 LOS TIRA EN EL BASURERO PUBLICO. 5 LOS RECOGE EL CANTON 6
9	10 11	12 13	14	15
	7 8	9 10	11	12

CARACTERISTICAS DEL HOGAR

6. ¿DE DONDE OBTIENE EL AGUA QUE UTILIZA PARA USO FAMILIAR? (LAVAR, BEBER, COCINAR, ETC.)	GASTO FAMILIAR		HOGAR		ATENCIÓN MÉDICA HABITUAL
	7. ¿CUANTAS PERSONAS QUE HABITAN EN ESTA VIVIENDA SE HAN ENFERMADO DEL MISMO GASTO?	8. ¿CUANTAS FAMILIAS O GRUPOS DE PERSONAS HAN HABITADO EN ESTA VIVIENDA QUE TIENEN GASTOS SEMEJANTES?	9. ¿CUANTAS PERSONAS VIVEN NORMALMENTE EN ESTE HOGAR?	10. TIPO DE HOGAR	11. ¿CUANDO UNA PERSONA DE ESTE HOGAR SE ENFERMA, LA MAYORÍA DE LAS VECES:
RIO 1	SI 1			NUCLEAR 1 NO NUCLEAR 2	SE CURA CON REMEDIOS CASEROS 1
MANANTIAL O POZO 2	NO 2				VA AL CURAMPERO 2
PIPA QUE US. PAGA 3					VA A LA FARMACIA 3
PIPA GRATUITA 4					VA AL MEDICO PARTICULAR 4
TOMA DE AGUA PUBLICA 5					VA AL DISPENSARIO 5
TOMA DE AGUA EN TERRENO O VIVIENDA 6					VA A LA CLINICA 6
					VA A UN HOSPITAL 7
					NO HACE NADA 8
16	17 18	19	20		
7 8	9 10	11 12	13 14		

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

LA ENCUESTADORA DEBE OBSERVAR LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA:

- MATERIAL DE CONSTRUCCION DE TECNO, PAREDES Y SUELO
- EXISTENCIA O AUSENCIA DE REVESTIMIENTO EN TECNO, PAREDES Y SUELO

TECHO	SUELO O PISO	PAREDES
1) PALMA O LAMINA DE CARTON 2) PALMA, TEJA, MANTIL O MADERA 3) LAMINA DE ASBESTO O METALICA 4) TEJA 5) LOSA DE CONCRETO, SOPERA DE LADRILLO O TERRAZO EN LADRILLO SOBRE VIGAS 6) OTRO ESPECIFICO _____ _____	1) TIERRA 2) CEMENTO FIRME 3) MADERA, MASALCO U OTROS RECUBRIMIENTOS	1) LAMINA DE CARTON 2) ADobe O LADRILLO SIN RECURRIR 3) ADobe O LADRILLO RECURRITO 4) OTRO ESPECIFICO <u>TEJA</u>
47 5	48 3	49 7

OBSERVACIONES:

Area for handwritten observations, currently blank.

IDENTIFICACION DEL CUESTIONARIO

NUMERO DE LA CUESTIONARIO	NUMERO DEL NIÑO	FECHA DE LA ENTREVISTA	TIPO DE ATENCION FAMILIAR	NUMERO DE LA CUESTIONARIO
	309			
1 2 3 4		5 6 7 8 9 0		M 10
1	2	3	4	5
6	7	8	9	0

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA
 ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE MEXICO
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA

**CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO
 MENSUAL DEL NIÑO ESTUDIADO**

1. ¿EN ESTE ÚLTIMO MES DE SU ENFERMEDAD? SI = 1 NO = 2 PASE A PREG. 10	2. ¿CÓMO SE ENFERMO? <i>Influenza</i> <i>Garganta</i>	3. ¿CÓMO SE ENFERMO A ESTAR EN FERRO? 0	4. ¿ACUDIÓ POR ESTA ENFERMEDAD AL MÉDICO? SI = 1 PASE A PREG. 6 NO = 2
5. ¿PORQUE NO FUE AL MÉDICO? NO LO CREYO NECESARIO 1 LE DIO MEDICINA QUE LE TRUJO UN FAMILIAR 2 LO LLEVO A LA FARMACIA 3 LO LLEVO CON UN INTERNO 4 PASE A LA PREGUNTA 14	6. ¿CÓMO SE ENFERMO? 1 LO LLEVO CON PERSONA QUE AL MÉDICO DENDE QUE SE ENFERMO? 2 UN CURANDERO 3 SE CURO SOLO 4 OTRO 5	7. ¿A QUÉ ENFERMEDAD ACUDIÓ? DENGUE 1 SH M.H.F. 2 OTRA M.H.F. 3 M.G.Z. 4 S.S.A. 5 PEDIARIO 6 OTRO 7	8. ¿LA ATENCIÓN DEL MÉDICO FUE? BUENA 1 REGULAR 2 MALA 3
9. ¿SE CURÓ? SI = 1 NO = 2 PASE A PREG. 11	10. ¿CUANDO SE CURÓ? NO SI NO SI DIA MES	11. ¿ACUDIÓ MÁS VECES AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD? SI = 1 NO = 2 PASE A PREG. 14	12. ¿CUANTAS VECES? 1 2 3 4 5 6
14. ¿SE ENFERMO DE ALGO MÁS? SI = 1 LLEVAR OTRO CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO MENSUAL NO = 2	15. ¿HA ACUDIÓ A SU CLÍNICA DEL SERVICIO SOCIAL EN ESTE MES? SI = 1 NO = 2 PASE A LA PREG. 18	16. ¿CUANTAS VECES? SI CONTESTA MÁS DE UNA LLEVAR OTRO CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO MENSUAL	17. ¿CÓMO SE ENFERMO? PORQUE ESTUVO EN FERRO 1 CONFIN DEL SERVICIO SOCIAL 2 INICIAción DE SERVICIO 3 CITADO 4 OTRO 5
19. ¿LE DIERON ALGO CITA? SI = 1 NO = 2	20. ¿LO PESARON CUANDO FUE A CONSULTAR? SI = 1 NO = 2	21. ¿LO MEDIERON CUANDO FUE A CONSULTAR? SI = 1 NO = 2	22. ¿LE TOMARON LA TEMPERATURA CUANDO FUE A CONSULTAR? SI = 1 NO = 2
			23. ¿LO EXPLORARON O REVISARON CUANDO FUE A CONSULTAR? SI = 1 NO = 2

<p>24. ¿EN ESTA OCASIÓN QUE FUE A SU CLÍNICA LE INDICARON SI LE HACÍA FALTA ALGUNA VACUNA?</p> <p>SI = 1 NO = 2 PASE A PREGUNTA 28</p>	<p>25. ¿QUIÉN LE INDICÓ?</p> <p>MEDICO FAMILIAR 1 TRABAJADORA SOCIAL 2 ENFERMERA 3 OTRO _____ 4</p>	<p>26. ¿LO LLEVO A QUE SE LA PUSIERAN?</p> <p>SI = 1 PASE A LA PREG. 28 NO = 2</p>	<p>27. ¿POR QUE NO LO LLEVO?</p> <p>PORQUE NO TUVO TIEMPO 1 PORQUE ESTUVO ENFERMO 2 PORQUE LE HACE MAL 3 PORQUE NO HABIA 4 PORQUE NO ESTABAN PONTIENDO EN ESE MOMENTO 5 OTRO _____ 6</p>	
<p>28. ¿EN ESTE MES RECIBIO ALGUNA VACUNA?</p> <p>SI = 1 NO = 2 PASE A PREG. 31.</p>	<p>29. ¿CUAL VACUNA LE PUSIERON?</p> <p>POLIO 1 SARAMPION 2 DPT 4 BCG 8 OTRO _____ 16</p>	<p>30. ¿POR QUE LO LLEVO A QUE SE LA PUSIERAN?</p> <p>CREYO NECESARIO 1 LO ENVIO SU MEDICO FAMILIAR 2 LO ENVIO OTRO MEDICO 3 LE INDICARON EN EL SERVICIO 4 PASARON A SU CASA A PONERSELA 5 LA ENVIO LA TRABAJADORA SOCIAL 6 ERA CAMPANA 7 OTRO _____ 8</p>	<p>31. ¿HA ACUDIDO A OTRA UNIDAD DEL SEGURO SOCIAL EN ESTE ULTIMO MES?</p> <p>SI = 1 NO = 2 PASE A PREG. 37</p>	
<p>32. ¿POR QUE RAZON?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>33. ¿CUAL FUE EL RESULTADO?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>34. ¿ESTA SU HIJO HOSPITALIZADO ACTUALMENTE?</p> <p>SI = 1 NO = 2</p>	<p>35. ¿EN DONDE?</p> <p>INSS 1 S.S.A. 2 PRIVADO 3 OTRO _____ 4</p>	<p>36. ¿POR QUE RAZON?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

37. ¿EN ESTE ÚLTIMO MES SU NIÑO HA TENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?

CATARRO
OJO ROJO
LAGRIMEO
LAGABAS
PUS EN EL OÍDO
FUECOS
TOS
FLEMA

DIFICULTAD PARA RESPIRAR
DOLOR EN EL TÓRAX
DOLOR DE OÍDO
DOLOR DE GINGIVAS
DOLOR DE ESTÓMAGO
PIARREA
PUSO
ESTRIBIMIENTO

DIENTERIA
SANGRE EN EL SACRIMENTO
DESHIDRATACION
CALENTURA
ANGINA
VOMITO
OTROS _____

Si no hay síntomas pase a la preg 41

<p>38. ¿POR ALGUNO DE ESTOS MOTIVOS ACUDIÓ AL MÉDICO?</p> <p>SI = 1 NO = 2</p> <p>Pase a la preg 41</p>	<p>39. ¿EN QUÉ?</p> <p>INFE: _____ SU INF 1 OTRA INF 2 NEJ 3 SDA 4 PRIMARIO 5 OTROS 6</p>	<p>40. ¿QUE ATENCIÓN SE LE DIÓ?</p> <p>BUENA 1 REGULAR 2 MALA 3</p>	<p>41. ¿EN ESTE ÚLTIMO MES TOMÓ ALGUN MEDICAMENTO EL NIÑO?</p> <p>SI = 1 NO = 2 PASE A PREG. 49</p>
---	---	---	---

42. ¿MENCIONE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMÓ EN ESTE ÚLTIMO MES? (INCLUIR TAMBIÉN VITAMINAS)	43. ¿DÓNDE SE LO RECETÓ?	44. ¿DÓNDE LO CONSEGUIÓ?	45. PRESENTACIÓN	46. ¿CUÁNTO LE PAGA?	47. ¿CAMA CUANDO?	48. ¿CUÁNTO TIENE LE OÍDO? (EN DIAS)
49. 50.	51.	52.	53.	54.	55.	56.

<p>49. ¿LE DA A SU HIJO EL PECHO?</p> <p>SI = 1 NO = 2 PASE A PREG. 55</p> <p style="text-align: right;">76 1</p>	<p>50. ¿CUANTAS VECES AL DIA LE DA EL PECHO?</p> <p style="text-align: right;">78 7</p>	<p>51. ¿CUANTO TIEMPO LE DA EN CADA TONAF (EN MINUTOS)</p> <p style="text-align: right;">79 7</p>
<p>52. ¿ADEMAS DEL PECHO LE DA OTRO ALIMENTO?</p> <p>SI = 1 NO = 2 PASE A PREGUNTA 55</p> <p style="text-align: right;">78 1</p>	<p>53. ¿EL PECHO SE LO OFRECE ANTES O DESPUES DE DARLE OTROS ALIMENTOS?</p> <p>ANTES = 1 DESPUES = 2</p> <p style="text-align: right;">79 2</p>	<p>54. ¿ADEMAS DEL PECHO LE DA OTRA LECHE?</p> <p>SI = 1 NO = 2</p> <p style="text-align: right;">80 1</p>

55. DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS SEBALE CUALES LE HA DADO A SU HIJO EN ESTE ULTIMO MES Y LA CANTIDAD QUE LE DA EN UN DIA. MARQUE CON 0 SI ES LA PRIMERA VEZ - Y UNO (1) SI YA LO HABIA PRUBADO ANTES.

ALIMENTO	1ª VEZ	CANTIDAD EN UN DIA	ALIMENTO	1ª VEZ	CANTIDAD EN UN DIA
LECHE EN FORMULA	1	82 onzas	ZAMORRIA	1	1/2 onza
YOGURT	1	3 onzas	CALABAZA	1	1/2 onza
TE	1	1 onza	CHOPUTE	1	1/2 onza
JUOS(CITRICOS)	1	1 onza	NOJAS VERDES	1	1/2 onza
NARANJA(CITRICOS)	1	1 onza	POLLO	1	1/2 onza
PLATANO	1	1 onza	CERDO	1	1/2 onza
PAPAYA	1	1 onza	CARNE DE RES	1	1/2 onza
UVAS	1	1 onza	HIGADO DE RES	1	1/2 onza
GUAYABA	1	1 onza	PESCADO	1	1/2 onza
NANZANA	1	1 onza	HIGADO DE POLLO	1	1/2 onza
PERA	1	1 onza	HUEVO	1	1/2 onza
MELON	1	1 onza	ATOLE	1	1/2 onza
FRIJOL	1	1 onza	MAN	1	1/2 onza
LENTEJA	1	1 onza	GELATINA	1	1/2 onza
HABA	1	1 onza	CEREAL	1	1/2 onza
CHICHARO	1	1 onza	ARROZ	1	1/2 onza
PAPA	1	1 onza	OTROS	1	1/2 onza

NOTA: SE MENCIONAN LOS ALIMENTOS MAS COMUNES QUE SE CONSUMEN SIN QUE ESTO QUIERA DECIR QUE SU HIJO YA DEBA HABERLOS CONIDO AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA.