

11226  
2ej  
86



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS  
SUPERIORES**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 24**

**“ EL INGRESO ECONOMICO Y SU RELACION  
CON LA SALUD FAMILIAR ”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL POST-GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**p r e s e n t a**

**DR. OTHON RAMON ESCANDON GORDILLO**

**MEXICO, D. F.**

**ENERO DE 1984**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## I N D I C E

	Páginas
CAPITULO I : INTRODUCCION Y JUSTIFICACION. . . . .	1
CAPITULO II : MARCO DE REFERENCIA. . . . .	3
1) PANORAMA DE SALUD EN MEXICO . . . . .	3
2) PANORAMA DE LA SITUACION ECONOMICA DEL PAIS . . . . .	4
3) CICLO ECONOMICO DE LA ENFERMEDAD . . . . .	6
4) LA SALUD Y EL DESARROLLO . . . . .	7
5) SALARIO . . . . .	10
6) LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MOR BILIDAD Y CONSULTA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41 I.M.S.S. . . . .	11
CAPITULO III : HIPOTESIS Y OBJETIVOS. . . . .	12
1) DEFINICIONES OPERACIONALES . . . . .	14
CAPITULO IV : MATERIAL Y METODOS . . . . .	16
1) CRONOGRAMA DE LA INVESTIGACION . . . . .	17
2) PROCEDIMIENTO . . . . .	18
CAPITULO V : RESULTADOS . . . . .	20
1) TRATAMIENTO ESTADISTICO. . . . .	23
CAPITULO VI : COMENTARIOS Y CONCLUSION. . . . .	26
CAPITULO VII: RESUMEN. . . . .	31
CAPITULO VIII: BIBLIOGRAFIA. . . . .	33

## C A P I T U L O I.- INTRODUCCION

Al romperse el equilibrio ecológico ante las presiones del medio ambiente y los agentes patógenos, el hombre enferma, lo que, además de afectar al individuo repercute en la familia y finalmente en la comunidad.

Algunos de los propósitos de la Medicina Familiar en el I.M.S.S. y que también han servido de base para el presente trabajo son "formar médicos que brinden atención primaria integral y continua a los miembros de la familia, sin distinción de edad, sexo o padecimiento actual. Que evalúen las necesidades globales de los pacientes incluida la intervención de consultantes o la referencia a otros niveles de atención cuando esté indicado". (1) Aplicar al ejercicio de la Medicina Familiar los conocimientos relacionados con aspectos psicológicos, sociales y ambientales que afectan a la salud", para el logro de estos propósitos el especialista en Medicina Familiar deberá contemplar al individuo no en una de sus partes, sino como un todo, a él a la familia y a la comunidad comprendiendo y actuando en la interrelación e interdependencia de cada una de ellas.

### JUSTIFICACION.

La práctica de la Medicina Familiar no solo interviene para curar al enfermo y rehabilitarlo, sino para prevenir las enfermedades y sus consecuencias en la familia como unidad básica de salud.

El Médico Familiar está capacitado para enfrentar el primer contacto con el paciente y permitir la entrada a un sistema de atención médica integral. Es decir, profesionales que no estén unidos a una fase especial del diagnóstico o del tratamiento sino que por disponer de una base suficiente mente amplia, sean expertos en el manejo de los problemas inherentes a la vida del paciente y su familia.

Esta investigación se realizó en base al aspecto económico de la familia, observando de qué manera repercute en la salud de la misma. Tomando como punto de partida que la mayor población derechohabiente del Instituto, está constituida por familias cuyo ingreso económico mínimo está regido por el "salario mínimo", se puede deducir que la morbilidad más frecuente en la población derechohabiente está condicionada en forma importante por el tipo de ingreso económico y su manera de distribuirlo en el gasto familiar.

De la relación estrecha y constante con la población adscrita al Médico Familiar y la convicción de que el paciente es una unidad biológica, psicológica, social y que como tal debe ser atendido.

Por lo que resulta necesario investigar las variables socio-económicas que inciden sobre el proceso salud-enfermedad, para de esta manera actuar con mayor eficiencia y objetividad en la práctica de la atención médica. No por ello dejamos de reconocer que la estructura socio-económica del

país repercute desfavorablemente en la salud de la población condicionando círculos viciados del proceso salud enfermedad.

## C A P I T U L O II.- MARCO DE REFERENCIA.

### .1.- PANORAMA DE SALUD EN MEXICO.

Características Económico-Sociales: la mayoría de la población que acude a los Hospitales Públicos, son personas con salarios bajos, casi la mitad de analfabetas, con bajo nivel de educación y con porcentajes altos de hijos menores de edad, esto nos lleva a descubrir una realidad, la situación social y su relación con la morbilidad y esperanza de vida y salud, difiere de una clase social a otra. Los siguientes datos reafirman este planteamiento: si se toma en cuenta la tasa de mortalidad infantil -que es un indicador sensible del desarrollo de una sociedad- y utilizamos la estadística para mostrar la verdadera realidad encontraríamos que la clase trabajadora que vive por ejemplo en Cd. Netzahualcóyotl, la tasa de morbilidad asciende a 227 niños menores de un año por cada 1 000 nacidos vivos, en cambio para la clase acomodada socialmente es completamente diferente ya que la tasa es de 20 por c/1 000 nacidos vivos.

Las enfermedades gastrointestinales y las del aparato respiratorio, ocupan las dos primeras causas de mortalidad en los últimos 50 años, en algunas ocasiones intercambiándose en los primeros lugares ambos padecimientos, al igual que las enfermedades infecciosas el grupo etario de menores de 5 años -

es el más gravemente afectado con tasas de 4 a 5 veces <sup>.4.</sup> mayores que las correspondientes a la población en general y a la de adultos. (3)

## .2.- PANORAMA DE LA SITUACION ECONOMICA DEL PAIS.

Analizar la situación actual de México, ha exigido una reorganización administrativa de los recursos del País, en donde surge de inmediato la necesidad de aumentar los precios de los servicios, tales como gas, luz, agua, predial y otros como los productos básicos, es también una realidad que estos aumentos en cadena, han traído nuevamente consecuencias trágicas en la vida cotidiana de los mexicanos, pues no debemos olvidar que un obrero percibe el salario mínimo -- que es aproximadamente de \$15,000.00 (4) y con esto es imposible satisfacer las necesidades primarias de él y su familia y por tanto los mexicanos nos encontramos nuevamente combatiendo el problema de la supervivencia a pesar de que el salario mínimo general diario en el Distrito Federal se ha aumentado considerablemente. Por otra parte los precios se elevan en una proporción desmesurada de manera que mejorar el nivel de vida de los mexicanos se vuelve un "sueño irrealizable" al no poder ni siquiera satisfacer sus necesidades primordiales.(5)

Los salarios bajos --o la caída del salario por la inflación-- trae como consecuencia directa la falta de recursos económicos a fin de adquirir diversos satisfactores necesarios para evitar problemas de salud. Ejemplo: nutrición adecuada,

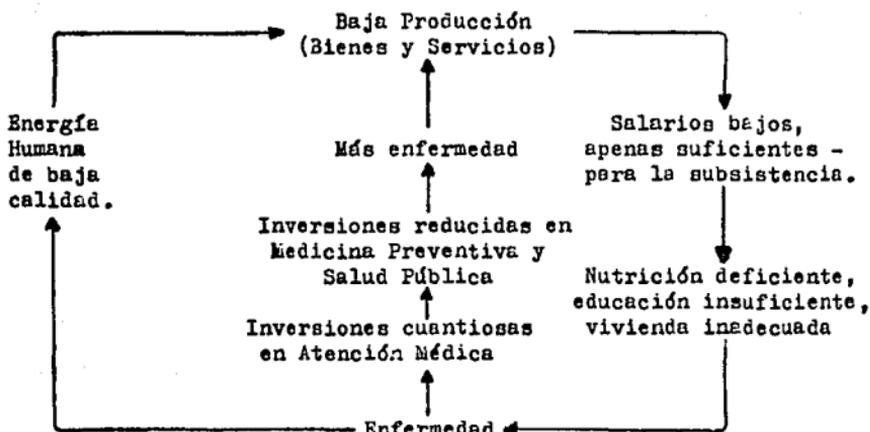
vivienda cómoda e higiénica, vestido adecuado para hacer - -  
frente a las inclemencias del medio físico, transporte seguro,  
esparcimiento.

Las clases sociales bajas, son más sensibles a los - -  
aumentos de precios en los alimentos que en otros productos,-  
en gran parte se debe a que en los países en desarrollo la --  
mayoría de la población, dedica un elevado porcentaje de su  
ingreso a proveerse de alimentos y cualquier alza sensible -  
en estos precios, provoca verdaderos desequilibrios, restric-  
ciones de consumo y hasta variaciones en la dieta familiar, -  
agravados por una deficiente educación y por la dinámica de -  
una sociedad de consumo. (6)

## .3.- CICLO ECONOMICO DE LA ENFERMEDAD.

En el siguiente esquema se puede observar la influencia que los aspectos económicos, sociales y políticos, tienen en el grado de salud y enfermedad de un pueblo y viceversa.

ESQUEMA DEL CICLO ECONOMICO  
DE LA ENFERMEDAD  
( HORWITZ )



Lo anterior nos muestra claramente que, aunque en un momento dado, todo o parte de la población esté en condiciones físicas aceptables, estas no podrán ser sostenidas por mucho tiempo,-

si no existen condiciones económicas favorables. Existencia que es imposible en una sociedad subdesarrollada y dependiente como la nuestra. (7)

#### 1.4.- LA SALUD Y EL DESARROLLO.

Se admite en forma general que la salud es deseable y que una población sana es más creativa y tiene mayores posibilidades para todas las formas del desarrollo. El problema básico en los países en desarrollo como el nuestro es siempre valorar cuantitativamente la importancia de la salud.

Los grandes debates acerca de la salud y el desarrollo han girado de ordinario en torno a la relación entre salud y productividad. ¿Son los servicios de salud un consumo o una inversión? Es verdad que la mayoría de los servicios de salud no producen bienes económicos, por lo tanto, en ese sentido pertenecen al área del consumo. Si, en cambio, se considera socialmente deseable alcanzar un nivel aceptable de salud o mejorarlo, entonces es menester considerar inversión los gastos en salud y servicios de salud. Dando por supuesta la preeminencia del capital humano, se ha de admitir que la salud, al contribuir al bienestar social y material de ese capital, es inversión. Se ha propuesto que en los países en desarrollo, donde los problemas de salud pueden constituir un obstáculo mayor al desarrollo económico que en otras partes, se restaquen en los servicios de salud los aspectos de inversión y que en los países desarrollados, donde se considera que esos servicios han de satisfacer necesidades de salud personales,

se haga hincapié en los aspectos de consumo. (8)

El impacto de la enfermedad sobre la capacidad productiva nacional se produce: 1) reduciendo el volumen de mano de obra; 2) reduciendo la capacidad productiva de los trabajadores y 3) — impidiendo procesos de desarrollo que a su vez estimulan el desarrollo económico.

La salud nacional deficiente es el resultado de la compleja interacción de varios factores (bajo ingreso, subempleo, — inestabilidad familiar, falta de acceso a servicios médicos) relacionados internamente con el sistema social. Por otro lado, la salud es uno de los aspectos del desarrollo social que va emparejado con el desarrollo económico. En los países desarrollados, el — mejoramiento de las condiciones de salud ha mejorado el bienestar físico y la productividad en amplios sectores de la población. En cambio, en los países en desarrollo con subempleo masivo y trabajadores en ocupaciones de rendimiento marginal, es posible que la salud no se considere como uno de los factores importantes del desarrollo nacional. Se han realizado muchos estudios que han intentado cuantificar la economía de la enfermedad en términos de productividad en los que se destaca que la enfermedad reduce el volumen de la mano de obra y la capacidad productiva de los trabajadores e impide procesos de desarrollo que a su vez estimulan el desarrollo económico. (8)

En general, los profesionales de salud no han podido — modificar aquellas circunstancias sociales que son la causa de la mala salud; sin embargo se han acumulado datos demostrativos de

que se pueden producir mejoras en la salud a un ritmo más rápido que en otros sectores de la sociedad.

En general, los profesionales en salud, que han trabajado principalmente en la prestación de servicios personales, en medicina preventiva o en medicina de la comunidad, se han considerado impotentes para modificar aquellas circunstancias sociales que son la causa de la mala salud. Con frecuencia se ha considerado que cuando mejoren las condiciones sociales mejorará también la salud como otro servicio social. Esta opinión es probablemente errónea y se han ido acumulando datos demostrativos de que se pueden producir mejoras en la salud a un ritmo mucho más rápido que en otros sectores de la sociedad.

Cualquiera que sea el índice que se elija del estado de salud, los países en desarrollo están en desventaja si se los compara con los países desarrollados. Las causas de esto son complejas. Por ejemplo, se ha constatado que una de las formas principales de enfermedad, la desnutrición, es el resultado de la compleja interacción de múltiples factores tales como el bajo ingreso y el subempleo, la ignorancia, las malas condiciones sanitarias, el acceso limitado a los servicios médicos, la falta de participación organizada de la sociedad, la inestabilidad familiar, etc., todos ellos elementos característicos de un estado social especial que se ha llamado en inglés "social deprivation" y en español "marginalización" o, más generalmente, "pobreza".

5. S A L A R I O . -

Se conceptualiza como:

-- la retribución que debe pagar el patrón al trabajador - por su trabajo. (4)

SALARIO MINIMO.-

Es la cantidad menor que debe recibir en efectivo el trabajador por los servicios prestados en una jornada de trabajo. El salario mínimo, deberá ser suficiente para satisfacer las necesidades normales de un jefe de familia en el orden material, social y cultural y para proveer a la educación obligatoria de los hijos.

El salario mínimo vigente en el Distrito Federal y Area -- Metropolitana al 31 de diciembre de 1983 es de \$523.25 diarios.

(4)

El Dr. Kumate y cols. consideran que el salario mínimo determina la disponibilidad de los insumos necesarios para el desarrollo biológico del individuo dentro del sistema productivo, -- fija su habitat y condiciona su cultura; salario y ubicación dentro del sistema productivo. (9)

La mayor parte de los derechohabientes que acuden a consulta de primer nivel, rigen su ingreso económico por medio del salario mínimo y este debe cubrir las necesidades básicas del trabajador entre las principales, la salud. (10)

El salario actual resulta insuficiente para adquirir los satisfactores necesarios para mantener un nivel de vida adecuado

y evitar de esta manera un campo propicio para el desarrollo de la llamada patología de la pobreza, la cual obviamente se encuentra en la clase trabajadora.

.6.- LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD Y CONSULTA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41 I.M.S.S.

(Enero-Diciembre 1982)

1.-Infecciones Respiratorias Agudas	25,315
2.-Enteritis y otras enfermedades diarreicas	6,713
3.-Helmintiasis	2,591
4.-Transtornos de la Conjuntiva	1,745
5.-Otros transtornos del Dorso y el no especificado	1,662
6.-Amibiasis	1,621
7.-Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y las nos especificadas	1,484
8.-Transtornos de la Menstruación y otras hemorragias anormales del aparato genital femenino	1,382
9.-Gastritis y Duodenitis	1,367
10.-Otros transtornos de la Uretra y del Aparato Urinario	1,319

---

F U E N T E :

Información demográfica, socioeconómica, cultural e indicadores de salud en la población abierta y específica del --

área de trabajo de la Unidad de Medicina Familiar No. 41 - -  
Departamento de Epidemiología.

---

Como se puede observar en el cuadro anterior, las dos principales causas de consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 41 no difieren en relación con las estadísticas de otras Unidades del I.M.S.S. o en las del resto del País. Pues las infecciones respiratorias agudas y las enteritis ocupan los primeros lugares de incidencia y morbilidad en toda la población en general. (11)

En 1978 fueron notificados en la República Mexicana - 941,631 casos de infecciones respiratorias agudas con predominio en los meses de enero a marzo y de octubre a diciembre, tasa de 1,406.6 por 100,000 habitantes, cifra que excede ampliamente a la de enteritis que en años anteriores - ocupaba el primer lugar de las enfermedades transmisibles - notificadas con 582,220 casos y tasa de 869.7 por 100,000 habitantes con mayor incidencia en los meses de abril a noviembre. (12)

### C A P I T U L O III.

#### 1.- HIPOTESIS Y OBJETIVOS.

##### HIPOTESIS.

- 1.- El salario mínimo es un factor condicionante

en la incidencia de las dos enfermedades más comunes en la consulta de Medicina Familiar.

2.- El salario mínimo no es condicionante de la incidencia de las dos enfermedades más comunes en la consulta de medicina familiar.

#### OBJETIVOS.

1.- Determinar de qué manera influye el salario mínimo sobre la incidencia de enfermedades respiratorias agudas y enteritis en familias cuyo ingreso económico se delimita por este único medio y por las que obtengan de dos a cuatro veces más este salario.

2.- Determinar cómo se distribuye el gasto familiar en las familias cuyo ingreso sea únicamente el salario mínimo y los que obtengan de dos a cuatro veces más este salario.

3.- Determinar cuáles son los sitios más frecuentes por las familias para la adquisición de sus artículos de consumo básico.

4.- Determinar el grado de escolaridad en las familias estudiadas.

## 2.- DEFINICIONES OPERACIONALES.

Se ha considerado pertinente definir los criterios a investigar con el fin de contar con una guía para el presente trabajo:

### 2.1.- SALARIO MINIMO.

Es la cantidad menor que debe recibir en efectivo el trabajador por los servicios prestados en una jornada de trabajo. (4)

### 2.2.- TRABAJO.

Forma de actividad en la que por remuneración y de manera regular se emplea a un individuo, la ocupación es también uno de los índices básicos que sirven para determinar la posición socio-económica del individuo. (13)

### 2.3.- OBRERO.

Individuo que emplea su energía personal a la producción de algún bien. (13)

### 2.4.- CONDICIONANTE (Dependencia).

Para satisfacer las necesidades del estudio, se considera que de la variable INGRESO ECONOMICO dependen directamente los padecimientos más comunes.

### 2.5.- INCIDENCIA.

La incidencia de una enfermedad, es el número de casos de dicha enfermedad que aparecen durante un período especificado. (14)

2.6.- SALUD.

Es el completo bienestar físico, social y mental de un individuo y no solo la ausencia de enfermedad. (O.N.S.)

2.7.- ENFERMEDAD.

Ruptura o desequilibrio en el bienestar físico, social o mental de un individuo. (O.N.S.)

2.8.- FAMILIA.

Censo Canadiense: "Una familia está compuesta por un marido y una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más niños en un mismo techo".

Censo Americano: "Una familia es un grupo de dos o más personas que viven juntos y están relacionadas unas con otras por casos consanguíneos de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen ellos y se considera la unidad.

2.9.- ENTERITIS.

Constituyen un síndrome clínico de etiología variada, cuyas manifestaciones comunes son diarreas y a menudo fiebre. (15)

2.10.- INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

Se caracteriza principalmente por: rinorrea, congestión nasal, hiperemia faríngea, amígd

las hipertróficas y aumento de la temperatura.

Para este estudio consideramos tres tipos:

- a) Rinofaringitis.
- b) Faringoamigdalitis.
- c) Amigdalitis.

C A P I T U L O IV. MATERIAL Y METODOS.- Para el desarrollo del presente estudio se utilizó lo siguiente:

**MATERIAL.**

**1.- RECURSOS HUMANOS:**

- a) Un Médico Residente de Segundo Año en Medicina Familiar.
- b) Pacientes que asistieron a consulta de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 41 Delegación 3 Valle de México, -- I.M.S.S., entre el 10. de julio al 31 de octubre de 1983.

**2.- RECURSOS FISICOS.**

- a) Material de Papelería.
- b) Un consultorio de Medicina Familiar.

**3.- FINANCIAMIENTO.**

El costo total del presente trabajo fue de --- \$15,000.00 financiado por el autor.



EL INGRESO ECONOMICO Y SU RELACION CON  
LA SALUD FAMILIAR.

No. \_\_\_\_\_

"ENCUESTA DE ESTUDIO"

NOMBRE DE LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

PREGUNTAS:

- 1.- ¿Cuánto gana mensualmente el esposo(a) \$ \_\_\_\_\_
- 2.- ¿Cuántas personas aportan al gasto familiar? \_\_\_\_\_
- 3.- Total de ingreso de la familia por mes: \_\_\_\_\_
- 4.- Número de hijos: \_\_\_\_\_
- 5.- Tipo de ocupación u oficio del padre: \_\_\_\_\_
- 6.- Distribución del ingreso mensual:
 

a) Alimentación: _____	g) Diversiones _____
b) Vestido: _____	h) Medicina particular _____
c) Casa: _____	i) Tabaco _____
d) Educación _____	j) Alcohol _____
f) Ahorro _____	k) Transporte _____
- 7.- Cuántas veces ingirió la semana anterior los alimentos sig. :
 

a) Carne _____	e) Frijol _____
b) Leche _____	f) Tortillas _____
c) Huevos _____	g) Refrescos _____
d) Pan _____	h) Frutas _____
- 8.- En qué sitio compra sus alimentos:
  - a) Tienda sindical
  - b) Supermercados o Tiendas de autoservicios
  - c) Mercado de la Colonia
  - d) Mercado sobre ruedas
  - e) Conasupo
- 9.- Nivel de escolaridad:
  - a) Padre: primaria, comp. incomp.; secundaria, comp. incomp.
  - b) Madre: \_\_\_\_\_
  - c) Hijos: \_\_\_\_\_
  - d) Otros estudios: \_\_\_\_\_
- 10.- Cuántas veces en el último año presentó (hijos):
  - a) Enteritis \_\_\_\_\_
  - b) Infecciones respiratorias agudas \_\_\_\_\_
- 11.- Características del Padecimiento actual:
  - a) Enteritis
    - No. de evacuaciones líquidas \_\_\_\_\_
    - No. de evacuaciones en condiciones normales \_\_\_\_\_
    - Días de evolución del padecimiento \_\_\_\_\_
    - Fiebre SI NO
    - Otros signos o síntomas \_\_\_\_\_
  - b) Enfermedades respiratorias agudas (rinofaringitis, faringoa-migdalitis, amigdalitis).
    - rinoresaca seropurulenta SI NO
    - congestión nasal SI NO
    - hiperemia faríngea SI NO
    - amígdalas hipertróficas SI NO
    - exudado purulento en amígdalas SI NO
    - otros signos o síntomas \_\_\_\_\_

## PROCEDIMIENTO:

Entre el 10. de julio al 31 de octubre de - 1983, acudieron a consulta externa del turno matutino, en un Consultorio de Medicina Familiar, en la Unidad de Medicina - Familiar No. 41 de la Delegación 3 Valle de México, 810 pa-- cientes entre los cuales se seleccionaron las familias in-- cluidas en el presente estudio. De ellas fueron descartadas- 770 ya que no reunían los criterios de inclusión diseñados - para este trabajo.

Los criterios de inclusión fueron: familias nucleares (compuesta por padre, madre, dos o cuatro hijos), - que el ingreso económico prevenga exclusivamente del padre, - con antigüedad mínima de un año en su trabajo actual, que la madre no trabaje, hijos de recién nacidos a 12 años, que tam-- bien no trabajen; que solo utilicen los servicios médicos -- del I.M.S.S.; que presenten en el momento de la consulta sín-- drome agudo gastrointestinal (GE) ó infección respiratoria - aguda (ERA).

De dichos criterios, se consideró el ingre-- so mensual del padre como factor importante, para dividir a-- las familias seleccionadas, en dos grupos. La primera repre-- sentada por aquellos cuyo ingreso correspondiera al salario- mínimo; mientras que el segundo grupo estuvo integrado por - los que percibieran de dos a cuatro veces más el salario mí- nimo. Constituyendo este último el grupo "central" del traba-- jo.

Inicialmente se realizó el diagnóstico clínico de cualquiera de las dos entidades nosológicas mencionadas, por interrogatorio, para GE- número de evacuaciones líquidas al día, náusea o vómito, dolor abdominal, hipertemia; para ERA- rinitis, congestión nasal, tos, disfagia, fiebre, días de evolución del padecimiento; corroborando estos por medio de la exploración integral del paciente.

Dentro del estudio se preguntó el número de veces de este tipo de padecimientos durante el último año -- (julio a octubre del año anterior) cotejándose este dato con el expediente personal del paciente demandante.

A las familias susceptibles de ser incluidas en el estudio, una vez considerado el paso anterior se preguntó el salario percibido por el esposo, información proporcionada en todas las encuestas por las madres de familia.

Cuando reunían este segundo criterio de inclusión se procedió al llenado de la encuesta por parte del investigador, teniendo dificultades para integrar el grupo - II, pues en su mayoría estaban regidos por el salario mínimo, hubo necesidad de recurrir a otros consultorios cuyas poblaciones adscritas nos proporcionaran datos para las familias-control.

## C A P I T U L O V: RESULTADOS.

En la gráfica No. 1, se expone el total de familias que asistieron a la consulta, durante el período de estudio, que fueron un total de 810 (100%), de ellos 770 fueron excluidos, pues no llenaban los criterios de inclusión, representando un 95%, 40 familias fueron incluidas en la muestra (5%).

La distribución del ingreso mensual (cuadro No. 1), de ambos grupos seleccionados para el estudio, el Grupo I representa a los del salario mínimo, mientras que el Grupo II a los de salario de dos a cuatro veces más el salario mínimo. En ambos observamos que los dos tipos de familias distribuyen la mayor parte de su ingreso a su alimentación, representando el 45.84% para el Gpo. I y el 50.34% para el Gpo II.

Respecto a los gastos en el vestido y habitación es muy similar en ambos grupos pues presentan un rango de 10.34% para los dos.

Se encontró que el Gpo. I no aporta gastos en educación, ahorro y diversiones, por el contrario en el otro grupo distribuyen un 12% del total de su ingreso en estos rubros.

Todas las familias utilizan los servicios médicos del I.M.S.S., por lo que no gastan en medicina particular, correspondiendo a este dato, uno de los criterios de inclusión en el estudio.

Respecto al egreso económico que le asignan ambos grupos al alcohol y tabaquismo representa el 18.68% en el Gpo. I y 6.68% en el Gpo. II. Los gastos en el transporte están representados en 10.84% Gpo. I y 5.34% Gpo. II

El Gráfico No. 2, nos muestra la comparación de ambos grupos, respecto al número de veces que durante la semana anterior al momento de la encuesta, consumen los distintos tipos de alimentos, encontrando que independientemente del ingreso económico la ingesta de pan, tortillas y frijoles fue muy similar en ambos grupos durante los siete días de la semana.

Respecto al consumo de carne, leche y huevo se observó que en el Gpo. I estos se consumen en promedio 3.5 veces a la semana y en el Gpo. II 6 veces.

Las frutas y refrescos son ingeridos en mayor número de veces en el Gpo. II, 1 y 4; en el Gpo. I es de 0.5 y 2 respectivamente.

En relación al lugar donde compran preferentemente sus alimentos (Cuadro No. 2 y Gráfico 3) encontramos que:

en el Grupo I la mayoría los adquiere en tienda de consumo popular (CONASUPO) representados hasta un 45%; 35% en "tianguis" o mercados sobre ruedas; 17.5% Mercado de la colonia; 2.5% utilizan los servicios de tiendas sindicales; ninguno se abastece en supermercados o tiendas de autoservicio.

El Grupo II compra en el 35% de los casos en el mercado de la colonia, en éste si se encontró que el 21% utilizan los servicios de supermercados o tiendas de autoservicio, 19% en tiendas sindicales y en menores porcentajes mercados sobre ruedas 12.5% y Conasupo 12.5%

En el cuadro No. 3 se señala el nivel de escolaridad de los padres, en el Grupo I es 42.5% con primaria incompleta, 37.5% primaria completa; el 5% tiene secundaria incompleta y el 75% con secundaria completa, no se encontró nivel bachillerato. Existe analfabetismo en el 7.5%

En los padres que corresponden al grupo II, encontramos primaria incompleta 5%, completa 27.5%; secundaria incompleta 7.5%, completa 22.5%; nivel bachiller 12.5% y 25% con Licenciatura.

El Gráfico No. 4 señala, la frecuencia en que presentaron durante el año anterior GE y ERA (promedios): Gpo. I GE 4.2, ERA 6; Gpo. II, GE 3.2 y ERA 4.2

## TRATAMIENTO ESTADISTICO:

Para los fines del presente estudio resultó de vital importancia realizar la comparación del grupo estudiado (No. I) y del grupo control (No. II) y la contrastación entre las variables de ingreso económico (SALARIO MINIMO) con los dos padecimientos que se presentan con mayor frecuencia en la consulta externa de Medicina Familiar.

En el cuadro No. 4 se relacionan a cada una de estas familias con el número de veces que presentaron cualquier una de estas dos entidades nosológicas en el último año. Ambos grupos estuvieron constituidos por 20 familias. Para el Gpo. No. I el promedio de la frecuencia en que se suscitó el padecimiento fue de 5.7 mientras que para el Gpo. No. II de 3.65.

Ante estos resultados se utilizó la "t de Student" que nos permite comparar los promedios de dos muestras independientes y determinar su significancia estadística, para así corroborar nuestras hipótesis planteadas, para lo cual se realizaron las siguientes operaciones según fórmula establecida (16) :

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(N_1 S_1^2 + N_2 S_2^2) \left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}\right)}{N_1 + N_2 - 2}}}$$

en donde:

$N$  = Número de familias estudiadas.

$\Sigma x$  = Incidencias totales durante el año anterior.

$\bar{X}$  = Promedio aritmético de las frecuencias.

$S$  = Desviación estandar.

$H_0$  = Hipótesis falsa.

$H_1$  = Hipótesis verdadera.

Entonces tenemos los siguientes valores.

$$\begin{array}{l} \text{GPO. I} \\ N_1 = 20 \\ \Sigma X_1 = 114 \end{array}$$

$$\bar{X}_1 = 5.7$$

$$S_1 = 1.8193$$

$$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 \rightarrow \text{Pertencen a la misma población.}$$

$$H_1 = X_1 \neq \bar{X}_2 \rightarrow \text{Son grupos significativamente diferentes}$$

$$\begin{array}{l} \text{GPO. II} \\ N_2 = 20 \\ \Sigma X_2 = 73 \end{array}$$

$$X_2 = 3.65$$

$$S_2 = 1.0136$$

Substituyendo:  $t =$

$$t = \frac{5.7 - 3.65}{\sqrt{\left[ \frac{(20)(1.8193)^2 + (20)(1.0136)^2}{38} \right] \left[ \frac{1}{20} + \frac{1}{20} \right]}}$$

$$t = \frac{5.7 - 3.65}{\sqrt{\left[ \frac{20 \left[ (1.8193)^2 + (1.0136)^2 \right]}{38} \right] \left[ \frac{2}{20} \right]}}$$

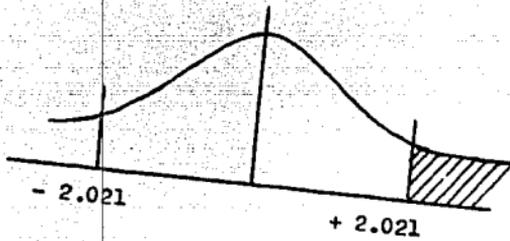
$$t = \frac{5.7 - 3.65}{0.47778}$$

$$t = +4.29$$

por lo tanto:

$t > 2.021$  —  $H_0$  es falsa

$t > 2.021$  —  $H_1$  es verdadera



Con 38 grados de libertad al 97% de confianza (2.5% de significancia).

C A P I T U L O VI:  
COMENTARIOS Y CONCLUSION.

Este estudio surge como producto de observaciones realizadas en el servicio de Medicina Familiar donde notamos -- que existe una importante demanda de atención médica, referida principalmente a problemas de gastroenteritis y enfermedades respiratorias agudas. Estos padecimientos en general se les explica el médico como de origen infeccioso, es decir, -- referidos a la concepción tradicional de la Medicina. Contribuyendo así a que el círculo viciado de la enfermedad se conserve. Por esto mismo consideramos importante y trascendente para nuestra formación como especialistas en Medicina Familiar revisar, analizar y valorar las condicionantes y determinantes sociales que están incidiendo sobre los procesos -- morbosos que nos ocupan. De ninguna manera pretendemos abordarlos en toda su extensión pero sí ante todo esto, estudiar la forma en que repercute el ingreso económico sobre las dos principales causas de consulta en Medicina Familiar.

Para tratar de acercarnos a una explicación más objetiva de la realidad, que se suscita en torno al proceso salud-enfermedad tuvimos que remitirnos a los conceptos que en forma primordial constituyen los principios teórico-prácticos -- de la Medicina Familiar, los cuales interpretan al hombre en su constante interacción e interdependencia de su ámbito social. En otras palabras, el ser humano es lo que son sus condiciones de vida, pero también es lo que son sus relaciones sociales, relaciones que no dejan de ser relaciones de producción.

A partir de estos preceptos este trabajo pretende dar respuesta a la hipótesis que plantea que el salario mínimo es un factor condicionante en la incidencia de las dos enfermedades más comunes de la consulta de Medicina Familiar.

Una vez concluida la investigación en los grupos seleccionados, observamos que la mayor parte del ingreso es destinado para la alimentación; los gastos en el vestido y casa son muy similares en ambos, considerando que aproximadamente el 45% de las familias en estudio poseen casa habitación propia o viven con parientes en donde no aportan ingresos para la renta de la misma. Se infiere que las familias del primer grupo, propietarias de viviendas, éstas se encuentran en malas condiciones de higiene y ventilación; es decir, en estados insalubres lo cual aumenta el riesgo a la enfermedad.

Los gastos en diversiones, ahorro y educación son mínimos en el grupo II no habiendo estos en el primer grupo, la explicación a este fenómeno es que por su bajo poder de compra, las familias con salario mínimo le dan prioridad a la alimentación, vivienda o transportes. En nuestros resultados constatamos que también estos últimos tienen nula posibilidad de ahorrar lo que les imposibilita completamente a tener acceso a mejores condiciones de vida, considerándose este como un factor limitante en las acciones educativas que se pudieran desarrollar en ellas.

Es importante señalar el gasto que se designa al alcohol y tabaquismo; ya que es mayor el egreso en las familias-

del grupo I en comparación a las del grupo II. Situación que podría explicarse debido a que los primeros al no tener acceso a otro tipo de satisfactores recurren a éstos, dándose este fenómeno con mayor importancia en el consumo de alcohol; pues prácticamente se duplica en relación al segundo grupo.- Lo anterior nos plantea otro problema: ¿el ingreso económico condiciona la farmacodependencia?

Ambos grupos son derechohabientes del I.M.S.S., por lo tanto tienen las mismas posibilidades de servicios médicos, lo que indica que no destinan ingresos hacia la medicina ejercida por médicos particulares. Sin embargo, esto también llama la atención en el sentido de que ambos grupos a pesar de tener las mismas posibilidades de acceso a la medicina institucional, es determinante para las mejoras en sus estados de salud-enfermedad.

Los gastos en el transporte son mayores en el grupo I, se puede inferir, que esto se deba a que las fuentes de trabajo quedan muy retirados de los lugares de vivienda, requiriendo el uso de dos o tres transportes para llegar a ellos. En el otro grupo, donde da lugar a pensar que las distancias que recorren son menores aunado al uso del automóvil particular. Lo que implica para el primer grupo no solo mayor gasto económico sino de tiempo, que es restado a la convivencia familiar. Por otra parte también constituye un factor más de riesgo a la enfermedad por la mayor exposición a la contaminación del medio ambiente, "stress", etc.

La ingesta de alimentos de consumo popular, entre los dos grupos, dado su bajo precio, no encontramos diferencias importantes en cuanto a la utilización de estos (pan, tortillas, frijoles); pero sí en alimentos de mayor calidad como carne, leche, huevos, frutas. Observamos que a mayor ingreso, mayor consumo de estos últimos; lo cual denota que las familias del segundo grupo se encuentran menos expuestas a la enfermedad dada su mejor nutrición.

El abastecimiento de alimentos apreciamos que las familias con ingreso mínimo acude a tiendas de consumo popular (Conasupo) o a mercados sobre ruedas, donde es sabido que los alimentos se expenden a un precio menor. Por el contrario en el otro grupo observamos que sus alimentos son comprados en tiendas de autoservicio o supermercados, en los cuales su costo es mayor en relación a los antes mencionados. Situación que también es explicable por las diferentes expectativas alimenticias que en cada grupo se contemplan y también por la mejor presentación comercial que ofrecen.

Respecto a la educación encontramos analfabetismo o padres que no terminaron la educación primaria en gran porcentaje en el primer grupo, lo cual repercute en todos los aspectos de la vida familiar. Por el contrario en el segundo grupo observamos padres con nivel educacional superior, incluso gran parte de ellos con nivel licenciatura. Lo anterior nos habla de la posibilidad de afirmar que a mayor percepción económica, mayor nivel de escolaridad; por lo tanto mejor nivel de vida y en consecuencia menor riesgo a la morbilidad.-

Quizá este factor también contribuya a dar explicación al — por qué no solo se demanda atención médica en estadios más tempranos de la enfermedad sino que además se toman acciones preventivas por parte de la familia para evitarla y dejan en mejor posibilidad de comprender y atender las indicaciones — médicas encaminadas al restablecimiento de la salud.

#### C O N C L U S I O N .

Finalmente podemos concluir esta investigación, que se pudo comprobar estadísticamente la hipótesis verdadera contra la nula que dice "El salario mínimo es un factor condicionante en la incidencia de las dos enfermedades más comunes en la consulta de Medicina Familiar" y por lo mismo la — relación que existe entre ingreso económico, condiciones de vida y morbilidad.

Los resultados recopilados en este estudio nos muestran que a mayor salario, menor incidencia de morbilidad. La pregunta que de esto se desprende y que en parte se explica es: ¿elevando el nivel y las condiciones de vida, disminuyen los riesgos y daños de la enfermedad y por ende aumentar las posibilidades de salud?

De igual manera se concluye que las investigaciones y acciones del Médico Familiar deberán encaminarse también a — las condicionantes y determinantes del proceso salud-enfermedad, si es que verdaderamente se desea trascender a la población y por lo mismo identificarse con los principios que dan forma a la Medicina Familiar como especialidad.

## C A P I T U L O VII.

## RESUMEN.

El presente estudio se realizó en la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 41 de la Delegación 3 del Valle de México del I.M.S.S., en el lapso comprendido -- del 10. de marzo de 1983 al 31 de enero de 1984, teniendo co -- mo hipótesis determinar de qué manera el salario mínimo con -- diciona la incidencia de las dos enfermedades más comunes en la consulta de Medicina Familiar. La incidencia de dichas -- enfermedades coinciden con las estadísticas nacionales que -- señalan a las enfermedades respiratorias agudas y a las GE -- como las dos entidades nosológicas que caracterizan a los -- pueblos subdesarrollados.

En la planeación del mismo se consideró inicialmente -- una revisión de los antecedentes que existían sobre el pro -- blema que se planteó al principio, para tratar de averiguar -- en qué forma repercute el ingreso económico sobre la morbili -- dad más frecuente en nuestro país, así como la revisión de -- la situación económica del país y las normas que actualmente rigen el salario en México.

Una vez planteada la hipótesis mencionada se definie -- ron cada uno de los enunciados en ella expuestos y a partir -- de estos se diseñó una encuesta que nos permitiera identi -- ficar fundamentalmente cada una de las familias estudiadas: -- tipo de salario, la manera en que se distribuye y la frecuen -- cia en la morbilidad, recabándose al mismo tiempo informa---

ción adicional que nos muestra las condiciones de vida.

Para la selección de las familias estudiadas se normaron previamente criterios, lo cual nos permitió seleccionar un total de 40 familias de entre 810, las dos familias estudiadas se agruparon esencialmente por el salario que percibían. El grupo testigo (Gpo. I) compuesto por 20 familias con ingreso económico del Salario Mínimo, mientras que el grupo control (Gpo. II) también integrado por igual número de familias cuyo ingreso era de dos a cuatro veces más el Salario Mínimo. En ambos grupos hubo diferencias importantes y significativas que permiten afirmar que el tipo de salario es un factor que condiciona los procesos morbosos estudiados. Además de la diferencia significativa de las condiciones de vida de la población estudiada.

El presente trabajo de tipo prospectivo nos muestra el porque las acciones e investigaciones de Médico Familiar deben encaminarse en torno de la concepción del hombre como un ser condicionado y condicionante de su entorno social.

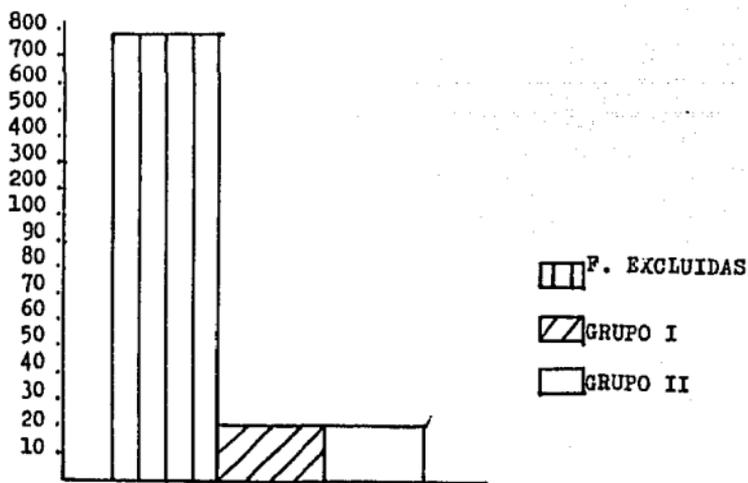
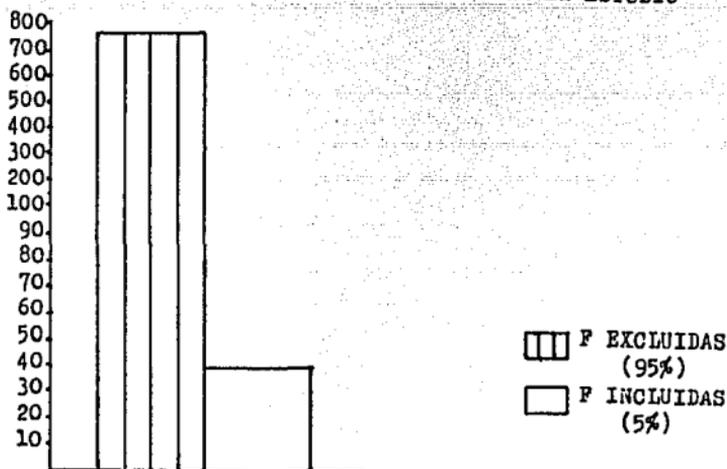
3.- B I B L I O G R A F I A :

- 1.- Programa del Curso de Especialización en Medicina Familiar, I.M.S.S., 1982, Págs. 8-9
- 2.- Rojas Soriano, R.,:Capitalismo y Enfermedad, Edit. Folios Ediciones, México, D.F., 1982, Pág. 135
- 3.- Kumate, J.,: Las Enfermedades Infecciosas en México en Vida y Muerte del Mexicano, Ortiz Quezada, P. -- (Eds.). Folios Ediciones, México, D.F., 1982,Pág.43
- 4.- Ley Federal del Trabajo, Edit. Mexicanos Unidos, -- México, D.F., 1983, Pág. 35
- 5.- Padilla, J.,:El Salario Mínimo no Alcanza, Rev. Luz Pública No. 30: 16,1983
- 6.- López, G., Ramírez, J., Rojas, J. y Jiménez, P.,: - Relación entre Ingreso, Educación y Alimentación en una Población con Empleo Secundario de la Zona Norte del D.F. en tesis recepcional para obtener el -- Título de Médico Familiar, México, D.F., 1976
- 7.- Sonis, A., Salud, Medicina y Desarrollo Económico-- Social, Edit. Eudeba, Buenos Aires, Argentina, 1964 Pág. 25

- 8.- George A. O. Alleyne.,: La Salud y el Desarrollo, en Boletín de la Ofna. Sanitaria Panamericana No. 4; -- 94, Ab. 1983, Pág. 315
- 9.- Kumate, J. y Cañedo, L.,: La Salud de los Mexicanos- y la Medicina en México, Edit. del Colegio Nacional, México, D.F.
- 10.- Macotela, B., Krause, A. y Méndieta, R.,: Salario -- Mínimo y Morbilidad Familiar. En Tesis recepcional- para obtener el Título de Médico Familiar, México, - D.F., 1979
- 11.- Boletín Epidemiológico Anual 1978, I.M.S.S., Pág. 1
- 12.- Informe Epidemiológico Anual 1978, Sal. Pub. México 22,: 289, 1980
- 13.- Pratt Fairchild, H.,: Diccionario de Sociología, -- Edit. Fondo de Cultura Económica, México, D.F.
- 14.- Mac Mahon, Brian, :Principio y Métodos de Epidemiología, Edit. Prensa Médica Mexicana, México, D.F. - Reimpresión 1981, Pág. 53
- 15.- Benenson, Abram,: El Control de las Enfermedades -- Transmisibles en el Hombre. Edic. Organización Pana-mericana de la Salud, New York, Pág. 85
- 16.- Bradford, Hill, : Principios de Estadística Médica,- Edit. Atenco, Buenos Aires, Argentina, 1965, Pág.135

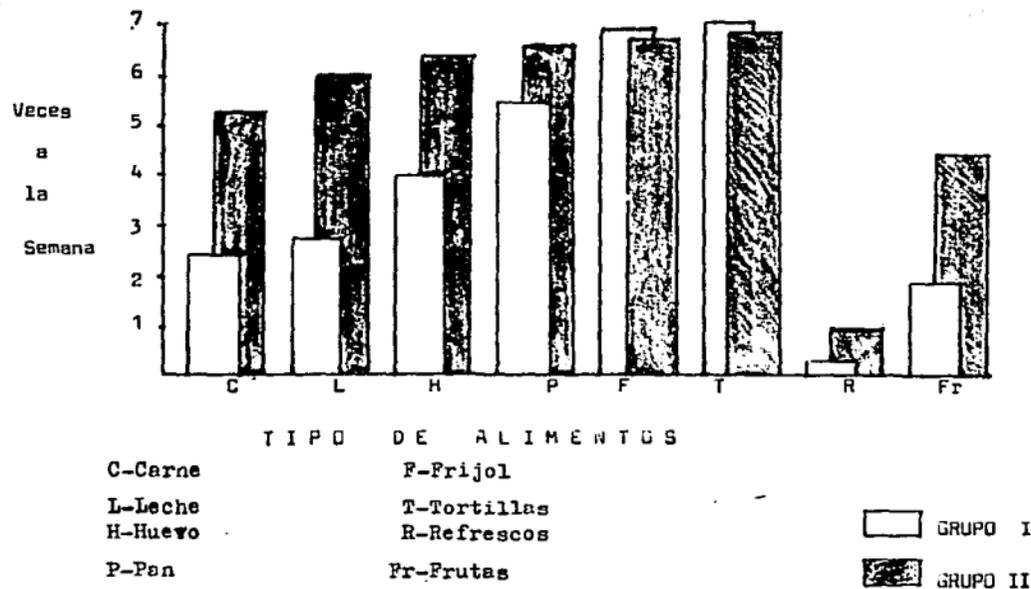
GRAFICO 1.

TOTAL DE FAMILIAS CAPTADAS PARA EL ESTUDIO



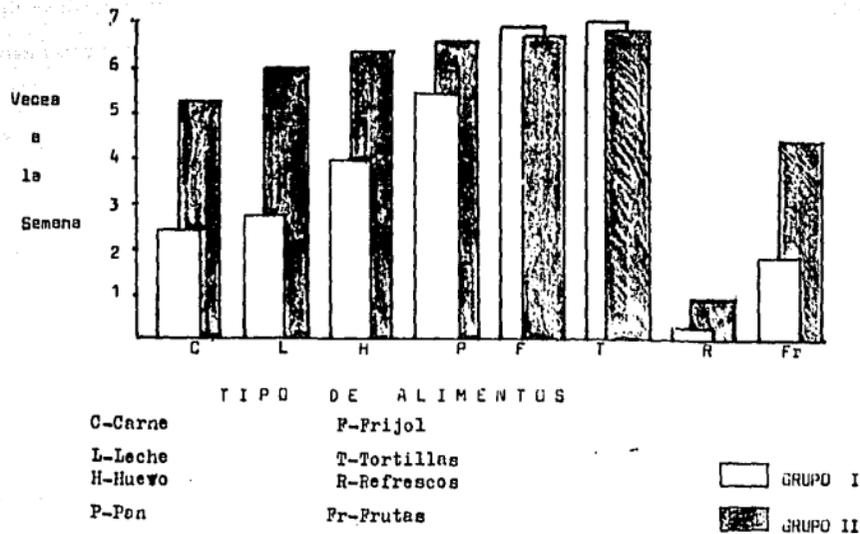
GRAFICA 2

COMPARACION DE AMBOS GRUPOS RESPECTO  
AL TIPO DE ALIMENTOS CONSUMIDOS.



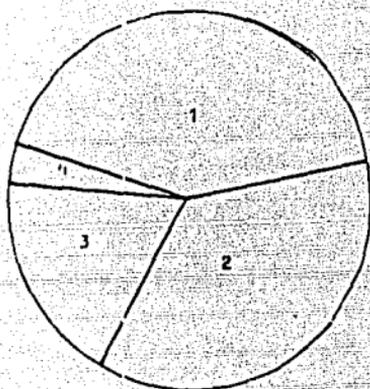
GRAFICA 2

COMPARACION DE AMBOS GRUPOS RESPECTO  
AL TIPO DE ALIMENTOS CONSUMIDOS.

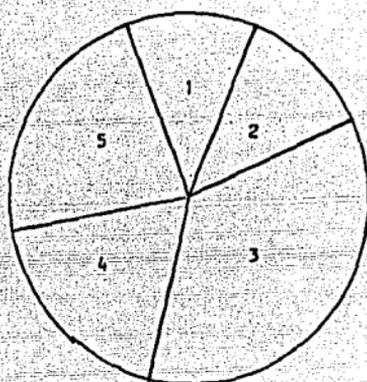


PORCENTAJES COMPARATIVOS DE LOS SITIOS DE  
ADQUISICION DE ALIMENTOS.

Gráfico No. 3



MÍNIMO  
(GRUPO I)



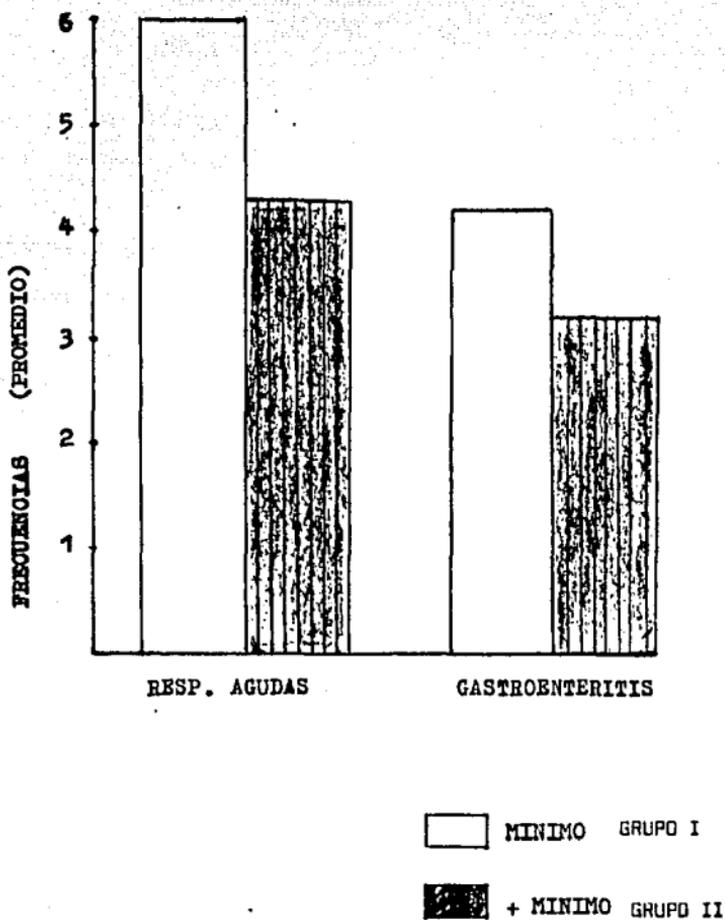
MÍNIMO  
(GRUPO II)

CUADRO No. 2

	TIENDAS	GRUPO I	GRUPO II
1	CONSUMO	45%	12.5%
2	MERCADO SUR DE RUEDAS	35%	12.5%
3	MERCADO DE LA COLONIA	17%	35%
4	TIENDA SINDICAL	3%	19%
5	SUPERMERCADOS O TIENDAS DE AUTOSERVICIO	---	21%

GRAFICA No. 4

FRECUENCIA DE MORBILIDAD



CUADRO No. 1

## DISTRIBUCION DEL INGRESO MENSUAL.

I N G R E S O	G R U P O I		G R U P O II	
	15,000.00		30,000.00 a 60,000.00	
	\$	%	\$	%
ALIMENTOS	6 850	45.84	16 500	50.72
VESTIDO	1 750	11.84	4 500	10.34
HABITACION	1 950	12.84	5 800	15.34
EDUCACION	0	0	3 250	6.35
AHORRO	0	0	2 500	4.34
DIVERSION	0	0	1 800	1.34
MEDICINA PART.	0	0	0	0
TABACO	800	4.84	2 000	2.34
ALCOHOL	2 050	13.84	2 500	4.34
TRANSPORTE	1 600	10.84	2 700	5.34
T O T A L	15,000	100	41 550	100

CUADRO No. 3

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS PADRES.

		GRUPO No. I (SALARIO MINIMO)			GRUPO No. II (MAS ALLI MINIMO)		
		No. Padres	No. Madres	Total %	No. Padres	No. Madres	Total %
Primaria	Analfabetas	---	3	7.5	---	---	0
	incompleta	8	9	42.5	---	2	5.0
	completa	9	6	37.5	5	6	27.5
Secundario	incompleta	2	---	5.0	---	3	7.5
	completa	1	2	7.5	5	4	22.5
	Bachillerato	---	---	0	2	3	12.5
	Licenciatura	---	---	0	8	2	25.0

C U A D R O No.4 MORBILIDAD EN LAS FAMILIAS (CONTROL Y TESTIGO)

GRUPO I		GRUPO II	
No. Familia	Frecuencia	No. Familia	Frecuencia
1	3	1	2
1	3	1	2
1	4	1	2
1	4	1	3
1	5	1	3
1	5	1	3
1	5	1	3
1	5	1	3
1	5	1	3
1	5	1	4
1	5	1	4
1	6	1	4
1	6	1	4
1	6	1	4
1	6	1	4
1	6	1	5
1	7	1	5
1	9	1	5
1	9	1	5
1	10	1	5
Total 20	114	20	73
Promedio Aritmético	5.7		3.65

+Número de casos durante el año anterior.