



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGZ NO 3 CON MF
SALAMANCA, GTO.

**TITULO: SITUACIÓN DE POBREZA EN FAMILIAS DERECHOHABIENTES
DEL IMSS EN DOS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR, REGION
SUROESTE DEL ESTADO DE GUANAJUATO. MEXICO. 2007.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

Dr. Padilla Hernández Marcelino



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.

**TITULO: SITUACIÓN DE POBREZA EN FAMILIAS DERECHOHABIENTES
DEL IMSS EN DOS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR, REGION
SUROESTE DEL ESTADO DE GUANAJUATO. MEXICO. 2007.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

Dr. Padilla Hernández Marcelino

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA.

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

**TITULO: SITUACIÓN DE POBREZA EN FAMILIAS DERECHOHABIENTES
DEL IMSS EN DOS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR, REGION
SUROESTE DEL ESTADO DE GUANAJUATO. MEXICO. 2007.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

Dr. Padilla Hernández Marcelino

ASESOR METODOLOGICO y TEMA DE TESIS

DR. MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ LÓPEZ.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN SALAMANCA, GTO.

AUTORIZACIONES:

DR. .JORGE PATRICIO MEZA RODRIGUEZ

JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA H.G.Z. No.3
SALAMANCA, GTO

2007.

**TITULO: SITUACIÓN DE POBREZA EN FAMILIAS DERECHOHABIENTES
DEL IMSS EN DOS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR, REGION
SUROESTE DEL ESTADO DE GUANAJUATO. MEXICO. 2007.**

Índice general

Título.....	1
Índice general.....	2
Marco Teórico.....	3-7
Planteamiento del problema.....	8
Justificación.....	9
Objetivos.....	10
Metodología.....	11-12
Resultados.....	13-16
Discusión.....	17-18
Conclusiones.....	19
Referencias Bibliográficas.....	20-21
Anexos.....	22

**TITULO: SITUACIÓN DE POBREZA EN FAMILIAS DERECHOHABIENTES DEL
IMSS EN DOS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR, REGION SUROESTE DEL ESTADO
DE GUANAJUATO. MEXICO. 2007.**

Índice general

Título.....	1
Índice general.....	2
Marco Teórico.....	3-8
Planteamiento del problema.....	9-10
Justificación.....	11
Objetivos.....	12
Metodología.....	13-15
Resultados.....	16-19
Discusión.....	20-21
Conclusiones.....	22
Referencias Bibliográficas.....	23-25
Anexos.....	26

Introducción

El estudio de la pobreza familiar en la medicina familiar implica un reto por sus efectos tanto biológicos, psicológicos y sociales en las familias que la padecen, implica reflexionar sobre las condiciones de vida en familias desfavorecidas en términos de carencias, dada la complejidad del fenómeno el presente estudio se limita al diagnóstico situacional de familias derechohabientes en dos unidades de medicina familiar del IMSS región suroeste del Estado de Guanajuato. **(1, 2,3)**

Marco teórico

Pobreza

La pobreza puede ser definida a manera general como la insatisfacción de necesidades básicas en el individuo y la familia, otra forma de definirla es, como aquella condición caracterizada por la carencia de recursos, medios u oportunidades para la satisfacción de las necesidades humanas mínimas, tanto de tipo material como cultural **(4,5)**

La pobreza ha sido tema de análisis muy amplios en los planos biológico, social, económico y psicológico, cuando hay plenitud de pan, dice **Abraham Maslow**, otras necesidades (más altas) emergen y éstas, más que las hambres fisiológicas, dominan el organismo. Las características económicas y sociales actuales en México permiten definir el concepto de pobreza ligado al primer nivel en la interpretación del autor citado, es decir la necesidad básica de comer. **(5)**

Panorama actual de la pobreza en México.

El *Banco de México (BM)* afirma que la pobreza en México se mantiene en niveles inaceptablemente altos, que los niveles actuales de pobreza, son similares a los registrados a comienzos de los años 90, hecho que muestra que los últimos 15 años han sido una pérdida en combatir esa condición que afecta a más de la mitad de los mexicanos, Mas del cincuenta por ciento de los habitantes del país son pobres, debido en gran medida a la gran desigualdad en

los ingresos, la décima parte mas rica de la población gana mas de 40 por ciento de los ingresos totales, mientras la décima parte mas pobre solo obtiene 1.1 por ciento. Además contribuyen a la pobreza la profunda desigualdad regional y étnica y las diferencias en cuanto al acceso a la salud, a la educación y a los servicios públicos de buena calidad. Según el mismo BM, alrededor de 53 por ciento de los 104 millones de habitantes están en esta situación, definida como un nivel de consumo por debajo de las necesidades mínimas de alimentos básicos y algunos otros bienes no alimentarios básicos, cerca del 24 por ciento de la población es considerada "extremadamente pobre", es decir, con un ingreso insuficiente incluso para una nutrición adecuada. . **(6,7)**

De acuerdo con el Banco de México, la distribución del ingreso en el país es una de las más desiguales en el ámbito mundial (13 de 111 países). De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares realizada en el 2004, aproximadamente 48.6% de los mexicanos enfrenta pobreza de patrimonio, la cual se refiere a los hogares cuyo ingreso por persona es insuficiente para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, vestido y calzado, vivienda, salud, transporte público, educación y otros bienes. En el interior de este grupo, se encuentra 18.7% de la población de México con pobreza alimentaria (hogares cuyo ingreso es insuficiente para cubrir las necesidades de alimentación) y el resto enfrenta pobreza de capacidades (hogares cuyo ingreso es insuficiente para cubrir las necesidades de alimentación, educación y salud).

La pobreza se manifiesta con mayor intensidad en la población rural de México, en donde se observa una carencia generalizada de recursos económicos, personales, sociales y de oportunidades. **(6)**

De acuerdo con datos del INEGI, aproximadamente 25% de la población de México es rural y se encuentra distribuida en 196 000 localidades con menos de 2 500 habitantes. **(7)** Esto nos habla de la gran dispersión poblacional en las regiones rurales del país y de los problemas de costo e infraestructura para llevar servicios de vivienda, educación y salud a este grupo poblacional, lo cual explica parcialmente la concentración de la pobreza en el medio rural.

Como medir la pobreza

El concepto mismo de pobreza es una noción relativa en el tiempo y en el contexto de cada sociedad. Existen diversas propuestas metodológicas dirigidas a medir y examinar la pobreza, unas parten de la especificación de un nivel de ingresos por debajo del cual se considera que las personas viven en situación de pobreza. La definición de este nivel no siempre obedece a los mismos criterios.

En ocasiones se opta por centrar la atención en un grupo particular de la población, como el que se encuentra en la denominada situación de pobreza extrema, que corresponde a aquellos hogares que no cuentan con los recursos para satisfacer sus necesidades alimenticias básicas. Así, la identificación de la pobreza extrema se obtiene mediante la comparación de los ingresos per cápita de la familia con el costo de una canasta básica alimentaria, estableciendo mediante esta vía una línea de pobreza extrema. De esta manera, los hogares cuyos ingresos están por debajo de esta línea son considerados como pobres extremos. En México, la llamada Canasta Normativa Alimentaria elaborada por COPLAMAR, corresponde a un ingreso familiar agregado promedio equivalente a 1,189 pesos para fines de 1995 (considerando exclusivamente el ingreso corriente monetario para una familia de 5.5 personas). **(4)**

Otra forma de Medir la pobreza es bajo el enfoque de: pobreza absoluta, relativa y de vulnerabilidad. **(8)**

Pobreza absoluta

Su método para medir la pobreza es cuantificando el ingreso per cápita y estableciendo una línea de pobreza. Este enfoque permite elaborar perfiles comparativos entre los grupos pobres y no pobres, distinguir entre hogares encabezados por mujeres y por hombres, y otras variables como edad, ocupación; permite además medir la pobreza en todo el mundo, es decir es de utilidad para cuantificación..

Pobreza relativa

Su método se basa en la posición de personas o familias en comparación en relación con otras de una misma comunidad. Esta medición tiene la ventaja de tomar en consideración la carencia relativa, esto es, las condiciones que no están a la altura de los niveles preponderante de consumo en un país determinado. Este enfoque al igual que el anterior define la pobreza en términos de carencias materiales expresadas monetariamente (ingresos y gastos) pero que se fundamenta en la idea que las necesidades no son fisiológicamente establecidas sino

determinadas culturalmente., y en ese sentido se denomina de manera relativa", este enfoque se acerca a un concepto de desigualdad más que de pobreza. Dada la dificultad de establecer un estilo de vida compartido y aprobado por la comunidad, su aplicación es problemática pero presenta la ventaja de introducir el elemento de contexto en el que se produce la pobreza. Este enfoque complementa y no suplanta el enfoque de la pobreza absoluta.

Pobreza por vulnerabilidad

Su método es a partir del estudio de la forma de reaccionar de los hogares pobres frente a las crisis, o situaciones que se empeoran económicamente, la vulnerabilidad se le define como la inseguridad del bienestar de los individuos, de los hogares o las comunidades ante un medio ambiente que cambia. La vulnerabilidad es estar sin defensa, con inseguridad, expuesto al choque de las situaciones que se están presentando cotidianamente, la vulnerabilidad es un concepto más dinámico capta esos procesos y por ello responde mejor a los cambios que las medidas más estáticas. Este enfoque pone atención en los activos o los recursos de todo tipo que pueden movilizar los hogares, las familias o las comunidades frente a una situación de crisis.

Los grupos familiares mencionados no presentan necesariamente situaciones de vulnerabilidad, pero estas pueden presentarse con mayor probabilidad cuando se trata de familias pobres, con inadecuadas condiciones de vida. **(8)**

Elementos teóricos necesarios para estudiar a la familia pobre.

Se han mencionado en la literatura los elementos teóricos que a la vez permiten al médico familiar estudiar a la familia entre ellos: ciclo de vida familiar, estructura y dinámica de la familia, tipología familiar, estudio social y económico. Estos elementos, o puntos de referencia, son fundamentales para que el médico familiar pueda, bajo una metodología precisa, entregarse científicamente al estudio de la familia. **(9,10)**

Los grupos familiares vulnerables, a menudo pertenece a los grupos socio-ocupacionales más bajos de la sociedad y sus miembros, con bajos niveles educativos entre la tipología de estas

familias; incluye variables sociodemográficas y variables socioeconómicas en la tipificación de las unidades expuestas a cierto grado de vulnerabilidad citándose entre ellas:

- a) las familias pobres de estratos socioeconómicos bajos, con niños y jóvenes hasta 14 años, en la cuáles la función socializadora tiene especial significación
- b) las familias con elevadas tasas de dependencia, que ponen en riesgo el desarrollo de la familia en condiciones de vida relativamente adecuadas
- c) las familias de ancianos o con parientes ancianos, que difícilmente pueden independizarse
- d) las familias con déficit de vivienda, por hacinamiento, falta de privacidad y/o allegamiento en el hogar
- e) las familias con hijos que no disponen de niveles adecuados de privacidad en el hogar
- f) las familias encabezadas por una mujer, sin cónyuge
- g) las familias con miembros menores de edad (hijos u otros parientes del jefe de hogar) subescolarizados y/o que trabajan, carece de empleo o sólo acceden a empleos precarios, predominantes en el sector informal. **(3, 8,10)**

Impacto de la pobreza en la salud.

Existe un círculo vicioso entre pobreza, enfermedad y subdesarrollo, debido a que los escasos niveles de salud conducen a una mortalidad precoz, pérdida de jornadas de trabajo e invalidez y a un gran costo de la asistencia sanitaria curativa, tan solo la mortalidad infantil se relaciona estrechamente con el ingreso per cápita, en México prácticamente se observa que la tasa de mortalidad infantil se incrementa conforme el nivel per cápita es menor de los 2000 dólares anuales. Fuente: Cálculos del Banco Mundial a partir de los Indicadores de Desarrollo Mundial.

El 35 % de la población en pobreza moderada, tiene cubiertos algunos de los riesgos mayores para la salud por alguna institución de salud pero es inexistente para de la pobreza extrema. Con respecto a los riesgos de salud, México cuenta con múltiples proveedores: los derechohabientes de la seguridad social tienen acceso a cuidados médicos en IMSS/ISSSTE; existe también una red de clínicas y hospitales públicos de los servicios de salud de los estados (SESA) y regulada por la Secretaría de Salud (SSA), así como partes subsidiadas del IMSS, y un amplio sistema privado que atiende a todos los segmentos de la población. Un aspecto sorprendente del sistema de salud es la utilización extensa de proveedores privados

para riesgos mayores de salud, desde los pobres no asegurados hasta los de mayor poder adquisitivo con derechos de seguridad social. Esto es indicativo de problemas de acceso o calidad, al menos para los pobres según los cálculos del Banco Mundial a partir de la ENIGH 2002. Recientemente, el gobierno ha tomado medidas para extender los seguros de salud para la población sin cobertura. El programa más representativo es el SEGURO POPULAR, introducido en 2002, que ofrece un paquete de servicios y medicinas específicos a los no cubiertos por la seguridad social, con una prima altamente subsidiada vinculada a la capacidad de pago y con una prima cero para el quintil inferior de la población. En 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó al sistema de salud de México como el número 51 de una lista de 191 en términos de desempeño general, y el 144 de 191 en términos de justicia financiera —evaluada en términos de la distribución de los costos potenciales de atención de la salud de acuerdo con capacidad de pago más que de necesidades. México gasta menos en salud que otros países, a pesar de otros programas implementados aun continúa siendo bajo.

(11)

Planteamiento del Problema

En las regiones pobres de México se observa lo que Frenk y colaboradores denominan la doble carga epidemiológica, que se refiere a un perfil de enfermedades caracterizadas por ser infectocontagiosas y de la nutrición, pero de forma simultánea aumentan los padecimientos crónico-degenerativos. La situación se agrava porque en zonas rurales no se cuenta con los recursos necesarios para combatirlos tanto a nivel de la población en donde prevalece la pobreza como por la asignación de recursos **(7)**. Con respecto a los efectos en la salud, recientemente se concluyeron dos investigaciones en México encaminadas a identificar y describir la situación de salud y calidad de vida de hombres y mujeres ancianos que viven en la pobreza rural y urbana en tres estados de la República: Morelos, Guerrero y Jalisco **(12-15)**. Entre los hallazgos de ambos estudios resalta que las mujeres en general informaron padecer un mayor número de problemas de salud, lo cual sugiere una mayor multimorbilidad en las mujeres ancianas que viven en pobreza; pero también es un indicador de que las mujeres acuden más al médico y conocen sus padecimientos mejor que los hombres. En ambos estudios, 8 de cada 10 ancianos utilizaban remedios caseros; y 7 de cada 10 usaban medicamentos, sin necesariamente haber sido recetados por un médico. La mayoría de los ancianos consumían una combinación de ambos para tratar sus problemas de salud. Los apoyos sociales y familiares adecuados así como el acceso a los servicios fueron determinantes de la autopercepción de un buen estado de salud. En general, los resultados sugieren que los sistemas informales de apoyo y atención a la salud son los más utilizados por los adultos mayores que viven en pobreza, principalmente, debido a la carencia de recursos personales, económicos y sociales para enfrentar las barreras de un sistema de salud que parece no ser sensible a las necesidades de los grupos más vulnerables. Por otro lado entre el 16 al 54% existe pobreza en alimentos en los municipios de Guanajuato, esto implica que existe una gran proporción de familias vulnerables, que aun no han sido identificadas por el mismo

medico de familia, de ahí surge la necesidad de estudiar a las familias que habitualmente se atiende a fin de determinar la proporción de familias pobres y sus niveles de pobreza , indicadores útiles para el diagnóstico de su extensión, intensidad y localización que facilita , prioridades y toma de decisiones por las instituciones de salud , para el acceso a la salud en el seno de las propias comunidades. **(16)**

¿Cuál es la proporción y niveles de pobreza que se presentan en las familias derechohabientes del IMSS en dos unidades de medicina Familiar en el Sur Oste del estado de Guanajuato?

Justificación

La práctica médica familiar se encuentra inserta en los sistemas de salud de la mayor parte de los países de América Latina y es el espacio ideal para estudiar la pobreza. En su consulta habitual el médico de familia puede determinar si un hogar o familia pertenece o no a la categoría "pobre" o "no pobre" para comprometerse en reconocer y analizar la influencia de los elementos económicos y socioculturales sobre la salud de los individuos y sus familias que atiende, solo así, puede participar en la formación y fortalecimiento de redes de apoyo entre profesionales de la salud, destinadas al diseño y aplicación de estrategias que coadyuven a la solución de los problemas de salud relacionados con la pobreza, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, el estudio de la pobreza familiar debe ser una labor cotidiana del médico familiar.

Objetivo general: Determinar la proporción de pobreza en derechohabientes del IMSS que acuden a dos unidades médicas de medicina familiar en el Sur Oeste del estado de Guanajuato.

Objetivos específicos

1. Identificar las principales características de familia en derechohabientes del IMSS que acuden a dos unidades médicas de medicina familiar en el Sur Oeste del estado de Guanajuato.
2. Clasificar por niveles de pobreza a los derechohabientes del IMSS que acuden a dos unidades médicas de medicina familiar en el Sur Oeste del estado de Guanajuato.
3. Comparar niveles de pobreza a los derechohabientes del IMSS que acuden a la dos unidades médicas de medicina familiar referidas con las principales características de familia

Material y métodos

Diseño: Descriptivo transversal

Población y lugar: Familias pertenecientes a dos unidades medicas familiares en la región Sur Oeste del estado de Guanajuato UMF de Penjamo Gto y UMF Cuerámara Gto

Año: 2007

Tamaño de la muestra: calculada para una población con precisión absoluta específica, con nivel de confianza del 95% y una proporción estimada de pobreza del 30%, $n = Z^2P(1-p)/d^2 = 504$

Tipo de muestreo: Por cuota.

Unidad de muestreo Jefe de familia

Operacionalización de las variables. Para este trabajo se consideró:

Pobreza: Como capacidad reducida de la familia, para cubrir la canasta básica y/o carencia de recursos para cubrir las necesidades básicas. Variable ordinal que toma los valores de 1, 2, 3; cuando la familia está en o por debajo de la línea de pobreza y cero en cualquier otro caso, identificada en base a la norma del Comité Técnico para la medición de la pobreza creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en el 2001 (4), que utiliza indicadores monetarios y no monetarios para medir el nivel familiar. **(Anexo de recolección de datos)**

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento, expresado en años cumplidos. Variable cuantitativa numérica discreta

Escolaridad: Para este trabajo ausencia o presencia de estudios primarios, medios, superiores. Variable nominal. Indica el nivel de escolaridad alcanzado por el jefe de familia y se conceptualiza en niveles primaria, secundaria, preparatoria técnica profesional y nula.

Características de familia: Variables nominales categóricas identificadas de acuerdo a criterios del consenso académico de profesores de medicina familiar 2005. (1)

Parentesco es un vínculo familiar, considerando la presencia física y convivencia del paciente en familia, Para su recolección codificada del 1 al 5. Variables categóricas:

1. Núcleo integrado, presencia de ambos padres en el hogar
2. Núcleo no integrado, no hay presencia física de alguno de los padres en el hogar

3. Extensa ascendente, hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
4. Extensa descendente, Padres que viven en la casa de alguno de los hijos
5. Extensa colateral, núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, Abuelos, etcétera) .

Etapa de ciclo familiar: momento de vida familiar por el que pasa la familia codificado del 1 al

5. **(1)**

1. Matrimonio: Unión sin hijos
2. Expansión: familia con llegada del primer hijo
3. Dispersión: Familia con hijo o hijos en la escuela
4. Independencia , salida del hogar de los hijos
5. Retiro : pareja nuevamente sola

Ubicación rural y urbana: Clasificación de familias de acuerdo a su residencia y localidad codificada en 1 urbana, 2 rural. **(1)**

Criterios de inclusión:

1. Derechohabientes de las UMF de Penjamo y Cuerámaro con vigencia de derechos, independientemente de su educación.
2. Habitar en la zona geográfica del sudoeste del estado de Guanajuato.
3. Aceptar participar bajo el consentimiento informado del paciente.
4. Convivir con por lo menos con un familiar.

Criterios de exclusión

Derechohabientes de las UMF de Penjamo y Cuerámaro habitando fuera de la zona geográfica del sudoeste del estado de Guanajuato.

Criterios de eliminación:

Cuestionario de recolección de forma incompleta o abandono voluntario del paciente.

Procedimiento se realizó una entrevista cara a cara a los jefes de familia, utilizando para ellos una encuesta estructura con los apartados de familia Indicadores básicos de acuerdo al consenso profesores en medicina familiar **(1)** y preguntas relacionadas a la investigación de la pobreza de acuerdo a los lineamientos de Hernández Laos y SEDESOL **(4) ANEXO**

Manejo estadístico: Se utilizan estadísticas descriptivas y presentación en tablas de frecuencia, a fin de comparar algunas de las características de familia y nivel de pobreza o no pobreza se utilizó la Ji cuadrada.

Cuestiones éticas: Antes de la realización de la entrevista se solicitó su consentimiento informado, informándole al paciente sobre el objetivo del presente estudio, haciéndole notar que era voluntario y confidencial, que los resultados de la entrevista persiguen únicamente el análisis de la situación de la pobreza en los derechohabientes con fin de salud pública y situación de pobreza, que en caso de no aceptar no se vería afectado ni él ni su familia en sus derechos que le otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social, una vez aceptado se pidió su consentimiento por escrito.

Resultados:

Solo fue posible entrevistar 501 jefes de familia que llenaron los criterios de inclusión , a pesar de no llegar a la meta programada de 504 , este tamaño de muestra de acuerdo a **Corchan** es superior a los requerimientos mínimos de una muestra teórica significativa (24) , los entrevistados presentaron una edad media de 38.7 ± 16.9 años , mínima de 14 y máxima de 85 años, de acuerdo a su lugar de residencia 399 fueron urbanas (79.6%) y 102 (20.4%) rurales , con una media de integrantes de 4.7 ± 2.2 individuos , cercano a la mitad de las familias presentaron algún grado de pobreza , siendo extrema en el 4% de las familias **Gráfico 1.**

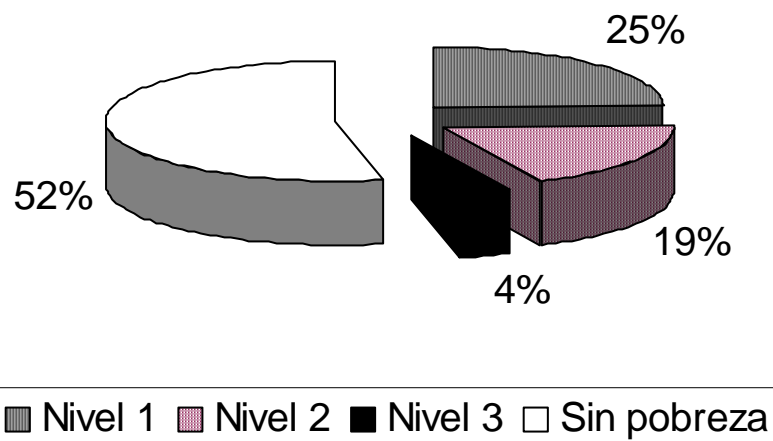
La presencia de pobreza y el lugar de residencia de las familias mostraron una diferencia estadísticamente significativa siendo más alta en las familias rurales $p < 0.05$. **Tabla 1.**

La **Tabla 2** muestra la presencia de pobreza y la convivencia, se observa una diferencia significativa y se aprecia que la familia extensa ascendente muestra mayor frecuencia en los niveles dos y tres de pobreza en comparación con los otros tipos de familia. $P < 0.05$

Existe una diferencia significativa entre la escolaridad del jefe de Familia y pobreza **Tabla 3.** Sin embargo las frecuencias de pobreza son más aparentes con la escolaridad nula y preparatoria, las frecuencias en relación a la pobreza y sin ella son muy semejantes con la escolaridad técnica, profesional y preparatoria. $P < 0.05$

A pesar que las frecuencias de pobreza son menores en las etapas de dispersión y retiro en familia, en la **Tabla 4** y puede observarse una diferencia significativa con mayores frecuencias de pobreza en las otras etapas de Familia, siendo mayor en la etapa de Expansión. $P < 0.05$

Gráfico 1. Medición de la Pobreza de acuerdo a SEDESOL en familias de dos unidades de medicina familiar en el Suroeste de Gto . año 2007



Fuente: encuesta de familia y pobreza

Tabla 1. Pobreza en familias en UMF de Penjamo Gto y UMF Cuerámara en el Suroeste de Guanajuato de acuerdo a su lugar de residencia año 2007

Variable	Pobreza				Total %
	Nivel 1 %	Nivel 2 %	Nivel 3 %	Sin Pobreza %	
Residencia					
Urbana	97 24.3	61 15.3	14 3.5	227 56.9	399 80
Rural	26 25.4	32 31.4	4 4.0	40 39.2	102 20
Total (%)	123 (25)	93 (19)	18 (4)	267 (52)	501 (100%)

Valor de Ji Cuadrada 16.169, P = 0.001

Fuente: encuesta de familia y pobreza

Tabla 2. Pobreza en familias en UMF de Penjamo Gto y UMF Cuerámara, en el Suroeste de Guanajuato de acuerdo a su convivencia año 2007

Variable	Pobreza				Total %
	Nivel 1 %	Nivel 2 %	Nivel 3 %	Sin pobreza %	
Convivencia					
Núcleo integrado	108 87	72 77	12 67	197 74	389 77
Núcleo no integrado	8 7	8 9	0	18 7	34 7
Extensa ascendente	2 2	12 13	6 33	48 18	68 14
Extensa descendente	1 1	1 1	0	3 1.5	5 1
Extensa colateral	4 3	0 0	0	1 0.5	5 1
Total (%)	123 (25)	93 (19)	18 (4)	267 (52)	501 (100)

Valor de Ji Cuadrado 34.756, P = 0.001.

Fuente: encuesta de familia y pobreza

Tabla 3. Pobreza en familias en UMF de Penjamo Gto y UMF Cuerámara en el Suroeste de Guanajuato a acuerdo escolaridad del jefe de familia. Año 2007

<i>Variable</i>	<i>Pobreza</i>				<i>Total (%)</i>
	<i>Nivel 1 n (%)</i>	<i>Nivel 2 n (%)</i>	<i>Nivel 3 n (%)</i>	<i>Sin pobreza n (%)</i>	
<i>Nula</i>	3 (2.4)	2 (2.1)	0	4 (1.5)	9 (1.8)
<i>Primaria</i>	16 (13.0)	14 (15.0)	5 (27.7)	11 (4.1)	46 (9.2)
<i>Secundaria</i>	23 (18.7)	20 (21.7)	7 (38.8)	98 (36.7)	148 (29.5)
<i>Técnica</i>	42 (34.2)	12 (12.9)	1 (5.5)	77 (28.8)	132 (26.3)
<i>Preparatoria</i>	25 (20.3)	23 (24.7)	4 (22.2)	31 (11.6)	83 (16.5)
<i>Profesional</i>	14 (11.4)	22 (23.6)	1 (5.5)	46 (17.3)	83 (16.5)
Total	123(100%)	93 (100)	18 (100)	267(100)	501 (100)

Valor de Ji Cuadrada 60.6 , $p = 0.00$

Fuente: encuesta de familia y pobreza

Tabla 4. Pobreza en familias en UMF de Penjamo Gto y UMF Cuerámara en el Suroeste de Guanajuato de acuerdo a etapa del ciclo familiar. Año 2007

<i>Variable</i>	<i>Pobreza</i>				<i>Total</i>
	<i>Nivel 1</i>	<i>Nivel 2</i>	<i>Nivel 3</i>	<i>Sin pobreza</i>	
<i>Matrimonio</i>	33	15	0	29	77
<i>Expansión</i>	63	35	4	60	162
<i>Dispersión</i>	15	20	1	74	110
<i>Independencia</i>	5	12	7	78	102
<i>Retiro</i>	7	11	6	26	50
Total	123	93	18	267	501

Valor Ji Cuadrada 95.7 $p = .000$

Fuente: encuesta de familia y pobreza

Discusión

En este estudio aproximadamente el **48 %** de los jefes de familia entrevistados manifestaron algún nivel de pobreza , que concuerda con lo referido en la **Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares , Banco de México .2004** , estas familias mexicanas enfrenta pobreza en varios niveles pero, llama la atención la presencia de pobreza extrema en un **4%** , ellas enfrentan pobreza no solo de patrimonio, sino de insuficiencia para cubrir sus necesidades primarias como el consumo básico de alimentarse y aunque es menor al 18.7% que menciona el **Banco de México** , las deja muy vulnerables, pues son familias que no solo enfrentan esa carencia de nutrirse sino que también enfrentan posibilidades enfermedades relacionadas con la pobreza y que demandan atención médica como la desnutrición, la diabetes , embarazo temprano, etc., **ENSA 2000 (encuesta nacional de salud)** . El otro **44%** de los pobres identificados, se enfrentan en el hogar al dilema de un ingreso que les es insuficiente para cubrir las necesidades en educación, habitación y salud aunque en este rubro participa la seguridad social **IMSS**, sin embargo esas carencias pueden estar asociado a muchas de las disfunciones familiares prevalecientes en México. **Cevallos**.

Al analizar las familias en el contexto de su ubicación geográfica se observó una mayor presencia de pobreza en la zona rural, que concuerda con lo referido por **Lusting y López Calva** en el análisis de la encuesta nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares de México años 1991-2002, las familias rurales también tiene mas vulnerabilidad por el rezago en las comunidades y accesibilidad al sistema de salud.

No se encontraron referencias para comparar los hallazgos encontrados en la pobreza y la tipología familiar por convivencia, sin embargo la diferencia significativa orienta a ser mayor en relación a la convivencia de las familias extensas ascendentes, esto es por la presencia de hijos casados o en unión libre que aún viven en casa de algunos de los padres y que son una carga mas a la familia y esto es entendible desde el punto de vista de distribución menor per cápita del gasto que menciona **Krisna.(19)**

En relación a la escolaridad del jefe de familia se ha comentado en la literatura que aquellos que tiene menos escolaridad son un factor para tener familias pobres , en este estudio llama la atención que los jefes con escolaridades bajas presentaron mas frecuencia de pertenecer a

familias pobres , sin embargo también se observó una alta frecuencia de pertenecer algún nivel de pobreza en jefes de familia con escolaridad mayor e inclusive de profesional , esto puede ser explicable desde el punto de las oportunidades de emplearse o no en lo que se prepara, la alta prevalencia de trabajos atípicos en México dado que las oportunidades de fuente de empleo son bajas aun con la preparación lo que motiva poco desarrollo individual , estancando su crecimiento económico y social de los individuos **Cristina Girardo**.

En relación al apartado del ciclo de familia, en el estudio se encontró que en las etapas iniciales y finales de la vida familiar presentan mayor frecuencia pobreza de cualquier nivel, una frecuencia cerca a la mitad de los entrevistados que se encontraban en estas etapas y en relación a la ultima etapa de retiro donde prevalecen los jefes de familia de edad avanzada, la pobreza también es informado por **Salgado y cols**, cuando estudiaron envejecimiento y pobreza en México. Por otro lado los estudios de pobreza en jóvenes mexicanos, indican una alta prevalencia de niveles de pobreza hasta un 20 % según **CEPAL**, que pudiera ser una tentativa de explicación a lo encontrado en este estudio de familias pobres en etapas temprana del ciclo de vida familiar , además el estudio **CEPAL** revela que en varios países de América Latina se han registrado aumentos importantes de maternidad adolescente y en general en jóvenes que cierran un círculo vicioso de escasos recursos y formación de familia.

Conclusiones.

Los resultados obtenidos demostraron que la pobreza percibida por el jefe de familia es frecuente en las familias que acuden a la atención médica familiar, considerar estos hallazgos son fundamentales en el estudio de familia sobre todo ante la responsabilidad de abordarla de forma integral, es un factor que causa deterioro de la salud y enfermedad y permea en la forma del núcleo familiar constituido, en las etapas del familia , lugar de residencia y educación causando en familias vulnerables.

Bibliografía.

1. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en medicina familiar Vo 7 Supl.1 2005 pp 15-19.
2. Santacruz Varela J. La familia como unidad de análisis. Rev Med IMSS 1985;21:348-357
3. Saucedo JM, Maldonado D. La familia su dinámica y tratamiento En: Capítulo 4.2 La pobreza el niño el adolescente y su familia. Saucedo JM, Maldonado D. Editorial OPS 2003. 260-73.
4. Cortes, Hernández Laos. Comité técnico para la medición de la pobreza. Medición de la Pobreza: Variantes Metodológicas y Estimación Preliminar. Serie Documentos de Investigación. México: Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) 2002.(3)
5. Vega ML La pobreza en México Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAMjimenez10_99@yahoo.com.mx 2007.
6. La pobreza en México. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, Banco de México .2004.
7. Esquivel HG Evaluación Externa del Programa para la Superación de la Pobreza Urbana. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Económicos. 2002.
8. Reza IC Documentos de Trabajo N° 27 Sernam. "Pobreza Vulnerabilidad". Temas Sociales N° 10. Sur profesional. Abril 1996. Disponible en: http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2006/obstetricia/familia_y_pobreza.pdf
9. Consejo académico para conceptos básicos de Familia. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos de Medicina Familiar Vol 7 Supl 1 2005 pp 15-19 .
10. Informe de la Pobreza, Mide plan 2003 ' 5 Temas Sociales N° 10
11. Lyennete Neufeld. Modificación de políticas públicas a partir de resultados de la evaluación. Salud publica de Mexico numero especial XII congreso de salud publica. 2007. pag 157-9

12. Frenk J, González-Block MA, Lozano R. Seis tesis equivocadas sobre las políticas de salud en el combate a la pobreza. Este país [serie en internet], 1998 mar; 84:28-36.
13. Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2003:37-56.
14. Salgado-de Snyder VN, Wong RR. Envejecimiento en la pobreza urbana: conclusiones e implicaciones para la salud de los ancianos. Salud pública Méx 2007 vol.49 suppl.4 Cuernavaca
15. En Salgado-de Snyder VN, Wong RR. Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. México . En : Instituto Nacional de Salud Pública. 2006:155-161.
16. Salgado-de Snyder VN, Bojorquez-Chapela I. Estado de salud y utilización de servicios de salud en adultos mayores que viven en pobreza urbana. Instituto Nacional de Salud Pública. 2006:55-69.
17. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Estadísticas a propósito del día mundial de la población. Julio 2006 . Disponible en URL : <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.asp?c=274>.
18. Lusting , López C. Análisis de la encuesta nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares de México años 1991-2002.
19. Krisna Dinámica de la Pobreza Año 2003, disponible en URL: : http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lec/gomez_s_ai/capitulo1.pdf
20. Encuesta nacional de Salud ENSA en México 2000.
21. Girardo C. Las profesiones emergentes en las organizaciones de la sociedad civil como trabajos atípicos: "Los autónomos de segunda generación" Boletín Iberoamericano. Año VIII· Número 150. Marzo/2007
22. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ) En: La juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencias-, en 2002.
23. Cevallos-González, Angélica, Vásquez-Garibay, Edgar M., Nápoles-Rodríguez, Francisco et al. Influencia de la dinámica familiar y otros factores asociados al déficit en el estado nutricional de preescolares en guarderías del sistema Desarrollo

Integral de la Familia (DIF) Jalisco. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [online]. 2005, vol. 62, no. 2

24. Cálculos del Banco Mundial a partir de los Indicadores de Desarrollo Mundial. la pobreza en México una evaluación de las condiciones, las tendencias y la estrategia del gobierno.
25. Rojas Soriano R: Métodos para la investigación social. México Editorial Plaza y Valdes 1990. Capítulo 2.

FOLIO _____

*El presente cuestionario forma parte del estudio **Pobreza en Familias derechohabientes del IMSS en el Sudoeste del estado de Guanajuato** de que por considerarse un estudio descriptivo no contraviene los principios de investigación en seres humanos, de carácter voluntario, confidencial y los resultados que deriven de él son exclusivamente del conocimiento en el entendido de que aún no participando no se afectara en nada la prestación de servicios y ningún derecho en el IMSS*

Edad Jefe de Familia _____

Cédula Básica de identificación familiar. _____

Nombre de Familia (solo iniciales) _____

Numero de integrantes _____

Lugar de residencia (1) Urbana (2) rural _____

Etapa de ciclo familiar _____

Clasificación de familia con base a presencia física y convivencia

Presencia física en el hogar: Nuclear integrado (1), Núcleo no integrado (2), Extensa ascendente (3), Extensa descendente (4), Extensa colateral (5)

Pobreza familiar _____

NIVEL 1

Cuenta usted con el ingreso por familiar suficiente para cubrir el valor de la canasta básica. _____

Tiene usted recursos **suficientes** para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

Tiene usted **carencia** de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

NIVEL 2

Tiene usted ingreso por familiar **suficiente** para cubrir el valor de la canasta básica.

Sufre de **carencia** de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

Sufre usted de **carencia** de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

NIVEL 3

Tiene usted un Ingreso por familiar **inferior** al valor de la canasta básica.

Tiene usted **Carencia** de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros

Tiene usted **Carencia** de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

Gracias por participar.