

11226

188  
29.



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL "B"  
CARRERA AEROPORTUARIA

RELACIONES CON EL MODELO SISTEMATICO  
DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR  
EN EL CONSULTORIO NO. 2 TURNO MATUTINO  
DE LA CLINICA HOSPITALARIA DE OBREGON SON.

TRABAJO DE INVESTIGACION  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Dr. Enrique Solorio Felix



ISSSTE

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1998

26/08/98



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL "B"  
CD. OBREGON, SONORA

**APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION  
MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No.3  
TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "B"  
CD. OBREGON, SONORA.**



ISSSTE

TRABAJO DE INVESTIGACION  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**Dr. ENRIQUE SOLORIO FELIX**

1996



ISSSTE

DIRECCION  
CLINICA HOSPITAL "B"  
CIUDAD OBREGON, SONORA

**APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA  
ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO N° 3  
TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "B"  
ISSSTE DE CD. OBREGON, SONORA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

**DR. ENRIQUE SOLORIO FELIX**

**AUTORIZACIONES:**

  
**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.**

  
**DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY  
COORDINADORA DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.**

  
**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.**

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER  
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR

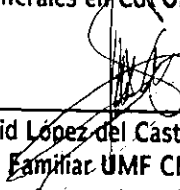
PRESENTA:

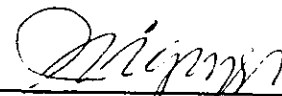
**DR. ENRIQUE SOLORIO FELIX**

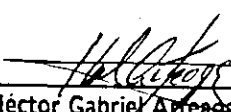
APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA  
ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO N° 3  
TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "B"  
ISSSTE DE CD. OBREGON, SONORA.

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Martha Lirio Sánchez Sosa

Profesor titular del curso de especialización en Medicina Familiar para  
Médicos Generales en Cd. Obregón, Sonora.

  
\_\_\_\_\_  
Dr. David López del Castillo Sánchez  
Médico Familiar UMF CMNN IMSS  
Asesor de tesis

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Arnulfo Irigoyen Coria  
Asesor de tesis

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Héctor Gabriel Arteaga Aceves  
Jefe del departamento de Medicina Familiar  
Jefatura de Servicios de Enseñanza del ISSSTE.

CD. Obregón, Sonora, Noviembre de 1996

## **AGRADECIMIENTO:**

**A mi esposa Claudia Angélica, a mis hijos: Enrique, Claudia Nahiely e Ixchel Angélica que siempre me apoyaron y animaron para realizar la especialización de medicina familiar.**

**A mi padre y a mi madre por darme la vida.**

**Agradezco a todos los que de alguna manera intervinieron para llevar a cabo esta meta en mi vida, la Medicina Familiar.**

## INDICE

	Página
1. MARCO TEORICO .....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
3 JUSTIFICACION .....	5
4. OBJETIVOS .....	6
5. METODOLOGIA	
5.1 TIPO DE ESTUDIO .....	7
5.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO .....	7
5.3 TIPO DE MUESTRA .....	7
5.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	7
5.5 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y DE ELIMINACION .....	8
5.6 VARIABLES DE MEDICION .....	9
5.7 PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR INFORMACION .....	12
5.8 CONSIDERACIONES ETICAS .....	13
6. RESULTADOS	
6.1 ESTUDIO DE COMUNIDAD .....	14
6.2 CENSO POBLACIONAL .....	19
6.3 DIAGNOSTICO FAMILIAR .....	21
6.5 CUADROS Y GRAFICAS .....	22
7. DISCUSION .....	35
8. CONCLUSIONES .....	38
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	41
10. ANEXOS .....	44

## 1. MARCO TEÓRICO

Los frecuentes avances científicos y tecnológicos han provocado aumento de conocimientos médicos que ocasionan modificaciones en el panorama epidemiológico de nuestro país, como son: disminución de morbilidad, aumento demográfico, aumento de enfermedades infecciosas y no infecciosas como crónico degenerativas, creando la preparación del médico general para constituirse en especialista en medicina familiar (1).

Por lo general la actitud del médico con los enfermos ha sido curativa, por eso ha tomado importancia una actividad para la medicina familiar siendo ésta la prevención y la promoción de la salud, sin embargo, para poder llevar a cabo esta actividad es indispensable la participación de la comunidad (2).

Según Hawe, la relación: participación de la comunidad/promoción de la salud se encuentra determinada por elementos ambientales, que incluyen al médico, observándose en éste un difícil y lento cambio en sus conductas y actitudes. Es por esta razón, que para poder desarrollar medidas de promoción de la salud es indispensable tomar nuevas actitudes y destrezas por parte del personal médico; principalmente mejorar la relación con el paciente y con la familia que a la vez favorece a la comunidad (3,4).

El aprovechamiento de esta promoción de la salud se verá manifestada en dos hechos fundamentales: en reducir los costos de la atención e incrementar la calidad de vida de los miembros de las familias (5).

El médico familiar debe formular programas de promoción de la salud, teniendo en cuenta que los conocimientos actuales sobre la historia



natural de las enfermedades permiten orientarse hacia la medicina preventiva (6).

Bustos Lozano nos refiere que la atención para la salud durante la infancia y la adolescencia tiene como objetivo el aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes que promuevan la adquisición de hábitos saludables. Las escuelas deberán convertirse en el principal agente promotor de salud; y es aquí, en las escuelas, donde el médico familiar en acuerdo con maestros podría establecer programas de promoción de la salud y actividades preventivas (7).

Como regla, todo padecer envuelve a la familia. La manera de involucrarse es muy variada y difícil de predecir, a menos de que se tenga un conocimiento profundo e íntimo de los diversos factores psicológicos, sociales y culturales que determinan las peculiaridades de la estructura dinámica de la familia, y la interpretación y sentido profundo que sus integrantes le dan a la enfermedad y al padecer. Es evidente que el médico, casi siempre, no solo debe tratar la enfermedad, sino el padecer, de la familia entera (8).

Por lo tanto, el médico familiar debe estar capacitado para identificar las disfunciones familiares que por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad requiera la atención a la familia así como, elaborar y aplicar planes para su manejo integral. Por ello el médico familiar debe cumplir con cuatro funciones: a) incrementar el nivel de salud, disminuyendo los riesgos y previniendo los daños, b) otorgar atención integral, c) participar en el proceso de educación médica y d) realizar investigación médica (1).

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, el médico familiar que fue capacitado para poder implementar medidas de *prevención de enfermedades* y promover la salud en su comunidad, no realiza su cometido debido en muchas ocasiones a la *falta apoyo económico, social y cultural*.

La atención primaria de la salud ha presentado cambios importantes en los últimos años, *el inicio de estos cambios se remonta a la conferencia de la OMS en Alma-Ata en 1978, donde se propuso un modelo nuevo de atención primaria de salud, que implicaba que ésta estuviera dirigida a la resolución de las necesidades y problemas de la salud concretos y propios de cada comunidad* (9).

La realidad en la mayoría de los países en desarrollo es que no existen las *condiciones básicas para el goce pleno de la salud* y que la brecha para lograr el nivel de bienestar deseado es todavía muy amplia (10).

Los países cambian y hay que hacer un sistema de salud acorde a las circunstancias. El sistema de salud del México actual tiene un poco más de 50 años; *esto reclama una modificación de los sistemas de tres estrategias fundamentales: la primera es la cobertura en protección a la salud, la segunda es la investigación en salud y la tercera es la calidad de la atención en salud* (11).

Las *condiciones de salud que hoy prevalecen en nuestro país son muy diferentes a las condiciones que tenía en los años 70; ese cambio en las condiciones de salud de los mexicanos se debe al desarrollo que ha tenido el país, y en sí, al desarrollo que ha tenido la sociedad* (12).

La salud exige algo más que la simple curación de enfermedad, es la exigencia de complicadas actividades preventivas de naturaleza econó-

*mica, social y cultural (13).*

*Se informa que México dedica entre el sector público y privado una cantidad importante de recursos para la salud; sin embargo, se encuentran desorganizados; de ahí la búsqueda de que la población más pobre, sin capacidad de un prepago y acceso a prestaciones de servicios de salud, pueda incorporarse a la seguridad social. Los servicios tienen que darse ampliando su extensión y en forma gratuita (14).*

Tomando en cuenta estas consideraciones ¿Cómo establecer un programa de actividades preventivas, de promoción de la salud, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación en forma satisfactoria en el consultorio N° 3 de medicina familiar de la Clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora ?

### 3. JUSTIFICACIÓN

Debido a los pocos conocimientos de las particularidades sociosanitarias y de elementos que pueden ser utilizados para incrementar el nivel de salud de las familias, la atención otorgada por el médico familiar ha sido deficiente, repercutiendo esto en la problemática de salud del país. Actualmente y con los tiempos de crisis por los que pasa nuestro país, es necesario racionalizar el uso de recursos y mejorar la calidad en la atención ofrecida en los distintos consultorios de medicina familiar, y a la vez, promover y mantener la salud de las familias. Para ésto, el médico familiar debe conocer a fondo la estructura de las familias que atiende, saber el tipo de pirámide poblacional, su morbilidad y mortalidad y los servicios que solicitan, y a la vez trabajar conjuntamente con la comunidad, para repercutir así en el mejoramiento de la salud familiar, de los derechohabientes asignados a los consultorios de esta especialidad y del sistema de salud de México.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1. GENERAL

Identificar en la población asignada al consultorio N° 3 del ISSSTE Cd. Obregón, Son. las características biopsicosociales de la comunidad como requisito indispensable para planificar los servicios de atención a la salud.

### 4.2 ESPECÍFICOS

Poner en práctica el modelo sistemático de atención médica familiar con la intención de hacer aplicativo los tres niveles de atención que apoyan la práctica de la medicina familiar.

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, que consideró tres actividades: un **censo de población** adscrita al servicio médico, estudio de **diagnóstico familiar** y la identificación de **morbilidad**.

### 5.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

El grupo de estudio se basó en las familias derechohabientes asignadas y que acudieron al servicio en el turno matutino al consultorio N° 3 de medicina familiar de la clínica hospital "B" ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora, México, de enero a mayo de 1996.

### 5.3 TIPO DE MUESTRA

Para la elaboración de este estudio, el muestreo fue no aleatorio, por cuotas.

### 5.4 UNIVERSO DE TRABAJO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

5.4.1. Para el **Censo poblacional**: el universo de trabajo todas las tarjetas vigencias de derechohabientes de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Son. y el tamaño de la muestra de 100 tarjetas tomadas al azar en el departamento de vigencias.

5.4.2. Para el **diagnóstico familiar** el universo de trabajo fueron todas las familias que habitaban las colonias adscritas al

consultorio N° 3 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Son. el tamaño de la muestra fue 50 encuestas directas a derechohabientes en base a una cédula de microdiagnóstico previamente elaborada.

- 5.4.3. Para **morbilidad**, el universo de trabajo fueron todas las hojas del informe diario de actividades médicas; para el tamaño de la muestra se revisaron 50 de estas hojas. El tamaño de la muestra para las tres actividades fueron determinados a través del paquete EPI-INFO 5, con  $\beta$  (Error de estimación)=0.0446 y  $\alpha$  (Coeficiente de confianza) =0.95

## 5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

### 5.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 5.5.1.1. Para el **censo poblacional** 100 tarjetas de archivo, vigentes, de derechohabientes que son usuarios del servicio y pertenecientes al consultorio N° 3 de la clínica ISSSTE del Cd. Obregón, Son.
- 5.5.1.2. Para el **diagnóstico familiar**, la disposición del familiar para responder al interrogatorio.
- 5.5.1.3. Para **morbilidad**, los diagnósticos legibles, de primera vez de pacientes que acudieron al consultorio N° 3 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Son.

## 5.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 5.5.2.1. Para el **censo**, la población no usuaria aunque pertenezca al consultorio N° 3 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón. Son.
- 5.5.2.2. Para el **diagnóstico familiar**, el rechazo del familiar a contestar la encuesta.
- 5.5.2.3. Para **morbilidad** los diagnósticos presuncionales ilegibles y subsecuentes.

## 5.5.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- 5.5.3.1. Para el **censo poblacional**, la población no asignada al consultorio N° 3 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Son.
- 5.5.3.2. Para el **diagnóstico familiar**, las encuestas incompletas.
- 5.5.3.3. Para **morbilidad**, las hojas de informe médico ilegibles e incompletas, así como diagnósticos que quedaron fuera de las diez primeras causas de consulta.

## 5.6. VARIABLES DE MEDICIÓN

- 5.6.1. Para el **censo poblacional** las variables son de tipo cuantitativo y cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal en las segundas, según el caso. Se consideran las variables de:
  - ⊕ Número total de individuos.



- ⊕ Número total de individuos del sexo masculino.
- ⊕ Número total de individuos del sexo femenino
- ⊕ Número de individuos del sexo masculino por grupos etáreos.
- ⊕ Número de individuos del sexo femenino por grupos etáreos.

5.6.2. Para el **diagnóstico familiar** las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal, identificándose:

⊕ Nombre de la familia. Se anotaron los apellidos paternos del padre y de la madre que conforman la familia.

⊕ *Fase del ciclo vital. Según Geyman:*

*Fase de matrimonio:* se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo con la llegada del primer hijo.

*Fase de expansión:* desde el nacimiento del primer hijo, el número de hijos aumenta y termina cuando inician con actividades escolares.

*Fase de dispersión:* se identifica claramente, por el hecho de que los hijos asisten a la escuela.

*Fase de independencia:* cuando los hijos han formado nuevas familias.

*Fase de retiro y muerte:* la pareja ha quedado sola, y se ven amenazados por las siguientes circunstancias: incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de recursos económicos y con frecuencia reclusos en asilos.

⊕ Tipo de familia. *Familia nuclear*: el modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos.

*Familia extensa*: Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que comparten lazos consanguíneos.

*Familia extensa compuesta*: Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como amigos y compadres.

⊕ Integración familiar. Puede clasificarse en:

*Familia integrada*: En la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

*Familia semi-integrada*: Los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.

*Familia desintegrada*: Cuando hay la ausencia de uno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación, abandono o el desmembramiento de la familia, debido a graves causas internas o externas.

⊕ Planificación familiar. Se tomaron en cuenta todos los métodos de planificación utilizados por los padres de familia.

⊕ Condiciones de alimentación. *Buena* aquellas familias que consumen carne, huevos, leche, verduras, pescado semanalmente y *regular* cuando les faltó algunos de estos alimentos durante la semana.

⊕ Hábitos higiénicos. *Buenos* cuando las familias cumplen con baño diario y cambio de ropa, aseo dental, lavado de manos antes de comer entre otros y *regular* cuando cumplían menos estas indicaciones.

⇒ **Toxicomanías. Tabaquismo:** aquel que en el momento del estudio refieren haber consumido cigarros, en cualquier frecuencia y cantidad.

**Alcoholismo:** aquel que en el momento del estudio refieren haber consumido bebidas alcohólicas, en cualquier frecuencia y cantidad.

⇒ **Condiciones de vivienda.** Se tomó en cuenta si la vivienda era *propia* o *no propia*.

⇒ **Convivencia con animales.** Se tomó en cuenta principalmente la convivencia con animales domésticos como perros, gatos y aves.

⇒ **Antecedentes heredo-familiares** de enfermedades como: diabetes mellitus, obesidad, alergias, hipertensión arterial, oncológicos, asma y enfermedades tiroideas.

5.6.3. Para la identificación de **morbilidad** se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal, correspondiendo: las diez primeras causas de consulta por grupos de edad y sexo.

## 5.7. PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

El procedimiento para captar la información fue por paloteo.

Ver anexos 1,2,3,4 Y 5.

## 6. RESULTADOS

Estudio realizado en el consultorio N° 3 de la clínica hospital ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora.

**6.1. ESTUDIO DE COMUNIDAD.** El estado de Sonora, se encuentra al noroeste de la República Mexicana, limita al norte con los E.U.A., al este con el estado de Chihuahua, al sur con el estado de Sinaloa, al oeste con el mar de Cortés. Se encuentra dividido en 70 municipios, en los que se encuentra Cajeme, que se localiza entre los paralelos 20°06'57" y 28°22'47" de latitud norte y entre los meridianos 109°35'17" y 110°16'54" de longitud oeste del meridiano de Greenwich, a una altura de 46 m. sobre el nivel del mar, con una superficie de 4, 037.11 Km. cuadrados, en el suroeste del estado; limita al norte con el municipio de Suaqui Grande, al este con los municipios de Rosario y Quiriego, al sureste con los municipios de Etchojoa y Navojoa, al oeste con Guaymas y Bâcum, al sur con el mar de Cortés. Su cabecera es la población de Cd. Obregón (Anexos 6, 7, 8, 9).

**Clima.** Cajeme presenta básicamente dos tipos: cálido y muy seco.

**Hidrografía.** El municipio cuenta con el río Yaqui, que abastece a la presa Alvaro Obregón, cuyas aguas son utilizadas para el desarrollo de actividades urbanas y agrícolas.

**Flora.** Está representada por matorral y sarcocaula.

**Fauna.** Es rica y variada: venado, coyote, zorra, búho, gavilán, coralillo, cascabel, etc.

**Alimentación.** Está representada por el platillo típico que son las tortillas de harina, carne machaca y carne asada.

**Población económicamente activa.** Se encuentra distribuida de la siguiente manera:

Sector primario (agricultura, ganadería, pesca, caza) .....	17.42 %
Sector secundario (Industria, Minería, Construcción) .....	21.86 %
Sector Terciario (Comercio, banca, admón. pública) .....	55.77 %
Población desocupada .....	2.94 %
Otros no específicos .....	2.01 %

**Religión.** Se encuentra distribuida de la siguiente manera: Católica, con el 90.6%, ninguna 3.7%, protestante 1.9%, inespecífica 0.4 %.

**Dialectos.** Población de 5 años y más que habla alguna lengua indígenas de 2,800; principalmente dialecto yaqui.

**Estado Civil.** En población de 12 años y más (INEGI 1990): casados con 43.1 %, solteros 41.9 %, unión libre 8.6%, separados 1.4 % viudos 3.3 %, divorciados 1 %, no especificado 0.7 %.

**Vivienda.** El 80.4 % son propias, el 19.6 % no propias, con un promedio de 4.8 ocupantes por vivienda. La construcción de la vivienda de un total de 64,473 casas particulares, el 80 % cuentan con piso, techo y paredes de cemento y tabique. Cuentan con los

servicios de agua entubada un 94 %, con drenaje 77.5 % y con energía eléctrica 95.2 %.

**Educación.** Funcionan en el estado más de 4,000 escuelas de diferentes niveles, en los cuales más de 620,000 niños y jóvenes se encuentran estudiando. En Cajeme se ofrecen servicios educativos en los niveles de preescolar, primaria, secundaria, capacitación para el trabajo medio terminal, medio superior y superior. En este último se cuenta con el Instituto Tecnológico de Sonora, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, la Universidad la Salle y la Escuela Estatal de Especialización. Existen también bibliotecas, centros culturales, de tal manera que ha alcanzado un índice de desarrollo promedio equivalente al 2do. grado de secundaria.

Se cuenta con 118 planteles para nivel preescolar, 200 para primaria, 61 para secundaria, 5 para instrucción laboral, 20 para elemental terminal, 10 para media terminal, 41 para media superior y 4 para nivel superior.

**Recreación.** Se cuenta con recursos como la presa Alvaro Obregón, represas, aguas termales, cacería de venado, museos y playas. Además cuenta con servicios de apoyo al turismo como: 9 agencias de viajes, 4 auto-renta, 4 líneas aéreas, 48 restaurantes, 1 teatro, 4 cines, 2 auditorios, 20 gasolineras, 1 sala de arte, 24 hoteles, 6 discotecas, 1 museo, 1 trailer park.

**Sector productivo.** En Cajeme se ha sustentado el desarrollo de las actividades agropecuarias, principalmente agricultura y acuacultura que han incursionado en los ejidos ha representado que

se eleve el volumen de producción de camarón y jaiba. Cuenta además con actividad industrial, comerciantes y de servicio que tienen gran importancia por la generación del empleo, influencia en la estructura de producción y en la estructura de consumo de la población.

**Comunicación.** El municipio de Cajeme está comunicado con el resto del estado y del país a través de la carretera federal N° 15 (carretera internacional), la cual entra al municipio proveniente del sur a la altura del km. 199 del tramo de la carretera Mochis - Obregón.

Se cuenta con una central camionera donde se concentra el transporte urbano y suburbano. El ferrocarril tiene gran importancia dentro del municipio ya que es uno de los principales medios para el transporte de grandes volúmenes de producción, obtenidos de las diferentes ramas de la actividad, así como la transportación de pasajeros hacia: el norte del estado y por la costa del pacífico hasta Guadalajara y México.

Ciudad Obregón cuenta con un aeropuerto federal localizado al sureste de la ciudad, es de tipo nacional, con una pista de concreto hidráulico de 2,300 mts. de longitud y una plataforma comercial de 2,100 mts. cuadrados y capacidad para 30 aviones.

El municipio está integrado a la red federal de microondas por medio del ramal Guadalajara-Ciudad Obregón-Hermosillo, y la capacidad es de tres canales bidireccionales de T.V. aproximadamente 2000 circuitos de telefonía, además de contar con el servicio de telex.

Se imprimen en Cd. Obregón tres periódicos, dos matutinos: *Tribuna del Yaqui* y *Diario del Yaqui* y un vespertino: *Extra de la tarde*. Existe un canal local de televisión (canal 2) y 3 canales que funcionan como repetidoras de los canales 2, 7 y 13 de la Cd. de México; además la señal del canal 6 de Hermosillo, Telemax, así como el sistema de visión por cable. Para el servicio de radiodifusoras, cuenta con ocho de amplitud modulada y dos de frecuencia modulada.

**Recursos del sector salud.** La secretaria de salud cuenta con 100 camas, 39 consultorios, 4 rayos X, 4 laboratorios, 3 quirófanos, 85 médicos, 155 enfermeras, 39 paramédicos, 44 administrativos, 89 otro personal.

IMSS: 564 camas, 112 consultorios, 4 rayos X, 3 laboratorios, 9 quirófanos, 565 médicos, 660 enfermeras, 227 paramédicos, 234 administrativos, 405 otro personal.

ISSSTESON: 34 camas, 12 consultorios, 2 quirófanos, 59 médicos, 60 enfermeras, 3 paramédicos, 40 administrativos, 1 laboratorio, 1 rayos X, 25 otro personal.

ISSSTE: 49 camas, 2 rayos X, 1 laboratorio, 2 quirófanos, 84 médicos, 94 enfermeras, 13 paramédicos, 66 administrativos, 18 consultorios, de los cuales 4 son periféricos y 6 de medicina familiar, 85 otras personas.

Al consultorio N° 3 de la clínica ISSSTE le corresponde una población de 3345 derechohabientes, distribuida entre varias colonias de las que se tomó como muestra la colonia FOVISSSTE I. Esta se encuentra en el noroeste de la ciudad; limita al norte con



la colonia Noroeste, al sur con la colonia Infonavit Yocujimari, al este la colonia Santa Anita y al oeste el estadio de fútbol soquer "Piri Sagasta", tiene un área de 34,690 mts. cuadrados y según el censo de 1990 su población fue de 970 habitantes. Las calles que la conforman se encuentran pavimentadas, cuenta con adecuado sistema de transporte y con todos los servicios públicos. Sus primeros pobladores relatan les fueron entregadas sus habitaciones en diciembre de 1975 (anexo 10).

**6.2. CENSO POBLACIONAL:** En la pirámide de población se encontró: masculinos menores de cuatro años el 10.5 %, femeninos el 6.5 %; de cinco a 14 años el 23 % para hombres y el 19 % para mujeres; de 15 a 24 años para hombres fue de 18.5 %, para mujeres 22 %; de 25 a 44 años para masculinos hubo 18.5 % y en femeninos el 29 %; en masculinos de 45 a 64 años fue de 18.5 % y femeninos 15.5% y en hombres mayores de 65 años hubo 11% y mujeres el 8 % (gráfica 1).

**6.3. ESTUDIO DE DIAGNOSTICO FAMILIAR:** En las encuestas realizadas se encontró:

**Fase de ciclo vital:** El 72 % de las familias en dispersión, el 16 % en independencia, el 6 % en expansión, el 4 % en fase de retiro y muerte y 2 % en fase de matrimonio (gráfica 2).

**Tipo de familia:** Nuclear con 76 %, extensa con 22 % y extensa compuesta con 2 % (gráfica 3).

**Integración familiar:** El 80 % está integrada, el 16 % semiintegrada y el 4 % desintegrada (gráfica 4).

**Planificación familiar:** El 36 % tiene control con salpingoclasia, 14% con preservativo, 14% con vasectomía, 6% con DIU, 8% con hormonales orales y en otros (incluye: ritmo menstrual, coito interrumpido, abstinencia) se encontró el 22 % (gráfica 5).

**Condiciones de alimentación:** El 66 % la refieren como buena y el 34 % como regular (gráfica 6).

**Hábitos higiénicos:** El 82 % los considera buenos y el 18 % como regulares (gráfica 7).

**Toxicomanías:** En el 36 % de las familias se encontró hábitos de tabaquismo y en 46 % de alcoholismo (gráfica 8).

**Condiciones de vivienda:** El 99% tiene construcción de material de concreto y ladrillos, todas cuentan con servicio de agua intradomiciliaria, luz y drenaje. El 60% tiene casa propia y el 40% la cita como rentada, prestada o hipotecada (FOVISSSTE) (gráfica 9).

El 58 % cuenta con dos recámaras, el 40 % con tres o más y el 2% con una recámara.

**Convivencia con animales:** Se encontró en 34 % de las familias (gráfica 10).

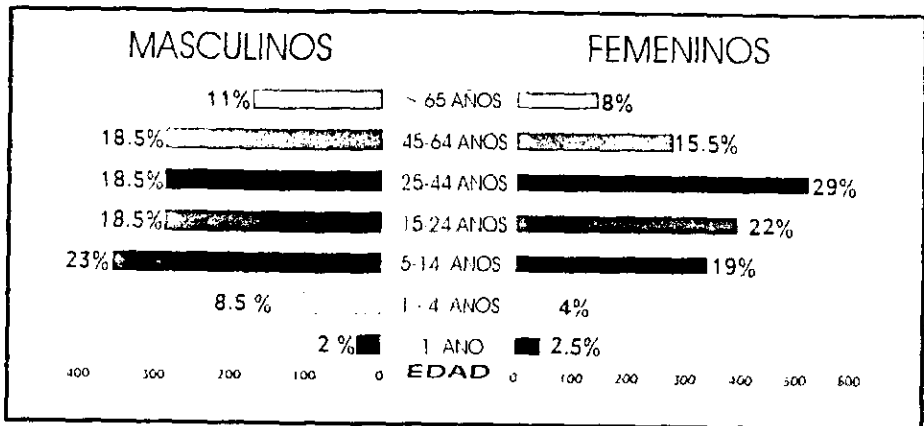
**Antecedentes heredofamiliares:** Se encontró con Diabetes Mellitus el 70% de las familias, con HTAS el 90%, obesidad el 70%, oncológicos 50 %, alérgicos 40 %, asmáticos 20% y con enfermedades tiroideas el 10 % (gráfica 11).

**6.4. MORBILIDAD:** De un total de 803 casos, el 61.5 % correspondió a mujeres y el 38.5 % a hombres (gráfica 12).

Las diez causas más frecuentes de consulta fueron: en primer lugar las infecciones de las vías respiratorias con 37.6 %; en segundo, la hipertensión arterial con 21.1 %; en tercero las infecciones de las vías urinarias con 7.4 %; cuarto lugar los padecimientos osteomusculares con 7.3 %; en quinto lugar Diabetes Mellitus con 6.7 %; sexto sitio gastrocolitis con 6.3 %; séptimo lugar la parasitosis intestinal con 3.9 %; en octavo lugar las dermatomycosis con 3.8%; en noveno sitio la dislipidemia con 3.7 % y en décimo lugar los traumatismos con 3.7 % (cuadro 1).

## 6.5 CUADROS Y GRÁFICAS

Gráfica 1. Pirámide poblacional del consultorio N° 3 de medicina familiar de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Son. 1996.

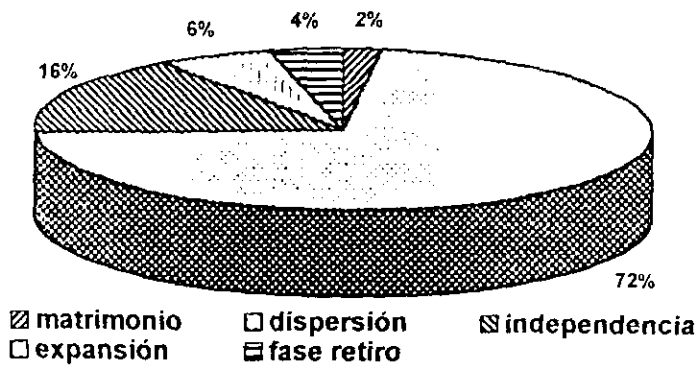


MASCULINOS 1539 = 46 %  
 FEMENINOS 1806 = 54 %  
 TOTAL 3345 = 100 %

N = 352  
 MASC = 162  
 FEM = 190

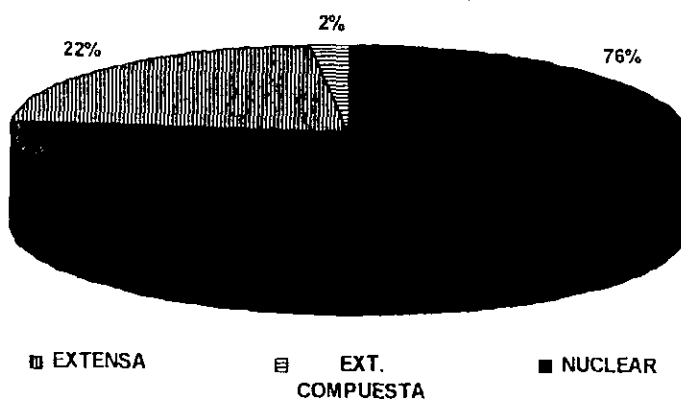
Fuente: Departamento de vigencias Clínica ISSSTE. Cd. Obregón. Son.

Gráfica 2. Fase de ciclo vital en familias del consultorio N° 3 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Son. 1996.



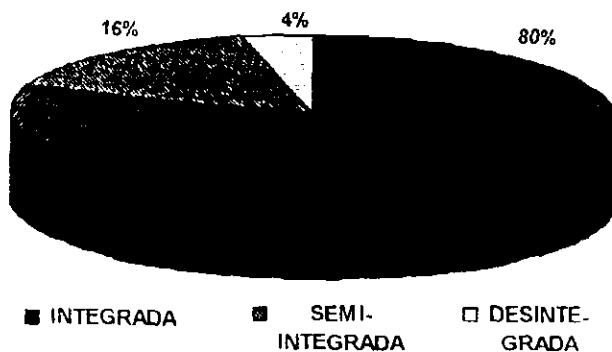
Fuente: Encuesta en consultorio.

Gráfica 3. Tipo de familia en las familias del consultorio N° 3 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Son. 1996.



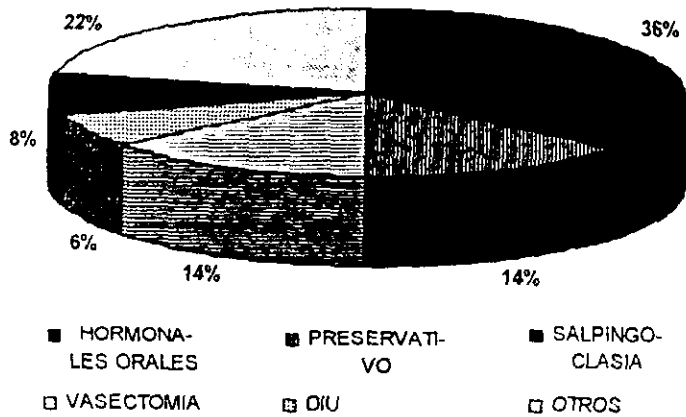
Fuente: Encuesta en consultorio.

Gráfica 4. Integración familiar en las familias del consultorio N° 3 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Son. 1996.



Fuente: Encuesta en consultorio.

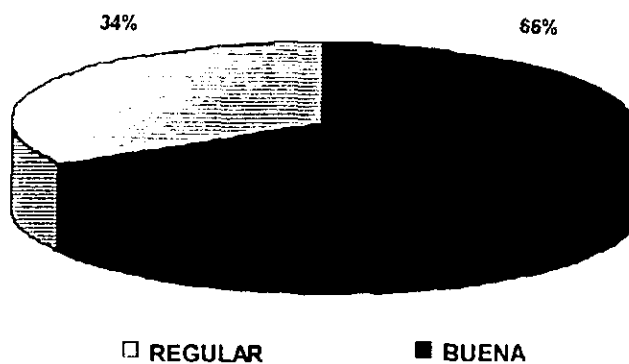
Gráfica 5. Planificación familiar en las familias del consultorio N° 3 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Son. 1996.



Fuente: Encuesta en consultorio.

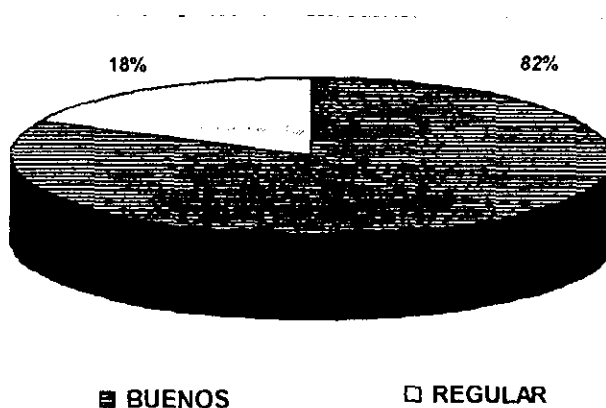


Gráfica 6. Condiciones de alimentación en las familias del consultorio N° 3 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Son. 1996.



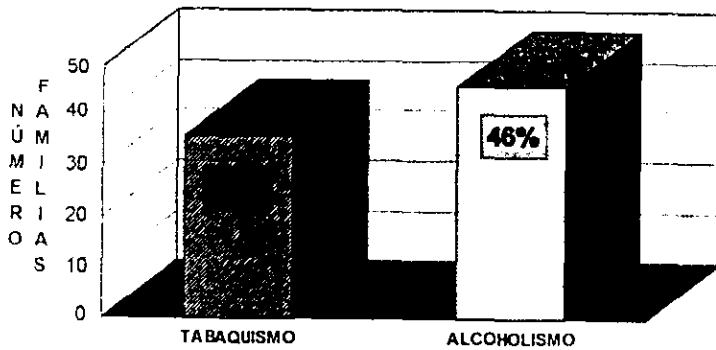
Fuente: Encuesta de consultorio.

Gráfica 7. Condiciones de hábitos higiénicos en familias del consultorio N° 3 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Son. 1996.



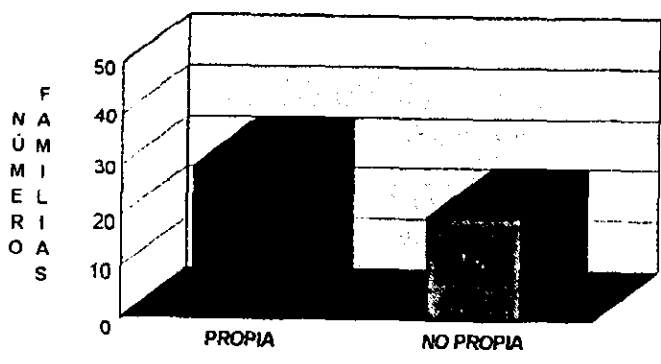
Fuente: Encuesta en consultorio.

Gráfica 8. Condiciones de toxicomanías en las familias del consultorio N° 3 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Son. 1996.



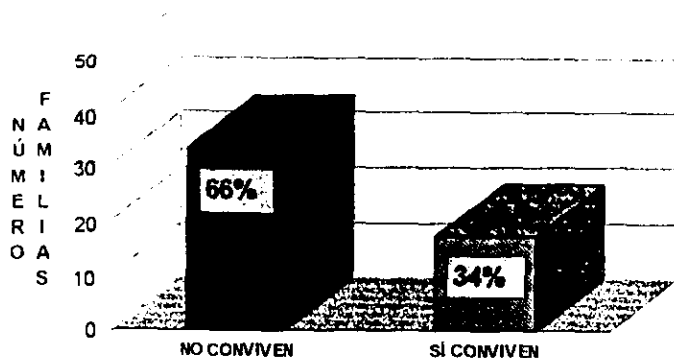
Fuente: Encuesta en consultorio.

Gráfica 9. Condiciones de propiedad de habitación en familias del consultorio N° 3 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Son. 1996.



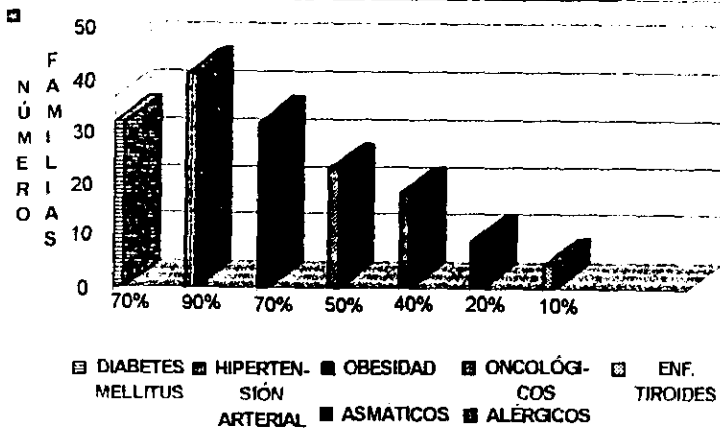
Fuente: Encuesta en consultorio.

Gráfica 10. Convivencia con animales domésticos en las familias del consultorio N° 3 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Son, 1996.



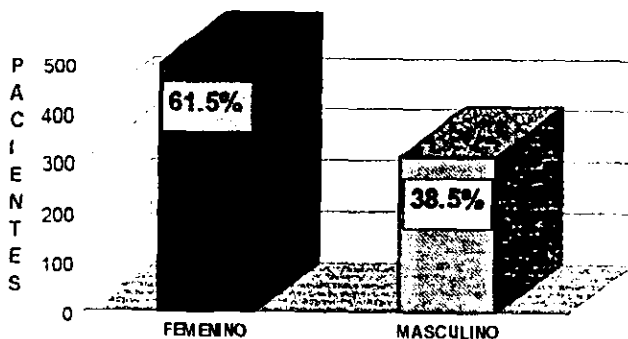
Fuente: Encuesta en consultorio.

Gráfica 11. Antecedentes heredo-familiares en las familias del consultorio N° 3 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Son. 1996.



Fuente: Encuesta en consultorio.

Gráfica 12. Distribución de morbilidad por sexo en las familias del consultorio N° 3 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Son 1996



Fuente: Encuesta en consultorio.

Cuadro 1. Diez principales causas de consulta en el consultorio N° 3 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Son.

N°	PATOLOGÍA	CÓDIGO	N°CASOS	TASA X 100 DH	%
1	Infecciones vías respiratorias	460-478	302	9.02	37.6
2	Hipertensión arterial	401	170	5.08	21.1
3	Infec. vías urinarias	590, 595	59	1.76	7.4
4	Padecimientos Osteomusculares	710-739	58	1.73	7.3
5	Diabetes Mellitus	250	53	1.58	6.7
6	Gastrocolitis	535,558	51	1.52	6.3
7	Parasitosis intestinal	129	32	0.95	3.9
8	Dermatomicosis	110-118	31	0.92	3.8
9	Dislipidemia	272	30	0.89	3.7
10	Traumatismos	800-848	17	0.50	2.2
TOTAL		001-999	803	23.95	100.0

Población derechohabiente: 3345

Fuente: Informe diario de actividades médicas.  
Departamento de estadística, 1996.



## 7. DISCUSIÓN

### 7.1 Censo de población

En la pirámide poblacional hay una relación 1:1 hombre a mujer. Entre los grupos etáreos los menores de cuatro años ocupan último lugar debido a las pocas familias en fase de matrimonio y en expansión y por la buena participación en el control de la planificación familiar.

El grupo de 5 a 14 años es de importancia porque ocupó altos porcentajes en ambos sexos y representan la población escolar por lo que debe protegerse ya que están expuestos a infecciones y accidentes.

En el rango de los 15 a 64 años, se encuentra mayor porcentaje poblacional, lo que indica que en el sector existe gran número de derechohabientes en edad joven y adulta y representa la clase trabajadora.

El último grupo etáreo, el de mayores de 65 años, (la tercera edad) reviste importancia ya que existe oportunidad de actividades de prevención en relación a: trastornos metabólicos, degenerativos, neoplásicos y de rehabilitación, así como valoraciones geriátricas. Se encuentra una población femenina en edad reproductiva, de 15 a 55 años con el 51 %, donde se puede llevar planificación familiar y control de embarazo en caso de que se presente.

La pirámide poblacional de este estudio resultó de base y cúspide angosta con ensanchamiento en el centro; diferente a la encontrada en nuestro estado, de base ancha y cúspide angosta (XI censo general de población y vivienda 1990, INEGI).

**7.2. En el estudio de diagnóstico familiar, la mayoría de las familias se encuentran en fase de dispersión y son de tipo nuclear. En la planificación familiar el método más utilizado es la salpingoclasia, aunque se encontró buena participación por la parte masculina con vasectomía en 14 % y preservativo con 14 %. La mayoría de las familias se refieren con buenas condiciones en la alimentación así como en hábitos higiénicos.**

En toxicomanías no podía faltar el tabaquismo que está en el escenario de las diez primeras causas de mortalidad en México, lo que lo ubica como un problema prioritario de salud pública en el país (15). El consumo de tabaco en la forma de cigarrillos, por las altas temperaturas alcanzadas durante la combustión, libera mayor cantidad de sustancias tóxicas, por lo que es la forma más dañina de consumo y la más común en México (16,17), lo que hace que los hijos que conviven en estas familias de fumadores sean fumadores pasivos, además de favorecer el inicio de este hábito a temprana edad (18) y el alcoholismo por las repercusiones que puede tener en el organismo así como en las conductas sociales en la familia. La convivencia con animales domésticos fue otro factor de tomar en cuenta ya que no solo origina enfermedades específicas en la especie, sino que a veces generan otros procesos infecciosos capaces de ingresar en los ciclos de otras especies (19).

Las características de la habitación son buenas; cuentan con los servicios básicos de luz, agua y drenaje, lo que favorece a la población, ya que, como se refiere en la literatura, las condiciones de la vivienda y de saneamiento del ambiente inmediato influyen en el

riesgo de enfermar y por lo tanto en el estado nutricional de los niños (20).

En la revisión de antecedentes heredofamiliares se encontraron porcentajes significantes en Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, obesidad, oncológicos y alérgicos, donde se deberá tener atención especial para estas familias.

- 7.3. En **morbilidad**, entre las 10 primeras causas, la principal fue la infección de vías respiratorias, coincidiendo con datos de la literatura (21, 22); le siguen hipertensión arterial, infecciones urinarias, padecimientos osteomusculares, diabetes mellitus, gastrocolitis, similares a los de otros registros (23,24). La diabetes se encontró en 6.7 %, patología que en México es un problema grave, ya que es el segundo país consumidor de refrescos; lo que genera que aproximadamente el 8 % de los mexicanos padezcan Diabetes Mellitus (25).

## 8. CONCLUSIONES

Al aplicar el modelo sistemático de atención médica familiar se incrementan los escasos conocimientos respecto a nuestra población, como son sus características demográficas, comunitarias, familiares y la morbilidad que predomina, lo que conduce a una identificación con los derechohabientes y con toda la familia.

En este sector se encuentran hábitos como alcoholismo y tabaquismo, así como el de convivencia con animales, sin haberse dado información sobre las repercusiones que ocasionan.

Las parejas de las familias cuentan con planificación familiar con diferentes métodos de apoyo quedando en su totalidad protegida, pero con el alto porcentaje de mujeres en edad fértil solteras, es necesario dar orientación sobre metodología para planificar la familia.

No se cuenta con programas preventivos de enfermedades crónico-degenerativas en forma continua, así como reactivos en laboratorio para la detección y control de dislipidemias, ácido úrico y otras.

Con la capacitación del médico familiar se podrán llevar a cabo programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, siempre y cuando se cuente con el apoyo económico, social y cultural por parte del gobierno que deberá tener en cuenta que el diagnóstico y la atención oportuna de muchas enfermedades es una inversión a futuro, ya que se puede evitar complicaciones y limitar incapacidades.

Por lo que se sugiere que después de identificar la población adscrita por sus características demográficas, por diagnóstico familiar y por su morbilidad, se deberán establecer medidas preventivas, de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación.

Vigilar la continuidad del modelo sistemático de atención médica familiar, con revaloración bimestral, semestral y anual.

Realizar reuniones periódicas con médicos familiares para unificar criterios, intercambiar experiencias y nuevos conocimientos.

Buscar información reciente por computación, vía Internet, como método de educación continua para mantenerse actualizado, y así, elevar la calidad y cantidad de conocimientos.

Participar en programas de investigación que promueva la institución.

Dar orientación para la prevención de infecciones respiratorias ya que es la causa más importante de morbilidad y propicia elevadamente el ausentismo escolar y laboral.

Revisión de cartillas de vacunación de todos los niños del sector correspondiente para tratar que tengan su esquema completo, además, llevar a cabo programas permanentes de control de niño sano así como de obesidad en cualquier edad, conjuntamente con el departamento de medicina preventiva.

Realizar determinaciones de glucosa, colesterol total, ácido úrico y triglicéridos, principalmente en quienes tengan riesgo de padecer estas patologías como en obesos y con antecedentes familiares.

Reevaluar y aconsejar sobre: nutrición, actividad física, hábitos de fumar, alcohol y drogas, depresión, prevención de accidentes, cinturones de seguridad y métodos anticonceptivos.

Realizar programas de detección precoz de cáncer de mama, explicando la técnica de autoexploración a toda mujer, principalmente mayores de 40 años; también el convencimiento para la realización de la prueba de papanicolau para la detección oportuna de cáncer cervicouterino.

Efectuar acciones de promoción de la salud y protección específica en la población derechohabiente, con la colaboración del equipo de salud; orientar principalmente a la conservación de la salud de la población adscrita más que a la restauración de daños.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Salamanca S. Actuación del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. México 1955; 33:317-320.
2. Jiménez-Mena C. et al. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos y edad. *Atención Primaria* 1993; 12:269-272.
3. Turabian J.L. et al. Percepción de éxito en programas de promoción de salud en la atención primaria de la provincia de Toledo. *Atención Primaria* 1994; 14:765-768.
4. Estebanell-Arnal Ja et al. Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas. *Atención Primaria* 1992; 10:539-542.
5. Irigoyen Coria A y cols. Modelo sistemático de la atención médica familiar. *Fundamentos de medicina familiar* 1995; 11:151-173.
6. Rodríguez Morua et al. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria. *Atención Primaria* 1994; 13:39-41.
7. Bustos Lozano G. El pediatra en atención primaria y las actividades preventivas. *Atención Primaria* 1993; 12:183-184.
8. Jinich H. *El médico ante nuevos retos. El padecer y la familia*. *Médico Moderno* 1993; 2:37-42.
9. Grupo de trabajo para el diseño de un sistema de información para la atención primaria. *Diseño de un sistema de información para la atención primaria*. *Atención Primaria* 1996; 17:449-455.

10. Secretaría de Salud. Salud desde el municipio: una estrategia para el desarrollo. Programa Nacional de prevención y control de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas 1997; (3):4.
11. Soberón Acevedo G. Las nuevas perspectivas del movimiento salud para todos. *Boletín Médico Familiar* 1995; 13:1-3.
12. Narro Robles J. La medicina familiar como eje de la atención médica. *Boletín Médico Familiar* 1995; 13:1-4.
13. Gutiérrez A J. XXV aniversario de la medicina familiar en IMSS. *Boletín Médico Familiar* 1996; 17:6.
14. De la fuente J R. Hacia la reforma del sistema nacional de salud. *Boletín Médico Familiar* 1995; 14:5-6.
15. Tapia CR, Olaiz Gustavo, Cravioto P. Mortalidad y años de vida potencial perdidos por consumo de tabaco en México. *Gaceta Médica de México* 1994; 130:425-430.
16. Joly D. El hábito de fumar cigarrillos en América Latina, una encuesta en ocho ciudades. *Boletín de la oficina sanitaria panamericana* 1975; 79 (2):93-111.
17. Simposium Internacional de Tabaquismo y XIII reunión del CLACCTA. El tabaquismo es considerado por la OMS como la pandemia del siglo. *Gaceta de la Facultad de medicina UNAM* 1997; febrero:4.
18. Baragiola A. ¿Porqué fuma usted ?. Un estudio motivacional de estudiantes secundarios técnicos. *Rev. Arg. Anal. Modif. Ter. Comport* 1985;1:35.
19. García-Procel E. Visión histórica serial de ciencia y sociedad. *Gac Méd Méx.* 1990; 126:201-205.
20. Sepúlveda Amor J y cols. Estado Nutricional de preescolares y mujeres en México. *Gac Méd Méx.* 1990; 126:207-224.



21. Cravioto A. El papel actual de las infecciones en México. Boletín Médico Familiar 1995; 14:4.
22. Montaner I. et al. Descripción de la demanda asistencial en la unidad docente de Tortosa. Atención Primaria 1985; 2:3-8.
23. Kumate J. Los problemas y programas prioritarios de salud. Revista de Administración Pública 1987; 18:111-125.
24. De la Garza-Estrada VA, Noriega-Fernández R. La consulta externa del internista en el ejercicio privado. Análisis descriptivo. Revista de la Asociación de Medicina Interna de México 1996; 12 (4):229-234.
25. Valdez Rafael. Innovaciones de investigación en el combate a la diabetes mellitus. Gaceta de la facultad de medicina UNAM 1997; mayo:4.

CENSO POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO			
GRUPOS DE EDADES	SEXO		TOTAL
	MASCULINOS	FEMENINOS	
- 1 Año			
1-4 Años			
5-14 Años			
15-24 Años			
25-44 Años			
45-64 Años			
+ 65 Años			
<b>TOTALES</b>			

**PIRAMIDE POBLACIONAL  
POR GRUPO ETAREO Y SEXO.**

	+ 65 AÑOS	
	45-64 AÑOS	
	25-44 AÑOS	
	15-24 AÑOS	
	5-14 AÑOS	
	1 - 4 AÑOS	
	- 1 AÑO	
MASCULINOS	GRUPOS ETAREOS	FEMENINOS

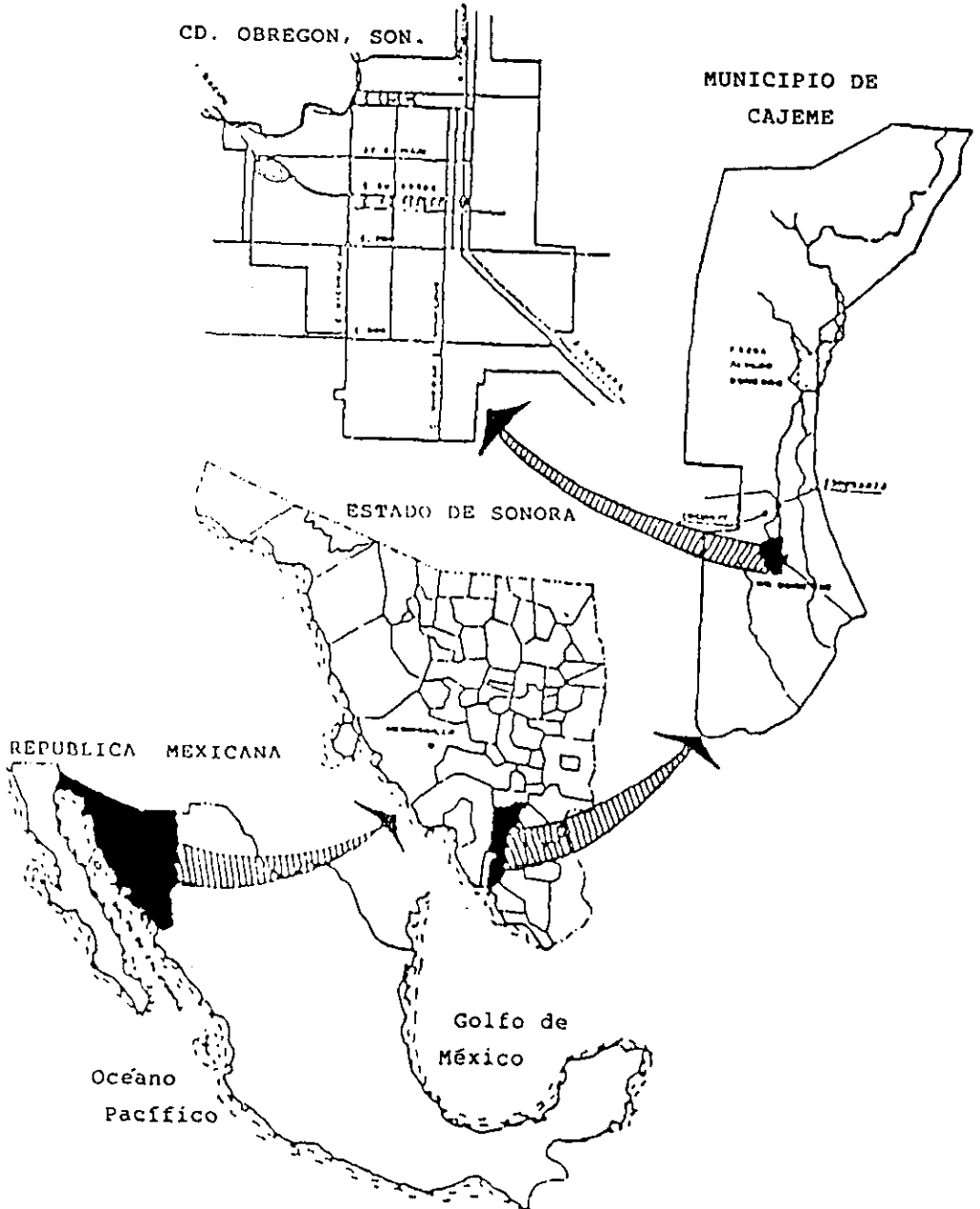


<b>INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR</b>
---

- ⇒ Localización.
- Familia: anotar los apellidos paternos del padre y de la madre.
- Años de unión conyugal: se anotará con número.
- Domicilio, colonia, ciudad y municipio: anotar todos los datos, sin abreviaturas.
- Manzana: anotar el número que le corresponda.
- Vivienda N°: Cada vivienda se numerará en forma progresiva de 01 al 50.
- Sector: Definir mediante la sectorización de colonias y viviendas a qué sector pertenece.
- Elaboró: Anotar el nombre del encuestador.
- ⇒ Composición Familiar.
- Nombre: Anotar el nombre de pila iniciando por el padre, la madre y los hijos de mayor a menor; cuando se trate de otros familiares, anotar además del nombre, los apellidos.
- Parentesco: Anotar el que corresponda.
- Edad: Anotar con claridad los años cumplidos, en el espacio  según se trate de masculino (M) o femenino (F).
- Estado civil: soltero, casado, viudo, divorciado o unión libre.
- Escolaridad: anotar hasta que grado escolar estudió.
- Ocupación: Anotar la principal actividad realizada por cada integrante de la familia.
- Ingresos: anotar los ingresos por mes.
- Padecimientos crónicos: Anotar el que refiera como diagnosticado por personal médico.
- ⇒ Toxicomanías, alimentación y hábitos higiénicos.
- Marcar con x en el espacio  que corresponda.
- Observaciones: se anotará lo que se considere importante.
- ⇒ Vivienda.
- Marcar con x en el espacio  que corresponda.
- ⇒ Fase del ciclo vital, tipo de familia Integración familiar y planificación familiar.
- Marcar con x en el espacio  que corresponda.
- ⇒ Antecedentes heredo-familiares.
- Marcar con x en los espacios  y  que corresponda.

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA POR AFECIONES MORBOSAS, AGRUPADAS SEGUN MAGNITUD POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. CONSULTORIO SECTOR NUMERO 3 CLINICA-HOSPITAL "B" DEL ISSSTE DE CD. OBREGON, SON. 1996.																		
NUMERO	AFECCION PRINCIPAL	CODIGO C.I.E. 9a. Rev.	- 1		1-4		5-14		15-24		25-44		45-64		65A+		TO- TAL	
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
<b>TOTAL</b>																		

MAPA DE LOCALIZACION DEL MUNICIPIO DE CAJEME



# ESTADO DE SONORA

DIVISION POLITICA



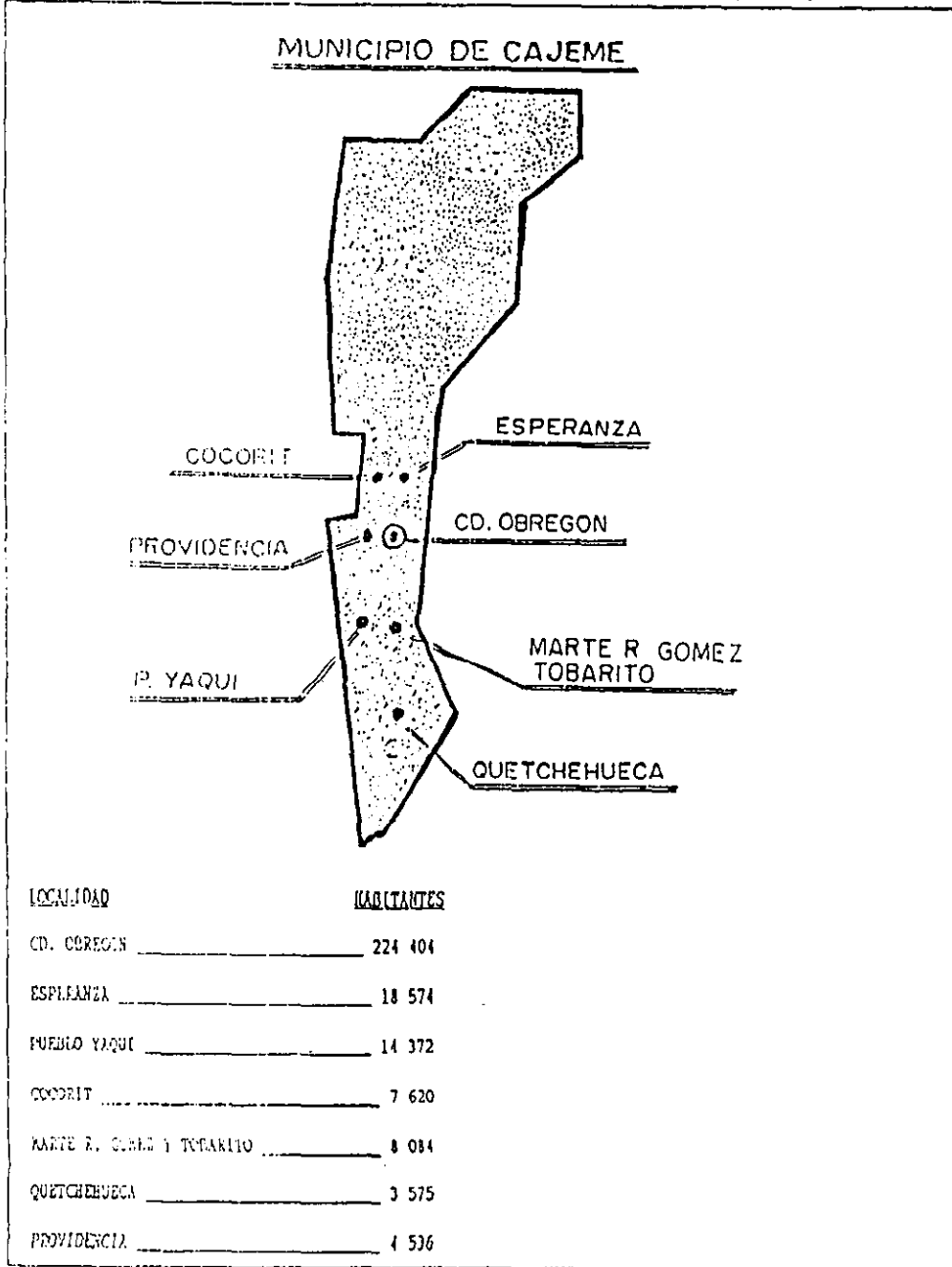
E.U.A.

GOLFO DE CALIFORNIA



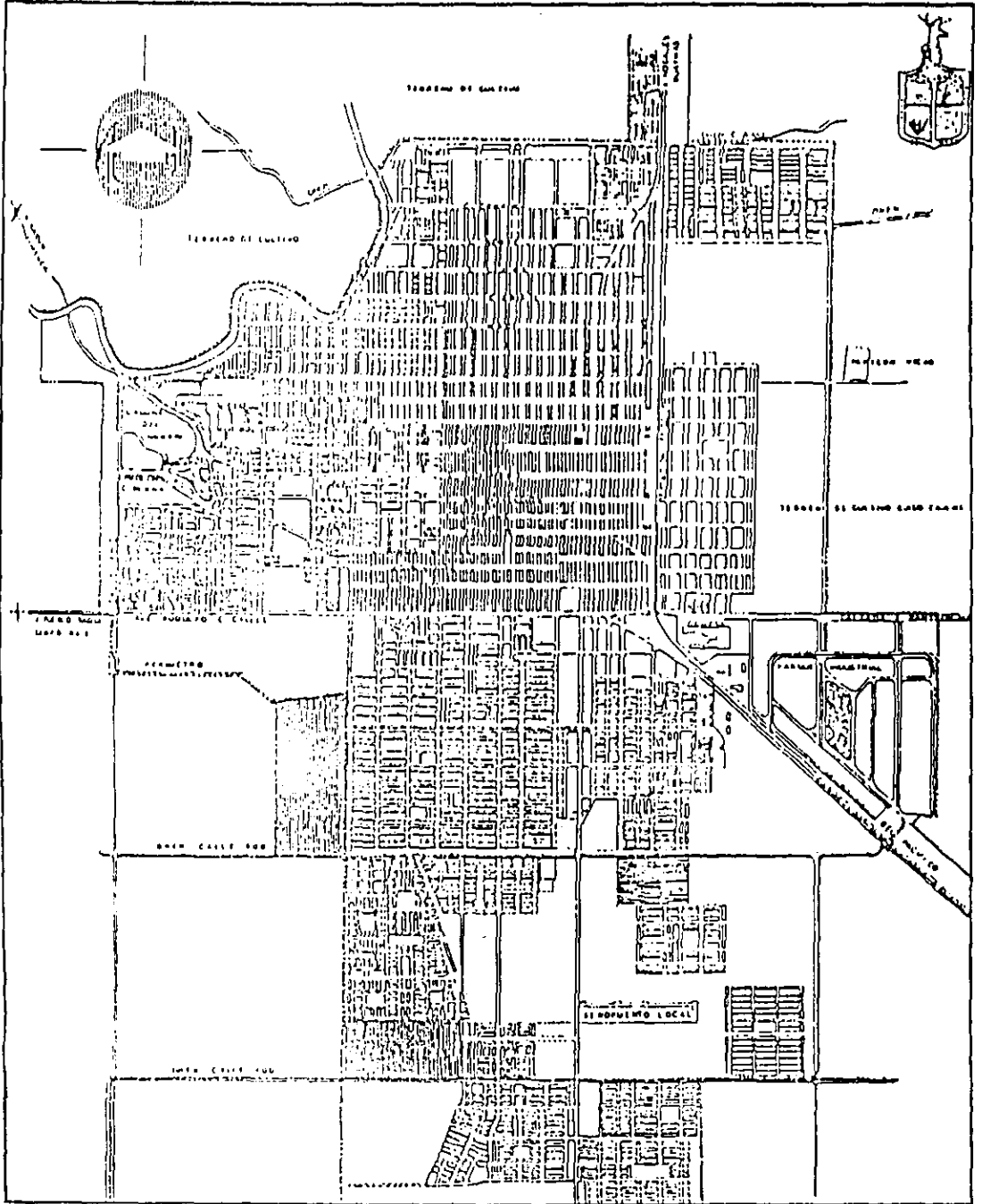


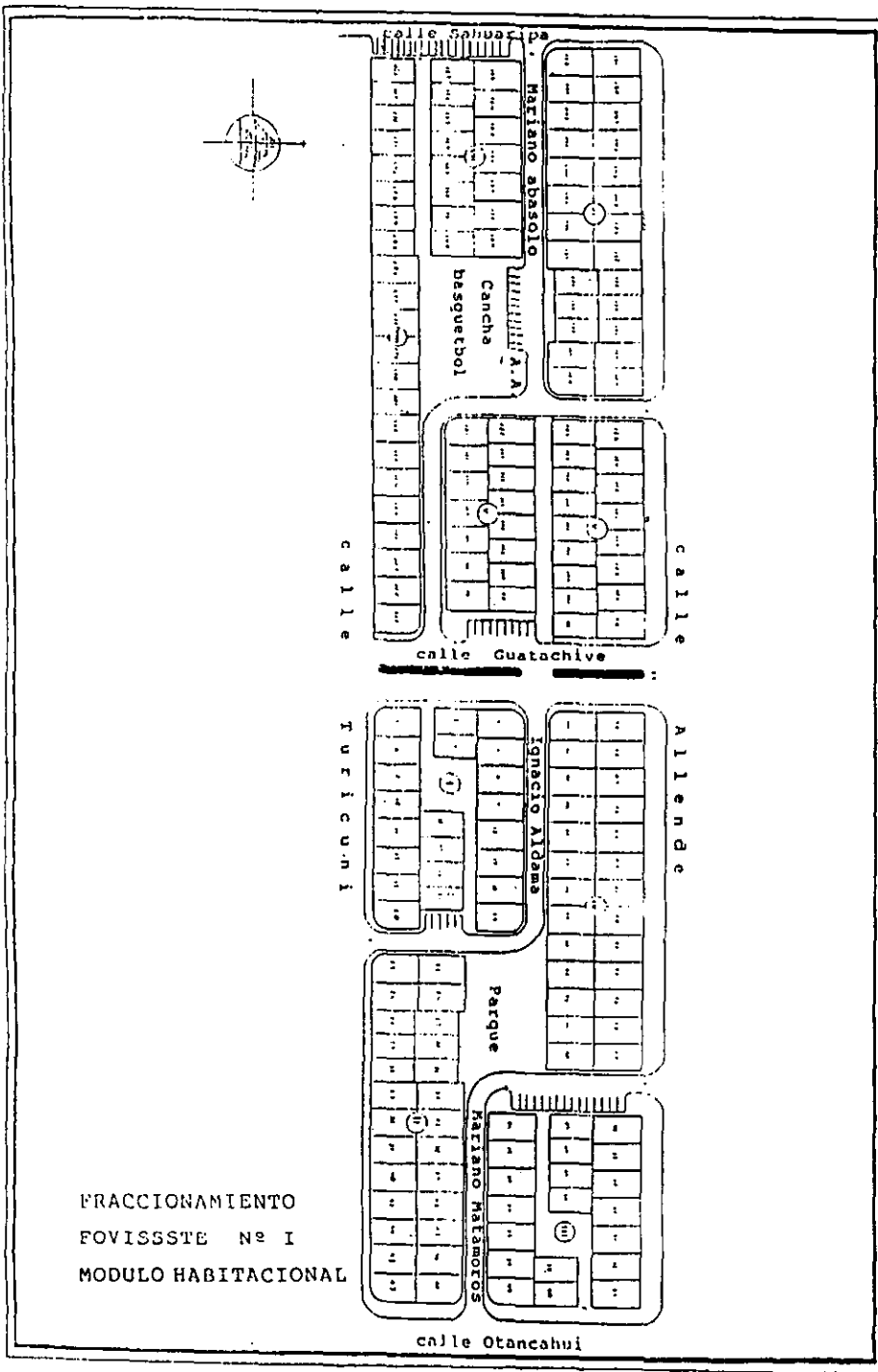
PRINCIPALES LOCALIDADES DEL MUNICIPIO DE CAJEME (1991).



FUENTE: Estimaciones de la Dirección Municipal de Programación y Presupuesto.

# PLANO OFICIAL DE CIUDAD OBREGON, SONORA





FRACCIONAMIENTO  
FOVISSSTE N° I  
MODULO HABITACIONAL