



11226  
UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

103  
2 ej.

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL "B"  
CIUDAD OBREGON, SONORA

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO  
DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR  
EN LA CLINICA PERIFERICA ISSSTE  
DE ESPERANZA, SONORA

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

P R E S E N T A :

Dr. Roberto Amador Luzanilla Duarte



ISSSTE

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1998

264992



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.



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 LA CLINICA  
PERIFERICA ISSSTE DE ESPERANZA, SONORA.**



**ISSSTE**

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

PRESENTA:

**Dr. ROBERTO AMADOR LUZANILLA DUARTE**

1996



**DIRECCION**

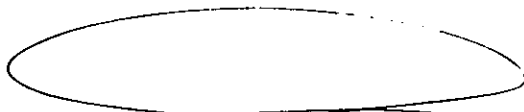
**CLINICA HOSPITAL "B"  
CIUDAD OBREGON, SONORA**

**APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA  
ATENCION MEDICA FAMILIAR EN LA CLINICA  
PERIFERICA ISSSTE DE ESPERANZA, SONORA.**

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

**DR. ROBERTO AMADOR LUZANILLA DUARTE**

**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 INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.**

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

PRESENTA:

**DR. ROBERTO AMADOR LUZANILLA DUARTE**

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA  
ATENCION MEDICA FAMILIAR EN LA CLINICA  
PERIFERICA ISSSTE DE ESPERANZA, SONORA



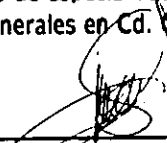
ISSSTE

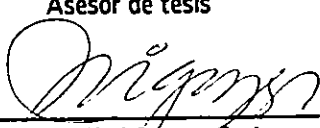
ASOCIACION

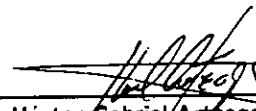
CLINICA HOSPITAL "B"  
CIUDAD OREGON, SONORA

  
\_\_\_\_\_  
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

# ÍNDICE

|                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| <b>I. MARCO TEÓRICO</b>              | <b>1</b>  |
| <b>II. PLANTEAMIENTO DEL TRABAJO</b> | <b>3</b>  |
| <b>III. JUSTIFICACIÓN</b>            | <b>5</b>  |
| <b>IV. OBJETIVOS</b>                 | <b>7</b>  |
| <b>V. METODOLOGÍA</b>                | <b>8</b>  |
| <b>1. TIPO DE ESTUDIO</b>            | <b>8</b>  |
| <b>2. POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO</b>   | <b>8</b>  |
| <b>3. TIPO DE MUESTRA</b>            | <b>8</b>  |
| <b>4. TAMAÑO DE MUESTRA</b>          | <b>8</b>  |
| <b>4.1. CENSO DE POBLACIÓN</b>       | <b>9</b>  |
| <b>4.2. DIAGNOSTICO FAMILIAR</b>     | <b>9</b>  |
| <b>4.3. MORBILIDAD</b>               | <b>9</b>  |
| <b>5. CRITERIOS</b>                  | <b>10</b> |
| <b>5.1. INCLUSIÓN</b>                | <b>10</b> |
| <b>5.2. EXCLUSIÓN</b>                | <b>10</b> |
| <b>5.3. ELIMINACIÓN</b>              | <b>11</b> |

|                                           |           |
|-------------------------------------------|-----------|
| <b>6. VARIABLES DE MEDICIÓN</b>           | <b>11</b> |
| - Censo poblacional                       | 11        |
| - Diagnóstico familiar                    | 12        |
| - Morbilidad                              | 16        |
| <b>7. MÉTODOS PARA CAPTAR INFORMACIÓN</b> | <b>16</b> |
| 7.1. PARA EL CENSO DE POBLACIÓN           | 16        |
| 7.2. PARA DIAGNÓSTICO FAMILIAR            | 16        |
| 7.3 PARA ESTUDIO DE MORBILIDAD            | 17        |
| <b>8. CONSIDERACIONES ÉTICAS</b>          | <b>17</b> |
| <b>VI. RESULTADOS</b>                     | <b>18</b> |
| Estado de sonora                          | 19        |
| Demografía del estado de Sonora           | 21        |
| Educación                                 | 21        |
| Recursos de salud                         | 22        |
| Municipio de Cajeme                       | 24        |
| Demografía del municipio de Cajeme        | 25        |
| Educación del municipio de Cajeme         | 26        |
| Recursos de salud del municipio de Cajeme | 26        |
| Esperanza, Sonora                         | 28        |

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| Situación geográfica-----                                                 | 29 |
| Orografía, tipo de suelo, ventilación, hidrografía,<br>fauna y clima----- | 29 |
| Comunicación y transporte-----                                            | 30 |
| Demografía de Esperanza, Sonora-----                                      | 30 |
| Recursos educativos-----                                                  | 31 |
| Recursos de salud-----                                                    | 32 |
| 2. CENSO DE POBLACIÓN -----                                               | 33 |
| 3. DIAGNÓSTICO FAMILIAR-----                                              | 34 |
| 4. MORBILIDAD-----                                                        | 37 |
| 5. CUADROS Y GRÁFICAS-----                                                | 39 |
| VII. DISCUSIÓN-----                                                       | 40 |
| VIII. CONCLUSIONES-----                                                   | 43 |
| IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS-----                                       | 47 |
| X. ANEXOS-----                                                            | 51 |

## **I. MARCO TEÓRICO**

La congruencia de la medicina con las ideas de las épocas la conducen desde la concepción mágica del primitivismo hasta la actualidad en que los descubrimientos científicos la transformaron en una ciencia amplia y compleja que generó el nacimiento y desarrollo de especialidades en sus diferentes ramas que mejoraron la atención médica pero deterioraron la relación médico paciente con la elevación de los costos de la atención; esta forma de medicina básicamente curativa empezó a ser insatisfactoria y costosa para la población y sistemas de salud, haciéndose necesaria una especialidad que diera solución a ésta problemática por lo que nace la medicina familiar con un enfoque básico hacia sistemas de prevención, promoción de la salud, en la atención de familias (1,2).

En el tiempo que va desde la declaración de ALMA-ATA hasta la actualidad, los trabajos sanitarios han elevado los niveles de salud de los pueblos pues el mejor conocimiento de la historia natural de las enfermedades permitió la orientación de la medicina a programas de prevención y promoción de la salud a través del nivel primario que es el marco ideal para establecer y desarrollar dichos programas (3,4,5).

En el esfuerzo preventivo y de promoción de la salud se reconoce la participación comunitaria como factor imprescindible a la que solo habría que adaptarla a los nuevos enfoques teóricos y realidades actuales en las que la necesidad de prevención, promoción de la salud, optimización de recursos y disminución de costos son fundamentales. La instauración del modelo sistemático de atención médico familiar en la clínica periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora, es acorde a la evolución de la medicina y a la necesidad de satisfacer las exigencias que sobre la problemática de salud tiene la población (6,7).

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En cuatro meses de actividad en la atención a la salud en la clínica periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora, se observó que la atención médica que se ha brindado ha sido básicamente individualista enfocada al manejo de la enfermedad con una relación médico - paciente deficiente y de poco interés, con la consecuente insatisfacción de la derechohabiente; una consignación pobre de notas y riesgo de salud en los expedientes clínicos; acciones preventivas limitadas básicamente a las campañas de vacunación de diseño y aplicación nacional y detección de cáncer cervicouterino pese a la existencia de factores de riesgo a la salud comunitaria sobre todo para los jóvenes por la alta tasa de consumo de alcohol registrada en las familias; actividades promocionales a la salud inexistentes, continuidad en la atención interrumpidas y acciones anticipatorias nulas ante altos índices de enfermedades crónico - degenerativas, que ameritan actitudes anticipatorias de los eventos que se esperan que aquí ocurran; falta de estimulación a la comunidad para que se responsabilice en actividades que repercutan en su salud, y de programas de mejoramiento ambiental que abatan riesgos de enfermedad.

Las anteriores observaciones son realidades pequeñas, reflejo de realidades grandes. En el mundo es observado que:

1. La atención médica ha sido individualista enfocada al síntoma u órgano.

2. La nueva actitud preventiva y promocional de la salud es indispensable.
3. Las actividades preventivas han sido de diseño centralista.
4. La atención de los efectos de patologías crónicas han sido costosas y su prevención es lo ideal.
5. La actitud más trascendente que repercuta en beneficio de la salud de los pueblos y comunidades es la promoción de la salud. (9).
6. La sociedad actual es más educada y espera mejor atención y para ello se requiere conocerla desde un enfoque individual, familiar, laboral, y social (10).
7. La consulta médica es un momento significativo para la relación médico - paciente, fundamental a la nueva actitud de atención a la salud (11).

Por lo conocido la clínica periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora representa al modelo tradicionalista de la práctica médica susceptible de transformarse al nuevo modelo de atención.

¿Existen motivos, condiciones, razones y elementos para establecer y desarrollar el modelo sistemático de atención médico familiar en la clínica ISSSTE de Esperanza, Sonora?.

### III. JUSTIFICACIÓN

La práctica médica tradicionalista ejercida hasta hoy ha resultado ser insatisfactoria a todos los elementos implicados en la problemática de la salud:

- **derechohabiente** por qué le ha ignorado su ser psíquico, emocional, familiar, y social.

- **comunidad derechohabiente** que no ha visto resuelta su problemática de salud.

- **institución de salud** que ve en la ausencia de acciones preventivas y promocionales de la salud mermados sus recursos económicos, los cuales se han originado principalmente hacia el tratamiento de las complicaciones y en el manejo de rehabilitaciones.

- **equipo de salud** al no encontrar satisfacción en los pobres resultados obtenidos en una práctica médica caduca.

El establecimiento y práctica del modelo sistemático de atención médico familiar en la clínica periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora será el instrumento que dará respuesta a esas necesidades planteadas, al dar vigencia y efectividad a los tres ejes que la caracterizan: **estudio de las familias, atención continua, y acciones**

**anticipatorias** permitiendo concientizar a la comunidad de la existencia de riesgos a su salud, responsabilizarse de ella, y hacerla promotora de cambios en su medio ambiente que redunden en el abatimiento de riesgos a la salud y en la creación de un ambiente propicio al desarrollo armonioso, físico, psíquico, familiar y social de los individuos.

## **IV. OBJETIVOS**

### **4.1. Generales**

Identificar las peculiaridades del contexto familiar, entorno social, y la infraestructura de servicios comunitarios en la población de Esperanza, Sonora, como base imprescindible para lograr implementar y desarrollar el Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar que permita activar programas de prevención, promoción a la salud, diagnóstico precoz, tratamientos oportunos específicos y de rehabilitación.

### **4.2. Específicos**

4.2.1. Lograr la implantación y consolidación del Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar y hacer aplicativo los tres ejes que sustentan la práctica de la medicina familiar: estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria.

## V. METODOLOGÍA

**1. Tipo de estudio que se realizó:** investigación observacional, retrospectivo, transversal que se fundamentó en tres estrategias: censo poblacional, estudio de comunidad, y morbilidad.

**2. Población, lugar y tiempo:** derechohabientes de la clínica ISSSTE de Esperanza, Sonora, en el año de 1996.

**3. Tipo de muestra:** no aleatoria, por cuotas.

**4. Tamaño de la muestra:** las muestras y tratamiento estadístico se determinó a través del paquete EPI-INFO-5.

En base a los datos de distribución de edad:

Formula:

$$Z_{\alpha/2} \sqrt{pq/n} = B \quad 1 - \alpha = 0.95$$

$$Z_{\alpha/2} = 1.9$$

$$\sqrt{pq/n}$$

para el rango de edad de 25-44 años:

$$p = 0.281 \quad q = 0.719 \quad n = 319$$

$$B = 1.960 \sqrt{[(0.281)(0.719)/319]} = 0.0445$$

$B \Rightarrow \text{Error de estimación} = 0.0445$

$1 - \alpha \Rightarrow \text{Coeficiente de confianza} = 0.95$

#### **4.1. Censo de población:**

**Universo de trabajo:** todas las familias derechohabientes registradas en el departamento de vigencias, adscritas a la clínica ISSSTE de Esperanza, Sonora.

**Tipo y tamaño de la muestra:** no aleatoria, por cuotas donde se escogieron 100 tarjetas de adscripción médica del departamento de vigencias.

#### **4.2. Diagnóstico familia**

**Universo de trabajo:** todas las familias derechohabientes registradas en el departamento de vigencias, adscritas a la clínica periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora.

#### **4.3. Morbilidad**

**Universo de trabajo:** ochenta hojas de informe diario de actividades médicas en cuatro meses.

**Tipo y tamaño de muestra:** no aleatoria por cuotas donde se consideraron cincuenta hojas de informe diario de actividades médicas.

## 5. Criterios

### 5.6. Inclusión

**Censo de población:** todas las tarjetas de adscripción al servicio médico del departamento de vigencias pertenecientes a la clínica periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora.

**Diagnóstico familiar:** todas las familias registradas en el departamento de vigencias pertenecientes a la clínica ISSSTE de Esperanza, Sonora, en el tiempo de estudio.

**Morbilidad:** cincuenta hojas de informe diario de actividades médicas, pertenecientes a la clínica periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora en cuatro meses.

### 5.2. Exclusión

**Censo de población:** todas las tarjetas de adscripción al servicio médico del departamento de vigencias dadas de baja o no usuarias que pertenecieron a la clínica ISSSTE de Esperanza, Sonora.

**Diagnóstico familiar:** todas las familias registradas en el departamento de vigencias, consultantes en la clínica periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora sin pertenecer a ella.

**Morbilidad:** diagnósticos subsecuentes, ilegibles, presuncionales, e incompletos.

### **5.3. Eliminación**

**Censo de población:** todas las tarjetas de adscripción médica del departamento de vigencia, pertenecientes a la clínica perisférica ISSSTE de Esperanza, Sonora, dadas de baja en el transcurso de la investigación.

**Diagnóstico familiar:** todas las familias adscritas que rechazaron responder la encuesta, proporcionaron datos falsos o que cambiaron de domicilio en el tiempo de la investigación.

**Morbilidad:** los diagnóstico que no entraron en las diez primeras causas de morbilidad.

## **6. Variables de medición**

**Las variables son cuantitativas y cualitativas en escala nominal y ordinal identificándose:**

### **Censo de población**

Número total de personas adscritas como derechohabientes, registradas en el departamento de vigencias, pertenecientes a la clínica ISSSTE de Esperanza, Sonora.

Número total de personas masculinas por grupos etáreos.

Número total de personas del sexo femenino por grupos etáreos.

### **Diagnóstico familiar**

Ficha de identificación familiar

Años de unión conyugal

Nombre de cada miembro de familia

Parentesco

Edad

Sexo

Estado civil

Escolaridad

Ocupación

Ingresos

Padecimientos crónicos

Fases del ciclo vital

Tipos de familia

Integración familiar

Planificación familiar

Toxicomanias

Alimentación

Hábitos higiénicos

Tipo de vivienda

Techo

Paredes

Piso

Servicios

Cuartos

Propiedad de vivienda

Combustibles

Disposición de excretas

Disposición de basuras

Animales domésticos

Antecedentes heredofamiliares

**Definición de variables de medición de diagnóstico familiar:**

**Años de unión conyugal:** tiempo de matrimonio o de unión libre formando un hogar .

**Escolaridad:** grados alcanzados de acuerdo a los niveles tradicionales de enseñanza establecidos.

**Fase del ciclo vital:** de acuerdo al esquema Geyman que lo divide en fase de matrimonio, fase de expansión, fase de dispersión, fase de independencia, fase de retiro y muerte.

Fase de matrimonio: es la consolidación del vínculo matrimonial donde aún no hay hijos.

Fase de expansión: la familia se expande con nuevos miembros.

Fase de dispersión: los hijos asisten a la escuela.

Fase de independencia: los hijos forman nuevas familias o se ausentan fuera del hogar por motivos distintos.

Fase de retiro y muerte: circunstancias que lo identifican; incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de los recursos económicos, abandonados en sus hogares o reclusos en asilos para ancianos.

### **Tipos de familia:**

■ En base en su desarrollo: moderna, tradicional, arcaica ó primitiva.

Moderna: se caracteriza por la esposa colaboradora en el trabajo y gastos.

Tradicional: conserva los valores de identidad cultural.

Arcaica ó primitiva: se aferran a rancios abolengos o costumbres.

■ En base a su demografía: urbana, rural.

Urbana: las que viven en ciudades con todos los servicios propios.

Rural: las que viven en poblados ó rancherías.

■ En base a su integración: integrada, semi - integrada y desintegrada.

Integrada: los cónyuges viven y cumplen sus funciones.

Semi - integrada: los cónyuges viven juntos pero no cumplen sus funciones.

Desintegrada: falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación ó abandono.

■ Desde el punto de vista tipológico: campesina, obrera y profesional.

Campesina: vive y trabaja en el campo.

Obrera: labora en industrias, fabricas ó empresas.

Profesional: vive del ejercicio de una profesión universitaria o tecnológica u otra que le confiere rasgo especial.

**Planificación familiar:** los diversos métodos adoptados por la pareja con el fin de planear la procreación.

**Toxicomanías:** se refiere al consumo de alcohol, tabaco u otra droga que se consuma por cualquier miembro de la familia en forma regular.

**Alimentación:** se divide en buena, regular y deficiente en base al consumo de leche, carne, huevos, frutas y verduras, cereales a la semana.

**Hábitos higiénicos:** se dividen en buenos, regulares y deficientes en base a sus costumbres higiénicas cotidianas.

## **Morbilidad**

Las diez entidades morbosas principales motivos de consulta en un periodo cuatro meses expresándose en tasas, porcentajes y claves de clasificación internacional.

### **7. Método para captar la información**

#### **7.1. Para el censo de población**

Se realizó un muestreo de 100 tarjetas de adscripción al servicio médico, del departamento de vigencias, correspondientes a la clínica periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora, tomada al azar por lotería, determinándose el número de personas derechohabientes en general, el total de masculinos y femeninos y por grupos etáreos utilizándose el palomeo simple, en colaboración con el personal del departamento de vigencias y ayuda de un estudiante en servicio social, edificándose una pirámide de población misma que se identifica como gráfica número 2.

#### **7.2 Para el diagnóstico familiar**

Se aplicaron en el consultorio 50 cédulas de microdiagnóstico familiar que recogieron en diez apartados todas las características de las familias, vivienda, y servicios, se realizaron visitas domiciliarias y se levantó una cartografía de la comunidad, apoyándose en estudios existentes en el centro de salud de la SSA,

servicios municipales de desarrollo, INEGI, biblioteca ITSON, Municipal, y datos del gobierno estatal.

### **7.3 Para el estudio de morbilidad**

Se encuestaron 50 hojas de actividades diarias del médico y se determinaron diez principales motivos de consulta, expresándose en porcentajes, tasas, y clave de clasificación internacional, para lo cual se contó con el apoyo del personal del departamento de la clínica hospital “B” ISSSTE CD. Obregón Sonora.

### **8. Consideraciones éticas**

El presente estudio no representó riesgo alguno para la salud de las familias en estudio.

## **VI. RESULTADOS**

### **Objetivo**

Conocer las características demográficas, costumbres, estilos de vida, infraestructura de servicios educativos, culturales, de salud, y medio ambiente de este centro poblacional como apoyo que permita instaurar y desarrollar el modelo sistemático de atención médico familiar en ésta clínica periférica del ISSSTE y hacer posible la ejecución de los tres elementos fundamentales de la práctica médica familiar: estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria.

## **ESTADO DE SONORA**

Sonora nace como entidad federativa de la República Mexicana el 13 de octubre de 1830.

### **Teoría sobre el origen del nombre:**

De la palabra “señora” pronunciada por los indígenas como “sonora”, de *sonotl* (maíz), de la tribu que habitaba el margen del Río Sonora.

### **Ubicación geográfica:**

Al norte 32° 29' al sur 26° 14' de latitud norte, al este 108° 26' al oeste 115° 02' de longitud oeste. Extensión territorial 185000 Km<sup>2</sup>=9.2% de la superficie nacional.

### **Limites:**

Al norte con Estados Unidos de América, al este con Chihuahua y Sinaloa, al sur con Sinaloa y el Golfo de California, al oeste con el Golfo de California y al noroeste con Baja California Norte.

### **Ríos:**

Colorado, Sonoyta, Magdalena, Sonora, Yaqui, Mayo.

### **Presas:**

El novillo, Oviachic, Angostura, Mocuzari, Abelardo L. Rodríguez, Cuauthémoc, Molinito.

**Climas:**

Seco, semiseco, cálido, templado.

**Flora:**

Palofierros, paloverdes, ocotillos, sahuaro, pitayos, encinos, pinos.

**Fauna:**

Ratas, culebras, coyotes, conejos, pumas, osos, venados, borrego cimarrón, buro, jabalíes, gatos monteses, entre otros.

**Actividades principales:**

Agricultura, ganadería, pesca, minería, turismo, industria en general.

## **DEMOGRAFÍA DEL ESTADO DE SONORA**

La población del estado de Sonora según el censo de población y vivienda de 1990 es de 1,823,606 habitantes; de acuerdo a los censos poblacionales VII, VIII, IX, X, XI el mayor incremento poblacional se presentó en la década de 1950 a 1960 con un 53% observándose a partir de este momento un descenso década tras década: 4.25% en 1970, 37% en 1980, 20.4% en 1990. Fenómeno que estuvo en relación con el auge agrícola de los años sesenta y su posterior declive hasta la crisis económica actual que vive el país que desestimuló la inmigración de familias de otras entidades federativas (12).

## **EDUCACIÓN**

De acuerdo al XI censo nacional de población y vivienda el 52% de la población de 15 años ó más tiene instrucción post primaria, el 21.7% primaria completa, el 6.9% no tiene instrucción y en el 1.65% no se especificó (cuadro 2). De acuerdo al mismo censo en el estado se ha reducido el índice de analfabetismo del 27.2% de 1950 a 5.6% en 1990.

Llamó la atención el hecho de que el rango de edad 15-19 sea de mayor asistencia escolar con un 46.4% disminuyendo al 15.7% en el rango 20-24 y al 2.4% en el

rango 25 ó más lo cual habla de una disminución en la asistencia escolar a partir de la adolescencia.

## **RECURSOS DE SALUD**

De acuerdo a los datos de la secretaria de salud del estado de Sonora 1988-1994 la población derechohabiente a las diversas instituciones sumaron 1,053, 776 personas correspondiendo al IMSS 768,732 adscritos, al ISSSTE 163,701, al ISSSTESON 75, 632 y a otras instituciones 45, 711 (cuadro 3).

### **Recursos humanos:**

El estado cuenta con un total de 1883 médicos, 3579 paramédicos, 336 servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, 2623 de otros empleados en la salud.

### **Por institución:**

- **IMSS** Cuenta con 14228 médicos, 2815 paramédicos, 266 servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, 1750 de otro tipo.
- **ISSSTE** Tiene 351 médicos , 492 paramédicos, 41 servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, 590 de otro tipo.

- **ISSSTESON** Participa con 194 médicos , 272 paramédicos, 90 servicios auxiliares de diagnostico y tratamiento (cuadro 4).

**Recursos materiales:**

El estado cuenta con 1404 camas de hospital, 600 consultorios, 31 gabinetes radiológicos, 25 laboratorios, 48 quirófanos, 27 salas de expulsión.

**Por institución:**

- **IMSS**, le corresponden 1063 camas, 430 consultorios, 25 gabinetes radiológicos, 18 laboratorios, 20 salas de expulsión.
- **ISSSTE**, tiene 187 camas, 124 consultorios, 5 gabinetes radiológicos, 8 quirófanos, 5 salas de expulsión.
- **ISSSTESON**, tiene 154 camas, 46 consultorios, 1 gabinete radiológico, 2 laboratorios, 2 quirófanos.

## **MUNICIPIO DE CAJEME**

El municipio de Cajeme, cuya cabecera es Cd. Obregón, está localizado en la región sur del Estado de Sonora y limita con Suaqui grande, al este con los de Rosario Tesopaco y Navojoa, al sureste con Etchojoa, al suroeste con el Golfo de California y al oeste con los Municipios de Guaymas y Bácum.

### **Ubicación:**

Entre los paralelos 27° 35' 17'' y 110° 16' 47'' de longitud oeste.

### **Extensión territorial:**

4 047.11 Km2.

### **Altura media sobre el nivel del mar:**

46 metros.

### **Puntos más altos:**

700 metros S.M. localizados al norte de la presa Oviachic en el cerro de Sayagin.

### **Población:**

317,672; urbana 244,404, rural 93,268.

### **Climas:**

Seco y muy seco, el primero es preferentemente un clima cálido extremoso, con una precipitación media anual de 410 mm, cubre la mayor parte del territorio, al norte y al este, el segundo es un clima cálido extremoso con una precipitación media anual

de 299 mm, la mayor parte del Municipio es plana, en el centro, sur y oeste se encuentra el Valle del Yaqui con 106,200 hectáreas de superficie agrícola, al norte se encuentra la zona serrana.

## **DEMOGRAFÍA DEL MUNICIPIO DE CAJEME**

De acuerdo al censo de población y vivienda de 1990, el municipio de Cajeme cuenta con 311, 443 habitantes de los cuales 153,821 son masculinos y representan el 49.4% y 157.822 son femeninos con porcentajes de 50.5 % ( cuadro 6). Los censos de población y vivienda VII, VIII, IX, X, XI, demostraron que el mayor incremento poblacional que registró el municipio ocurrió en la década de 1950 a 1960 con un 97%, a partir de aquí se observó una desaceleración de los incrementos poblacionales década tras década: 49.8% en 1970, 47.3% en 1980 y 21.7% en 1990. En esto guardó un estrecho parecido con lo que sucedió a nivel del estado.

Los porcentajes de población por edades demuestran un aumento de rango de 0-1 al rango 2-29 con el 11.5% y el 18.4% respectivamente, declinan a partir de aquí hasta el rango de 65 o más con el 4.2%; éstos datos muestran que la población juvenil va en ascenso y constituye la base de la pirámide poblacional del municipio.

## **EDUCACIÓN DEL MUNICIPIO DE CAJEME**

De acuerdo a los censos de población y vivienda VII, VIII, IX, X, XI, la población de quince años o más del municipio de Cajeme presentan la siguiente instrucción: 57.5% pos primaria, 16.3% primaria completa, 18.4% primaria incompleta, 6.7% no tuvo instrucción, y en el 1.1% no se determinó ( cuadro 7).

El analfabetismo se ha reducido del 26.4% en 1950 a 5.1% en 1990 en el mismo tipo de población. Se observa que en asistencia escolar el rango de edad de 15-19 es el de mayor asistencia con un porcentaje del 50.9%, con un descenso importante en los rangos de 20-24 y 25 o más con el 18% y 2.8% respectivamente lo que significa un alto grado de deserción escolar a partir de la adolescencia, fenómeno similar al observado a nivel estado.

## **RECURSOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CAJEME**

La población derechohabiente del municipio de Cajeme es de 210,674 personas según datos de la Secretaría de Salud Pública del estado de Sonora 1988-1994 de las cuales correspondieron al IMSS 170,786, al ISSSTE 22,860, al ISSSTESON 6,675 y a otras instituciones 10,353 individuos ( cuadro 8).

### **Recursos humanos del municipio:**

600 médicos, 1,177 paramédicos, 120 servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, 742 de otro personal.

**Por institución:**

- **IMSS**, 48 médicos, 1,014 paramédicos, 102 servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, 497 de otro personal.
- **ISSSTE**, 78 médicos, 99 paramédicos, 8 servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, 158 de otro personal.
- **ISSSTESON**, 54 médicos, 64 paramédicos, 10 servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, 87 de otro personal.

**Recursos materiales de salud del municipio:**

394 camas de hospital, 133 consultorios, 6 gabinetes radiológicos, 5 laboratorios, 16 quirófanos, 4 salas de expulsión.

**Por institución:**

- **IMSS**, 311 camas, 88 consultorios, 5 gabinetes radiológicos, 3 laboratorios, 13 quirófanos, 2 salas de expulsión.

- **ISSSTE**, 49 camas, 25 consultorios, 1 gabinete radiológico, laboratorio, 2 quirófanos, 1 sala de expulsión.

- **ISSSTESON**, 34 camas, 10 consultorios, 1 laboratorio, 1 quirófano, 1 sala de expulsión ( cuadros 9, 10).

## **ESPERANZA, SONORA**

### **MARCO HISTÓRICO**

La población de Esperanza, Sonora, se fundó en febrero de 1907 fecha en que llegó el ferrocarril a éste lugar, asentándose en los terrenos que constituían parte de la hacienda de la familia Parada.

La población de Esperanza, Sonora recibió dos fuertes corrientes de inmigrantes, la primera por la constitución de los talleres de la compañía Richardson en 1910 y la segunda en 1915 procedente de las poblaciones de Cumuripa, Baroyeca y Buenavista, que buscaban protección del resguardo militar acantonado en ésta estación, ante las incursiones de los indios Yaquis hostiles a sus poblaciones.

Actualmente Esperanza, Sonora constituye una comisaría del municipio de Cajeme cuya cabecera es Cd. Obregón que junto con ella representa el 77% de la población

municipal y significa un polo de desarrollo merced a la infraestructura industrial, comercial, de servicios y comunicaciones con que cuentan.

## **SITUACIÓN GEOGRÁFICA**

La población de Esperanza, Sonora se localiza a 8 Km. al norte de CD. Obregón, en el sur de Sonora, al noroeste de México, frontera con los Estados Unidos de América, se sitúa a los 27° 34' 00'' de la longitud norte, 109° 55' 00'' oeste a 50 metros sobre el nivel del mar, limitada al norte con tierras ejidales, al este con el club de golf y el cuartel militar, al poniente con tierras ejidales de la población de Cócorit, el área poblacional ocupa una extensión territorial de 180 hectáreas.

## **OROGRAFÍA, TIPO DE SUELO, VEGETACIÓN, HIDROGRAFÍA, FAUNA Y CLIMA**

La población de Esperanza y su jurisdicción es plana sin cerros o montañas, con suelos tipo vertisol que se caracterizan por ser duros en épocas de sequía, pueden presentar grietas anchas, arcillosas y masivas, frecuentemente negras y grises con susceptibilidad a la erosión baja. Su hidrografía está dada por el Río Yaqui, que nace en la sierra madre occidental y que forma el sistema de presas: Angostura, Novillo y

el Oviachic y es de ésta última donde nace el canal bajo que es la principal fuente de irrigación de ésta zona, su vegetación es básicamente la propia de la agricultura y en su fauna se encuentran conejos, liebres, ratas de campo, ardillas, gatos monteses, coyotes, diversas aves, moscos como tábano y gegen; el clima es extremoso con temperaturas hasta de 46°C en el verano y hasta 10°C en el invierno.

## **COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE**

La población de Esperanza cuenta con estación ferroviaria, pasa por ella la carretera internacional número 15 México-Nogales, comunica con las principales poblaciones regionales con carreteras pavimentadas, cuenta con transportes urbanos, servicios de correos y telégrafos, red de telefonía, televisión y cable.

## **DEMOGRAFÍA DE ESPERANZA, SONORA**

De acuerdo al censo de población levantado por estudiantes del CECYTES y pasantes del centro de salud de la SSA de 1995 a 1996, Esperanza cuenta con una población de 11,250 habitantes ( cuadro 11). Correspondiendo a los rangos de edad que van de 1-4 al 15-20 los de más altos porcentajes con el 31.8% y el 31.34 % respectivamente, iniciándose a partir de éste rango un descenso porcentual hasta llegar al rango de 65 ó más con un 5.4% . Lo anterior significa que fue la población

infantil y juveniles la más numerosa, dato que cuenta con lo que se observó a nivel estatal y municipal.

La pirámide poblacional de Esperanza, Sonora, por edad y sexo (gráfica 1), mostró claramente la predominancia de las edades infantiles y juveniles: rango 1-4 con el 15.87 % masculinos, 16.0 % femeninos. Rango 5-9 con el 15.28 % masculinos y el 18.36% femeninos. Rango 10-14 con el 15.62 % masculinos y 15.66 % femeninos. Rango del 0-1 tuvo 5.25 % masculinos y 5.28 % femeninos; en total éstos rangos representaron el 69.5 % en la totalidad corroborando la predominancia de las edades juveniles en ésta comunidad.

## **RECURSOS EDUCATIVOS DE LA POBLACIÓN DE ESPERANZA, SONORA**

La población de Esperanza cuenta con 5 kinderes, 8 primarias, 1 secundaria, 1 bachillerato, 1 biblioteca pública, en total 16 establecimientos para la educación ( cuadro 12 ).

## **NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESPERANZA Y SU JURISDICCIÓN**

**Según datos estadísticos municipales de 1992:**

| <b>NIVEL</b>    | <b>ALUMNOS</b> | <b>PORCENTAJE</b> |
|-----------------|----------------|-------------------|
| Preescolar      | 256            | 12.2              |
| Primaria        | 5,755          | 39.5              |
| Secundaria      | 3,100          | 21.3              |
| Media terminal  | 2,189          | 15.0              |
| Media superior  | 1,032          | 7.1               |
| Superior        | 469            | 3.2               |
| Sin escolaridad | 1,772          | 12.2              |
| Total :         | 14,578         | 100               |

### **RECURSOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE ESPERANZA, SONORA**

La población de Esperanza cuenta con un centro de salud SSA, una clínica ISSSTE, ISSSTESON, Servicio Médico Militar, Cruz Roja y servicios médicos particulares. El porcentaje de aprovechamiento de éstos recursos por la población de acuerdo al número de consultas registradas por institución en un año es el siguiente: IMSS 48.10%, ISSSTE 14.10 %, ISSSTESON 7.20 %, 26.9 % a otros servicios (cuadro 13).

## **RECURSOS HUMANOS DE LA CLINICA ISSSTE DE ESPERANZA, SONORA**

2 consultorios, 2 camas, 1 mesa de exploración ginecológica, 3 básculas, 1 autoclave ( cuadro 14 ).

## **PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA DE LA POBLACIÓN ABIERTA DE ESPERANZA, SONORA**

De acuerdo al estudio de morbilidad del centro de salud SSA 1995-1996 de un total de 1,496 casos el principal motivo de demanda de consulta lo constituyó las infecciones de vías respiratorias altas con un 13.32 % de los casos seguidos por las enfermedades diarreicas agudas con el 6.58 % y el tercer lugar lo ocuparon las afecciones cervicouterinas con el 5.22 % ( cuadro 15 ). Estos resultados son parecidos a los que reportan otros estudios de la morbilidad de otras instituciones como los casos certificados de enfermedades transmisibles atendidos en las instituciones del sector salud por régimen e institución según los diez principales diagnósticos donde las infecciones respiratorias altas e intestinales son las más sobresalientes ( 13 ).

### **2. Censo de población**

**Familias de la clínica periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora**

La pirámide poblacional por edad y sexo mostró un aumento progresivo de la población a partir del grupo etáreo 15-24 que juntos constituyeron el 44.78 % del total de la muestra general la cual fue de 391 persona y correspondió a 175 individuos.

**Por sexo:**

- **Masculino:** constituyeron el 23.25% que correspondió a 90 personas de la muestra, y a 50.5% del total de masculinos de la muestra que fueron 178.
- **Femenino:** formaron el 21. 53% que correspondieron a 84 personas de la muestra y al 39.4% del total de femeninos de la muestra que fueron 213.

Para la población general derechohabiente de la clínica periférica ISSSTE de Esperanza; Sonora que en total fueron 2332 personas estos grupos etáreos constituyeron el 44.9% que correspondió al 23.2% que representaron a 542 personas y para el femenino el 21.6% que representa a 506 personas.

### **3. Diagnóstico familiar**

Los resultados de las cédulas de microdiagnóstico familiar revelaron los siguientes datos:

**Tipo familiar:** fue la familia la que mas predominó con el 70%, la extensa con el 12% , la extensa compuesta con el 18% (gráfica 3).

**Fases del ciclo vital:** la familia en etapa de dispersión fue la mayoritaria con el 66%, la de expansión con el 16%, la de independencia con el 8%, retiro ó muerte 10% (gráfica 4).

**Integración familiar:** la integrada predominó con el 72% seguida por la semintegrada con el 22%, desintegrada el 2%, no especificada el 8% .

**Años de unión conyugal:** el rango de 21-25 destacó con el 24%, el 16-20 el 18%, 11-15 el 16%, 28-30 el 12%, 6-10 el 10%, 0-5 el 8% y en el último lugar el rango 31-35 con el 6% ( gráfica 6 ).

**Situación matrimonial:** el matrimonio unido preponderó con el 81 % , lo siguió la viudez con el 8%, divorciados 2%, unión libre 2 %, no especificados el 5% ( gráfica 7 ).

**Porcentaje de ocupación de los padres:** El padre tuvo empleo el 74 % de los casos, pensionado en el 12 %, desempleado en el 2 %, no especificado 16%; la madre estuvo empleada en el 24%, pensionada el 2 %, ama de casa 70%, no especificada 4 %

( gráfica 8 ).

**Porcentaje de ingresos económicos de los padres por quincenas:** la percepción 501-1000 pesos predominó con el 56%, 1001 ó más el 12%, 500 el 9%, menos de 500 el 2%; la madre percibió de 501 a 1000 pesos en el 16% de los casos, de 1001 ó más el 10%, el resto fue ama de casa ( gráfica 9 ).

**Escolaridad de los padres:** el 30% estudió de 1-6 años, el 28% de 10-12, 18 % de 7-9 y sólo el 4.1% estudió más de 14 años (gráfica 10 ).

**Año de estudios de los hijos:** el 36.3 % tuvo estudios de 7-9 años, el 28.9 % de 1-6 años, el 22.3 % de 10-12 años, 6.6 % más de 13 años y 5.75 % fue preescolar ( gráfica 11 ).

**Vivienda:** propia 94 %, rentada 2 %, prestada 2 % ( gráfica 12 ).

**Combustible:** en el 100 % las familias utilizaron el gas butano para cocinar y el 16 % usó además leña ( gráfica 13 ).

**Agua:** el 98 % contó con agua potable, el 2 % no se especificó ( gráfica 14 ).

**Disposición de excretas:** el 72 % de las viviendas tuvieron drenaje, el 22 % fosa séptica, el 4% usaron letrinas, sólo el 2% excretó a ras del suelo. 2% no lo especificó ( gráfica 15 ).

**Disposición de basura:** el 52% de las familias se deshizo de ella a través de la red municipal, el 18% la enterró, el 16 la incineró, el 10% la tiró a cielo abierto ( gráfica 16 ).

**Hábitos higiénicos:** el 94% de las familias los tuvieron buenos, el 5% regular y deficientes en el 1% ( gráfica 17 ).

**Alimentación:** el 58% de las familias gozaron de buena alimentación, el 40% fue regular y el 2% deficiente ( gráfica 18 ).

**Toxicomanías:** se reveló que el 60% de los jefes de familia bebían alcohol, predominantemente cerveza, en cantidad regular el fin de semana habitualmente el sábado, el 28% del total encuestado fuma tabaco y el 2% otros ( gráfica 19 ).

**Planificación familiar:** el 60% tuvieron salpingoclasia, el 8% usa anticonceptivos orales, el 2% tiene dispositivo intrauterino, el 16% utiliza otros medios y el 12% no utiliza ninguno ( gráfica 20 ).

#### **4. Morbilidad**

De las diez entidades morbosas principales motivos de consulta en la clínica periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora las infecciones respiratorias altas fueron las que ocuparon el primero lugar con 355 consultas de primera vez que representaron el 40.40% de un total de 878 consultas que se brindaron en cuatro meses, con una tasa del 15.20. El segundo lugar lo ocupó la hipertensión arterial sistémica con 123 consultas de primera vez que representaron el 14%, con una tasa del 5.27, en tercer lugar se colocaron las patologías reumáticas con 47 consultas que significó un

porcentaje del 5.35%, y una tasa del 2.01. Las restantes entidades morbosas estuvieron constituidas en orden de frecuencia por la colitis, infecciones urinarias, diabetes mellitus, parásitos intestinales, gastroenteritis infecciosa, neurosis, siendo la depresión emocional la última de ellas con una totalidad de 14 consultas de primera vez que representaron un porcentaje del 21.95% y una tasa del 0.60.

# **CUADROS**

# **Y**

# **GRAFICAS**

**CUADRO 1 POBLACIÓN TOTAL DEL ESTADO DE SONORA  
1950-1990**

| AÑO  | TOTAL   | HOMBRES | %    | MUJERES | %    |
|------|---------|---------|------|---------|------|
| 1950 | 510607  | 255825  | 50.1 | 254782  | 49.9 |
| 1960 | 783378  | 395965  | 50.5 | 387413  | 49.9 |
| 1970 | 1098720 | 551496  | 50.2 | 547224  | 49.8 |
| 1980 | 1513731 | 761047  | 50.3 | 752684  | 49.7 |
| 1990 | 1823606 | 915088  | 50.2 | 908518  | 49.8 |

FUENTE: SONORA, RESULTADOS DEFINITIVOS, VII, VIII, IX, X CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1950, 1960, 1970, 1980, 1990 INEGI.

**CUADRO 2 POBLACIÓN DE 15 AÑOS O MÁS  
SEGÚN NIVEL INSTRUCCIÓN AL 12  
DE MARZO DE 1990 EN EL ESTADO DE  
SONORA**

|                      |       |
|----------------------|-------|
| INSTRUCCIÓN PRIMARIA | 52 %  |
| PRIMARIA COMPLETA    | 17.8% |
| PRIMARIA INCOMPLETA  | 21.7% |
| SIN INSTRUCCION      | 6.9%  |
| NO ESPESIFICADO      | 1.6%  |

FUENTE:                      XI CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 1990 INEGI

**CUADRO 3 POBLACIÓN DERECHOAHABIENTE  
SEGÚN INSTITUCIÓN EN EL ESTADO DE  
SONORA 1988 - 1994**

| INSTITUCIÓN            | 1988 - 1994    |
|------------------------|----------------|
| IMSS                   | 768732         |
| ISSSTE                 | 16301          |
| RESTO DE INSTITUCIONES | 75632          |
| <b>TOTAL</b>           | <b>1053776</b> |

FUENTE: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO.DIRECCIÓN GRAL. DE  
PLANEACIÓN: DPTO. ESTADÍSTICA Y EVALUACIÓN.

**CUADRO 4 RECURSOS HUMANOS EN LAS UNIDADES MEDICAS DEL SECTOR SALUD POR  
INSTITUCIÓN SEGÚN TIPO DE PERSONAL EN EL ESTADO DE SONORA  
1991 - 1994**

| TIPO DE PERSONAL                                        | IMSS | ISSSTE | ISSSTESON | TOTAL |
|---------------------------------------------------------|------|--------|-----------|-------|
| PERSONAL MÉDICO                                         | 1428 | 351    | 194       | 1873  |
| PERSONAL PARAMÉDICO                                     | 2815 | 492    | 272       | 3579  |
| SERVICIOS AUXILIARES DE<br>DIAGNÓSTICO Y<br>TRATAMIENTO | 266  | 41     | 90        | 336   |
| OTRO PERSONAL                                           | 1750 | 590    | 283       | 2623  |

FUENTE: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE SONORA. DIRECCIÓN GRAL.  
DE PLANEACIÓN: DPTO. DE ESTADÍSTICA INFORMÁTICA.

**CUADRO 5 RECURSOS MATERIALES EN LAS UNIDADES MÉDICAS  
DEL SECTOR SALUD POR INSTITUCIÓN 1991 - 1994**

| CONCEPTO               | IMSS | ISSSTE | ISSSTESON | TOTAL |
|------------------------|------|--------|-----------|-------|
| CAMAS CENSABLES        | 1063 | 187    | 154       | 1404  |
| CONSULTORIOS           | 430  | 124    | 46        | 600   |
| GABINETES RADIOLÓGICOS | 25   | 5      | 1         | 31    |
| LABORATORIOS           | 18   | 5      | 2         | 25    |
| QUIRÓFANOS             | 35   | 8      | 5         | 48    |
| SALAS DE EXPULSIÓN     | 20   | 5      | 2         | 27    |

FUENTE: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO.  
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN; DEPTO. DE  
ESTADÍSTICA Y EVALUACIÓN

**CUADRO 6 POBLACIÓN TOTAL POR SEXO  
MUNICIPIO DE CAJEME 1950-1990**

| ANO  | TOTAL  | HOMBRES | %    | MUJERES | %    |
|------|--------|---------|------|---------|------|
| 1950 | 63025  | 31678   | 50.3 | 31347   | 49.7 |
| 1960 | 124162 | 62246   | 50.1 | 61916   | 49.9 |
| 1970 | 182904 | 90511   | 49.5 | 92393   | 50.5 |
| 1980 | 255845 | 127535  | 49.8 | 128310  | 50.2 |
| 1990 | 311443 | 153821  | 49.4 | 157822  | 50.6 |

FUENTE: SONORA RESULTADOS DEFINIDOS VII, VIII, IX, X, XI CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA  
1950, 1960, 1970, 1980, 1990 INEGI.

**CUADRO 7 POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN EL MUNICIPIO  
DE CAJEME AL 12 DE MAYO DE 1990**

|                          |       |
|--------------------------|-------|
| INSTRUCCIÓN POSTPRIMARIA | 57.5% |
| PRIMARIA COMPLETA        | 16.3% |
| PRIMARIA INCOMPLETA      | 18.4% |
| SIN INSTRUCCION          | 6.7%  |
| NO ESPECIFICADO          | 1.1%  |

FUENTE: XI CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 1990 INEGI

**CUADRO 8 POBLACIÓN DERECHOHABIENTE SEGÚN INSTITUCIÓN EN EL  
MUNICIPIO DE CAJEME**

| INSTITUCIÓN            | DERECHOHABIENTES |
|------------------------|------------------|
| IMSS                   | 170674           |
| ISSSTE                 | 28860            |
| ISSSTESON              | 6675             |
| RESTO DE INSTITUCIONES | 10353            |
| TOTAL                  | 210674           |

FUENTE: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO.

**CUADRO 9 PRINCIPALES RECURSOS MATERIALES EN LAS UNIDADES MÉDICAS  
DEL SECTOR SALUD POR INSTITUCIÓN  
MUNICIPIO DE CAJEME 1991 - 1994**

| CONCEPTO               | IMSS | ISSSTE | ISSSTESON |
|------------------------|------|--------|-----------|
| CAMAS CENSABLES        | 311  | 49     | 34        |
| CONSULTORIOS           | 98   | 25     | 10        |
| GABINETES RADIOLOGICOS | 5    | 1      |           |
| LABORATORIOS           | 3    | 1      | 1         |
| QUIROFANOS             | 13   | 2      | 1         |
| SALAS DE EXPULSION     | 2    | 1      | 1         |

FUENTE: SECRETARÍA DE SALUD EN EL ESTADO.

**CUADRO 10 RECURSOS HUMANOS EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL SECTOR SALUD  
POR INSTITUCIÓN SEGÚN TIPO PERSONAL 1991- 1994  
MUNICIPIO DE CAJEME**

| TIPO DE PERSONAL                               | IMSS | ISSSTE | ISSSTESON |
|------------------------------------------------|------|--------|-----------|
| PERSONAL MEDICO                                | 468  | 78     | 54        |
| PERSONAL PARAMÉDICO                            | 1014 | 99     | 64        |
| SERVICIOS AUXILIARES DE<br>DIAG. Y TRATAMIENTO | 102  | 8      | 10        |
| OTRO PERSONAL                                  | 497  | 158    | 67        |

FUENTE: SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO.

**DEMOGRAFÍA**  
**CUADRO 11 POBLACIÓN GENERAL DE ESPERANZA, SONORA.**

| EDAD         | MASCULINO   | %          | FEMENINO    | %          | TOTAL        | %          |
|--------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|------------|
| -1           | 278         | 5.25       | 315         | 5.28       | 593          | 5.2        |
| 1-4          | 839         | 15.87      | 956         | 16         | 1795         | 15.19      |
| 5-9          | 808         | 15.28      | 1095        | 18.36      | 1903         | 16.9       |
| 10-14        | 831         | 15.72      | 934         | 15.6       | 1765         | 15.6       |
| 15-20        | 827         | 15.64      | 937         | 15.7       | 1764         | 15.7       |
| 21-34        | 764         | 14.45      | 661         | 11         | 1425         | 12.6       |
| 35-49        | 439         | 8.3        | 566         | 9.49       | 1005         | 8.9        |
| 50-54        | 353         | 6.67       | 342         | 5.73       | 695          | 6.5        |
| 65 Y +       | 147         | 2.78       | 158         | 2.64       | 305          | 2.7        |
| <b>TOTAL</b> | <b>5286</b> | <b>100</b> | <b>5964</b> | <b>100</b> | <b>11250</b> | <b>100</b> |

FUENTE. CENSO: CENTRO DE SALUD SSA 1995 - 1996

**CUADRO 12 RECURSOS EDUCATIVOS DE LA POBLACIÓN DE ESPERANZA, SONORA.**

| CENTRO EDUCATIVO   | NÚMERO |
|--------------------|--------|
| KINDER             | 5      |
| PRIMARIA           | 8      |
| SECUNDARIA         | 1      |
| BACHILLERATO       | 1      |
| BIBLIOTECA PÚBLICA | 1      |
| TOTAL              | 16     |

FUENTE: CENTRO DE SALUD 1996.

**CUADRO 13 SERVICIOS MÉDICOS DE LA POBLACIÓN DE ESPERANZA, SONORA  
POR PORCENTAJE DE CONSULTAS REGISTRADAS.**

|                 |        |
|-----------------|--------|
| IMSS            | 48.10% |
| ISSSTE          | 14.10% |
| ISSSTESON       | 7.20%  |
| CENTRO DE SALUD | 3.70%  |
| PARTICULAR      | 13.80% |
| OTROS           | 4.10%  |
| NINGUNO         | 8.0%   |

FUENTE: CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 1992.

**CUADRO 14 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES DE LA CLINICA PERIFÉRICA  
ISSSTE DE ESPERANZA, SONORA.**

| RECURSOS HUMANOS                                     | CANTIDAD | RECURSOS MATERIALES | CANTIDA |
|------------------------------------------------------|----------|---------------------|---------|
| PERSONAL MEDICO                                      | 1        | CONSULTORIOS        | 2       |
| PERSONAL PARAMEDICO                                  | 1        | CAMA DE EXPLORACIÓN | 2       |
| SERVICIOS AUXILIARES DE<br>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO |          | MESA GINECOLÓGICA   | 1       |
| LIMPIEZA                                             | 1        | BÁSCULAS            | 3       |
| VIGILANCIA                                           | 1        | ESTERILIZADOR       | 1       |
| TOTAL                                                | 4        | TOTAL               | 9       |

FUENTE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS CLÍNICA “B” ISSSTE CD. OBREGON.

**CUADRO 15 PRINCIPALES MOTIVOS DE DEMANDA DE CONSULTA EN LA  
POBLACIÓN ABIERTA DE ESPERANZA, SONORA.**

| MOTIVO                        | Nº. DE CONSULTAS | %     |
|-------------------------------|------------------|-------|
| ENFERMEDAD VIAS RESPIRATORIAS | 465              | 13.32 |
| ENFERMEDADES DIARREICAS       | 230              | 6.58  |
| CERVICOVAGINITIS              | 182              | 5.22  |
| PARASITOSIS                   | 127              | 3.64  |
| DERMATITIS                    | 107              | 3.06  |
| DESHIDRATACIÓN                | 103              | 2.95  |
| ENF. TRASMISION SEXUAL        | 100              | 2.86  |
| OTITIS AGUDA                  | 70               | 2.01  |
| INF. VIAS URINARIAS           | 62               | 1.77  |
| ENF. REUMATOLÓGICAS           | 30               | 0.86  |
| TODAS LAS DEMAS               | 2016             | 57.73 |
| TOTAL                         | 3492             | 100.0 |

FUENTE: CENTRO DE SALUD SSA 1995 - 1996.

**CUADRO 16 ESTABLECIMIENTOS DE CONSUMO Y VENTA DE BEBIDAS  
ALCOHÓLICAS EN LA POBLACIÓN DE ESPERANZA, SONORA.**

| ESTABLECIMIENTO                                   | NÚMERO |
|---------------------------------------------------|--------|
| CANTINAS                                          | 5      |
| DEPÓSITOS DE CERVEZA                              | 4      |
| EXPENDIO DE LICOR Y CERVEZA                       | 4      |
| TIENDAS DE SERVICIO CON VENTAS DE LICOR Y CERVEZA | 1      |
| TOTAL                                             | 14     |

FUENTE

DIRECCIÓN DE ALCOHOLES  
GOBIERNO DEL ESTADO

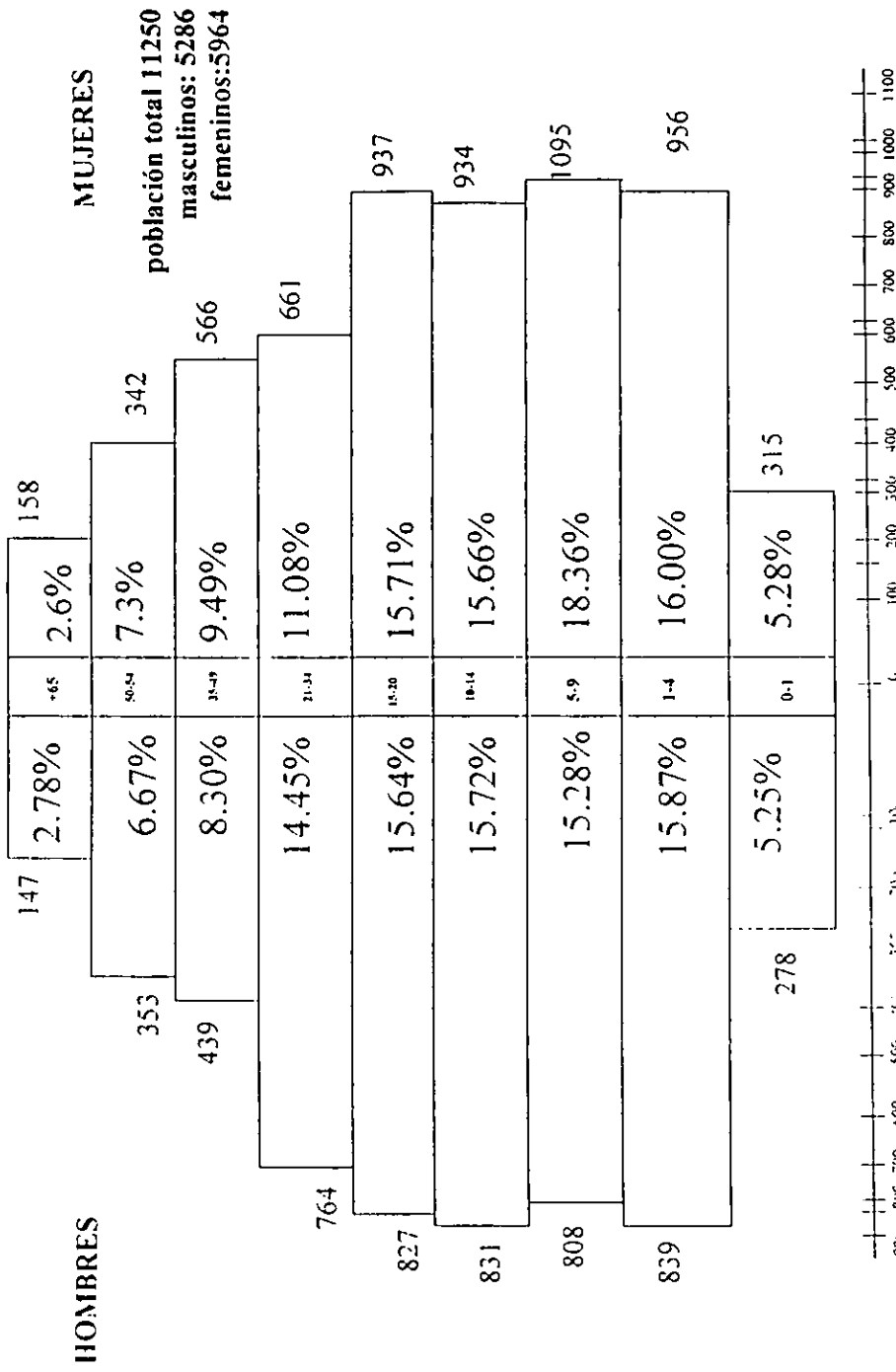
**CUADRO 17 PRINCIPALES DIEZ ENTIDADES MORBOSAS MOTIVOS DE CONSULTA. CLÍNICA  
PERIFÉRICA ISSSTE DE ESPERANZA, SONORA. 1996**

| AFECCION PRINCIPAL                         | CODIGO C.I.E.<br>1975 | CONSULTAS DE<br>PRIMERA VEZ | %             | TASA         |
|--------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|---------------|--------------|
| INFECCIÓN VIAS<br>RESPIRATORIAS SUPERIORES | 460-466               | 355                         | 40.40         | 15.20        |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL<br>SISTÉMICA         | 401-405               | 123                         | 14.00         | 5.27         |
| DOLORES REUMÁTICOS                         | 710-739               | 47                          | 5.35          | 2.10         |
| COLITIS                                    | 001-999               | 39                          | 4.44          | 1.67         |
| INFECCIONES URINARIAS                      | 580-589               | 32                          | 3.64          | 1.37         |
| DIABETES MELLITUS                          | 250                   | 28                          | 3.18          | 1.20         |
| PARASITOS INTESTINALES                     | 129                   | 18                          | 2.05          | 0.77         |
| GASTROENTERITIS<br>INFECCIOSA              | 001-009               | 15                          | 1.70          | 0.64         |
| NEUROSIS                                   | 300                   | 15                          | 1.70          | 0.64         |
| DEPRESIÓN EMOCIONAL                        | 290-319               | 14                          | 1.59          | 0.60         |
| DEMÁS AFECCIONES                           | 001-999               | 129                         | 21.95         | 8.23         |
| <b>TOTAL</b>                               | <b>001-999</b>        | <b>878</b>                  | <b>100.00</b> | <b>37.96</b> |

POBLACIÓN DERECHOHABIENTE JUNIO 96: 2332  
FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO

# PIRAMIDE POBLACIONAL POR EDAD Y SEXO

grafica . 1 población general de Esperanza, Sonora.

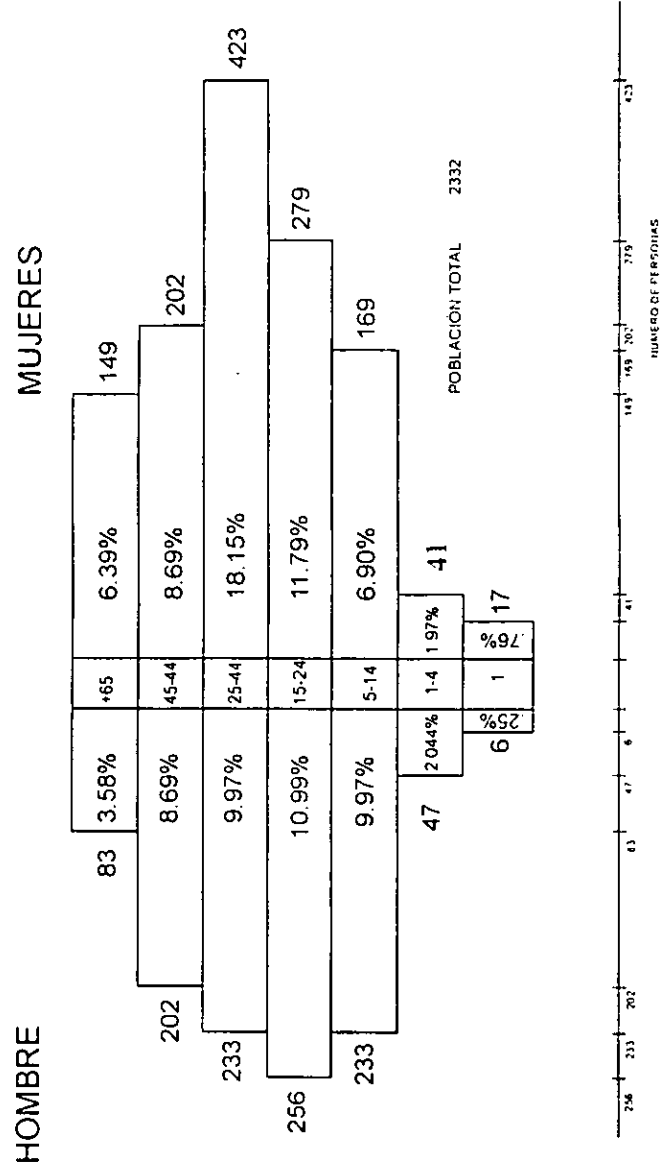


número de personas

Fuente:

número de personas  
censo: Centro de salud SSA 1995-1996

PIRAMIDE DE POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO  
GRÁFICA 2.

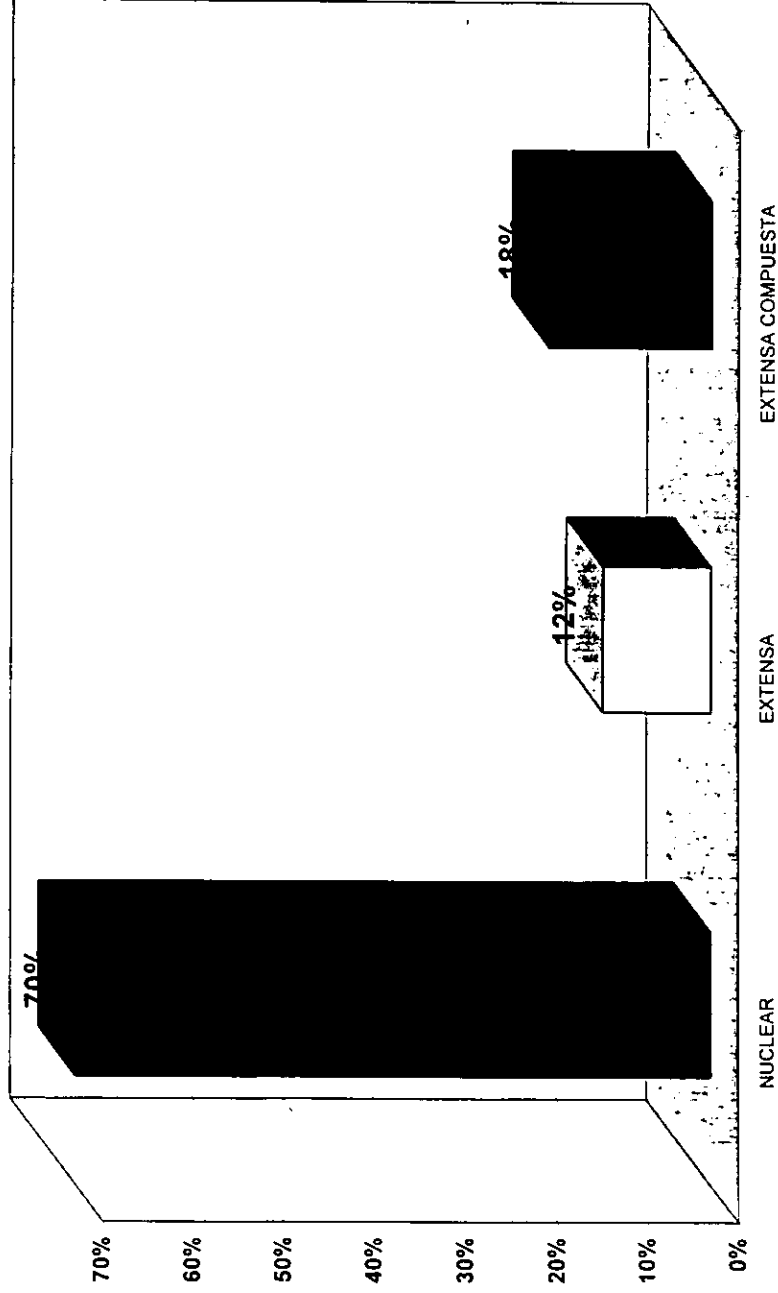


FUENTE

ENCUESTA: 100 TARJETAS DEL DEPARTAMENTO DE VIGENCIAS.

## TIPO FAMILIAR

GRÁFICA 3. FAMILIAS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA ISSSTE DE ESPERANZA, SONORA.

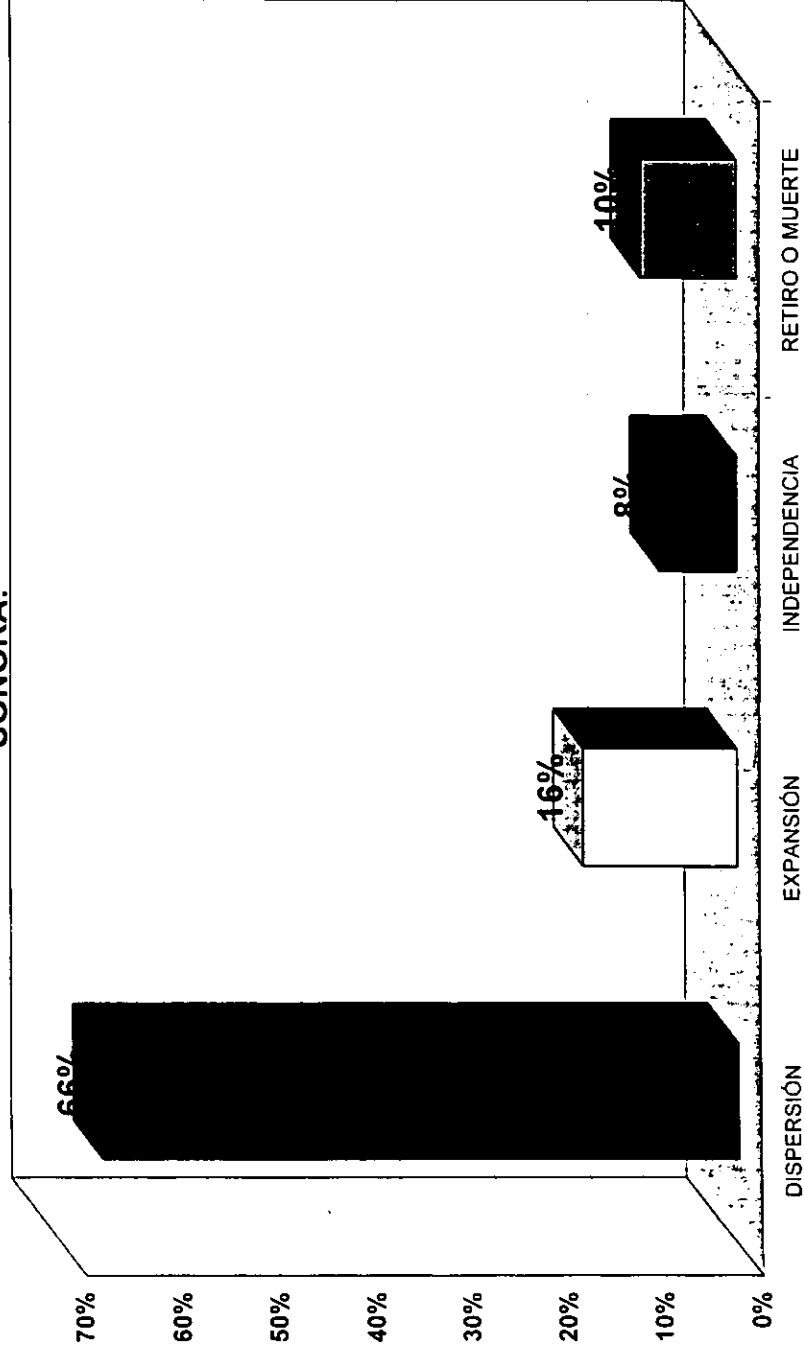


FUENTE.

ENCUESTA: CÉDULAS DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

## FASE DEL CICLO VITAL

GRÁFICA 4. FAMILIAS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA ISSSTE DE ESPERANZA, SONORA.

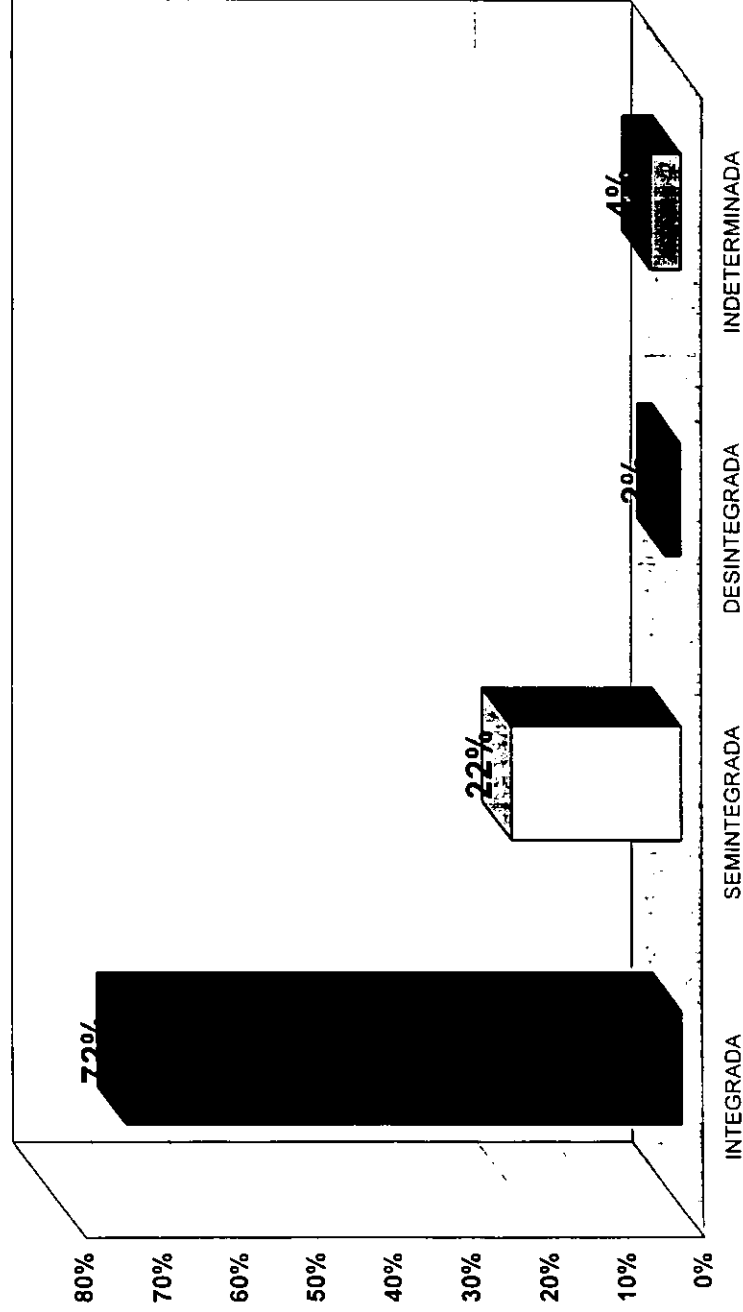


FUENTE.

ENCUESTA: CÉDULAS DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

## INTEGRACIÓN FAMILIAR

GRÁFICA 5. FAMILIAS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA ISSSTE DE  
ESPERANZA SONORA.

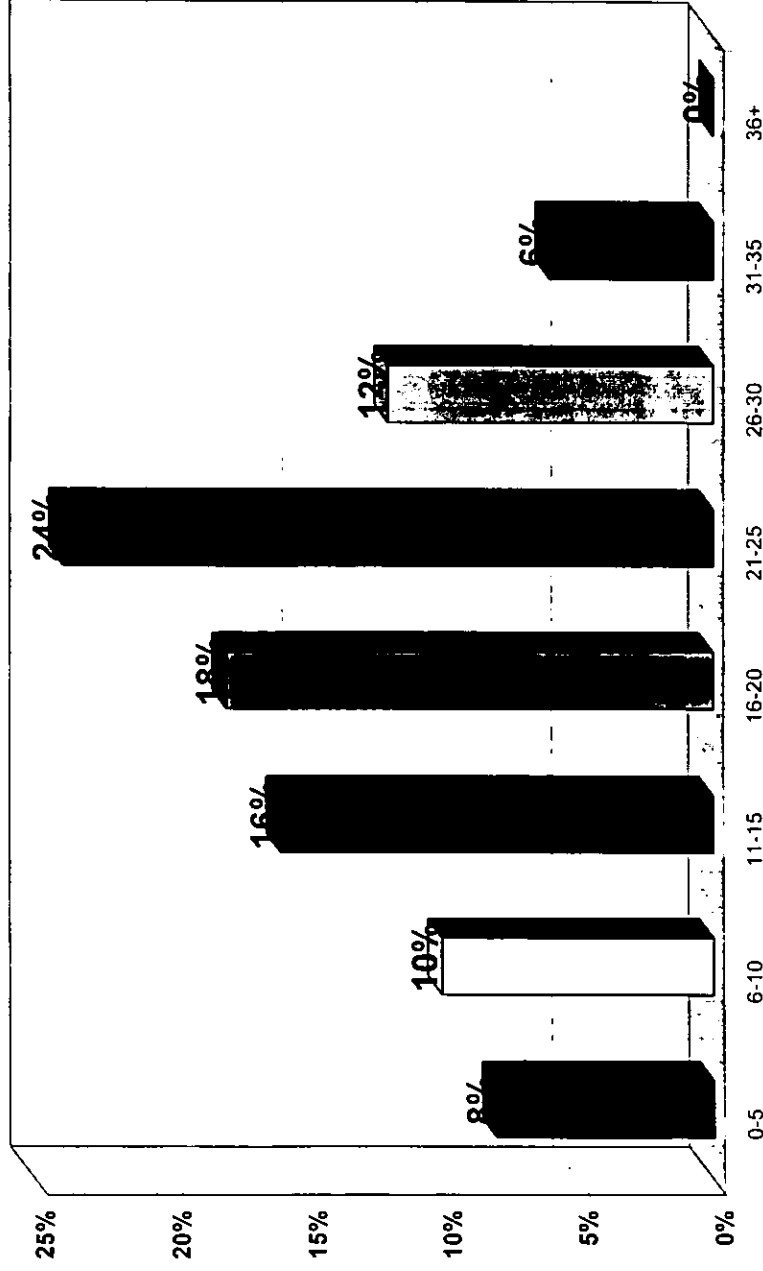


FUENTE.

ENCUESTA: CÉDULAS DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

## AÑOS DE UNION CONYUGAL

GRÁFICA 6. FAMILIAS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA ISSSTE DE ESPERANZA, SONORA.

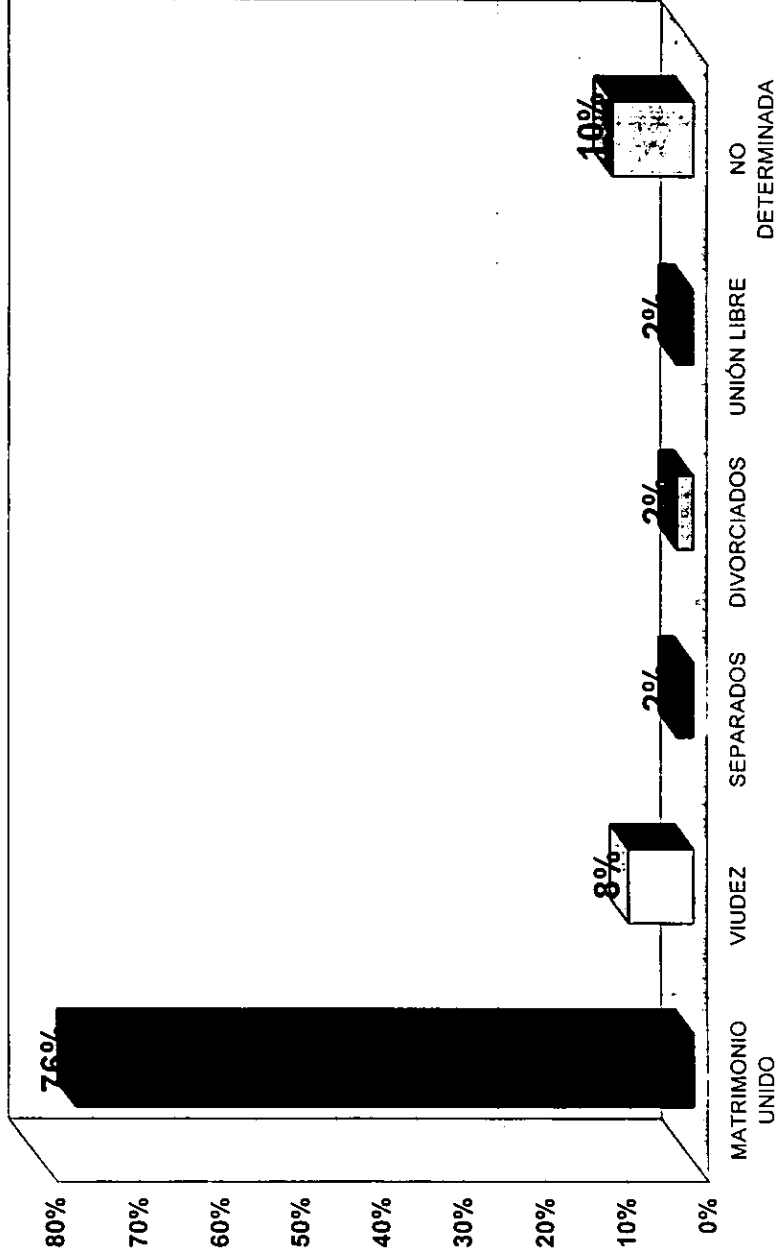


FUENTE.

ENCUESTA: CÉDULAS DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

## SITUACIÓN MATRIMONIAL

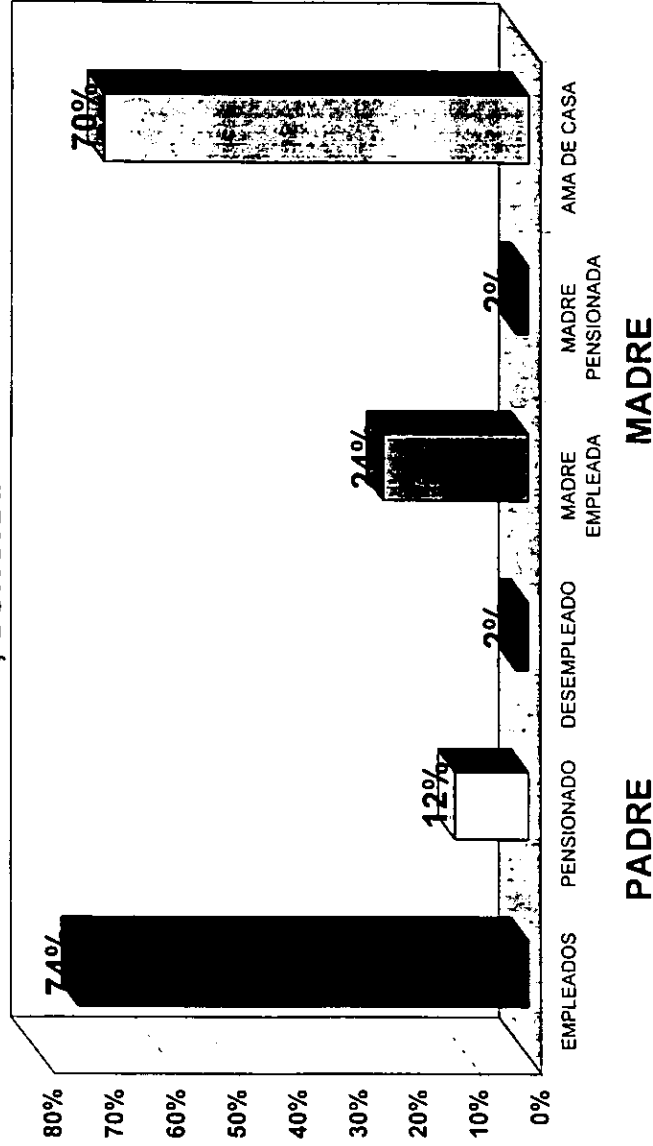
GRÁFICA 7. FAMILIAS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA ISSSTE DE  
ESPERANZA, SONORA.



FUENTE: ENCUESTA: CÉDULAS DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

## PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE LOS PADRES

GRÁFICA 8. FAMILIAS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA ISSSTE DE ESPERANZA, SONORA.

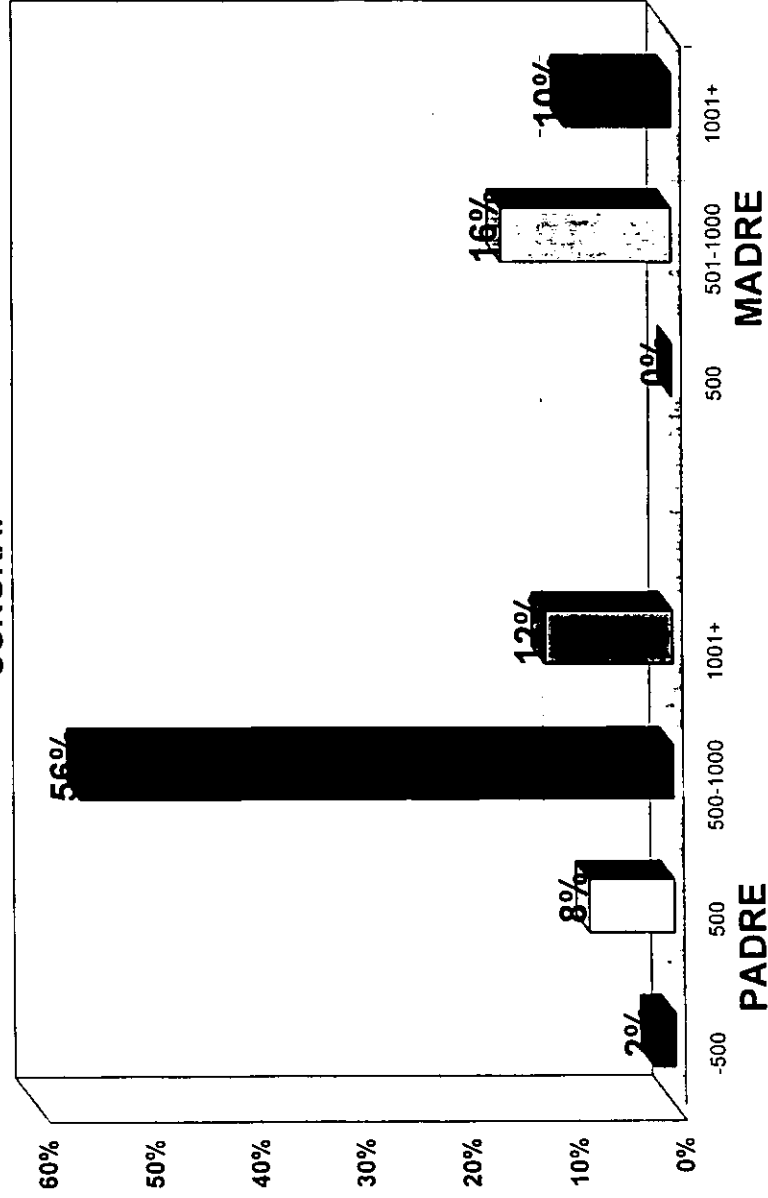


FUENTE.

ENCUESTA: CÉDULAS DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

# PORCENTAJES DE INGRESOS ECONÓMICOS QUINCENALES DE LOS PADRES

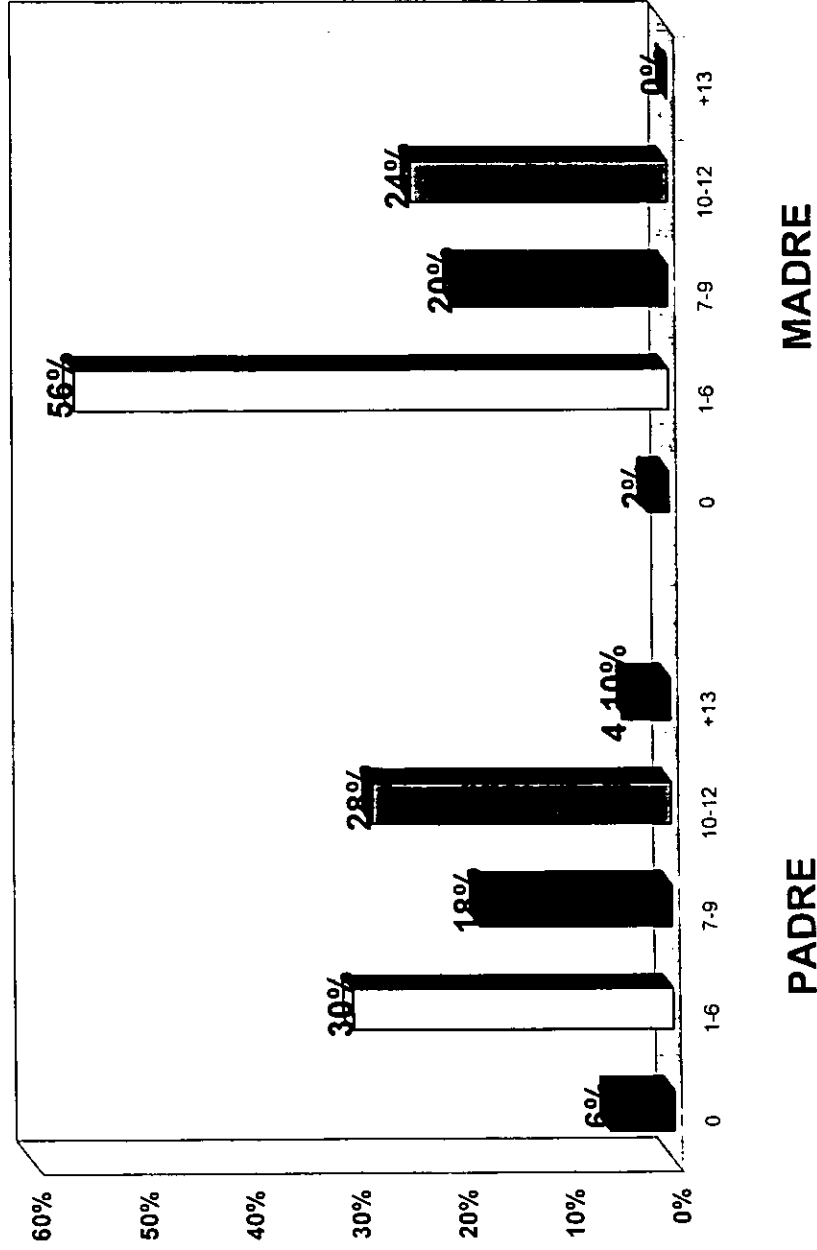
GRÁFICA 9. FAMILIAS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA ISSSTE DE ESPERANZA,  
SONORA.



FUENTE: ENCUESTA: CÉDULAS DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

## ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

GRÁFICA 10. FAMILIAS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA ISSSTE DE  
ESPERANZA, SONORA.

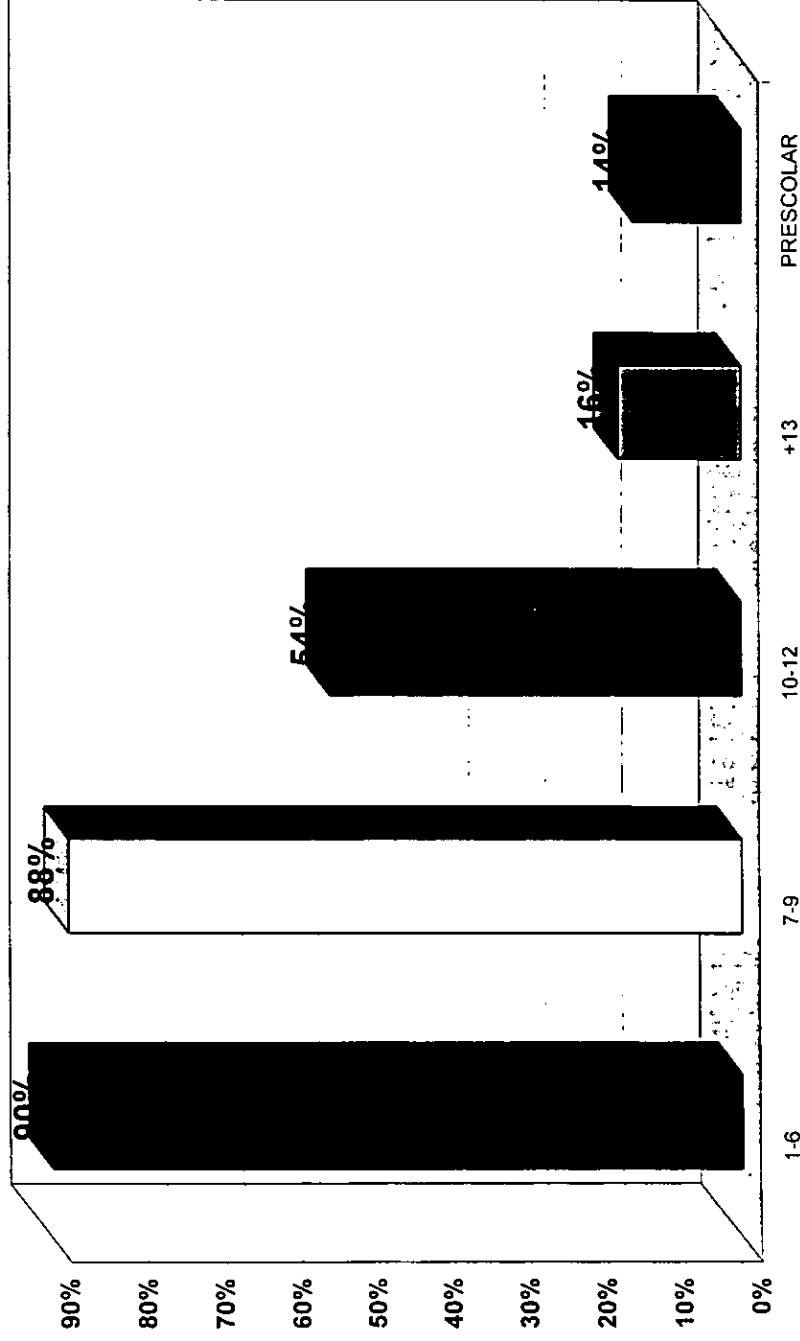


FUENTE.

ENCUESTA: CÉDULAS DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

## AÑOS DE ESTUDIO DE LOS HIJO

GRÁFICA 11. FAMILIAS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA ISSSTE DE  
ESPERANZA, SONORA.

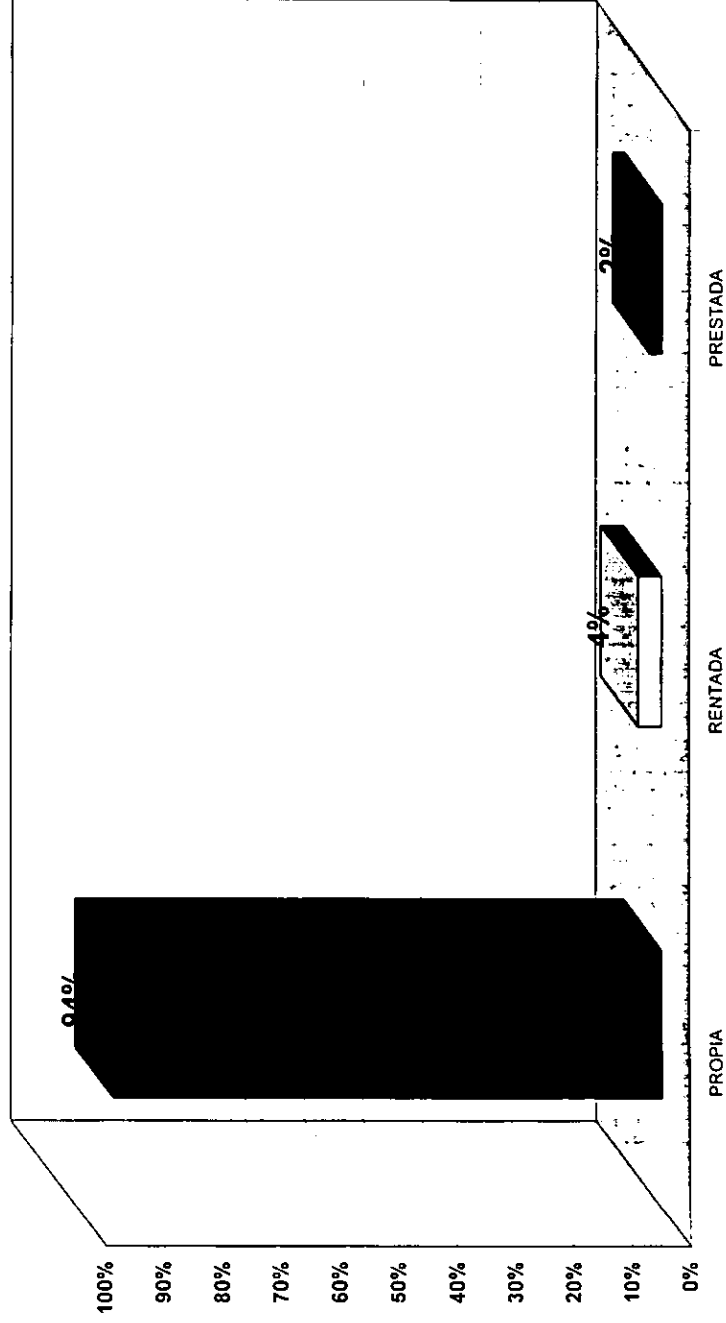


FUENTE.

ENCUESTA: CÉDULAS DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

## VIVIENDA

GRÁFICA 12. FAMILIAS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA ISSSTE DE  
ESPERANZA, SONORA.

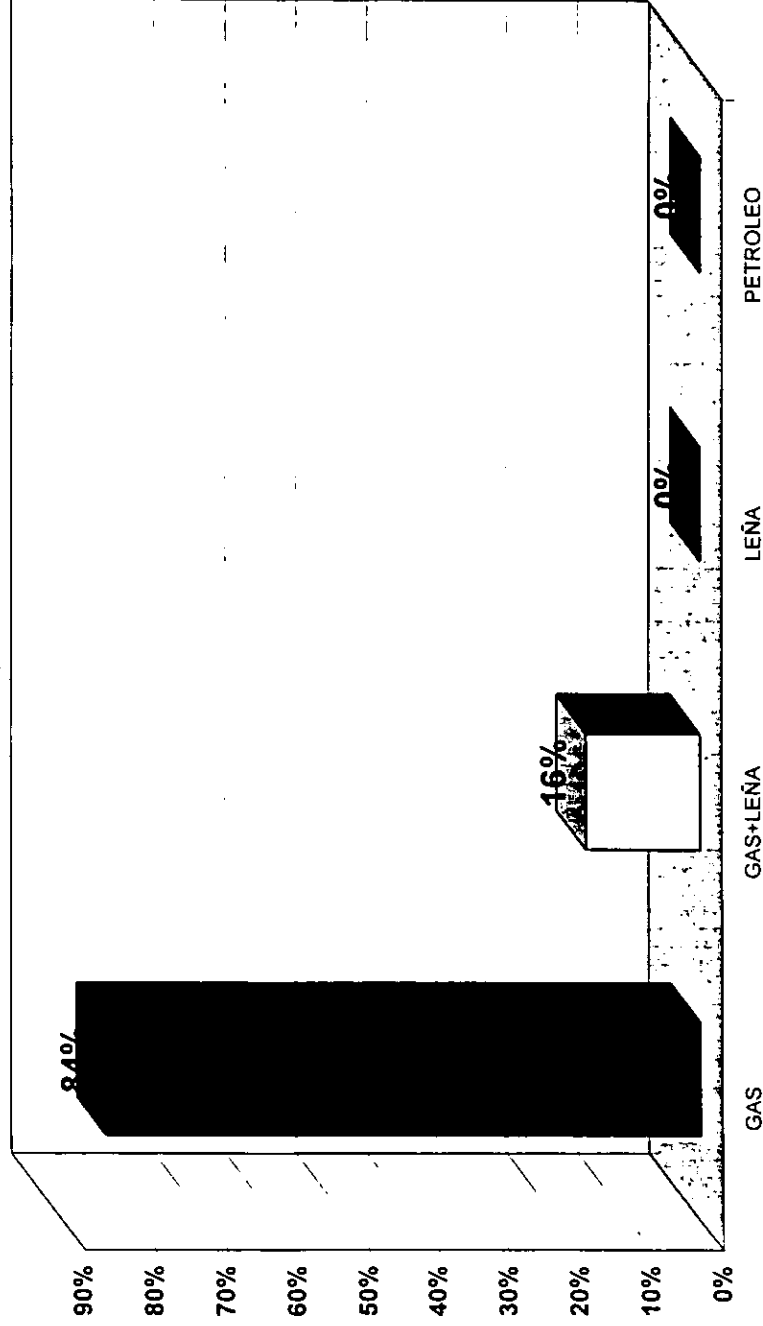


FUENTE.

ENCUESTA: CÉDULAS DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

## TIPO DE COMBUSTIBLES UTILIZADOS PARA COCINAR

GRÁFICA 13. FAMILIAS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA ISSSTE DE  
ESPERANZA, SONORA.

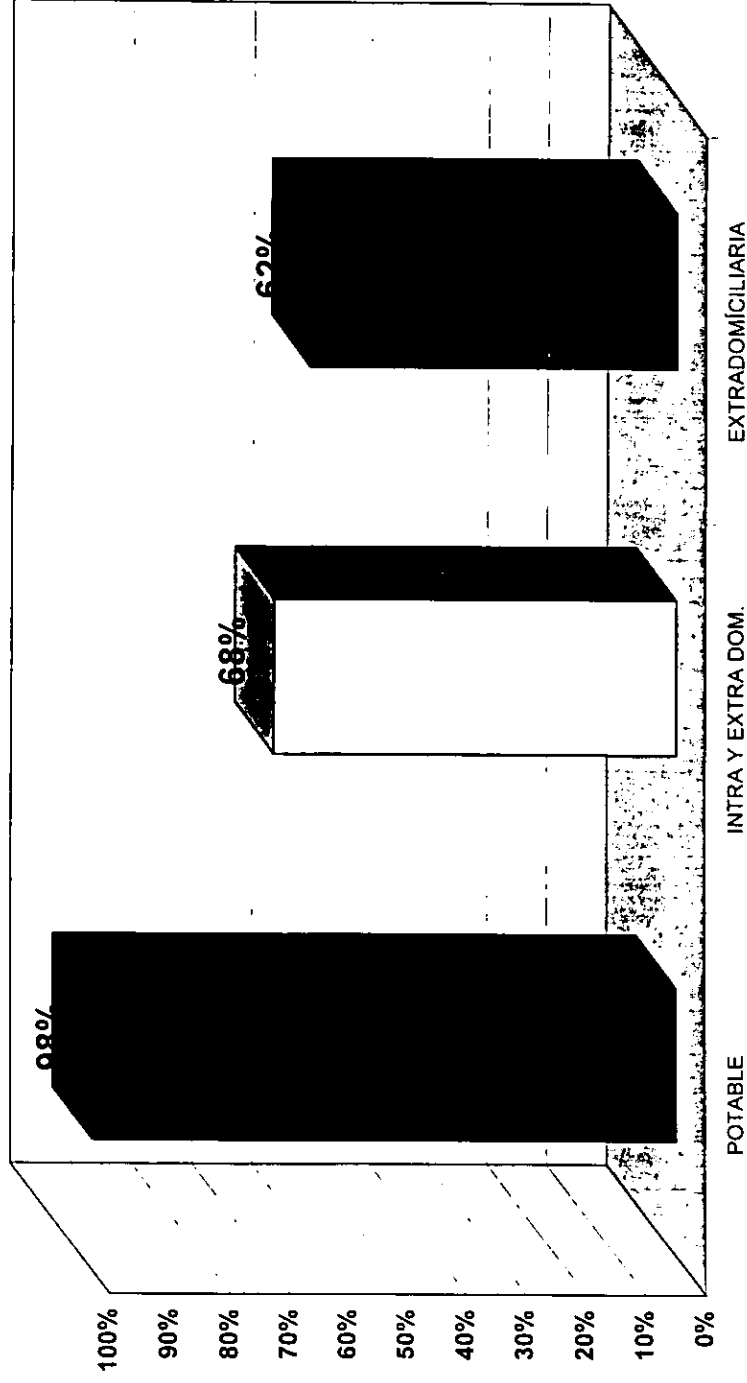


FUENTE.

ENCUESTA: CÉDULAS DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

## AGUA PARA USO DOMÉSTICO

GRÁFICA 14. FAMILIAS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA ISSSTE DE  
ESPERANZA, SONORA.

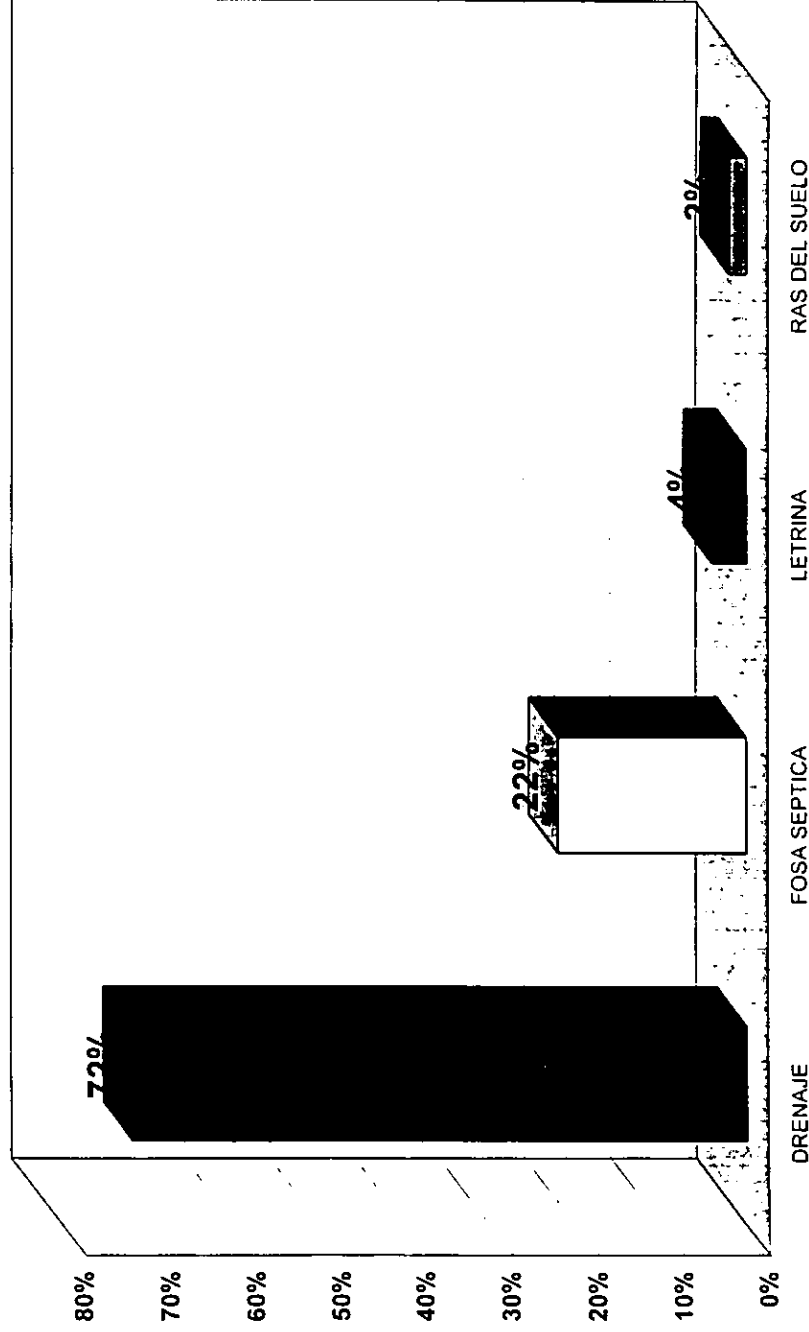


FUENTE.

ENCUESTA: CÉDULAS DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

## DISPOSICIÓN DE EXCRETAS

GRÁFICA 15. FAMILIAS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA ISSSTE DE  
ESPERANZA, SONORA.

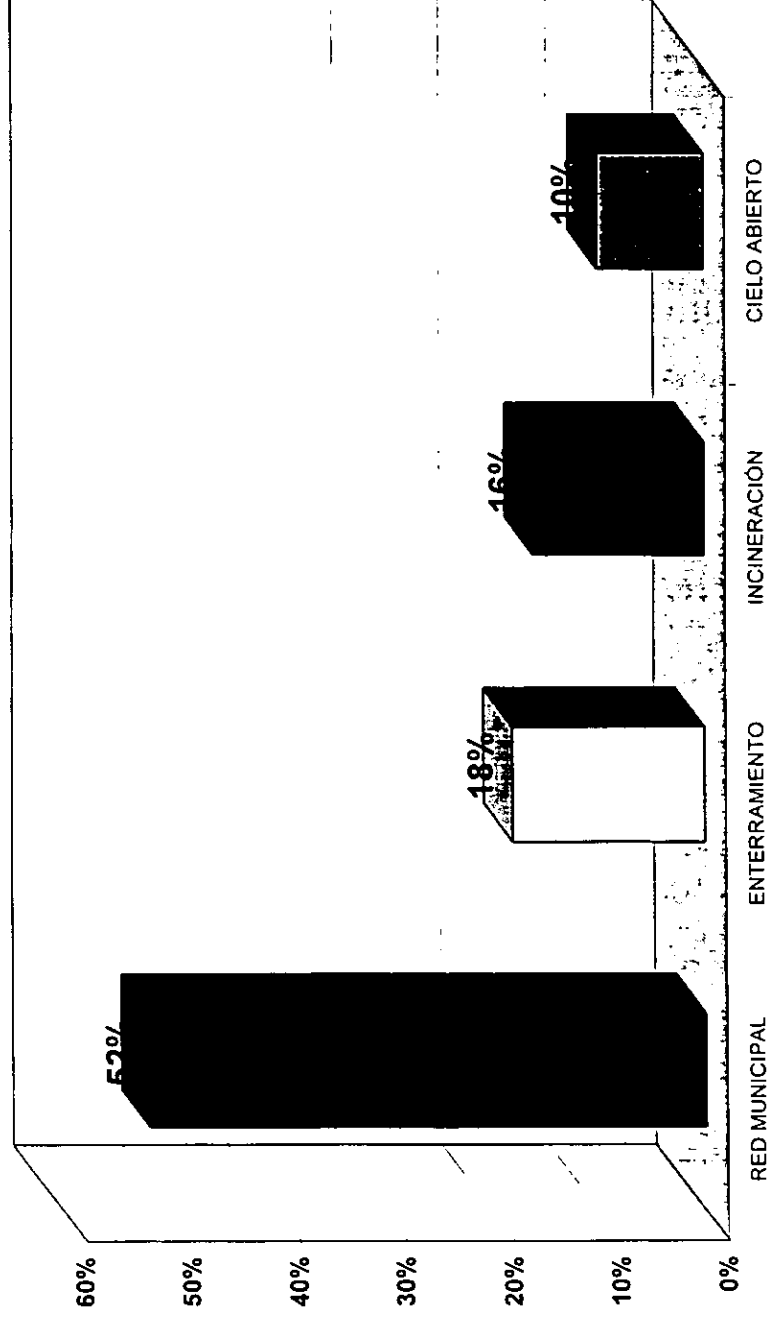


FUENTE:

ENCUESTA: CÉDULAS DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

## DISPOSICIÓN DE BASURA

GRÁFICA 16. FAMILIAS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA ISSSTE DE  
ESPERANZA, SONORA.

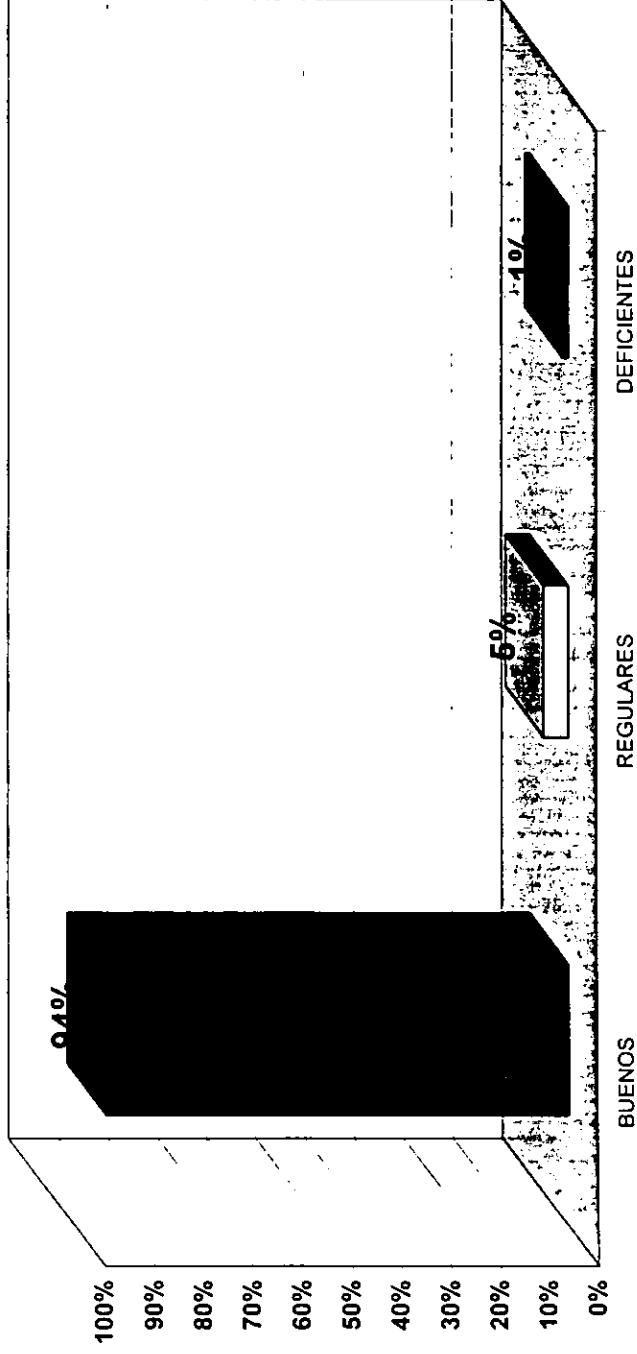


FUENTE.

ENCUESTA: CÉDULAS DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

## HÁBITOS HIGIÉNICOS

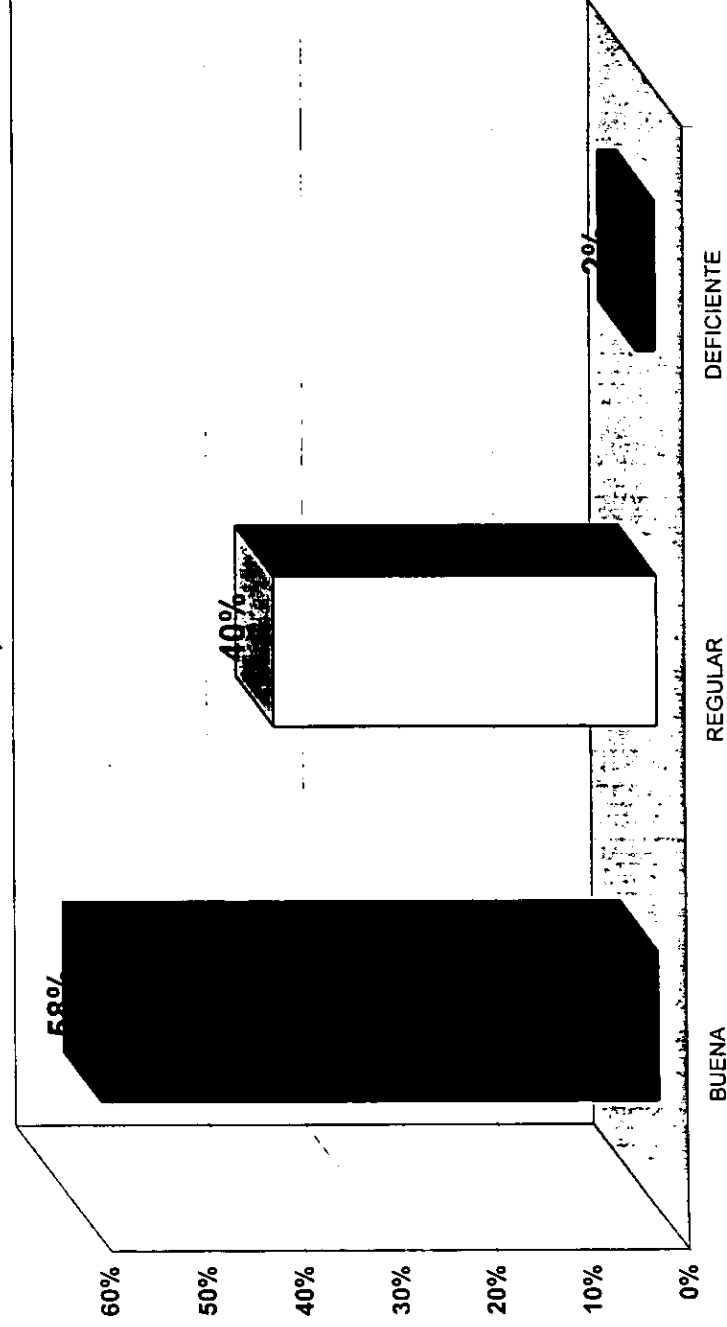
GRÁFICA 17. FAMILIAS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA ISSSTE DE  
ESPERANZA, SONORA.



FUENTE. ENCUESTA: CÉDULAS DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

## ALIMENTACIÓN

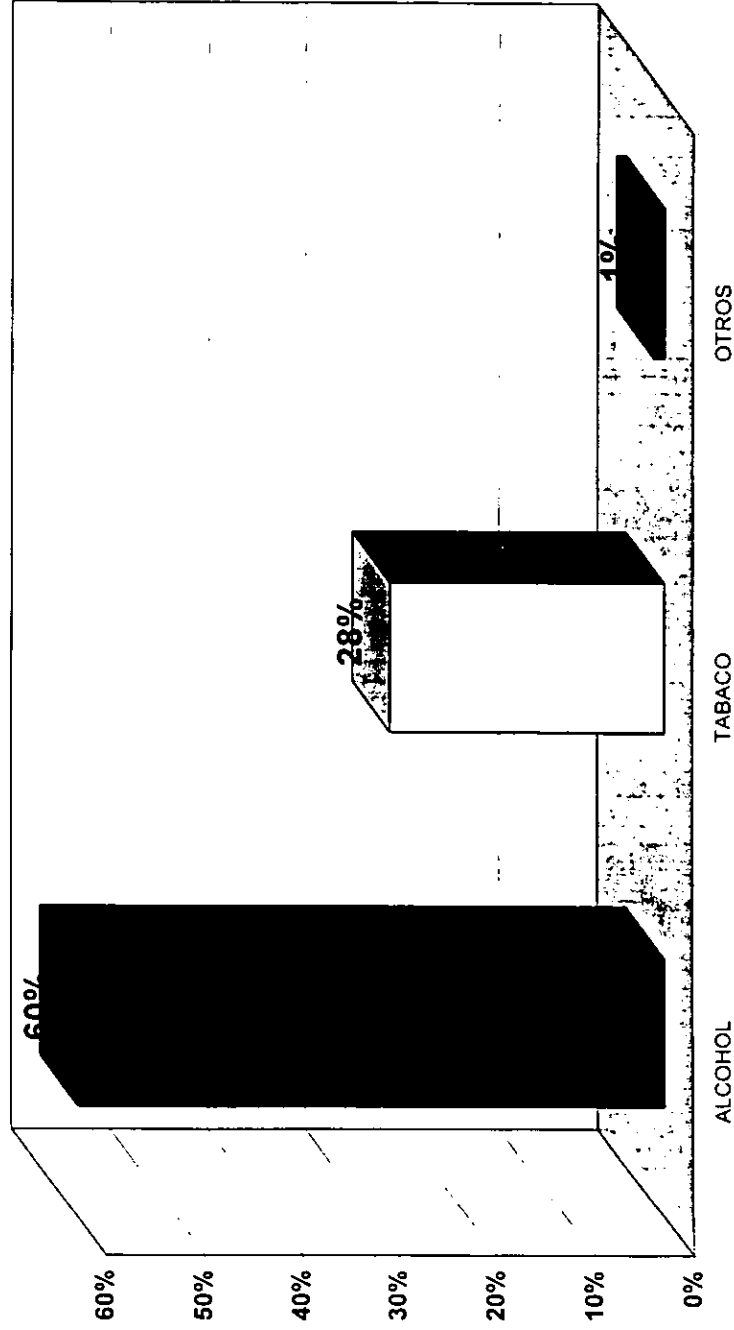
GRÁFICA 18. FAMILIAS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA ISSSTE DE  
ESPERANZA, SONORA.



FUENTE. ENCUESTA: CÉDULAS DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

## TOXICOMANÍAS

GRÁFICA 19. JEFES DE FAMILIA QUE CONSUMEN ALGUNA DROGA.  
CLÍNICA PERIFÉRICA ISSSTE DE ESPERANZA, SONORA.

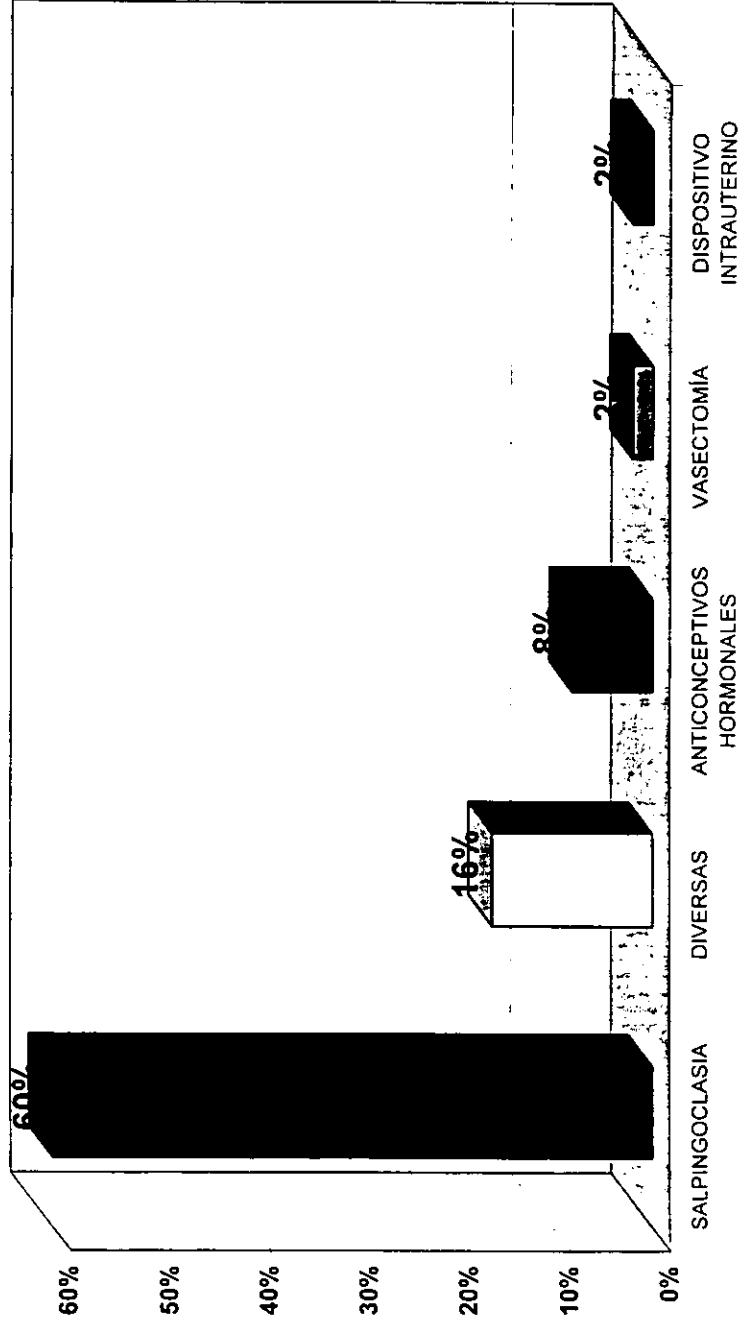


FUENTE:

ENCUESTA: CÉDULAS DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIA.

## PLANIFICACIÓN FAMILIAR

GRÁFICA 20. FAMILIAS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA ISSSTE DE  
ESPERANZA, SONORA.



FUENTE.

ENCUESTA: CÉDULAS DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

## VII. DISCUSIÓN

El censo poblacional que se plasmó en la pirámide poblacional señaló que la población mayoritaria estuvo formada por jóvenes que constituyeron la base de dicha estructura, dato que concordó con el que reporta las poblaciones estatales y municipales y que será de gran valor en los futuros programas de educación y de salud que se vayan a establecer.

Las cédulas de microdiagnóstico familiar enseñaron el predominio de las familias nucleares, dispersas, integradas y unidas. Padres de familia en su mayoría empleados, madres colaboradoras con los ingresos familiares, un buen nivel educacional de los padres e hijos, buenos hábitos higiénicos y dietéticos, viviendas propias tipo urbanas en su mayoría; pero también nos reportaron factores de riesgo importantes como lo es la alta tasa de alcoholismo detectadas en los jefes de familia, lo cual es acorde a la amplia tolerancia social con que cuenta, la gran propaganda que se difunde por los medios de comunicación promoviendo su uso y con la facilidad de adquirirla ( 14 ).

Se encontró en la comunidad un número elevado de cantinas y expendios de cerveza distribuidos en las diferentes colonias  
( cuadro 16 ).

En cuanto a la morbilidad destacaron las infecciones de vías respiratorias altas como principal motivo de consulta que por su número representó más de un tercio de la totalidad de consultas otorgadas en los meses de marzo a junio, tiempo en que predominó la sequía en toda la región, lo que ocasionó que el nivel del agua de la presa Oviachic descendiera hasta un tercio de su capacidad obligando a las autoridades a suspender el regado de las calles para garantizar el abasto al consumo humano, propiciando la presencia de polvaredas inducidas por los vientos y el paso de los vehículos por las calles que en su mayoría están sin pavimentar y la población resintió la presencia de tal problema.

La alta incidencia de hipertensión arterial sistémica la cual ocupó el segundo lugar en la morbilidad de la clínica ISSSTE en contraste con su ausencia en la morbilidad que reporta el centro de salud SSA ( cuadro 15 ), se explica por la diferencia en los niveles de vida entre ambas poblaciones. El mejor nivel socioeconómico y cultural de la población derechohabiente del ISSSTE la lleva a ocupar responsabilidades laborales más estresantes, de mayor sedentarismo, y sus ingresos económicos más altos, le permiten una dieta más abundante y rica en grasas, haciéndose por éstos factores tributaria de riesgos cardiovasculares mayores que la población abierta del centro de salud que se caracteriza por tener niveles educativos, culturales y sociales más bajos con actividades de menos

responsabilidad estresante y relacionada con la movilidad corporal; su menor percepción económica le condiciona una dieta menos abundante pero con menos grasa factores que la hacen poseedora de menores factores de riesgo cardiovascular ( 15 ).

Nos llamó la atención el hecho de que entre las diez entidades morbosas se haya encontrado la depresión emocional; éste problema puede estar relacionado con el índice de alcoholismo ( 16 ), desintegración familiar ( 17 ), y con la problemática del adolescente, situaciones de sumo interés al MOSAMEF en sus ejes preventivos y de atención continua.

## **VIII. CONCLUSIONES**

La población derechohabiente de la clínica periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora está formada por familias nucleares, integradas y en fase de dispersión, con niveles de vida satisfactorios, con recursos de salud y educativos de buena calidad, pero con factores de riesgo a la salud preocupantes, como es la carencia de pavimentación en la totalidad de sus colonias que condicionan alta demanda de consulta, y de incapacidades laborales, con graves consecuencias para la producción y a los recursos públicos.

La alta tasa de consumo de alcohol en los jefes de familia representa una grave amenaza tanto en lo individual ( 18 ) como a la pública, con gran riesgo a la población juvenil por su vulnerabilidad y la tendencia a la imitación, a la estabilidad familiar por la disrupción familiar que en ella causa, a la estabilidad psicoafectiva de los miembros de las familias, y a la seguridad pública por su alta relación con hechos violentos ( 19 ).

La alta incidencia de factores de riesgo cardiovascular significa alta posibilidad de eventos isquémicos que pueden ser de consecuencias graves para el paciente y sus familias ( 20 ).

La forma y manera en que la clínica periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora ha desarrollado sus funciones hasta hoy, es insatisfactoria tanto a las necesidades de

salud institucional y comunitaria como al espíritu del nuevo modelo de atención médica familiar.

**Líneas de acción en la comunidad asignada:**

1. Estructurar programas que permitan concientizar a la población de la existencia de factores de riesgo a la salud, promuevan y ofrezcan estrategias que conduzcan a mejorar las condiciones ambientales y urbanísticas de la comunidad, que favorezcan a la salud y disminuyan los riesgos de enfermedad a la población en tiempos críticos como en las sequías, y permitan disminuir costos en la atención a la salud, abatir las incapacidades laborales, y optimizar los recursos para la atención de la salud.
2. Establecer programas que permitan llegar hasta los jóvenes, por ser el sector más vulnerable y hacer labor educativa, de concientización, prevención de adicciones y de promoción a la salud, visitando escuelas, centros de trabajo, hogares y ofreciendo conferencias ( 21 ).
3. Realizar una investigación sobre el alcoholismo ( 22 ) en la población de Esperanza que permita configurar su real dimensión, conocer sus motivaciones, las circunstancias favorecedoras, y nos lleve a diseñar un plan de aplicación comunitaria que favorezca una mejor acción preventiva, mayor promoción a la salud, y aliente la rehabilitación.

4. Realizar una investigación que nos permita conocer la estructura y dinámica familiar del paciente deprimido con el objeto de determinar los elementos ahí presentes generadores de depresiones o de inestabilidad familiar y permita diseñar las estrategias terapéuticas, preventivas y de promoción a la salud fortaleciendo a la estructura dinámica familiar.

### **LÍNEAS DE ACCIÓN PARA EL CONSULTORIO RESPONSABLE**

1. Transformar la clínica periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora en un nivel de atención primaria orientada a la prevención y promoción de la salud superando el enfoque tradicionalista ( 23 ).
2. Que el equipo de salud responsable sea representativo del nuevo modelo y busque elevar el grado de satisfacción de la derechohabiente ( 24 ).
3. Hacer del expediente clínico herramienta verdadera de investigaciones futuras ( 25 ).
4. Contar con la suficiente facultad de dirección, gestión y de acción comunitaria para la prevención y promoción en base a realidades propias ( 26 ), además de las de diseño nacional.
5. Dar vigencia a los tres ejes esenciales de la medicina familiar: estudio de las familias, continuidad en la atención, acciones anticipatorias ( 27 ), y hacer posible los diagnósticos precoces, acciones terapéuticas oportunas, específicas y

rehabilitatorias, con menos costo, optimización de recursos y mayor satisfacción de las partes dinámicas de la salud.

El lograr llevar a cabo éstas líneas de acción, significará un impacto positivo en el área ambiental, familiar, social de la población de Esperanza y en su unidad de atención primaria promoviendo así al individuo, a la familia y a la sociedad a la salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. López S. S. Actuación del especialista de medicina familiar en la sociedad actual. Rev. Méd. IMSS 1995; 33 (3): 317-20.
2. Jiménez M. C., Riera A. L., Segura Hernández E., Suárez Pérez P., Duarte Carabelo A. y Hernández González T. Análisis de la cobertura de programa de actividades preventivo y promoción de la salud según grupo de edad. Atención Primaria 1993; 12 (5): 269-72.
3. Delgado A. y López Fernández L.A. La participación comunitaria una revisión necesaria. Atención Primaria 1992; 8: 457-59.
4. Rodríguez M. J., P. Ruíz Jáuregui Zuria, Rodríguez Mandariaga M.L., Fernández Téllez A. y Abedillo Murga A. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria. Atención Primaria 1994; 3 (3): 39-66.
5. Estevanell A. M.P., Uriel Pérez J.A., Martín Miguel P., García Peligre López M.P., Esteban Algora C. y Córdova García R. Actuación derivada de un programa de actividades preventivas. Atención Primaria 1992; 10: 539-42.

6. Turabian S. de Mateo J.L., Pérez-Franco H., Manzano Cano J. y Sánchez Librán M.A. Percepción de éxito en programas de la salud en la atención primaria de la provincia de Toledo. *Atención Primaria* 1994; 14 (5): 765-67.
7. Irigoyen C.O.A , Gómez C.F.J., Noriega Garibay R., Hernández Isaías, Artiaga A. R., Guerrero E. D., Castro C. J. Modelo sistemático de atención médico familiar. *Proyecto ISSSTE UNAM* 1995: 153-73.
8. Martín Z. A., Brotons C. C., Cuiriana M. R. y Flores G. Ma. D. Actividades de prevención y promoción de la salud en las consultas de atención primaria; (42): 661-63.
9. Covos I. Paloma. La atención primaria de la salud y las unidades de investigación. *Atención Primaria* 1995; 16 (3): 165.
10. Fry J. La contribución de la investigación al mejoramiento de la práctica familiar. *Capítulo N° 21*: 170-75.
11. Hernández M. M. Consideraciones acerca de la comunicación con el paciente en atención primaria 1993; 7(4): 170-175.
12. INEGI. Estadísticas históricas de México 1985; 2: 852-53.
13. Anuario estadístico del estado de Sonora 1993: 155.
14. De la Fuente R. y Mediana M. M. “ Las adicciones en México” salud mental 1987; (10): 2-21.

15. Rodríguez R.G.C., Testillano P.E. y Comas S. J. M.

Hiperlipoproteinemias y asociación a otros factores de riesgo cardiovascular. Conceptos actuales. Protocolo de actualización en atención primaria. Medicina Integral 1994; 8 (1): 17-29.

16. Bustos A.F.J., Gutiérrez C. J.R., García G.J.F. y Garrido A. Un paciente con sintomatología depresiva. Protocolo para el manejo del paciente depresivo en atención primaria. Medicina Integral. 1993; 7 (12): 514 - 525.

17. Davidoff L. Conducta desadaptada. Introducción a la Psicología 1990: 552-86.

18. Estruch R. Miocardiopatía alcohólica. Medicina Integral 1994; 8 (2): 50-52.

19. Cold J. Alcoholismo violence. Drug and alcohol dependence 1982; 9: 1-13.

20. Sanchez G. L. Factores de riesgo de la enfermedad coronaria. Proyecto de perfil multivariante para su uso por el profesional de la medicina. Medicina Integral 1991.

21. Hernández M. M. Consideraciones acerca de la comunicación con el paciente en atención primaria. Medicina Integral 1993; 7 (4): 170 -175.

22. Caballería A. Pares, Caballería L., Deulfe R. y Rodés J. El diagnóstico del paciente alcohólico. Medicina Integral 1993; 9 (2): 20 - 27.

23. Bustos L.G. El pediatra de atención primaria y actividades preventivas. Atención primaria 1993; 12 (4): 183-4.
24. Gil F., Quirce M. Talero S., Orozco D., Uris J. y Merino J. Atención Primaria 1993; 12 (3) : 152-54.
25. Irigoyen C. A., Gómez Clavelina F., Hernández Ramírez C., Farfan Salazar G. Diagnóstico Familiar. México, Editorial Medicina Familiar Mexicana 1996.
26. Grupo de trabajo para el diseño de un sistema de información para la atención primaria. Diseño de un sistema para la atención primaria. Atención Primaria 1996; 17 (7) : 449-56.
27. Irigoyen C. A. , Gómez C. F.J. , Noriega G. R. y Col. Modelo sistemático de atención Médico Familiar. Fundamentos de Medicina Familiar. Cuarta edición. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana 1998: 151-174.

# ANEXOS



| CENSO POBLACIONAL POR GRUPO DE EDAD Y SEXO<br>EN GRUPOS ETAREOS DE 5 AÑOS |            |           |       |
|---------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|-------|
| GRUPOS DE<br>EDAD/SEXO                                                    | MASCULINOS | FEMENINOS | TOTAL |
| -1 año                                                                    |            |           |       |
| 1-5                                                                       |            |           |       |
| 6-10                                                                      |            |           |       |
| 11-15                                                                     |            |           |       |
| 16-20                                                                     |            |           |       |
| 21-25                                                                     |            |           |       |
| 26-30                                                                     |            |           |       |
| 31-35                                                                     |            |           |       |
| 36-40                                                                     |            |           |       |
| 41-45                                                                     |            |           |       |
| 46-50                                                                     |            |           |       |
| 51-55                                                                     |            |           |       |
| 56-60                                                                     |            |           |       |
| 61-65                                                                     |            |           |       |
| 65+                                                                       |            |           |       |
| TOTAL                                                                     |            |           |       |

## ANEXO N°.3

| 10 PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD* ( ) POR GRUPOS DE EDAD |          |  |    |   |     |   |      |   |       |   |       |   |       |   |      |   |       |   |
|-----------------------------------------------------------|----------|--|----|---|-----|---|------|---|-------|---|-------|---|-------|---|------|---|-------|---|
| GRUPOS DE EDAD Y SEXO                                     |          |  | -1 |   | 1-4 |   | 5-14 |   | 15-24 |   | 25-44 |   | 45-64 |   | 65A+ |   | TOTAL |   |
| C.I.E.                                                    | 9na.Rev. |  | 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                                                        |          |  |    |   |     |   |      |   |       |   |       |   |       |   |      |   |       |   |
| TOTAL                                                     |          |  |    |   |     |   |      |   |       |   |       |   |       |   |      |   |       |   |

\*(a) ENFERMEDADES TRANSMISIBLES O INFECCIOSAS

(b) ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES O NO INFECCIOSAS

(c) ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS