

11226

156
2es.



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

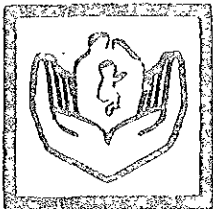
CLINICA HOSPITAL "B"
CIUDAD OBREGON, SONORA

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO
DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO NO. 5 TURNO MATUTINO
DE LA CLINICA HOSPITAL "B" CD. OBREGON SON.

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

P R E S E N T A .

Dr. Jorge Alberto Ramos Rojo



ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998

267057



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.

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA
ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO N° 5
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. JORGE ALBERTO RAMOS ROJO

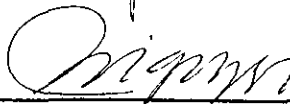
AUTORIZACIONES:



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



DRA. MA. DEL ROCÍO 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. JORGE ALBERTO RAMOS ROJO

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA
ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO N° 5
TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "B"
ISSSTE DE CD. OBREGON, SONORA.



DIRECCION

CLINICA HOSPITAL "B"
CIUDAD OBREGON, SONORA




Dra. Martha Lirio Sánchez Sosa

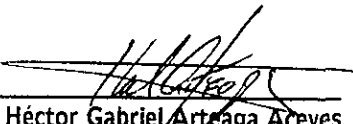
Profesor titular del curso de especialización en Medicina Familiar para
Médicos Generales en Cd. Obregón, Sonora.



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



Dr. Arnulfo Arigoyen 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

	Página
I. MARCO TEÓRICO.....	2
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
III. JUSTIFICACIÓN.....	10
IV. OBJETIVOS.....	13
V. METODOLOGÍA.....	14
1. TIPO DE ESTUDIO.....	14
2. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	14
3. UNIVERSO DE TRABAJO.....	14
4. TIPO DE MUESTRA.....	15
5. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	15
6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	16
7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	17
8. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	18
9. VARIABLES DE MEDICIÓN.....	18
10. PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR INFORMACIÓN.....	22
11. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	22
VI RESULTADOS.....	23
1. CENSO POBLACIONAL.....	23
2. DIAGNÓSTICO FAMILIAR.....	24
3. MORBILIDAD.....	27
4. CUADROS Y GRÁFICAS.....	28
VII DISCUSIÓN.....	29
1. CENSO POBLACIONAL.....	29
2. DIAGNÓSTICO FAMILIAR.....	30
3. MORBILIDAD.....	31
VIII CONCLUSIONES.....	33
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
X ANEXOS.....	41

I. MARCO TEÓRICO

Desde hace varias décadas, se afirma que es trascendental una práctica médica con enfoque preventivo, enseñanza continua, para mantener un nivel de salud aceptable tanto de la fuerza laboral, como de la comunidad en general.¹

La atención primaria de salud ha presentado cambios importantes en los últimos años. El inicio de éstos cambios se remonta a la conferencia de la OMS en Alma-Ata el año 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 salud concretos y propios de cada comunidad.²

La atención primaria de la salud es desde hace varios años, la estrategia propuesta por la OMS, para poder elevar el nivel de salud de la población. Su implantación ha encontrado múltiples barreras que limitan en cierto modo su aplicación total, algunas de estas barreras son tan difíciles de franquear que algunos especialistas, incluso de la OMS, han llegado a pensar que su objetivo es utópico. Es ardua la tarea que debe enfrentar el médico, puesto que debe afrontar los problemas de enfermedad de la población y enfrentar la difícil tarea de realizar acciones de medicina preventiva.³

Una de las peculiaridades más importantes del trabajo de los profesionales sanitarios en los equipos de atención primaria respecto al modelo de consultorio tradicional es el desarrollo de actividades no estrictamente asistenciales que repercutan en la salud de la comunidad, es decir, actividades preventivas y de consejo o educación sanitaria.⁴

El programa de actividades preventivas y de promoción de la salud resulta útil como método para detectar problemas de salud en la población asintomática, pero es preciso que esta actividad se siga de una actividad mínima y control del problema para alcanzar los objetivos propuestos.⁵

Para poder desarrollar medidas de promoción de la salud son necesarias nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo de atención primaria pero, sobre todo, un nuevo tipo de relación con el paciente; hacer promoción de la salud significa, en definitiva, intentar ayudar a las personas y colectividades a aprender y aceptar la responsabilidad para su propio bienestar.⁶

El avance científico favoreció la aparición de las especialidades en la práctica médica, esto unido a las características epidemiológicas de nuestro País, ha creado la necesidad de contar con un personaje que pueda responder a la problemática de atención a las familias, surgiendo así el especialista en medicina familiar.⁷

Los requerimientos de la sociedad en lo que respecta a la atención médica, y por el énfasis de la necesidad de involucrar en dicha atención a especialistas, que en muchos casos brindaban la atención sin lograr la integridad terapéutica del padecimiento con el entorno del paciente, motivó al IMSS para iniciar la nueva especialidad de medicina familiar en 1971.⁸ Aun cuando desde 1959 B. Sepúlveda y L. Méndez ya pugnaban por la implantación de un nuevo sistema médico familiar.⁹

La etapa actual de la medicina familiar mexicana, se ha caracterizado por el desinterés general y por el cuestionamiento de la práctica de la especialidad en el ámbito intelectual, situación, que conduce a la escasa gratificación en el ejercicio de la misma. Los fenómenos periféricos a esta especialidad y de procedimientos propios, podrán ser superados, siempre y cuando se parta de la premisa nacional de que es necesario fortalecer la especialidad como alternativa para resolver y mejorar el sistema de atención médica en el país.¹⁰

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Parte de la crisis actual que vive la medicina familiar en México, es debida a una crisis de credibilidad de la población usuaria hacia los médicos prestadores de los servicios que no es exclusiva de los médicos familiares; el médico ha perdido la confianza en su juicio clínico y con toda seguridad es el médico familiar quien tiene mayores probabilidades de recuperar de los usuarios y de la sociedad la confianza necesaria para la práctica diaria.¹¹

Es necesario echar una mirada sobre los problemas que en todo el mundo genera la prestación de servicios médicos a los enfermos, de modo que pueda ser apreciada la importancia de la investigación en el campo de la medicina familiar.

Vivimos en un mundo cambiante y estos cambios tienen profundos efectos sobre la atención médica. Tenemos una sociedad expectante que está mejor educada que nunca, una sociedad que espera ser bien tratada y lograr mejores resultados.

El papel tradicional del Médico ha sido curar la enfermedad, sin embargo en los últimos años ha adquirido una importancia creciente una nueva actividad, como es la prevención y la promoción de la salud.¹²

Hacer promoción de la salud significa en definitiva intentar ayudar a las personas y colectividades a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar.¹³

En España, la aparición del programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS), ha impulsado la práctica de éstas actividades por parte de los equipos de atención primaria.

En la práctica han sido mostrados, en los más diversos ambientes, los beneficios de los programas bien planificados de promoción de la salud en la reducción de comportamientos de riesgo y en muchos indicadores del estado de salud con morbilidad y mortalidad evitables constatándose así, la eficiencia de esta estrategia que disminuye costos y demandas.¹⁴

Para cumplir con la tarea que debe realizarse a nivel de atención primaria a la salud se pensó en una especialidad que pudiera situarse en este plano, con visión panorámica, prospectiva y anticipadora, surgiendo así la medicina familiar. Los Médicos familiares se conciben como Médicos de atención primaria con una formación de post-grado que los capacita para satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud que puedan presentar los pacientes de cualquier edad de la comunidad donde trabajan.^{15. 16}

En nuestro país, el Instituto Mexicano del Seguro Social, intentó la implantación del sistema médico familiar desde 1954. Este sistema tiene por base esencial la adscripción fija de un determinado número de asegurados y sus familias a un sólo médico, dando la oportunidad a éste de llegar a conocer todos los aspectos físicos y psicológicos de la población a su cargo, convirtiéndose en consejero y educador de las familias particularmente en lo que se refiere a medicina preventiva. El sistema tropezó con grandes obstáculos en el curso de su aplicación práctica, éstos obstáculos fueron unos de orden material y otros en relación con el personal y, como consecuencia, no se obtuvo el éxito deseado.¹⁷

En el manual de normas y procedimientos de atención primaria para la salud, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se define el concepto de atención primaria para la salud como el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad, orientado hacia los principales problemas de salud, ofreciendo los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.¹⁸

Sin embargo en la práctica en el consultorio, nos damos cuenta que la actividad fundamental del Médico y de los demás integrantes del equipo de salud, está orientada casi por completo, a la atención clínica curativa o reparadora de las

personas enfermas que acuden a consulta en demanda de solución a sus problemas de salud.

La consulta a enfermos en la Clínica Hospital del ISSSTE de Cd. Obregón Sonora, se proporciona a toda persona derechohabiente que la solicite, y comprende las siguientes acciones: Apertura de expediente clínico, interrogatorio y exploración física, exámenes de laboratorio y gabinete, diagnóstico y tratamiento; de tal manera que las únicas actividades preventivas que realiza el Médico son las derivadas de campañas, que por lo general se diseñan en un nivel institucional centralizado; un argumento para justificar el poco o nulo cumplimiento de las actividades preventivas son la carga de trabajo dada por el número de pacientes vistos por jornada de trabajo; otro argumento sería el hecho de que éstas actividades no sean demandadas de manera prioritaria por la derechohabiencia; pero tampoco hay que perder de vista la pobre actitud de servicio de muchos profesionales que trabajan en la atención primaria.

Este panorama obliga a encontrar alternativas de solución a las necesidades de atención esbozando el siguiente planteamiento: ¿Cómo implementar un programa de actividades preventivas, de promoción de salud, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, aplicado a las familias del sector poblacional del

consultorio número cinco, de la Clínica Hospital del ISSSTE de Ciudad Obregón
Sonora, a partir de febrero a julio de 1996?

III. JUSTIFICACIÓN

La necesidad de contar con investigaciones que reflejen la realidad observada, toda vez que profundicen en la información requerida para operar con efectividad los programas, ha llevado al equipo de investigadores del área de medicina familiar a formular una propuesta de estudio comunitario, que manteniendo como foco la salud familiar desarrolle el diagnóstico de necesidades y recursos inherentes al individuo y su ambiente; a través de la identificación tanto de los factores de preservación, como de los que implican riesgo al influir en los procesos orgánicos, psíquicos y de socialización.²⁰

La atención primaria a la salud (APS), por definición intenta satisfacer las necesidades del individuo, la familia y las comunidades mediante un procedimiento social, cultural y económicamente aceptable sin pretender en algún momento dar marcha atrás en cuanto al uso de los adelantos científicos hasta hoy obtenidos.^(21,22)

Actualmente el Médico Familiar que fue capacitado para llevar a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, no realiza su cometido debido al pobre o nulo conocimiento que tiene de las características sociosanitarias de las familias que acuden al consultorio.

Se ha definido la buena práctica médica como aquella que hace énfasis en la prevención, además se reconoce al nivel de atención primario, como el ideal para llevar a cabo éste tipo de actividades, por tratarse del nivel dentro del sistema de salud dónde la población acude de manera directa y continua.²²

Con la implantación del modelo sistemático de atención médica familiar en el consultorio número cinco de la Clínica del ISSSTE de Cd. Obregón Sonora, se pretende impulsar y desarrollar programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades en las familias que acuden en demanda de servicio, con un enfoque básicamente anticipatorio donde las acciones de fomento a la salud sean prioritarias.

Para poder llevar a cabo en forma satisfactoria estas actividades, es necesario el conocimiento, por parte del médico familiar, de las características demográficas, sociales, económicas y epidemiológicas de las familias que están bajo su cuidado, así como de la infraestructura sanitaria que existe en el lugar donde habitan.

De lograrse este proyecto de atención médica familiar, dispondremos de información que nos permitirá conocer el estado de salud de la población a nuestro cargo, para posteriormente poder determinar y priorizar cuales son los problemas de salud sobre los que es necesario intervenir y organizar el trabajo asistencial a partir de estas necesidades y de los recursos disponibles, lo que se reflejará en una mejor atención

médica integral a los derechohabientes y a sus familias, y en una mayor eficacia de las prestaciones por parte del Instituto.

IV. OBJETIVOS

Generales

Identificar en las familias que acuden al consultorio número cinco de la Clínica Hospital del ISSSTE de Ciudad Obregón Sonora, los grupos de edad a través de la pirámide poblacional, las relaciones con el medio ambiente y social a través del estudio de comunidad y la morbilidad, como requisito indispensable para planificar un programa de atención de salud.

Específicos

1) Poner en práctica en las actividades asistenciales de los médicos familiares, las tres premisas en que se fundamenta el desarrollo de la profesión: Estudio de la familia, continuidad en la atención y la acción anticipatoria.²³

V. METODOLOGÍA

1. TIPO DE ESTUDIO

Un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, que se fundamentó en tres estrategias: censo poblacional, diagnóstico familiar y morbilidad.

2. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

La población asignada al consultorio número cinco de la Clínica-Hospital ISSSTE de Ciudad Obregón Sonora, de febrero a julio de 1996.

3. UNIVERSO DE TRABAJO

Censo poblacional

Todas las tarjetas de adscripción y vigencia de derechos, de la población asignada al consultorio número cinco.

Diagnóstico Familiar

Todas las familias asignadas al consultorio número cinco.

Morbilidad

Todas las hojas de informe diario de actividades médicas del consultorio número cinco, turno matutino, durante los meses de febrero a julio.

4. TIPO DE MUESTRA

No aleatoria, por cuotas.

5. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Los tamaños de la muestra para las tres actividades señaladas fueron determinadas a través del paquete EPI-INFO 5.

$$\beta = (\text{Error de estimación}) = 0.0456$$

$$\alpha = (\text{Coeficiente de confianza}) = 0.95$$

Censo poblacional

Se seleccionaron las primeras 150 tarjetas de adscripción y vigencia de derechos, por orden alfabético, que correspondieron a la población asignada al consultorio número cinco.

Diagnóstico Familiar

50 familias asignadas al consultorio número cinco, para seleccionarlas se consideró la frecuencia de solicitud de servicio.

Morbilidad

50 hojas de informe diario de actividades médicas del consultorio número cinco, turno matutino, durante los meses de febrero a julio. Se seleccionaron dos hojas por semana, siguiendo un calendario previamente elaborado, a fin de que la muestra fuera lo más representativa posible.

6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Censo Poblacional

Todas las tarjetas de adscripción y vigencia de derechos, de la población asignada al consultorio número cinco, que se encontraron vigentes.

Diagnóstico Familiar

Todas las familias asignadas al consultorio número cinco, que residían en el sector poblacional.

Morbilidad

Todas las hojas de informe diario de actividades médicas del consultorio número cinco, turno matutino y de éstas sólo se incluyeron los diagnósticos de primera vez y legibles.

7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Censo poblacional

Las tarjetas de adscripción y vigencia de derechos, de la población asignada al consultorio número cinco, que no se encontraron vigentes en el momento del estudio.

Diagnóstico Familiar

Las familias asignadas al consultorio número cinco, pero que no residían dentro del sector poblacional, ya sea por cambio de domicilio u otro motivo.

Morbilidad

De las hojas de informe diario de actividades médicas del consultorio número cinco, se excluyeron los diagnósticos subsecuentes, ilegibles y presuncionales.

8. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Censo poblacional

Las tarjetas de adscripción y vigencia de derechos que fueron dadas de baja durante el desarrollo del estudio.

Diagnóstico Familiar

Las familias asignadas al consultorio número cinco que residían dentro del sector poblacional, pero que durante el desarrollo del estudio cambiaron de domicilio fuera del sector; así mismo se eliminaron a aquellas familias que se negaron a contestar la encuesta o las respuestas fueron falseadas.

Morbilidad

Se eliminaron los diagnósticos que no estuvieron dentro de los diez primeros motivos de consulta.

9. VARIABLES DE MEDICIÓN

Censo poblacional

Las variables son tanto de tipo cuantitativo como cualitativo

- Número total de individuos

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

Diagnóstico Familiar

Las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal.

- Nombre de la familia: Los apellidos que identifiquen a la familia.
- Años de unión conyugal: El tiempo que llevan de vivir en pareja.
- Edad, sexo, estado civil y ocupación de los integrantes.
- Escolaridad: El grado máximo de estudios alcanzado por los integrantes.
- Ingreso mensual de la población económicamente activa, en base a los salarios mínimos percibidos.
- Fase del ciclo vital

Matrimonio: Se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

Expansión: Comprende desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último.

Dispersión: Comprende el período en que todos los hijos acuden a la escuela, pero ninguno de ellos trabaja.

Independencia: Se inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias (cuando algunos de los hijos ya se han casado).

Retiro: Se inicia cuando todos los hijos han abandonado el núcleo familiar o cuando los padres se han jubilado.

■ Tipo de familia

Nuclear: Es la familia constituida por padre, madre e hijos.

Extensa: Es la familia en la cual, además del padre, la madre e hijos, está formada por otros miembros que compartan lazos consanguíneos.

Extensa compuesta: Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal.

■ Integración familiar

Integrada: En la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

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

Desintegrada: La característica esencial es la ausencia de uno de los cónyuges, bien sea por muerte, divorcio, separación o abandono.

- Planificación familiar: Tipo de método anticonceptivo utilizado por mujeres en edad fértil.

- Toxicomanías.

Alcoholismo: Si algún integrante de la familia, consumía bebidas alcohólicas sin importar grado.

Tabaquismo. Si algún integrante de la familia, consumía más de diez cigarrillos al día.

- Vivienda

Situación de las viviendas habitadas en cuanto al material utilizado para la construcción de pisos, paredes y techo.

Servicios públicos existentes en el sector.

Disposición de excretas y basura.

Tenencia: Situación legal de las mismas.

Morbilidad

Se usaron variables de tipo cuantitativo y cualitativo

- Número total de padecimientos
- Diez primeros padecimientos por orden de frecuencia

10. PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR INFORMACIÓN

Fue por paloteo simple, por medio de formatos previamente elaborados con las variables a medir (ver anexo 1, 2 y 3).

11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

No fueron necesarias, ya que esta investigación no representa ningún riesgo para las familias estudiadas.

VI. RESULTADOS

La población total estudiada fue de 2,386 individuos, que equivaldrían al 8.8% del total de los derechohabientes de ésta Clínica Hospital.

Se aporta información referente a la demografía de la población, como es la estructura de población por sexo y los grupos de edad; también se presentan indicadores en lo que respecta a la organización y características de las familias que habitan en este sector, y por último presentamos los diez primeros motivos de consulta.

I. CENSO POBLACIONAL

El 55.8% fueron mujeres y el 44.12% hombres, encontrándose distribuidos por edades de la siguiente manera: Menores de un año el 2.58% mujeres y el 2.18% hombres; de uno a cuatro años el 9.01% mujeres y el 10.8% hombres; de cinco a catorce años el 16.3% correspondió a mujeres y el 19.5% a hombres; de quince a veinticuatro años el 9.01% mujeres y el 11.4% hombres; de veinticinco a cuarenta y cuatro años 33.9% mujeres y 23.9% hombres; de cuarenta y cinco a sesenta y cuatro el 18.45% correspondió a mujeres y el 21.19% a hombres; y mayores de

sesenta y cinco años el 11.15% mujeres y el 10.8% hombres (ver pirámide poblacional).

2. DIAGNÓSTICO FAMILIAR

Tipo de familia: De las cincuenta familias encuestadas se encontró que el 88% eran nucleares y el 12% extensas (ver gráfica 1).

Fase del ciclo vital : El 2% estaban en fase de matrimonio, el 36% en fase de expansión, el 46% en dispersión, el 12% en independencia y el 4% en fase de retiro ó muerte (ver gráfica 2).

Integración familiar: El 94% estaban integradas, el 4% desintegradas y el 2% semi-integradas (ver gráfica 3).

Ocupación: El 22% se dedicaban al hogar exclusivamente, el 41.2% eran estudiantes, el 18.09% eran empleados, 12% eran profesionales en alguna rama, el 3% pensionados y el 3.7% restante tenían ocupaciones diversas como comerciante, albañil, etc. (ver gráfica 4).

Unión conyugal: En nueve familias los padres tenían menos de diez años viviendo juntos, en 36 de ellas tenían entre diez y treinta años, y en cinco tenían más de

treinta años de unión conyugal.

Escolaridad de los padres: El 10% contestó no haber terminado la primaria, el 35% la concluyó, el 17.5% manifestó haber cursado secundaria ó carrera comercial, el 32.5% cursó carrera técnica ó licenciatura y el 5% carecían de estudios. De los niños en edad escolar el 100% asistía a la escuela; 31 jóvenes mayores de 15 años cursaban algún grado de preparatoria, carrera técnica ó licenciatura.

Ingreso mensual de la población económicamente activa: El 85.5% tenía ingresos mayores al salario mínimo, el 10.5% igual al salario mínimo, y el 4% menor al salario mínimo (ver gráfica 5).

Estado civil de la población de 15 años y más: El 62% estaban casados, el 34% eran solteros, el 3% vivían en unión libre, el 2.5% eran viudas y en el 0.5% abandono de la familia por parte del padre (ver gráfica 6).

Planificación Familiar: De las 37 mujeres en edad fértil encuestadas, el 18.9% aceptó utilizar el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo, el 21.6% los hormonales, al 45.9% se le practicó salpingoclasia y el 13.5% restante refirió utilizar otros métodos como preservativo, el ritmo, etc. (ver tabla 1).

En 29 familias se presentó algún tipo de **toxicomanía**, lo que equivale al 58% de las familias estudiadas, en 16 de ellas hubo consumo de bebidas alcohólicas, en 12 tabaquismo y en 22 se presentaron ambas; en una sola familia hubo el consumo de otro tóxico sin precisar tipo (ver tabla 2).

Situación de las viviendas habitadas por material predominante: En pisos el 94% eran de cemento y el 6% de tierra; en paredes el 92% eran de tabique ó block, el 6% de madera principalmente de fibracel y el 2% de lámina de cartón; en techo el 90% eran de concreto, el 8% de lámina de asbesto ó metálica y el 2% de lámina de cartón (ver gráfica 7).

En cuanto a la **disposición de excretas** en las viviendas, 45 de ellas contaban con drenaje, 3 con fosa séptica y 2 con letrina (ver tabla 3).

Servicios públicos: El 100% de las viviendas tenían energía eléctrica y agua potable, el 90% con drenaje, el 18% con teléfono, y la recolección de basura por parte del ayuntamiento se llevaba a cabo en el 88% de las viviendas (ver gráfica 8).

Tenencia de las viviendas: El 86% eran propias, el 10% rentadas y el 4% se pagaban a INFONAVIT (ver gráfica 9).

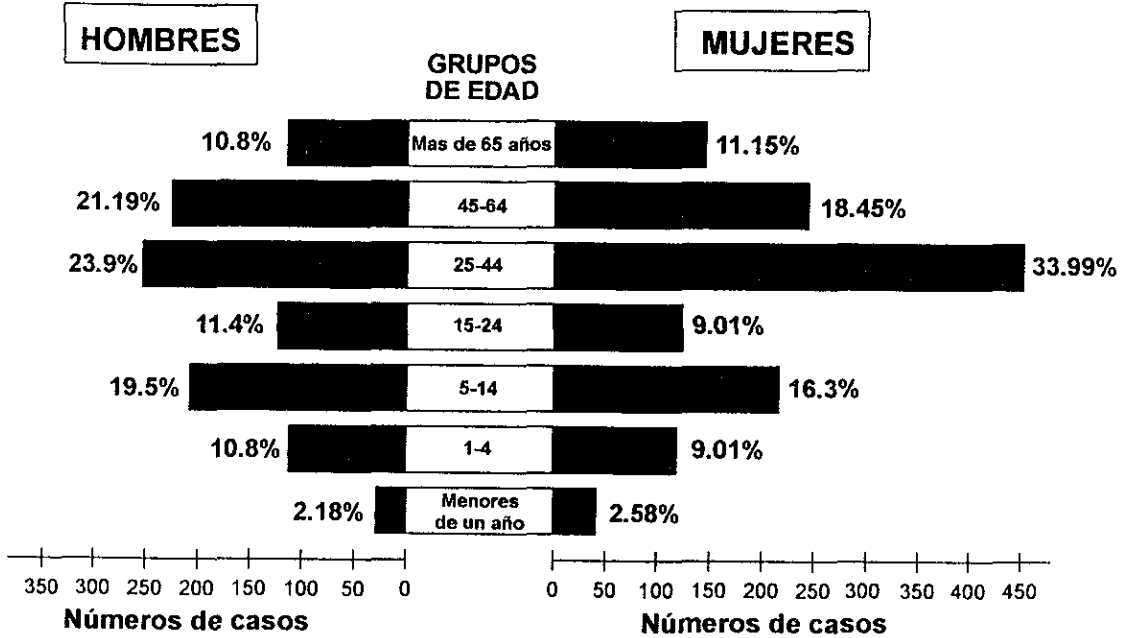
3. MORBILIDAD

Las diez primeras causas de consulta y su incidencia, en orden de frecuencia y según la clasificación internacional de enfermedades (CIE) fueron: las infecciones de vías respiratorias (tasa 7.7), la hipertensión arterial (tasa 4.4), la diabetes mellitus (tasa 3.0), las enfermedades del aparato genitourinario (tasa 1.7), la enfermedad articular degenerativa (tasa 1.3), las alergias (incluida el asma bronquial) (tasa 1.2), las dislipidemias (tasa 1.1), las dermatosis (tasa 0.8), las enfermedades del aparato digestivo (tasa 0.7) y por último los traumatismos (tasa 0.4).

4. CUADROS Y GRAFICAS

PIRAMIDE POBLACIONAL

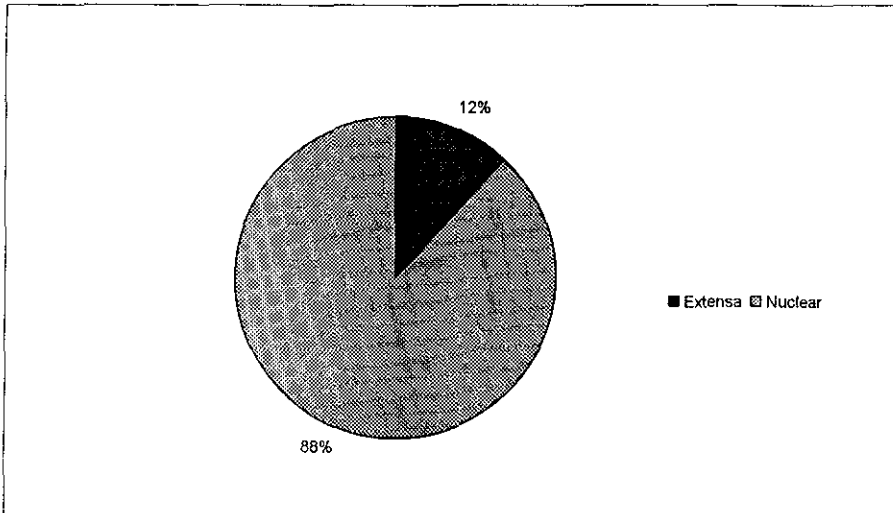
Consultorio Número Cinco



Población Total: 2386
Mujeres: 1333
Hombres 1053

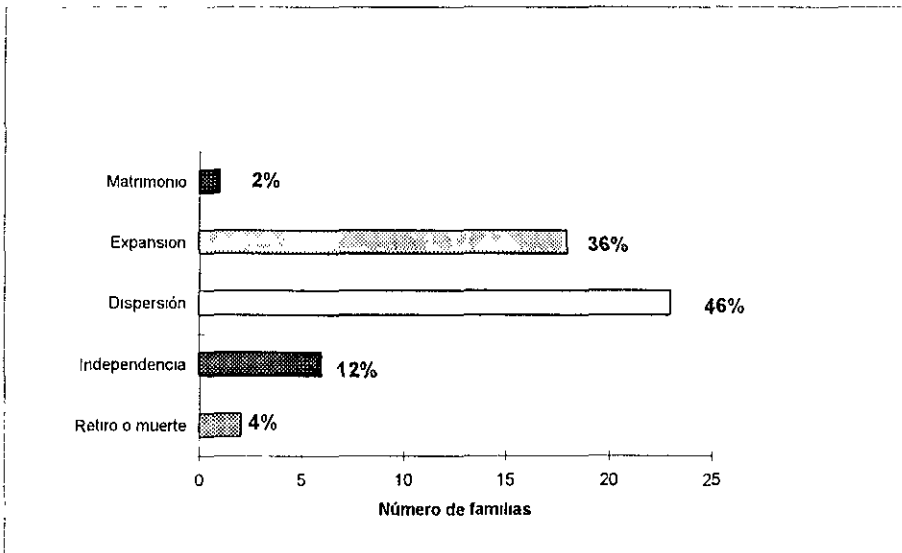
FUENTE: Vigencia de Derechos Clínica ISSSTE, Cd. Obregón, Son. 1996.

Gráfica 1. TIPO DE FAMILIA



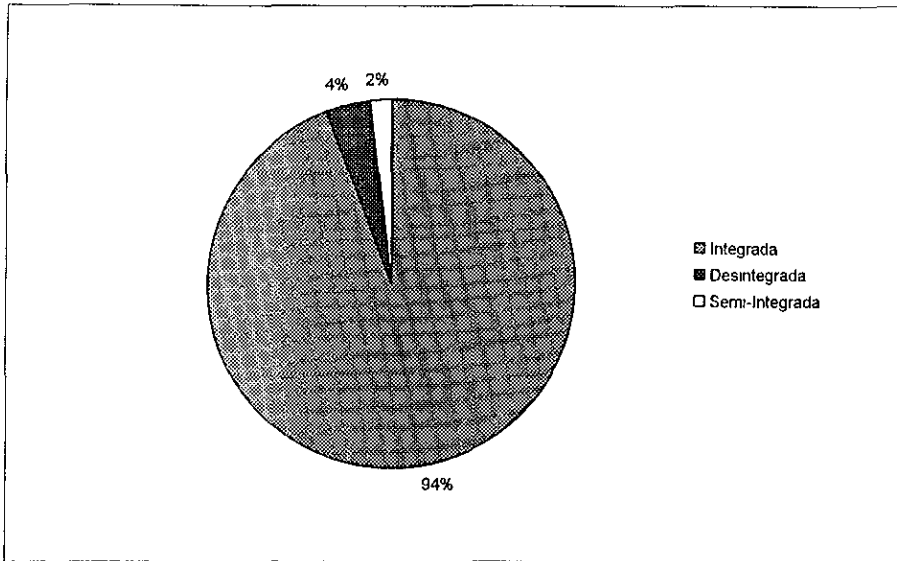
FUENTE: Encuesta consultorio número cinco clínica ISSSTE, Cd. Obregón, Son 1996

Gráfica 2. FASES DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS



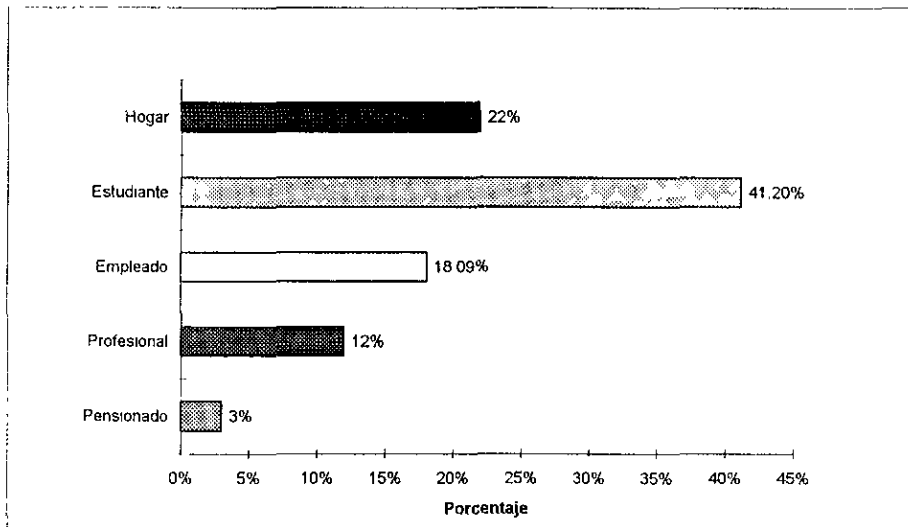
FUENTE: Encuesta consultorio número cinco clínica ISSSTE, Cd Obregón, Son. 1996

Gráfica 3. INTEGRACION FAMILIAR



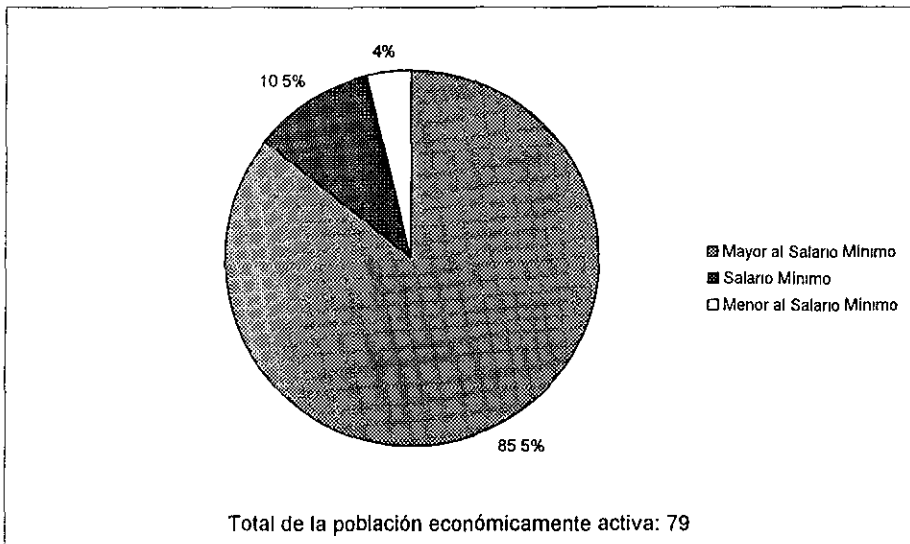
FUENTE. Encuesta consultorio número cinco clínica ISSSTE, Cd. Obregón, Son. 1996

Gráfica 4. CINCO PRINCIPALES OCUPACIONES



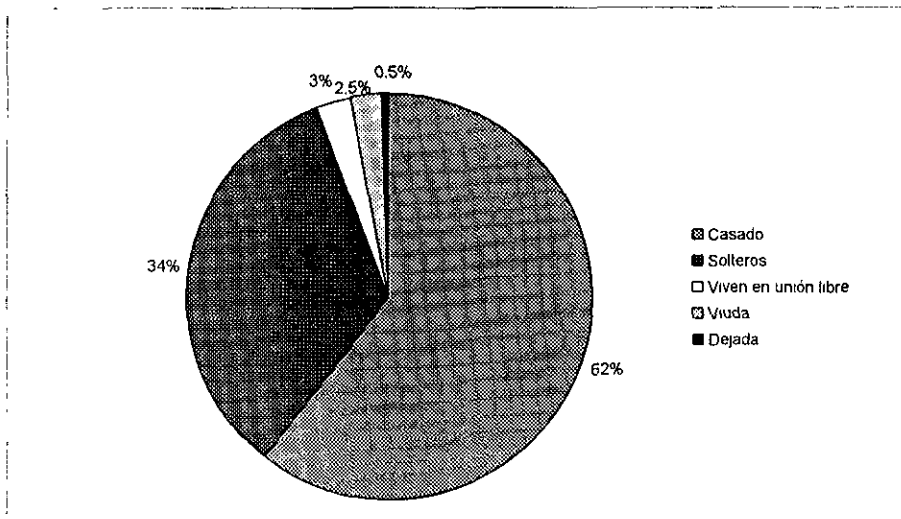
FUENTE. Encuesta consultorio número cinco clínica ISSSTE, Cd. Obregón, Son. 1996

Gráfica 5. INGRESO MENSUAL EN LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA



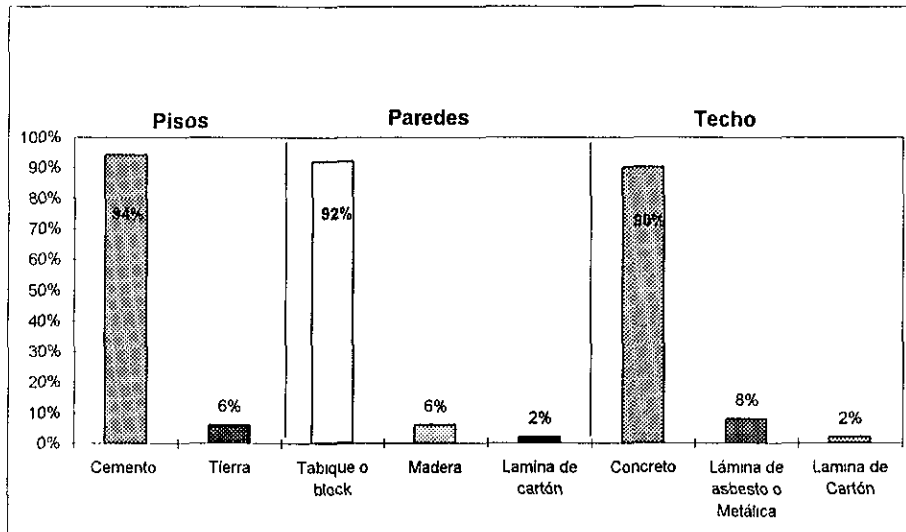
FUENTE: Encuesta consultorio número cinco clínica ISSSTE, Cd. Obregón, Son. 1996

Gráfica 6. POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS POR ESTADO CIVIL



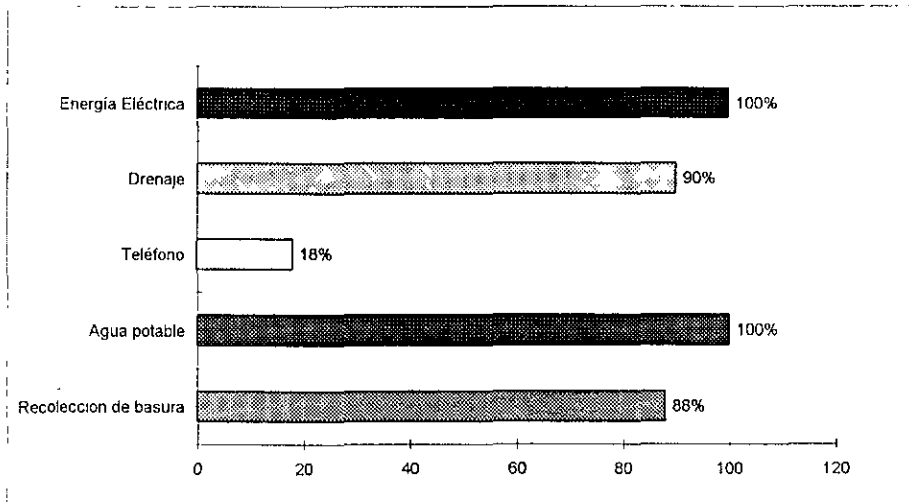
FUENTE: Encuesta consultorio número cinco clínica ISSSTE, Cd. Obregón, Son. 1996

Gráfica 7. VIVIENDAS HABITADAS, POR MATERIAL PREDOMINANTE EN PISOS, PAREDES Y TECHOS



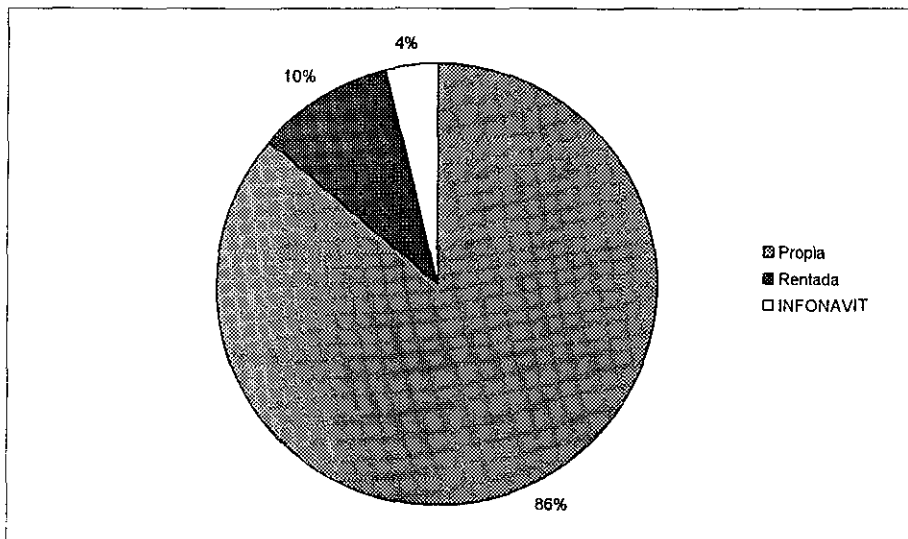
FUENTE. Encuesta consultorio número cinco clínica ISSSTE, Cd. Obregón, Son. 1996

Gráfica 8. SERVICIOS PUBLICOS



FUENTE. Encuesta consultorio número cinco clínica ISSSTE, Cd. Obregón, Son 1996

Gráfica 9. TENENCIA DE LA VIVIENDA



FUENTE: Encuesta consultorio número cinco clínica ISSSTE, Cd. Obregón, Son. 1996

Tabla 1. TIPO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FERTIL

METODO	NUMERO	PORCIENTO
Dispositivo Intrauterino	7	18.9
Hormonales	8	21.6
Definitivos	17	45.9
Otros	5	13.5
Ninguno		

FUENTE. Encuesta consultorio número cinco clínica ISSSTE, Cd. Obregón, Son. 1996

Tabla 2. FAMILIAS CON TOXICOMANIAS

Toxicomanias	Número	Por ciento
Consumo de bebidas alcohólicas	16	32
Tabaquismo	12	24
Otra (no especificada)	1	2
Total	29	58

FUENTE: Encuesta consultorio número cinco clínica ISSSTE, Cd. Obregón, Son. 1996

Tabla 3. DISPOSICION DE EXCRETAS EN LAS VIVIENDAS

	Número de viviendas	Por ciento
Drenaje	45	90
Fosa Séptica	3	6
Letrina	2	4

FUENTE: Encuesta consultorio número cinco clínica ISSSTE, Cd. Obregon, Son. 1996

MORBILIDAD
DIEZ PRIMEROS MOTIVOS DE CONSULTA

PADECIMIENTOS	CODIGO (CIE)	NUMERO DE CASOS	TASA (POR CIENTO)
INFECCIONES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	460-466 480-487	184	7.7
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	401	105	4.4
DIABETES MELLITUS	250	73	3.0
ENFERMEDADES DEL APTO GENITOURINARIO	580-629	41	1.7
ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA	715	32	1.3
ALERGIAS (INCLUYENDO ASMA BRONQUIAL)	477 Y 493	30	1.2
DISLIPIDEMIAS	272	27	1.1
DERMATOSIS	680-709	21	0.8
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	520-579	18	0.7
TRAUMATISMOS	800-848	10	0.4
TOTAL	001-999	541	

FUENTE Informe diario de actividades médicas Consultorio número cinco, clínica ISSSTE, Cd Obregón, Sonora, 1996

n = 2386

VII. DISCUSIÓN

1. CENSO POBLACIONAL

No se encontró diferencia significativa con respecto al sexo, siendo el grupo etéreo comprendido entre los 25 y 44 años el que predominó. Le siguió el grupo entre los 45 y 64 años y en tercer lugar el grupo entre los 5 y 14 años; esto nos habla que en el sector existe mayor número de individuos en edad adulta-anciana, y de jóvenes adolescentes, hecho que concuerda con la fase del ciclo vital de las familias que habitan el sector.

La población menor de un año ocupó el último lugar y esto se explica por las escasas familias en fase de matrimonio encontradas. Por último, llama la atención que el grupo mayores de 65 años ocupó el quinto lugar, este sector llamado de la tercer edad, está integrado por numerosas personas que conservan parte de su vitalidad y un gran potencial de ella, y que además están inmersos en una cultura social y sanitaria que no responde, en gran medida, a sus necesidades.

La pirámide poblacional resultante de este censo, es de base angosta y cúspide ancha, contraria a la de nuestro estado y país, en la que hay un predominio de población joven.²⁴

2. DIAGNOSTICO FAMILIAR

Se puede afirmar que las familias que conforman este sector poblacional son en su mayoría de tipo nuclear, en fase de dispersión, con hijos en plena adolescencia y camino a la próxima independencia, se hace notorio las escasas familias en fase de matrimonio; sólo dos estaban desintegradas una por fallecimiento del padre y otra por el abandono del mismo. En cuanto a los años de unión conyugal, la mayoría de las parejas tenían entre diez y treinta años viviendo juntos, lo que nos habla de la existencia, en el sector, de familias sólidas bien estructuradas.

Cabe señalar que la población estudiada no corresponde al grupo de pobreza extrema pues la mayor parte dijo tener un ingreso familiar mensual de dos a tres veces el salario mínimo vigente.

La población económicamente activa la constituían, en su mayoría, empleados de diversas dependencias del gobierno: trabajadores de oficina, de intendencia, maestros, etc. y en menor proporción trabajadores independientes como albañiles, comerciantes, pintores, etc.

El alcoholismo fue la toxicomanía que más se presentó, sin embargo existieron dudas respecto a si realmente había una dificultad para dejar de beber, ó

simplemente su ingesta era de tipo social. En ninguna familia se presentó alguna problemática como consecuencia de ésta toxicomanía.

El nivel escolar de la población se puede considerar como bueno, ya que sólo el 5% de los padres carecían de estudios y el 100% de los niños y jóvenes en edad escolar cursaban algún grado en las escuelas de la localidad.

Las viviendas habitadas del sector, en mayor proporción estaban construidas con pisos de cemento, paredes de tabique y techos de concreto, contaban con los servicios públicos como energía eléctrica, agua potable y drenaje; lo que nos indica que éstas familias se encontraban ubicadas dentro de una área no marginada, donde no existen problemas sanitarios importantes como serían los desechos de aguas negras, la defecación al aire libre, contaminación del aire, etc.

3. MORBILIDAD

Las infecciones de las vías respiratorias fue la causa más frecuente de consultas con una tasa de 77.

Llama la atención el alto índice en conjunto, de la enfermedades crónico-degenerativas, como son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la enfermedad

articular degenerativa y la dislipidemias, real reflejo del predominio de la población adulta anciana en el sector estudiado.

Los procesos alérgicos se ubican en el sexto lugar como causa de consulta, y esto se puede explicar por la ubicación de la mayoría de las colonias que conforman éste sector, aledañas a terrenos de cultivo, donde constantemente se despiden desechos agrícolas causantes de éste tipo de patologías.

VIII. CONCLUSIONES

El modelo sistemático de la atención médica familiar, es una propuesta para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar en el sector poblacional asignado, y nos va a permitir establecer el conocimiento de los grupos familiares a nuestro cuidado, así como la continuidad de la atención y la acción anticipadora, ejes en los cuales se sustenta el ejercicio de la medicina familiar.²³

Bajo esta premisa podemos concluir que el sector poblacional asignado al consultorio número cinco de la clínica hospital del ISSSTE de Cd. Obregón Sonora, lo conforman familias sólidas y bien estructuradas, en fase de dispersión, con un nivel cultural y socioeconómico aceptable, donde no existen en forma importante problemas de desintegración ni de toxicomanías que alteren la dinámica de éstas; igualmente la inexistencia de problemas sanitarios graves que incidan sobre el proceso salud-enfermedad; las viviendas en su mayoría son dignas y cuentan con todos los servicios

Los procesos crónicos-degenerativos ocupan un lugar predominante dentro de las diez primeras causas de consulta (ver tabla de morbilidad). Estos procesos una vez establecidos, son poco susceptibles de ser solucionados o curados con las herramientas de que disponemos y están relacionados etiológicamente con múltiples

factores de riesgo. Estos hechos justifican y demandan la necesidad de la puesta en marcha de programas de actuación preventiva que incidan conjunta y coordinadamente sobre el grupo de factores de riesgo de mayor relevancia en cuanto a su poder generador de patologías crónicas, y de que una parte importante de dichos programas se integre en las actividades habituales de las consultas de atención primaria.

En los adultos ancianos es donde existen mayores factores de riesgo, y la modificación de los mismos para poder prevenir la aparición de enfermedades, se logra precisamente con la acción anticipatoria. Los factores de riesgo más preocupantes que encontramos en este grupo, son la hipercolesterolemia, el tabaquismo y la obesidad.

Otra conclusión que podemos extraer es que las actividades preventivas no se realizan en jóvenes, en los que precisamente estarían más indicadas, esto tendría como objetivo el aprendizaje de conceptos, procedimientos y sobre todo actitudes que promuevan la adquisición de hábitos saludables, la capacidad de autocuidarse de los futuros adultos

Los patrones de consulta son altamente influenciados por los hábitos sociales y familiares, aun cuando son susceptibles de cambio.²⁵ Existen algunas familias en

donde los rostros de sus integrantes llegan a ser más conocidos, ya que acuden con mucho más frecuencia que el promedio, por enfermedades y padecimientos menores. Para este tipo de pacientes de altas tasas de consulta, el tipo de atención médica parece no ser relevante.

La conclusión más importante de este estudio es que las actividades de prevención de la salud no pueden quedarse en la maniobra o en el registro, sino que deben continuar con algún tipo de intervención mínima y seguimiento del problema. Las causas de este seguimiento deficiente son: falta de tiempo y recursos para adecuar el ritmo de seguimiento al de captación, por lo que habrá que decidir entre la cantidad o la calidad de las actividades de prevención y promoción; otra causa es el inadecuado nivel de educación para la salud de la derechohabiente, cuya demanda de servicio es más curativo que preventivo.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chávez V. García J. La Atención Integral en Medicina Familiar. Rev. Méd. IMSS (Méx) 1995; 33: 167-171
2. 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 (7): 449-456.
3. Cabrera Pivaral y col. La atención integral en medicina familiar. Rev. Med. IMSS (Méx.). 1995; 33 (2): 167-171.
4. Bustos G. El pediatra de atención primaria y las actividades preventivas. Atención Primaria. 1993; 12 (4): 183-184.
5. Delgado A. López Fernández L.A. La participación comunitaria: Una revisión necesaria. Atención Primaria. 1992; 9 (8): 457-459.
6. Martín Zurro A. Brotons Cuixart C. Ciurana Mison R. Forés García M. Actividades de prevención y promoción de la salud en las consultas de atención primaria. Atención Primaria 1994; 13 (7): 661-675.

7. López Salamanca S. Actuación del especialista de medicina familiar en la sociedad actual. *Revista Médica IMSS (México)* 1995; 33 (3): 317-320.
8. Narro-Robles J. La salud en México. “Orígenes de la medicina familiar” Testimonios 1988 Ed. Fondo de Cultura Económica. 1989; 4 (11): 225-230.
9. Irigoyen-Coria A, Mazón-Ramírez JJ, Landgrave-Ibáñez S, Melchor-González M. “Aportaciones del doctor Bernardo Sepúlveda a la medicina familiar mexicana” *Revista Médica del IMSS* 1993; 31: 411-415.
10. Sánchez G. El reto actual de la medicina familiar en México. *Rev. Méd. IMSS (Méx.)* 1994; 32 (4): 326-329.
11. Sánchez G. El Reto Actual de la Medicina Familiar en México. *Rev. Med. IMSS (Méx)* 1994; 32: 355-357.
12. Jiménez Mena C. Lorenzo Riera A. Segura Hernández C. Suárez Pérez A. Duarte Curbelo A. Hernández González T. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad. *Atención Primaria* 1993; 12 (5): 269-272.

13. Estebanel A. Pérez U. Martín M. García M. Algora E. y Córdoba R. Actuación Derivada de la Aplicación de un Programa de Actividades preventivas. Atención Primaria 1992; 10:539-542.
14. Turabián J. Percepción de éxito en programas de promoción de la salud en la atención primaria de la provincia de Toledo. Atención Primaria. 1994; 14 (8). 765-768.
15. Haq C. Ventres W. Hunt V. Et al. Salud y Sociedad. “Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo”. Bol. Oficina Panamericana. 1996; 120 (1): 44-57.
16. Gómez C. FJF, Irigoyen C.A. Fernández O. MA. Mazón R. JJ. Boletín Médico Familiar 1995; 3 (13-16): 18-19.
17. Sepúlveda Gutiérrez B. y Méndez Hernández L. Programa para la implantación del nuevo Sistema Médico Familiar. Rev. Méd. IMSS (Méx.) 1993; 31 (5-6): 407-410.
18. Manual de normas y procedimientos de atención primaria para la salud. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Subdirección General Médica. 1995: 2-3.

19. Terán Trillo M. Guía para la elaboración del estudio comunitario focalizado. Boletín Médico Familiar 1997. Julio-Agosto; 4 (5): 13-14.
20. Soberón G. Langer A. Frenk J. Requerimientos del paradigma de la atención primaria en la Salud en los albores del siglo XXI. Salud Pública Méx. 1988; 30 (5): 791-803.
21. OMS Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma Ata. URSS de Septiembre 1978. Doc. Of. No. 1 Ginebra, Suiza 1978.
22. Estebanell Arnal M. Uriel Pérez J. Martín Miguel V. García-Pellicer López M. Esteban Algora C. Córdoba García R. Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas. Atención Primaria. 1992; 10 (1): 539-542.
23. Irigoyen Coria A. Gómez Clavelina F. Jaime Alarid H. Hernández-Ramírez C. Farfán-Salazar G. Fernández-Ortega M. Mazón-Ramírez J. Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. Cuarta edición. 1996.
24. XI Censo General de Población y Vivienda 1990. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. México.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

25. Fry J. La Contribución de la Investigación al mejoramiento de la Práctica Familiar. En: Medalie JH. (ed) Medicina Familiar. Principios y Práctica. Ed. Limusa, México, 1987.

X. ANEXOS

CENSO POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
 EN GRUPOS ETAREOS DE 5 AÑOS

SEXO GRUPO DE EDAD	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 a +			
TOTAL			

10 PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD * () POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

C.I.E. 9 ^a Rev.	-1		1-4		5-14		15-24		25-44		45-64		65 a +		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
	GRUPOS DE EDAD Y SEXO															
DIAGNOSTICO																
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.