

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLÍNICA HOSPITAL " C " I.S.S.S.T.E., COMITÁN DE

DOMÍNGUEZ CHIAPAS.

110



MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR EN  
EL CONSULTORIO NUMERO 5 DE MEDICINA FAMILIAR EN  
LA CLÍNICA-HOSPITAL " C " DEL I. S. S. S. T. E. EN  
COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS

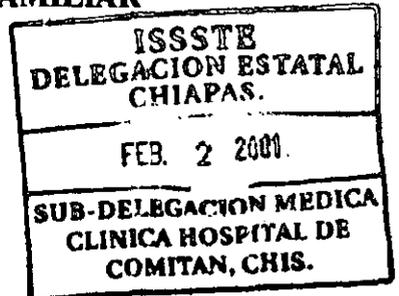
288588

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



ISSSTE

P R E S E N T A:



MARIA GUADALUPE RAMOS ROJAS.

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS.

FEBRERO 2001

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

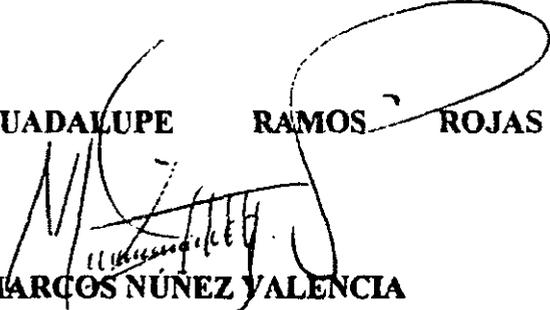
**MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR EN EL  
CONSULTORIO NUMERO 5 DE MEDICINA FAMILIAR EN LA  
CLÍNICA HOSPITAL " C " DEL I. S. S. S. T. E. EN  
COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA  
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR.**

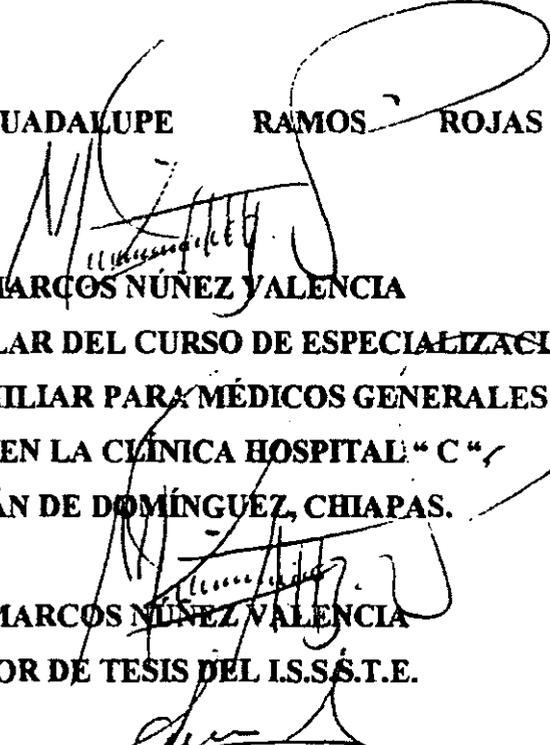


**P R E S E N T A :**

**MARIA GUADALUPE RAMOS ROJAS**

  
**DR. MARCOS NÚÑEZ VALENCIA**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL  
I.S.S.S.T.E. EN LA CLÍNICA HOSPITAL " C "  
COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS.**

  
**DR. MARCOS NÚÑEZ VALENCIA  
ASESOR DE TESIS DEL I.S.S.S.T.E.**

  
**DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA  
ASESOR DE TESIS DE LA U.N.A.M.**

  
**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO**

**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA  
Y MEDICINA FAMILIAR**

**JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.**



**MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR EN EL  
CONSULTORIO NUMERO 5 DE MEDICINA FAMILIAR EN LA  
CLÍNICA HOSPITAL " C " DEL I. S. S. S. T. E. EN  
COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS.**



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

MARIA GUADALUPE RAMOS ROJAS

**AUTORIZACIONES.**

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**U. N. A. M.**

**DR. ÁRNULFO IRIGOYEN ORTEGA**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO**  
**DE MEDICINA FAMILIAR. U. N. A. M.**

~~DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.~~  
**COORDINADOR DE DOCENCIA. DEPARTAMENTO DE**  
**MEDICINA FAMILIAR. U. N. A. M.**



## DEDICATORIAS

A DIOS Y A MI PADRE  
POR SER ESTÍMULOS  
EN MI VIDA.

A MI FAMILIA:

A UVI CANCINO HERNANDEZ  
POR SU COMPAÑÍA,  
AMOR Y CONFIANZA,  
IMPULSÁNDOME A  
SEGUIR ADELANTE

A MIS HIJOS:

UVI Y KARINA  
CON TODO MI AMOR,  
PARA ELLOS

A SARY, HERMANOS (AS)  
AMIGOS Y COMPAÑEROS  
POR SUS APOYOS  
INCONDICIONALES.

A MIS MAESTROS.

CON RESPETO.

**TITULO:**

**MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR EN EL  
CONSULTORIO NUMERO 5 DE MEDICINA FAMILIAR EN LA CLÍNICA  
HOSPITAL “ C “ DEL I. S. S. S. T. E. EN COMITÁN DE DOMÍNGUEZ,  
CHIAPAS.**

---

## ÍNDICE

	PAG.
1.- TITULO	1
2.- MARCO TEÓRICO	2
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
4.- JUSTIFICACIÓN	17
5.- OBJETIVOS	
5.1.- GENERAL	18
5.2.- ESPECÍFICOS	18
6.- METODOLOGÍA	
6.1.- TIPO DE ESTUDIO	19
6.2.- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	19
6.3.- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	19
6.4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN	19
6.5.- INFORMACIÓN RECOLECTADA	20
6.6.- PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN	21
6.7.- CONSIDERACIONES ÉTICAS	21
7.- RESULTADOS	
7.1.- DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	22
7.2.- TABLAS (CUADROS) Y GRÁFICOS	25
8.- DISCUSIÓN	44
9.- CONCLUSIONES	47
10.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	48
11.- ANEXOS	53

## 2.- MARCO TEÓRICO

El primer sistema convencional en el mundo Occidental de atención médica se establece en el Siglo XIX, cuando los países poderosos de Europa y Estados Unidos deciden acabar con la tolerancia a los médicos empíricos, muchos de ellos charlatanes de gran éxito comercial; terminar con la confusión de tres profesiones que competían entre ellas: la Cirugía, la Farmacia y la Medicina.

El desarrollo tecnológico de la medicina se inició con el siglo, lo cual ha obligado a todos los países del mundo a replantear los esquemas iniciales. Además la atención médica no actúa de modo independiente de los fenómenos políticos, sociales y económicos, que sin duda han sufrido cambios radicales durante el último decenio.

En 1960 predominaba una clara política social en los países de Latinoamérica, y los sistemas convencionales del decenio anterior sufriendo ajustes importantes:

- 1) Se inició la Medicina Familiar como estrategia para crear un profesional con mayor conocimiento y experiencia en problemas psicosociales que recuperara la posición tradicional del médico.
- 2) Se aumentó la cobertura de los servicios médicos en el medio rural y en las zonas marginadas urbanas.
- 3) Se apoya la Medicina Preventiva y se crean departamentos para la elaboración de programas de prevención primaria y secundaria. (1,2).

En los últimos 30 años, un buen número de países en desarrollo ha logrado elaborar un modelo de atención primaria promovido por la Organización Mundial de la Salud: "Atención esencial a la salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente sólidas y socialmente aceptables, que se pongan al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante la participación plena de estos y con un costo que la comunidad y el país puedan sufragar y mantener".

Los primeros esfuerzos de iniciativas de salud basadas en las comunidades en África y Asia, se remontan a 1920, como por ejemplo los programas de adiestramiento para los trabajadores comunitarios de la salud en Sudán.

En los años 70's la OMS había reconocido y formulado este modelo, y en Alma Ata declaró que antes del año 2000 podían lograrse, a través de la atención primaria, "la salud para todos" (3,4,5).

En la I Conferencia Internacional de Promoción de Salud, que se declara heredera del espíritu de Alma Ata, se señala que para mejorar la salud de las colectividades es necesario actuar en los llamados cinco campos de acción de la carta de Ottawa: Reorientar los servicios de salud, mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida, crear medioambientes saludables, elaborar políticas explícitas para salud y reforzar la acción comunitaria en salud. (6).

La salud se define según la O.M.S./ UNICEF, 1978:

El estado de completo bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad". (7).

Las concepciones del proceso Salud-Enfermedad se pueden clasificar en:

- 1) Mágico religiosa-empírica. Esta dominó la historia del hombre durante siglos.
- 2) Biologicista-positivista. Es una concepción biológica, ha florecido en la segunda mitad del siglo XIX. Esta perspectiva ofrece una atención curativa más que preventiva, orienta a acciones a individuos y en la modificación de la conducta individual.
- 3) Sanitarista. En esta los problemas de salud son problemas sanitarios y su solución implica saneamiento. Es la expresión ecologista de la salud en la interacción de agente y huésped en el ambiente. La apoyan los de la salud pública y los organismos internacionales.
- 4) La biológica-social-histórica, propone una integración entre las ciencias naturales y sociales que permiten concebir el proceso salud enfermedad como un proceso histórico-social que se manifiesta en sociedades. (8, 9)

Las diversas formas de organización de los servicios de salud en el mundo se pueden clasificar:

I.- Sistema nacional de salud de cobertura universal gratuita. Su lineamiento proviene del gasto público vía impuestos generales, de modo que se trata de un servicio público gratuito respaldado en el derecho social a la salud.

El modelo de atención a la salud otorga, prioridad a la prevención y a los servicios no personales como el saneamiento del medio; la educación para la salud; el control del agua y de los alimentos, y la higiene laboral.

Existe una participación de la comunidad en las tareas de la salud. En los servicios personales existen varios niveles de atención, esta definida “la puerta de entrada” de los pacientes y un sistema de referencias de los mismos, lo que propicia la calidad en el servicio y la economía de recursos. Los recursos humanos son asalariados; son ejemplos de estos los sistemas nacionales de salud: Ingles, Soviético, Sueco, Chino y Cubano.

II.- Coexistencia de organismos de seguridad social que ofrecen servicios médicos a los derechohabientes: Instituciones asistenciales públicas que prestan atención médica gratuita de baja calidad a la población de pocos ingresos y no asegurada, e instituciones privadas de carácter lucrativo. Los servicios personales están separados de los no personales, y como no se les otorga prioridad, se desenvuelven precariamente.

Tiene tres formas:

a) Mediante un pago específico a cambio del servicio médico privado, proporcionado por empresas lucrativas, la utilizan los estratos de altos ingresos y la población marginada.

b) Mediante una cuota periódica se adquiere los derechos a los servicios médicos de la seguridad social y no es necesario ningún pago adicional cuando se recibe el servicio. El financiamiento se complementa con las cuotas de los trabajadores, patrones y del Estado. Se trata de un servicio no mercantil de financiamiento, socializado. Es un sistema discriminatorio, ya que la sociedad aporta recursos, para los servicios de salud destinados a una parte de la población. Se benefician los obreros, empleados públicos y del sector privado moderno.

c) Para la población que carece tanto de poder adquisitivo como de seguridad social, el Estado opera servicios médicos a “población abierta”. Ofrecen una medicina simplificada, con acceso por cuotas de recuperación; tienen un nivel de recursos insuficiente y la calidad es irregular. El estilo a la salud es: individualista, curativo y medicalizado. En algunos países subsiste la medicina tradicional, la participación de la comunidad es prácticamente nula. Este modelo es predominante en los latinoamericanos (incluyendo México), en ellos, el derecho a la salud es una demanda insatisfecha.

III.- Instituciones privadas de carácter mercantil con sistemas de cobro directo al paciente a través de seguros médicos. La atención a la salud es un bien de consumo privado, sujeto a las leyes del mercado. Es la antítesis de la salud como un derecho social. Los servicios se dedican a la población de mayor poder adquisitivo. Su ejemplo en Estados Unidos con la existencia de seguros de asistencia médica para los ancianos e indigentes, con fondos del Estado. La participación de la comunidad es inexistente; el estilo de atención es curativo, medicalizado y realizado en hospitales sofisticados, es muy caro.

Se analizará los servicios de salud de tres países cuyos sistemas de atención a la salud tienen cobertura universal y participación de la comunidad, estos con diferentes grados de desarrollo y formas de organización social.

Costa Rica, país capitalista dependiente, con características históricas y pirámide poblacional similar a la de México, y un producto nacional bruto (PNB) per cápita semejante. Sin embargo sus niveles de mortalidad general, materna e infantil son respectivamente 30, 21, y 60% menores que los de México y la esperanza de vida al nacer es 6 años mayor a la mexicana.

Cuba, país socialista, tiene un PNB per cápita menor al de México similar pirámide poblacional y porcentaje de población urbana, pero una tasa de crecimiento demográfico menor a la mexicana. Sus niveles de mortalidad general, materna e infantil son, respectivamente 46, 60, y 64 % menores que los de México y la esperanza de vida al nacer es 7 años mayor.

El Reino Unido, país europeo capitalista, tiene un PNB per capita 4 veces mayor al mexicano, un porcentaje de población urbana mayor al nuestro y una pirámide demográfica más vieja. Sus niveles de mortalidad general, materna e infantil son, respectivamente, 47, 94 y 80% menores a los de México. La esperanza de vida al nacer, igual que Cuba, es de 7 años mayor que la nuestra.

Mientras que Cuba y la Gran Bretaña tienen un modelo de salud que corresponde al primer tipo. Costa Rica tiene un sistema que, si bien origina en el segundo tipo, tiene una cobertura total que lo distingue de los demás países ubicados en esa situación.

## a) COSTA RICA

El estado es Centralista, y su estructura sociopolítica describe como un edo. De bienestar subdesarrollado. La salud y la educación están en un sistema igualitario. El gasto a la salud es de 3 a 6% del PNB.

De 1972 a 1973 los servicios de Salud se orientó hacia la expansión e integración. En 1980, el 15% de la población no estaba cubierta aún por los servicios médicos. Los servicios Hospitalarios se integraron a la Caja Costarricense de Seguridad Social, con acuerdo del Ministerio de salud.

La Seguridad Social proporciona los servicios personales de 2º. a 4º. Nivel, incluyendo medidas preventivas como inmunizaciones, salud infantil y detección de enfermedades.

El Ministerio de Salud tiene a su cargo la atención primaria con programas de salud rural y medicina comunitaria con personal familiar entrenado 6 meses y con referencia de pacientes.

También es responsable de los servicios no personales como fauna nociva, alimentos y medicamentos, salud ambiental, nutrición, para proporcionar estos servicios se coordina con el Instituto Costarricense de Acueductos y alcantarillado.

Los servicios personales se ofrecen se ofrecen con base en el área rural y periferias, y en la capital, con programas y actividades definidas, personal y los recursos necesarios.

Se integran 4 niveles de atención, coordinados, cuenta con referencia de pacientes y una vez atendidos regresan con la indicación de la atención que deben recibir.

Los servicios de salud son altamente de carácter participativo, incorpora a la comunidad en promoción y mantenimiento de la salud.

El 50% del financiamiento global proviene de cuotas tripartitas: los patrones pagan 6.75% los obreros 4% y el Estado. El Estado el 0.25%. En los que se refiere a los trabajadores independientes se aseguran por una pequeña cuota, los que nos pueden pagar el Estado se compromete a cubrir sus gastos con fondos de la lotería e impuestos por cigarros y otros productos, de esto proviene el 50% del financiamiento. (9).

## **b) CUBA.**

A partir de 1959, la salud es un derecho de todos los individuos, y una responsabilidad del Estado, además es gratuito.

Es primordial la salud y la educación (50% del presupuesto); el Sistema nacional de salud tiene la autoridad legal, administrativa y financiera en el Ministerio de Salud.

Los Servicios de salud son integrales con los servicios personales que se dirigen al individuo como unidad biopsicosocial, atendiendo la prevención y la educación para la salud.

Los Servicios no personales cuidan el medio físico, biológico y social, la higiene ambiental, protección y al ambiente de actividades a crear el desarrollo del individuo integrado a la comunidad. La organización del ministerio de salud : 1) Su estructura es provincial y regional. 2) De este depende la docencia y la capacitación y forma de recursos necesarios, 3) Los servicios no personales están a cargo de Unidad Regional de Higiene y Epidemiología (se encarga del control de alimentos y desechos; salud escolar, higiene de la vivienda, nutrición, vigilancia epidemiológica con apoyo de laboratorio de salud pública); 4) Se encarga de compra y fabricación de medicamentos y del equipo clínico quirúrgico.

Los servicios de salud están en una organización escalonada y piramidal con vértice en el Ministro y base en las unidades aplicativas.

Se organiza en regiones con una red de servicios preventivos y curativos para todo el país, los niveles bien delimitados, relacionados y jerarquizados. La Red Nacional de Servicios básicos son las policlínicas (medio urbano) y el Hospital Rural (campo).

A través del Equipo de Salud, se brinda atención Primaria; en localidades de menos de 1000 habitantes con personal técnico y auxiliar, en los mayores con clínicas de Atención Médica General.

La participación comunitaria ha elevado el nivel de educación para la salud y obtener el apoyo efectivo de la población para programas de salud, relación médico-paciente, y aumentar la confianza en los servicios.

A partir de 1977, los órganos de poder popular, la unidad y servicios primarios de salud pasaron a ser administrados por la comunidad. (9,10).

### c) REINO UNIDO

En 1946, se aprobó la Ley de Servicio Nacional de Cobertura Universal, que entró en vigor en 1948. Actualmente el Servicio Nacional de Salud se financia: 80% del gobierno, 9% del Seguro Social, 6.5% de los gobiernos locales y el paciente aporta 4.5%.

El 5.7% del PNB se destina a la salud.

En 1974 se organizó el Servicio Nacional de Salud (S.N.S); conservándose a la fecha, este coordina todas las necesidades de las regiones y dicta normas y planes generales, depende del Departamento de Salud y Seguridad Social que establece las políticas globales y las asignaciones financieras. El responsable de este es la Secretaría de Estado para los Servicios Sociales.

Los servicios médicos se otorgan en el primer nivel en consultorio privado, de médicos generales que ofrecen servicios privados y públicos, recibiendo pago por parte del SNS según la cantidad de pacientes públicos atendidos. Además se ofrecen los servicios en centros de salud públicos que son manejados por médicos generales, y familiares. El segundo nivel son los hospitales generales de distrito (pequeños con menos de 150 camas). El tercer nivel se ubica en hospitales e institutos de enseñanza distribuidos en las ciudades y universidades.

La participación de la comunidad se asegura a través de los Concejos Comunitarios de Salud constituidos por representantes, designados como los vigilantes públicos del desarrollo de los servicios, con acceso a la planificación del SNS, necesidades y prioridades así como clausurar hospitales y reorientar las acciones del SNS.

Estos tres países se encuentran en etapas diferentes históricas: Costa Rica muestra un modelo de transición correspondiente al modelo tipo dos y ha tratado de universalizar los servicios personales de salud. La Gran Bretaña, durante 35 años ha tenido un gran desarrollo previo de la medicina privada se explica por el sistema de pago a los médicos. Cuba, vivió durante 11 años un proceso de fusión de formas de atención médica, posteriormente con la revolución exigía un sistema de salud diferente al anterior. (9).

La conferencia de Alma Ata en 1978 sobre la atención primaria a la salud, convocada por la OMS, proclamó a la salud como “un derecho humano fundamental y como un objetivo social importantísimo en el mundo”. La atención primaria, a la vez que constituye la función central del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo social

y económico de la comunidad. Representa el primer contacto de la familiar, los individuos y la comunidad, con el sistema nacional de salud.

Las actividades de la atención primaria comprende: promoción de la nutrición, abastecimiento suficiente de agua potable y saneamiento básico, asistencia materno infantil, inmunizaciones, control de las enfermedades endémicas locales, educación para la salud, tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales. La declaración deja en claro la insuficiencia de los esquemas medicalizados de servicios personales de salud y con ello propone un mayor acento en los servicios no personales, así como en la formación de personal técnico medio. (9,11).

La OMS/OPS señalan como un problema frecuente el desconocimiento de las necesidades de salud de la población, y en consecuencia el desarrollo de servicios incongruentes con tales necesidades. Para ello proponen un sistema de salud único, con servicios estructurados por niveles y regiones, que permitan un eficiente manejo económico de los recursos y que descentralicen la responsabilidad de tomar decisiones. Adecuados sistemas de información de salud para la evaluación de los servicios, de presupuestos y programas.

En México, país de desarrollo capitalista tardío, con importante sector público. Para satisfacer las necesidades esenciales en salud es necesario modificar el proceso salud-enfermedad atenuando los riesgos de la enfermedad, incapacidad y muerte.

La 1ª. Condición es la extensión universal de los servicios no personales de salud; promoción de la salud y prevención de los daños.

La 2ª. Condición es que toda la población disponga de agua potable y alcantarillado, vivienda y abrigo adecuado, un nivel mínimo de educación, de empleo digno y salario, y alimentación suficiente y balanceada.

La 3ª. Condición es la extensión de los servicios personales de salud. Los servicios personales deben contar con tres niveles de atención: medicina general y familiar; especialidades y subespecialidades, con un sistema de referencia de pacientes. (9).

Para establecer la salud como valor social fundamental se debe establecer un marco jurídico en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el derecho a la salud.

El modelo de atención de salud aquí desarrollado tiene las siguientes características:

- 1.- Para asegurar una cobertura real, los servicios de salud deben satisfacer las condiciones de accesibilidad geográfica y económica, disponibilidad y suficiencia de los recursos físicos, humanos y financieros, la aceptabilidad por parte de la población y la continuidad de las acciones.
- 2.- Deben partir del estudio de las necesidades de la salud de la población.
- 3.- Los servicios no personales de salud comprenden:
  - a) Organización comunitaria para la salud.
  - b) Educación para la salud.
  - c) Vigilancia epidemiológica.
  - d) Vigilancia, promoción y educación nutricional.
  - e) Salud laboral.
  - f) Salud escolar.
  - g) Control y regulación de la contaminación del agua potable, alimentos, bebida, medicamentos, sitios de reunión, vivienda, fauna nociva, y los depósitos y manejo de desechos.
- 4.- Los servicios personales con un sistema integrado en 3 niveles de atención.
- 5.- El sistema integral de atención implicara un servicio colectivo como individual, preventivo como curativo, incluyendo los servicios personales y no personales; además al no tener una condicionante se ofrecerá a toda la población.
- 6.- Se requerirá de una regionalización de los servicios.
- 7.- La planeación y evaluación deberá partir del nivel local.
- 8.- La propia comunidad establecerá su organización y actuación en materia de salud.

Solo la oferta de los servicios de salud a una población, con mejoría de las condiciones de vida, puede elevar el nivel de salud de la población y modificar el proceso colectivo de salud-enfermedad. (9,12).

La atención médica integral se inició a finales del Siglo I A.C. la medicina se consideraba parte integrante de la filosofía, pues se encontraba incluida dentro del conocimiento social de la época y era impartida por los filósofos expertos en el arte de curar. En la medicina China el concepto del Yin y el Yan como dos fuerzas inseparables y contrarias, era la base del equilibrio y de eso dependía el grado de salud alcanzado.

Otro aspecto se dio en la medicina Azteca, la cual estaba enfocada en gran medida a la prevención y a la investigación. Sin embargo el nivel alcanzado fue precario y parcial pues se atendía de manera diferente a la población. (13).

En 1970, la formación de especialistas solo existía en Estados Unidos de América del Norte y Canadá en cuya génesis intervinieron diversos factores, predominando los económicos sobre los de salud, necesidad social o factores epidemiológicos, en estos países se desarrolló un modelo efectivo. (14,15,16,17).

México decide incorporar esta estrategia educativo-asistencial a través del I.M.S.S. a partir de 1971. (18,19). Ahora ha establecido el Modelo Moderno de Atención a la Salud que se refiere al otorgamiento de la atención médica integral. (20).

Medicina Familiar es la atención médica integral, con énfasis en la familia como unidad, con responsabilidad continua del médico en relación con la salud, sin límites de edad o sexo del paciente u órgano o sistema afectado por la enfermedad. (21,22).

Su estudio se fundamenta en tres ejes:

*Estudio de la Familia:* Permite el entendimiento del entorno biopsico-social fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que puedan favorecer o limitar la salud ya sea individual o familiar.

*Continuidad:* comprende los aspectos biológicos, psicológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad en los individuos, sin importar sexo, edad, ni el estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo un tratamiento adecuado y coordinando los recursos médicos familiares y comunitarios a su alcance.

*Acción Anticipatoria:* se basa en un enfoque de riesgo, contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características del individuo y/o medio ambiente que le rodea produzcan en conjunto una enfermedad. Planea las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades, en una perspectiva integradora del tratamiento curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales. (23).

Las primeras acciones del origen de la especialidad en México se remontan al año de 1953, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, donde los sistemas asistenciales adolecían de dificultades (atención médica con pobre organización, consulta externa controlada por personal de archivo, etc.), Se estableció posteriormente en 1955 el Sistema Médico Familiar sumándose la cita previa, modificación en el manejo de expedientes, clínicos archivo y mecanismos de adscripción.

En marzo de 1971 se inicia con la especialización con reconocimiento de la U. N. A. M., EN 1975 se establece el 1er. departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica. En 1980, la S.S.A. y el I.S.S.S.T.E. asigna médicos familiares con el fin de brindar una atención Medico-Social.

Así mismo el I.S.S.S.T.E en 1993 inicia el Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del Instituto en su primera etapa contando con aval universitario de la UNAM y actualmente se encuentra completando su cuarta etapa a Nivel Nacional.

El modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar se presenta por primera vez, para llevar a cabo la practica de la Medicina Familiar. Propuesto por la Subdirección General Medica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; con un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual redundará en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, definiendo los campos de acción propios de la investigación. (26).

Algunos de los factores que influyen en las relaciones de la familia ante la enfermedad son: tipo de familia, la educación de cada miembro, etapa del ciclo familiar, funcionalidad familiar, ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas, actitudes de los familiares acerca del dolor, invalidez y regímenes terapéuticos.

Existe una relación proporcional de la estructura y funcionalidad de la familia con la eficacia de las medidas preventivas y terapéuticas (27) que efectúe el Médico Familiar (28), lo cual es condición esencial para la orientación. (29)

Debe identificar la problemática psicosocial familiar ( 30,31,32), desde el punto de vista estructural o funcional.

Para el enfoque estructural se utiliza familiograma (permitiendo la identificación de los miembros de la familia, sus características generales, relaciones, etapa del ciclo vital familiar, roles y enfermedades. El enfoque funcional no se ha estudiado, por falta de aplicación de instrumentos y modelos para su evaluación (29, 33).

Fry se refiere que los patrones consulta son altamente influenciados por los hábitos sociales y familiares. El verdadero primer nivel es la auto atención proporcionada por el individuo o por su familia, de esto se sabe poco.

El Médico Familiar debe esperar ver el 70% de sus pacientes en un año, y al 90% en 5 años, de estos menos del 10% son referidos al Hospital. (34) a la consulta acuden los más jóvenes (34, 35), y los mas viejos, con asistencia más las mujeres en relación 3:2.

Los de menos ingresos acuden con más frecuencia, al igual que los trabajadores manuales que los empleados.

En Gran Bretaña los grupos de enfermedades comunes son padecimientos de vías respiratorias, desórdenes emocionales ( conflictos entre la psique individual y un medio ambiente hostil), y problemas cutáneos (34) En Jalisco las principales consultas médicas adolescentes se encontraron las respiratorias, traumáticas y envenenamientos, enfermedades digestivas, infecciosas y parasitarias. (35). Horwitz y Cols, en Chile confirmó las mismas enfermedades, en su estudio encontró el 55.9% de las familias en fase de expansión y con ausencia del jefe de familia en 18% (36).

Se deben aprovechar todas las oportunidades para las actividades preventivas en grupos de población aparentemente sanos (37,38), ya que al parecer las actividades se realizan menos en jóvenes en los que están mas indicados. (35, 39, 40).

La población en México asciende a 91.1 millones de habitantes. En 1996 ocurrieron alrededor de 2.3 millones de nacimientos y 425 mil defunciones. Esto implican un crecimiento anual de 1.8 millones de mexicanos y tasa de crecimiento de 1.94%, la población en edad de trabajar representa mas de la mitad de los habitantes del país mientras que los menores de 5 años suman 13.3 millones, el grupo en edad de estudiar (6-14 años) constituyó una quinta parte (41) las de mas de 65 años suman 4 millones (42, 43).

La esperanza de vida de los mexicanos es de 72 años mientras que la mortalidad infantil es de 27 defunciones por cada 1000 nacidos vivos. (43, 44, 45).

Chiapas presentó una población total de 3.5 millones de habitantes 1,791,000 hombres y 1794 mujeres, tasa de natalidad de 30.5 con mayor población de los 15 a 64 años, su tasa global de fecundidad de 3.7 y la esperanza de vida al nacer de 71 años, con tasa de mortalidad de 4.1

Presenta 14.7% de analfabetismo en su población de 62.292 habitantes, con 29,800 habitantes hombres y 32,492 mujeres. Presenta una tasa global de fecundidad de 2.7%, de natalidad de 38.5% y tasa de mortalidad de 5.1% Cuenta con 19.1% de la población es analfabeta, durante el año de 1996 se realizaron 19,323 matrimonios y 786 divorcios.

Las principales causas de muerte entre los mexicanos fueron: Enfermedades del corazón, tumores malignos, accidentes, Diabetes Mellitus, Enfermedades cerebro vascular, Cirrosis y enfermedades del Hígado, Neumonía e influenza, Afecciones del período perinatal, Homicidio, Nefritis, Sx. Nefrótico y Nefrosis.(47, 48).

Dentro de la Morbilidad de los países encuentran en 1996: Enfermedad infecciosa intestinal, tuberculosis, Infecciones Meningococicas Sarampión, Paludismo, Enfermedades venéreas, Tumores malignos Tumores benignos de útero Enfermedad del tiroides, Diabetes Mellitus, Deficiencias de la Nutrición. (48).

Las principales causas de muerte entre los mexicanos fueron: Enfermedades del corazón, tumores malignos, accidentes, Diabetes Mellitus, Deficiencias de la Nutrición (48).

Chiapas presenta en 1997, en su mortalidad general las causas mas frecuentes: Accidentes, enfermedades del corazón, tumores malignos (estomago, cerviz, traquea), enfermedades infecciones intestinales, cirrosis y enfermedades del hígado, Neumonía e influenza, Diabetes Mellitus, afecciones originadas en el periodo neonatal, enf. Cerebro vascular y Homicidios.

Dentro de su morbilidad se encuentra infecciones Respiratorias Agudas, Infecciones Intestinales (amibiasis, ascariasis, helmintiasis, paratifoide, Otitis Media Aguda Angina estreptocócica, Hipertensión, Escabiosis, Candidiasis urogenital, Diabetes Mellitus, Oxiuriasis, Tricomoniasis Urogenital. (41).

Dentro de las causas principales de morbilidad durante 1990, registrados en la Jurisdicción Sanitaria III, se encuentran en orden de frecuencia las infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, la parasitosis intestinal, micosis, escabiasis, paludismo,

hipertensión, paratifoidea y otras salmonelosis, tuberculosis pulmonar, traumatismos y envenenamientos.

Dentro de las causas de mortalidad de la Jurisdicción III, 1992 se aprecian: Infecciones diarreicas agudas, neoplasias, cardiopatías, infecciones respiratorias agudas, accidente cerebro vascular, tuberculosis pulmonar, senectud, cirrosis hepática, diabetes mellitus e hipertensión arterial. (49).

### **3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

El acto médico exige precisión, eficacia, eficiencia y resultados positivos, utilizando los recursos médicos (Institucionales, Particulares ó de beneficencia social) que ayuden a recuperar la salud del enfermo o del grupo familiar.

La existencia del medico se fundamenta en que con su ciencia, prevenga el daño, mantenga la salud, limite las lesiones y recupere las capacidades posteriores a la enfermedad, así como ello, los médicos deberían realizar un alto compromiso humanitario, respetando al individuo y sus normas sociales, es decir con ética y calidad en su actividad.

A través del tiempo una de las consideraciones del proceso salud-enfermedad ha sido la creación de servicios de atención cada vez mas humanos y satisfactorios, tanto para los pacientes como para quienes brindan atención en salud.

En el esquema actual de atención médica familiar no es satisfactorio tanto para el médico como para el paciente, ya que no se ha logrado el impacto deseado a la problemática de salud, al conocimiento insuficiente de las características socioculturales, así como los recursos que pueden ser implantados para mejorar el nivel de salud.

De ello surge el siguiente cuestionamiento de ¿ Cómo elaborar estrategias preventivas, de diagnóstico, tratamiento, y de rehabilitación de acción Médico-Familiar en el consultorio 5 de la Clínica Hospital "C" del I.S.S.T.E en Comitán Chiapas?

#### **4.- JUSTIFICACION.**

El actual modelo de atención médica que se proporciona en nuestra Institución a nivel local se basa en la atención médica individualizada, en muchas ocasiones esporádica, con mínimos recursos disponibles, sin participación de personal o equipo especializado; olvidándose del aspecto preventivo, de la enfermedad por lo que se hace necesario que a través de la atención Médica familiar eleve el nivel de atención.

Debido a la gran variedad de factores que condicionan el estado de salud-enfermedad de la población es importante establecer medidas en base a los problemas identificados, conociendo a fondo las características estructurales de las familias, el nivel de desarrollo biopsicosocial de los individuos, las patologías más frecuentes, etc. Y generar una atención médica de mayor calidad a nivel Institucional y así del Sistema de Salud Nacional.

El Modelo Sistemático de Atención Médica, ya realizado en otros países, se presente por vez primera como un proyecto para mejorar la calidad de atención Médica Familiar, ya que al determinar las características medico familiares de los derechohabientes, así como las causas de consulta más presentes; de esta manera se identificarán las necesidades de salud de la población, establecer medidas preventivas y de promoción a la salud.

## **5.- OBJETIVOS.**

### *5.1.- OBJETIVO GENERAL*

Determinar las principales características Médico familiares de los derechohabientes del consultorio 5 de la Clínica Hospital "C" del I.S.S.S.T.E., basándose en el Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar.

### *5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:*

- Realizar la integración de los servicios Médicos para dar mayor satisfacción de los usuarios y ampliar los Servicios de Salud.
- Implementar el Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar fundamentado en los tres ejes básicos de la Medicina Familiar.
- Determinar la Pirámide poblacional del consultorio.
- Conocer las 10 principales causas de Atención Médica.
- Identificar el tipo de familia de la población derechohabiente según su: desarrollo, composición, demografía, y etapa del ciclo familiar.

## 10.- METODOLOGÍA.

### *6.1.- Tipo de Estudio.*

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

### *6.2.- Población, lugar y tiempo de estudio.*

Población derechohabiente adscrita al consultorio No. 5 del turno matutino de la Clínica Hospital "C" del I.S.S.S.T.E. de la Ciudad de Comitán de Domínguez, Chiapas, realizado del 1º. De Septiembre de 1997 al 30 de Agosto de 1998.

### *6.3.- Tipo y Tamaño de la Muestra.*

Se incluyó en el estudio a todas las familias que acudieron a la Clínica a solicitar el servicio de la consulta externa durante el periodo de estudio.

### *6.4.- Criterios de Inclusión, Eliminación y Exclusión.*

#### **Inclusión.-**

Usuarios adscritos al consultorio 5 turno matutino, con expediente y aceptación para participar en el estudio.

#### **Eliminación.-**

Pacientes con datos incompletos en la encuesta y en los expedientes.

#### **Exclusión.-**

No se observaron.

### 6.5.- Información Recolectada (Variables de medición).

La recolección de datos del Censo Poblacional se llevo a cabo a través de los expedientes clínicos de todos los individuos de las familias adscritas al consultorio 5 de la clínica.

Para ello, las variables fueron de tipo cuantitativo como cualitativo; identificándose una escala de intervalo para las primeras y nomina y ordinal de las segundas, según sea el caso:

Número total de individuos.

Número total de individuos del sexo masculino

Número total de individuos del sexo femenino

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

Los grupos etáreos se establecen en una amplitud de clase de 5 años.

Para el estudio Sistemático Familiar, la información se obtuvo a través de una cédula de recolección de datos, las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal y se identifican las siguientes:

Nombre de la familia

Estado civil

Años de unión conyugal

Escolaridad del Padre y de la Madre

Edad del padre

Edad de la madre

Número de hijos (hasta de 10 años de edad)

Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)

Número de hijos (de 20 0 más años de edad)

Métodos de Planificación Familiar (DIU, hormona oral, hormona inyectable, OTB, vasectomía, ritmo, condón, ninguno).

Ocupación de los padres de familia.

Ingreso económico: de un salario mínimo.

de uno a dos salarios mínimos

de tres o más salarios mínimos

Tipo de familia: moderna o tradicional.

Etapas de ciclo vital de la familia (expansión, dispersión, independencia y retiro).

Integración familiar: integrada, semiintegrada y desintegrada.

Para la identificación de las causas de consulta, la información se obtuvo de las hojas de informe diario de las actividades del médico, las variables de tipo cualitativo en la escala nominal, correspondieron a: las diez principales causas de consulta por grupo de edad y sexo.

#### *6.6.- Procedimiento para capturar la información.*

##### **Censo de Población.**

Se identificó en el archivo clínico todos los expedientes de las familias en estudio clasificándolas en núcleos familiares; utilizando la técnica de paloteo. Se clasificó en grupos etáreos en amplitud de cada 5 años para obtener la pirámide poblacional.

##### **Estudio Sistemático Familiar.**

Se realizó con la aplicación de las cédulas recolectoras de datos a cada usuario del sector referido, con técnicas de paloteo se tabuló en cada rubro contenido en la cédula; para exposición de los resultados finalmente se elaboraron cuadros y gráficas, con números absolutos, porcentajes, desviaciones estándar y promedios según el caso.

##### **Causas de Consulta.**

Al recabar el informe diario de las actividades del médico del 1º. de septiembre de 1997 al 30 de agosto de 1998 se clasificó los motivos de consulta según el diagnóstico; si asiste por primera vez o en consulta subsecuente, de acuerdo al grupo de edad y sexo, utilizando la técnica de paloteo.

Se presenta la información de las gráficas correspondientes por motivos de consulta con asistencia de 1ª. Vez o subsecuente, y de acuerdo al sexo. Se presenta mediante números absolutos y porcentajes.

#### *6.7.- Consideraciones Éticas.*

No se considera riesgo para la salud el presente trabajo.

## 7.- RESULTADOS

### 7.1.- Descripción del Censo Poblacional.

La población total del consultorio 5 del turno matutino de la Clínica Hospital "C" del I.S.S.S.T.E. en Comitán, Chiapas es de 1824 personas. El grupo masculino representado por un total de 800 que corresponde al 43.86% y para el sexo femenino de 1024 que corresponde al 56.14% de la población (Cuadro 1, Gráfica 1).

Existe una población infantil (de menores de 4 años) de 130 con 72 niños que representan el 9% del total de la población masculina y de 58 niñas con un 5.6% del total de la población femenina. (Cuadro 1).

El grupo femenino en edad fértil (15 a 49 años) representa un total de 530 (51.75%) siendo para los grupos etáreos de 15 a 19 años (81), de 20 a 24 años (40), de 25 a 29 años (73), de 30 a 34 años (65) y de 45 a 49 años (45).

La población anciana de 60 años o más con un total de 207 personas para el sexo masculino 110 y para el sexo femenino 147, que representan el 6.0% y el 8.05% respectivamente de la población total. (Cuadro 1).

### **Descripción de la Estructura Familiar:**

De un total de 457 familias adscritas al consultorio 5 de la Clínica Hospital se estudiaron 225 familias.

De acuerdo al estado civil, las parejas que conforman las familias en estudio se encuentran casadas en un 74.2%, en unión libre 16.4%, solteros en 3.6%, divorciados un 3.1%, y viudos en 2.7%. (Cuadro 2, Gráfica 2).

En relación con los años de vida conyugal que han sostenido las familias se observa una media de 12.3 años con una desviación estándar de 9.3 años. (Cuadro 2).

La escolaridad con que cuentan los padres de familia es del nivel superior 48%, el 23% con nivel básico, el 15.6 % con nivel medio, el 12.9% con nivel medio superior o técnico y el 0.4% de analfabetas. (Cuadro 2, Gráfica 3).

El 26.7% de las familias estudiadas no maneja ningún método de planificación familiar, en tanto que el 38.2% utiliza la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), el 13.3% el ritmo, el DIU con 8.0%, el Hormonal Oral 6.2%, el Hormonal Inyectable 5.3%, el condón 1.8%, con un solo hombre que se practicó la vasectomía. (Cuadro 2, Gráfica 4).

El número de hijos menores de 10 años fue de 281, de 11 a 19 (146), para los hijos de más de 20 años fueron 135.

En relación a la ocupación de los padres de familia, el 24.9% cuenta con una preparación profesional (de donde 112 personas representa el Padre y 62 personas la Madre), el 29.1% representa la Madre las actividades propias del hogar (131 personas), el 18.7% son empleadas (74 padres y 10 madres), el 8.7% no tiene ocupación identificada, y el 4.9% cuenta con una carrera técnica (10 padres y 12 madres de familia). (Cuadro 2, Gráfica 5, Gráfica 6).

Las familias con un 92.9% se encontraron con un ingreso económico alto de 3 o más salarios mínimos y con un 7.1% en el nivel medio 1 a 2 salarios mínimos, sin encontrarse familias con ingreso económico bajo. (Cuadro 2, Gráfica 7).

En relación a su desarrollo familiar: el 57.8% fueron de tipo tradicional mientras que el 42.2% de tipo moderno.

La composición familiar fue 81.3% nucleares, el 10.2% compuestas y la menor proporción restante 8.4% extensas. (Gráfica 9) con lo que respecta a su demografía la mayoría 74.7% son netamente urbanas y el 25.3% de lugares semiurbanos. (Gráfica 10).

El ciclo vital de las familias se encontró con el 68% en la etapa de dispersión, el 15.6% en expansión, en Independencia el 9.8%, mientras que en retiro el 4.4% y en etapa de matrimonio el 2.2% (Gráfica 11).

En base a su integración familiar el 87.6% son Integradas, el 9.3% Desintegradas y el 3.1% Semiintegradas. (Gráfica 12).

#### **Identificación de las causas de consulta.**

Al identificar las 10 principales motivos de consulta más frecuente en el consultorio No. 5 del turno matutino,

(Cuadro 3 A – 3 B) destaca en 1er. Lugar las enfermedades de vías respiratorias altas con un total de 217 casos, de donde se presentaron 103 en el sexo masculino y 114 en el femenino; seguidos en orden decreciente de Parasitosis Intestinal, enfermedad Ácido Péptica, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Infecciones de vías Urinarias, Sanos, Hiperlipidemias, Artritis Reumatoide y Trauma de extremidades inferiores.

Encontrándose un total de 757 consultas únicamente entre las 10 causas más frecuentes.

Cabe hacer mención que del total de consultas más frecuentes un 53% (401 consultas) corresponden al sexo femenino, el resto un 47% (356 consultas) corresponden al sexo masculino. (Cuadro 4).

Por lo que se observa el sexo femenino acuden con mayor frecuencia, en relación con el sexo masculino.

El sexo femenino acudió por problemas de Infección de vías respiratorias altas (114 consultas), Parasitosis Intestinal (58 consultas), Hipertensión arterial (51 consultas), Enfermedad ácido péptica (47 consultas), Infección de Vías Urinarias (29 consultas); y en menores proporciones por Hiperlipidemias, Sanos, Artritis Reumatoide y Trauma de extremidades inferiores. (Cuadro 4, Gráfica 13).

Las causas más frecuentes de asistencia del sexo masculino fueron por Infección de vías respiratorias altas (103 consultas), Enfermedad ácido péptica (55 consultas), Parasitosis Intestinal (54 consultas), Hipertensión Arterial (38 consultas), Diabetes Mellitus (25 consultas) y en menor frecuencia por consulta a sanos, trauma de extremidades inferiores, Infección de Vía Urinaria, Hiperlipidemia, Artritis Reumatoide. (Cuadro 4, Gráfica 13).

Los motivos de consulta por vez primera suman un total de 394, atendándose con mayor frecuencia las Infecciones de vías respiratorias altas (160 consultas) seguidas de la parasitosis intestinal (74 consultas), Enfermedad Ácido Péptica (52 consultas), Sanos (28 consultas), Infección de Vía Urinaria (22 consultas) y en menor proporción de frecuencia Trauma de Extremidades Inferiores, Artritis Reumatoide, Hiperlipidemias, Hipertensión Arterial, y Diabetes Mellitus. (Cuadro 4, Gráfica 14).

Las consultas subsecuentes suman un total de 363 consultas, de donde destacan el control de pacientes con Hipertensión Arterial con 79 consultas, seguido del control de pacientes con Infección de Vías Respiratorias altas, con 57 consultas, la Enfermedad Ácido Péptica con 50 consultas, la Parasitosis y el control de Hiperlipidemia con 29 consultas, y en disminución de frecuencia de atención subsecuente las Infecciones de Vías Urinarias, la Artritis Reumatoide, Trauma de Extremidades inferiores y los sanos. (Cuadro 4, Gráfica 14).

7.2.- Tablas (Cuadros) y Gráficas)

DISTRIBUCIÓN POR EDADES				%	%	%
GRUPO DE EDAD	FEMENINO	MASCULINO	Total	FEM.	MASC.	TOTAL
0-1	6	9	15	0.33	0.49	0.82
1-4	52	63	115	2.85	3.45	6.30
5-9	106	107	213	5.81	5.87	11.68
10-14	103	110	213	5.65	6.03	11.68
15-19	81	67	148	4.44	3.67	8.11
20-24	40	13	53	2.19	0.71	2.91
25-29	73	46	119	4.00	2.52	6.52
30-34	65	57	122	3.56	3.13	6.69
35-39	161	68	229	8.83	3.73	12.55
40-44	65	62	127	3.56	3.40	6.96
45-49	45	38	83	2.47	2.08	4.55
50-54	47	30	77	2.58	1.64	4.22
55-59	33	20	53	1.81	1.10	2.91
60-64	42	23	65	2.30	1.26	3.56
65-69	25	29	54	1.37	1.59	2.96
70-74	31	17	48	1.70	0.93	2.63
75-79	18	16	34	0.99	0.88	1.86
80-84	16	10	26	0.88	0.55	1.43
85 ó más	15	15	30	0.82	0.82	1.64
<b>Total</b>	1024	800	1824	56.14	43.86	100

FUENTE : Censo poblacional del consultorio No. 5 del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.

<b>Total de derechohabientes =</b>	1824
<b>Porcentaje mujeres =</b>	56.14
<b>Porcentaje hombres =</b>	43.86

**CUADRO 1. Datos de la Pirámide Poblacional de los derechohabientes adscritos al consultorio No. 5 del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chiapas.**

Estado civil	No.	%
Soltero	8	3.6
Casado	167	74.2
Unión libre	37	16.4
Divorciado	7	3.1
Viudo	6	2.7
Total	225	100

	Media	Desv. est.
Años de unión conyugal	12.3	9.3

Escolaridad	No.	%
Analfabeta	1	0.4
Básica	52	23.1
Media	35	15.6
Media superior o técnica	29	12.9
Superior	108	48.0
Total	225	100

	Media	Desv. est.
Edad del padre	39.5	10.0

	Media	Desv. est.
Edad de la madre	35.2	9.0

Método de planificación familiar	No.	%
DIU	18	8.0
Anticonceptivo oral	14	6.2
Anticonceptivo inyectable	12	5.3
OTB	86	38.2
Ritmo	30	13.3
Vasectomía	1	0.4
Condón	4	1.8
Ninguno	60	26.7
Total	225	100

	No.	Media
Número de hijos (hasta de 10 años de edad)	281	1.0
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)	146	1.0
Número de hijos (de 20 o más años de edad)	135	1.5

Ocupación de los padres de familia	No.		
	Padre	Madre	%
Profesional	112	62	38.7
Técnico	10	12	4.9
Empleado	74	10	18.7
Hogar	0	131	29.1
Otro	29	10	8.7
Total	225	225	100

Ingreso económico	No.	%
< 1 salario mínimo	0	0.0
1 a 2 salarios mínimos	16	7.1
3 o más salarios mínimos	209	92.9
Total	225	100

Tipo de familia	No.	%
<i>Desarrollo :</i>		
Moderna	95	42.2
Tradicional	130	57.8
Total	225	100

Composición:	No.	%
Nuclear	183	81.3
Extensa	19	8.4
Compuesta	23	10.2
Total	225	100

Demografía	No.	%
Urbana	168	74.7
Semi-urbana	57	25.3
Total	225	100

Etapa del ciclo familiar	No.	%
Matrimonio	5	2.2
Expansión	35	15.6
Dispersión	153	68.0
Independencia	22	9.8
Retiro	10	4.4
Total	225	100

Integración familiar	No.	%
Integrada	197	87.6
Semi-integrada	7	3.1
Desintegrada	21	9.3
Total	225	100

**CUADRO 2. Hoja de resultados del Estudio Sistemático Familiar del consultorio No.5 del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chiapas.**

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio No. 5 del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.

### HOJA DE MOTIVOS DE CONSULTA

Matrices de consulta	Menores de un año				1 a 4 años				5 a 9 años				10 a 14 años				15 a 19 años				20 a 24 años				25 a 29 años				30 a 34 años				35 a 39 años				
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino						
	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.							
1 IRAS	2	2	1	0	8	3	11	4	9	4	17	8	4	2	4	4	3	1	3	1	1	1	4	0	9	0	7	2	16	3	11	3	8	5	14	7	
2 Parasitosis intestinal	0	1	0	1	4	2	5	2	14	1	3	0	4	2	4	4	0	0	2	4	0	0	2	0	4	0	1	1	2	1	7	3	3	2	1	0	
3 Enf. Ácido péptica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	2	2	8	0	2	4	6	5	3	4	4	1	1	4	
4 Hipertensión arterial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	
5 Diabetes mellitus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	3	0	0
6 IVUs	0	0	0	0	2	0	1	3	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	2	3	0	2	3	1	2	0	5	2	
7 Sano	4	1	1	0	1	1	0	0	2	2	0	1	1	1	3	0	0	1	2	0	0	0	2	1	0	0	3	0	1	0	2	1	1	0	0	2	
8 Hiperlipidemias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	5	
9 Artritis reumatoide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	2	1	
10 Trauma de extremidades inf	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	4	0	1	1	2	3	0	0		
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>29</b>	<b>7</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>31</b>	<b>13</b>	<b>27</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	

**Cuadro 3A. Hoja de motivos de consulta más frecuentes del consultorio No. 5 del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.**

### HOJA DE MOTIVOS DE CONSULTA

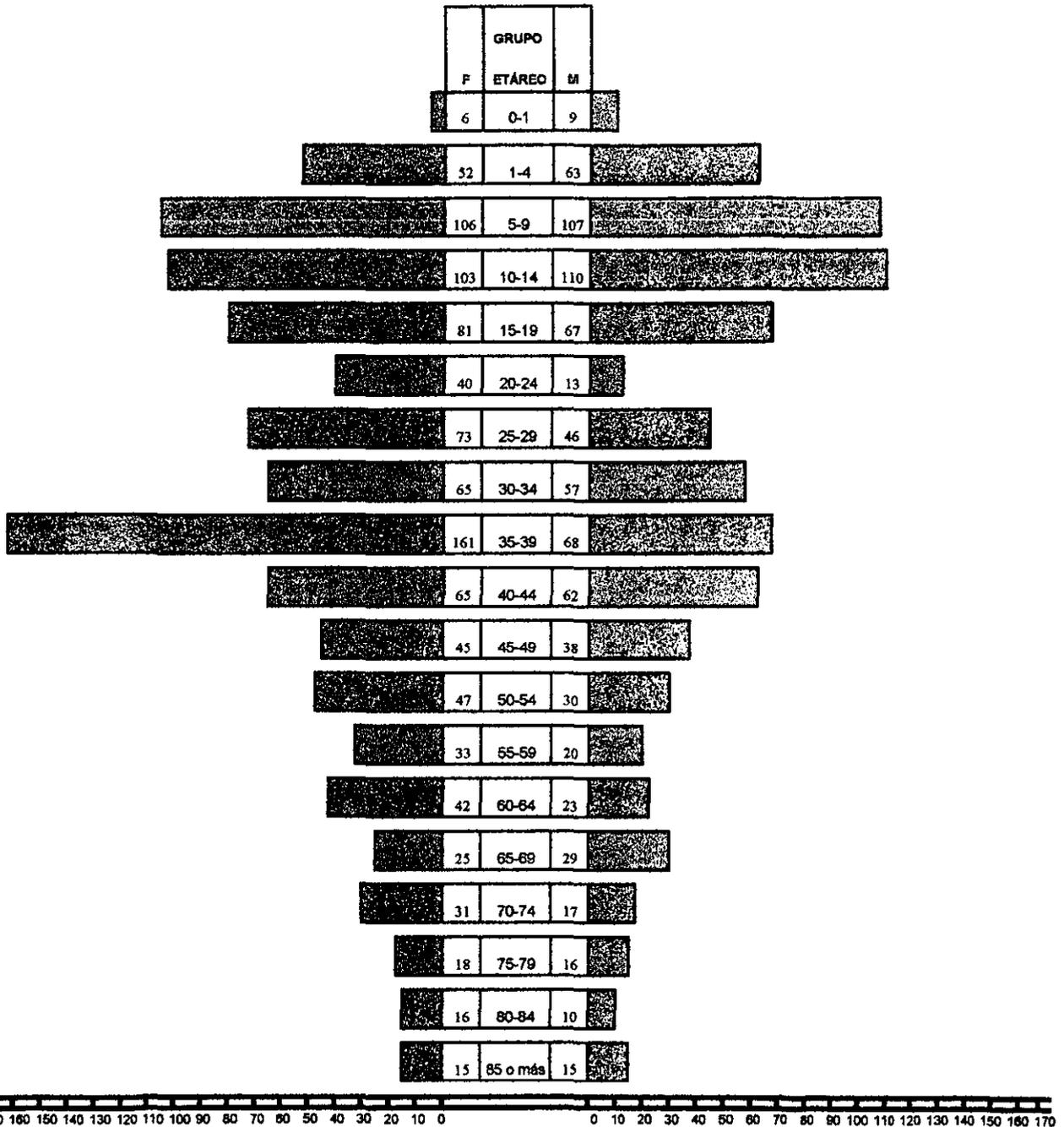
Matrices de consulta	40 a 44 años				45 a 49 años				50 a 54 años				55 a 59 años				60 a 64 años				65 a 69 años				70 o más años				Total				Total		Total	
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Total		Total		Total			
	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	1a.	Subs.	M	F		
1 IRAS	8	0	1	2	4	1	2	0	1	0	4	0	2	0	1	1	1	2	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	78	25	82	32	160	57	103	114
2 Parasitosis intestinal	3	1	3	0	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	2	4	4	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	38	16	36	22	74	38	54	58
3 Enf. Ácido péptica	6	3	1	1	1	1	1	0	3	2	3	3	3	4	3	3	2	2	0	5	0	0	0	1	1	3	0	0	34	21	18	29	52	50	55	47
4 Hipertensión arterial	0	1	0	0	0	0	0	3	0	2	2	5	1	6	0	17	2	6	0	9	1	2	0	2	4	12	0	11	8	30	2	49	10	79	38	51
5 Diabetes mellitus	0	2	0	0	0	0	0	3	2	4	0	4	1	3	1	1	1	0	2	1	0	0	0	4	1	7	1	4	5	20	5	18	10	38	25	23
6 IVUs	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	3	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	10	6	12	17	22	23	16	29
7 Sano	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	7	14	7	28	14	21	21
8 Hipertipidemias	0	0	0	3	0	2	2	2	0	1	2	5	1	3	0	4	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	4	7	6	22	10	29	11	28
9 Artritis reumatoide	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	1	1	1	4	4	0	1	2	1	0	0	2	0	1	0	1	7	4	5	16	12	20	11	21
10 Trauma de extremidades enf	0	0	0	1	2	1	2	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	12	10	4	5	16	15	22	9	
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>10</b>	<b>34</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>210</b>	<b>146</b>	<b>184</b>	<b>217</b>	<b>394</b>	<b>363</b>	<b>356</b>	<b>401</b>

**Cuadro 3B. Hoja de motivos de consulta más frecuentes del consultorio No. 5 del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.**

FUENTE : Hoja diaria del médico del consultorio No. 5 del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.

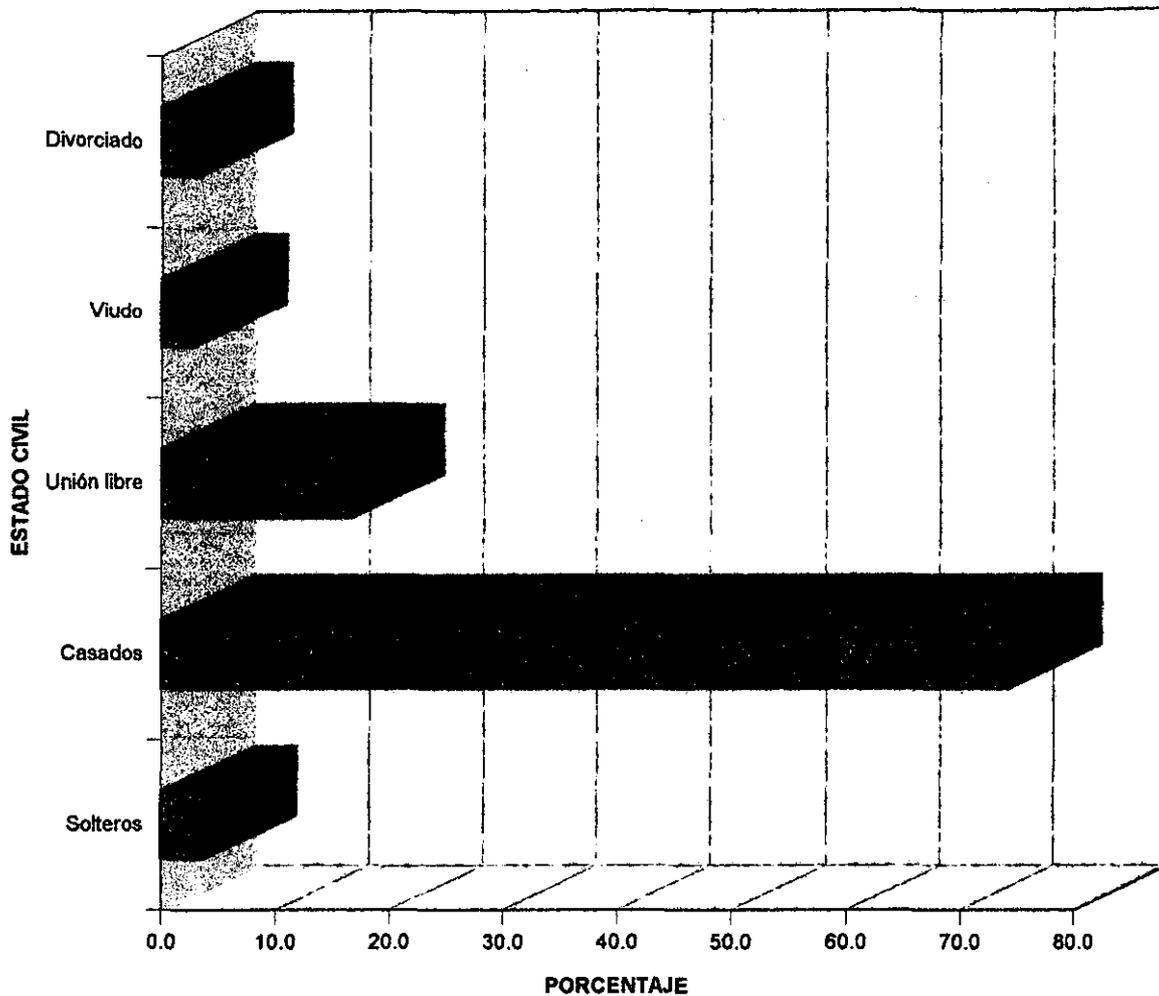
	Motivo de consulta	Consultas por 1a. vez	Consultas Subsecuentes	Consultas por sexo		Total de consultas	Porcentaje		Porcentaje total
				M	F		M	F	
1	IRAs	160	57	103	114	217	13.6	15.1	28.7
2	Parasitosis intestinal	74	38	54	58	112	7.1	7.7	14.8
3	Enf. Acido péptica	52	50	55	47	102	7.3	6.2	13.5
4	Hipertensión arterial	10	79	38	51	89	5.0	6.7	11.8
5	Diabetes mellitus	10	38	25	23	48	3.3	3.0	6.3
6	IVUs	22	23	16	29	45	2.1	3.8	5.9
7	Sano	28	14	21	21	42	2.8	2.8	5.5
8	Hiperlipidemias	10	29	11	28	39	1.5	3.7	5.2
9	Artritis reumatoide	12	20	11	21	32	1.5	2.8	4.2
10	Trauma de extremidades inf.	16	15	22	9	31	2.9	1.2	4.1
	<b>Total</b>	<b>394</b>	<b>363</b>	<b>356</b>	<b>401</b>	<b>757</b>	<b>47.0</b>	<b>53.0</b>	<b>100.00</b>

**Cuadro 4. Concentrado de motivos de consulta por 1a. vez, subsecuente y por sexo de los derechohabientes adscritos al consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.**



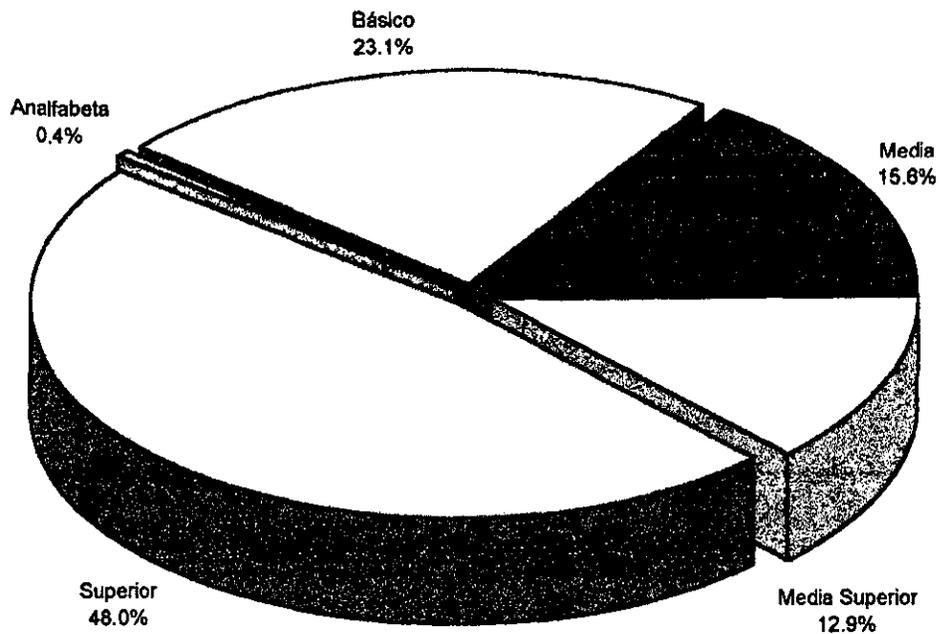
FUENTE : Censo poblacional del consultorio No. 5 del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chiapas.

**GRAFICA 1. Pirámide poblacional de los derechohabientes adscritos al consultorio No. 5 del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chiapas.**



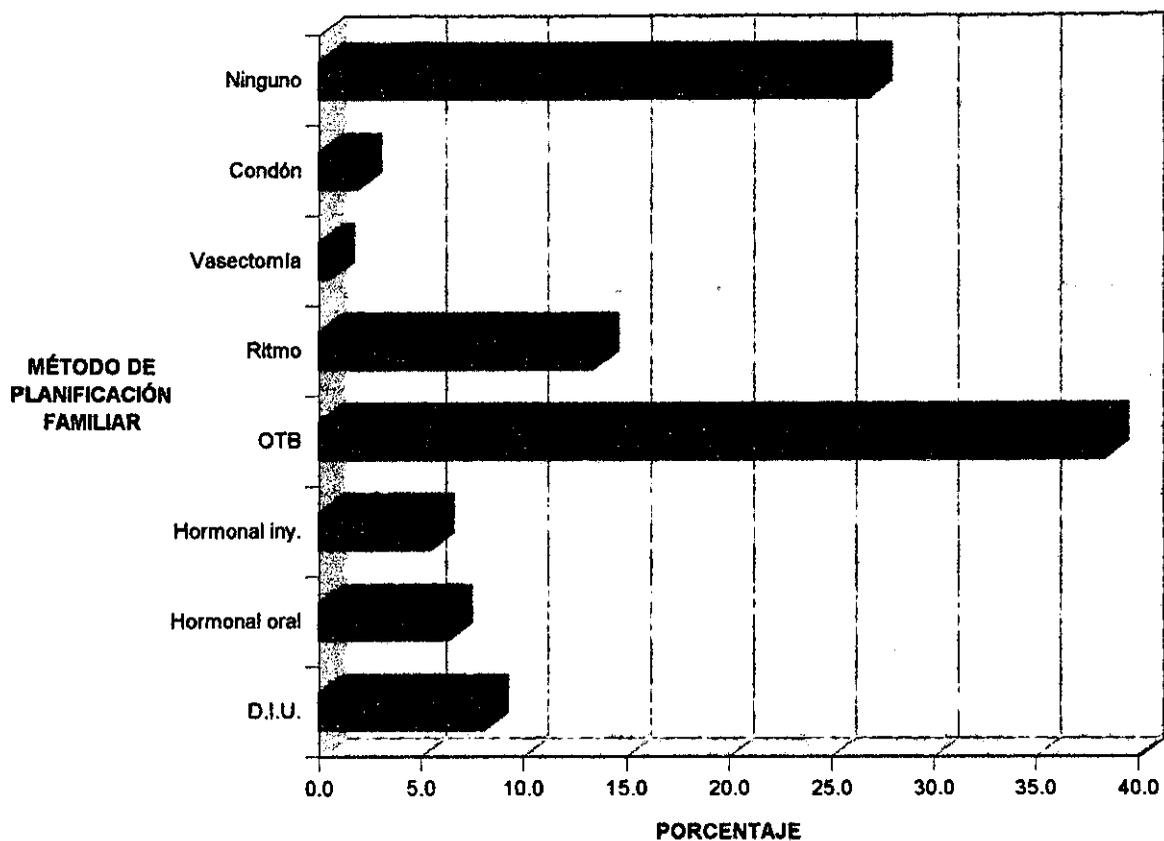
	No.	%	% Acumulado
Solteros	8	3.6	3.6
Casados	167	74.2	77.8
Unión libre	37	16.4	94.2
Viudo	6	2.7	96.9
Divorciado	7	3.1	100
Total	225	100	100

**Gráfica No. 2. Estado civil de los derechohabientes adscritos al consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chiapas.**



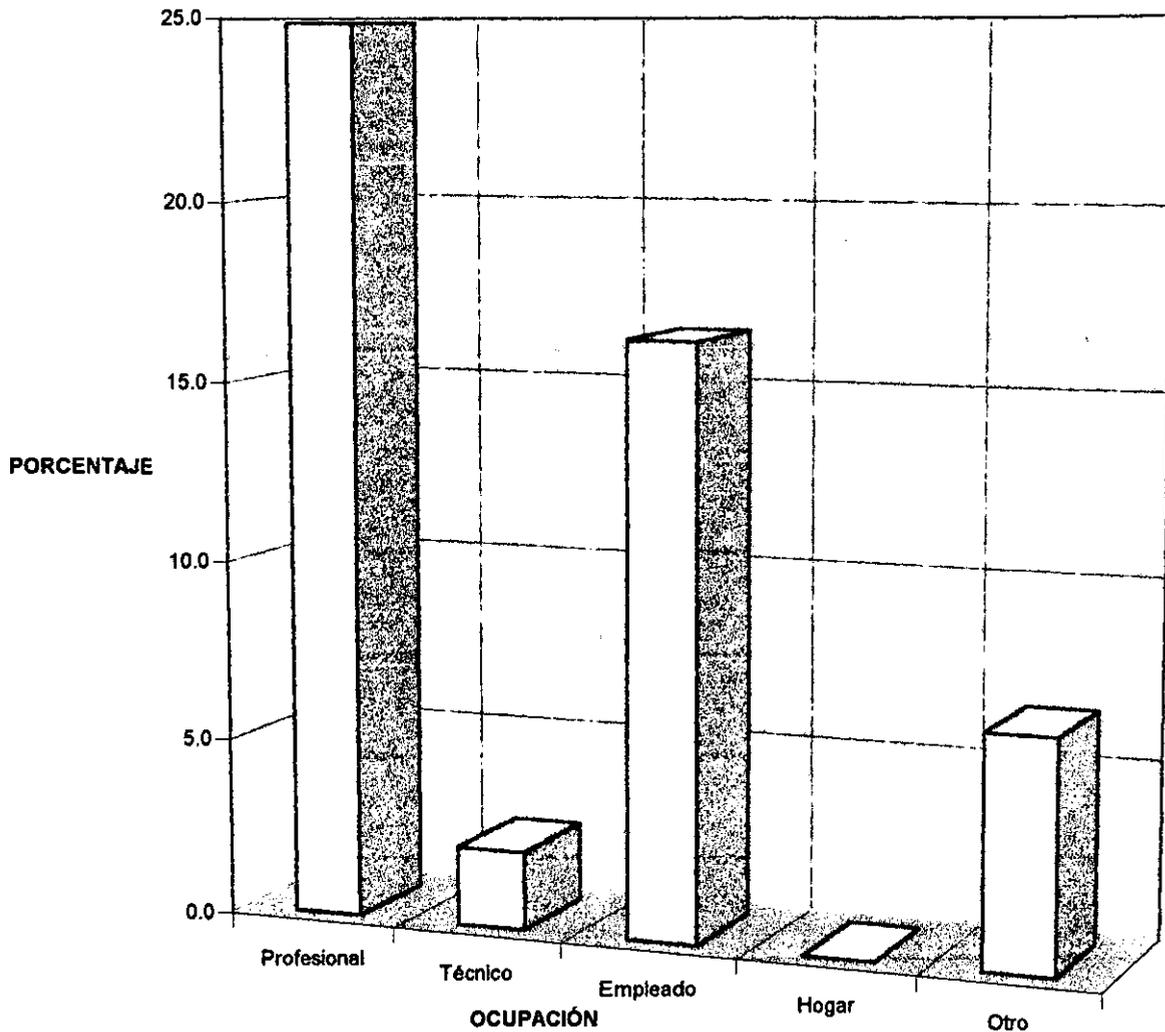
	No.	%	% Acumulado
Básico	52	23.1	23.1
Media	35	15.6	38.7
Media Superior	29	12.9	51.6
Superior	108	48.0	99.6
Analfabeta	1	0.4	100
Total	225	100	100

**Gráfica No. 3. Escolaridad de los derechohabientes adscritos al consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chiapas.**



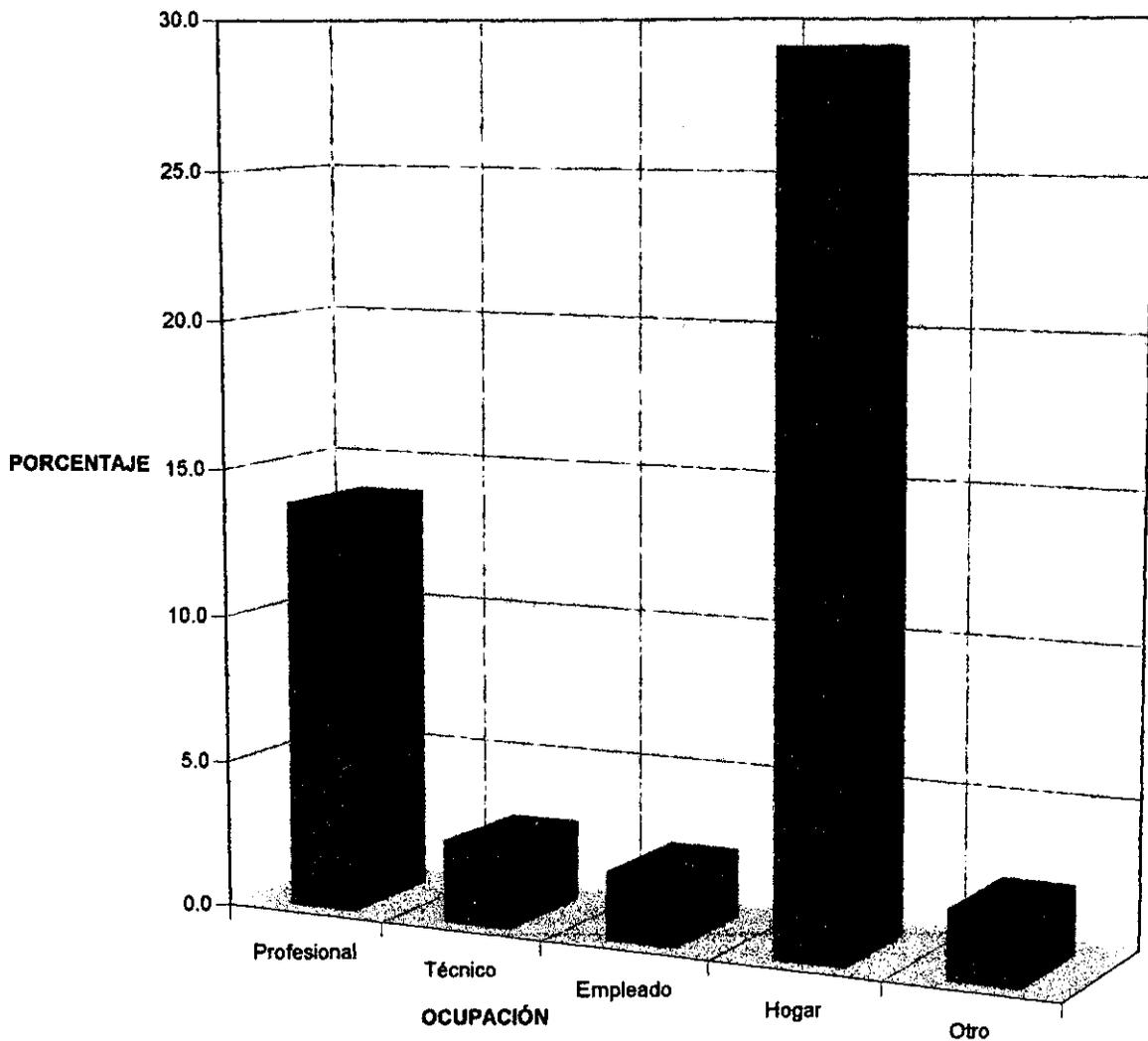
Método	No.	%	% Acumulado
D.I.U.	18	8.0	8.0
Hormonal oral	14	6.2	14.2
Hormonal iny.	12	5.3	19.6
OTB	86	38.2	57.8
Ritmo	30	13.3	71.1
Vasectomía	1	0.4	71.6
Condón	4	1.8	73.3
Ninguno	60	26.7	100.0
Total	225	100	100

**Gráfica No. 4. Métodos de planificación familiar de los derechohabientes adscritos al consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.**



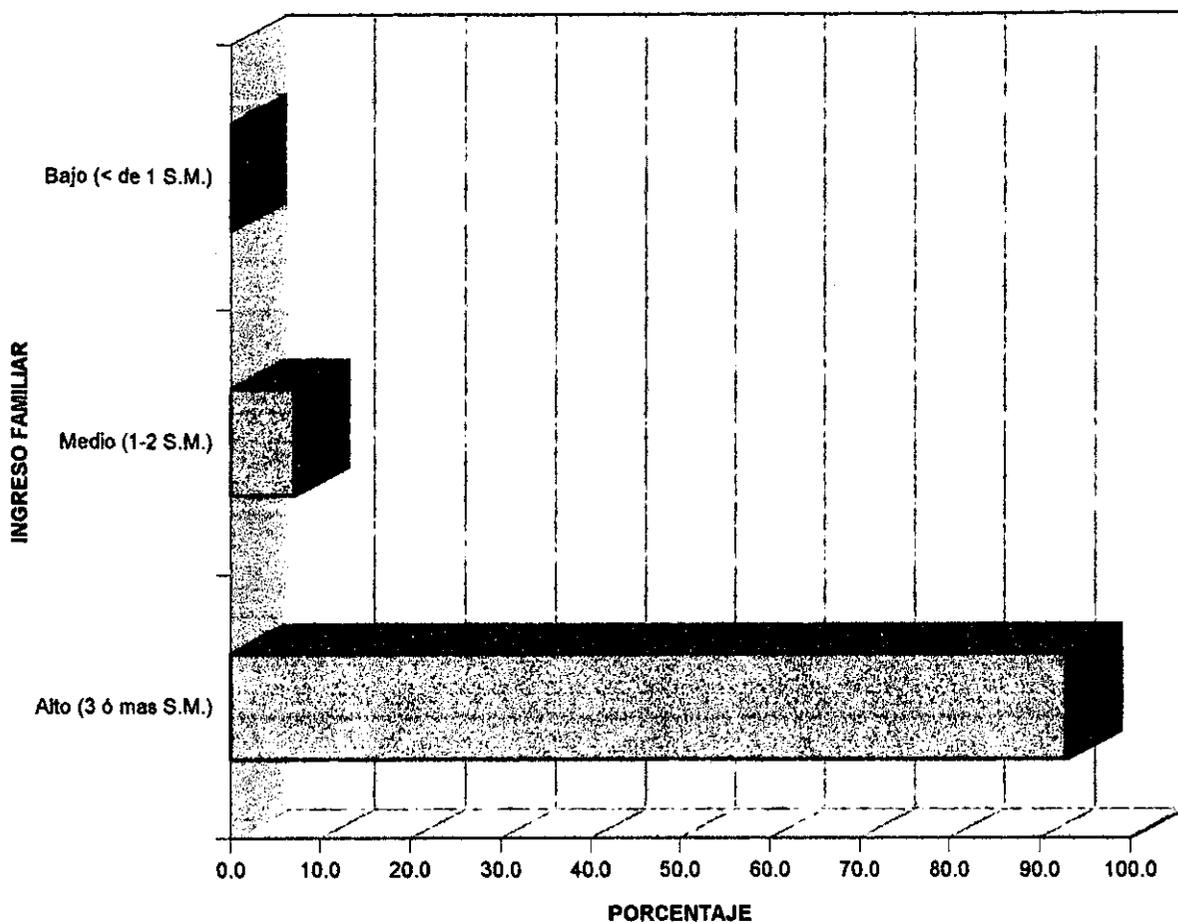
Ocupación	No.	%	% Acumulado
Profesional	112	24.9	24.9
Técnico	10	2.2	27.1
Empleado	74	16.4	43.6
Hogar	0	0.0	43.6
Otro	29	6.4	50
Total	225	50	50

**Gráfica No. 5. Ocupación de los padres de familia derechohabientes adscritos al consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.**



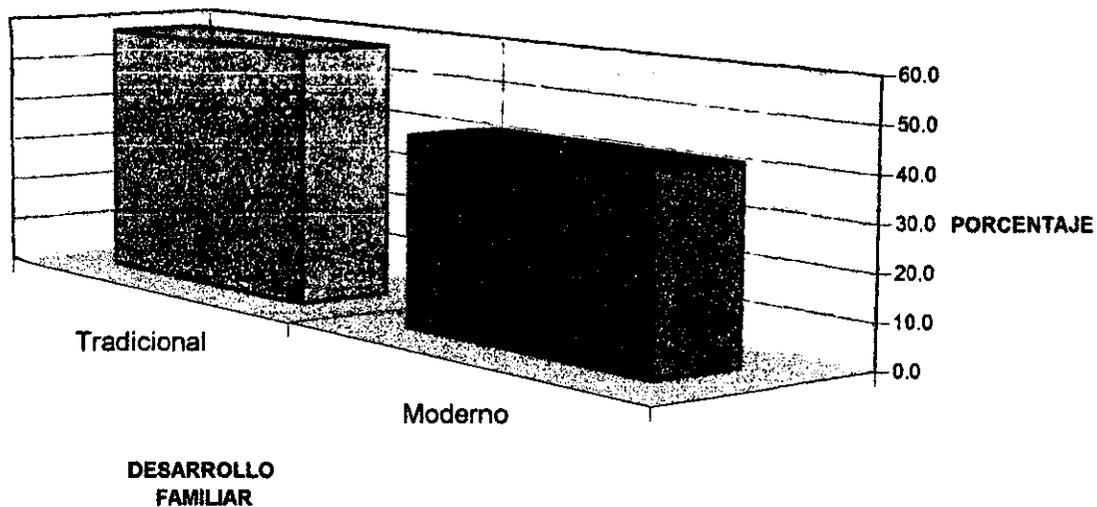
Ocupación	No.	%	% Acumulado
Profesional	62	13.8	13.8
Técnico	12	2.7	16.4
Empleado	10	2.2	18.7
Hogar	131	29.1	47.8
Otro	10	2.2	50
Total	225	50	50

**Gráfica No. 6. Ocupación de las madres de familia derechohabientes adscritas al consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.**



	No.	%	% Acumulado
Alto (3 ó mas S.M.)	209	92.9	92.9
Medio (1-2 S.M.)	16	7.1	100.0
Bajo (< de 1 S.M.)	0	0.0	100.0
Total	225	100	100.0

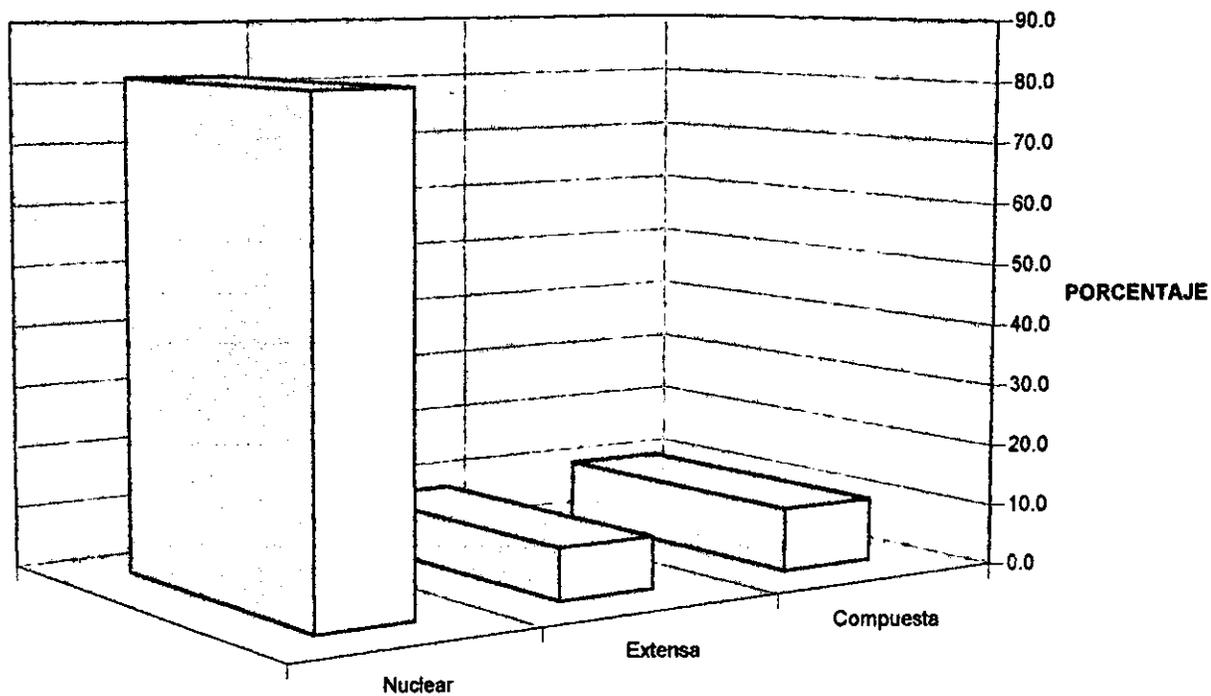
**Gráfica No. 7. Ingreso familiar de los derechohabientes adscritos al consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chiapas.**



	No.	%	% Acumulado
Moderno	95	42.2	42.2
Tradicional	130	57.8	100.0
Total	225	100	100

**Gráfica No. 8. Tipo de desarrollo familiar de los derechohabientes adscritos al consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.**

*FUENTE : Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.*

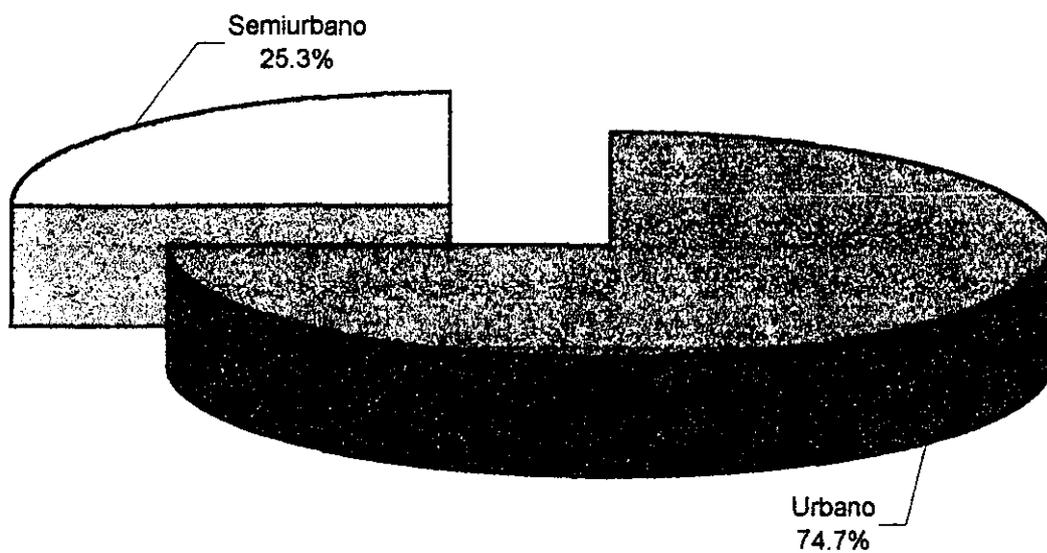


**TIPO DE FAMILIA POR SU COMPOSICIÓN**

	No.	%	% Acumulado
Compuesta	23	10.2	10.2
Extensa	19	8.4	18.7
Nuclear	183	81.3	100.0
Total	225	100	100

**Gráfica No. 9. Tipo de familia por su composición de los derechohabientes adscritos al Consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.**

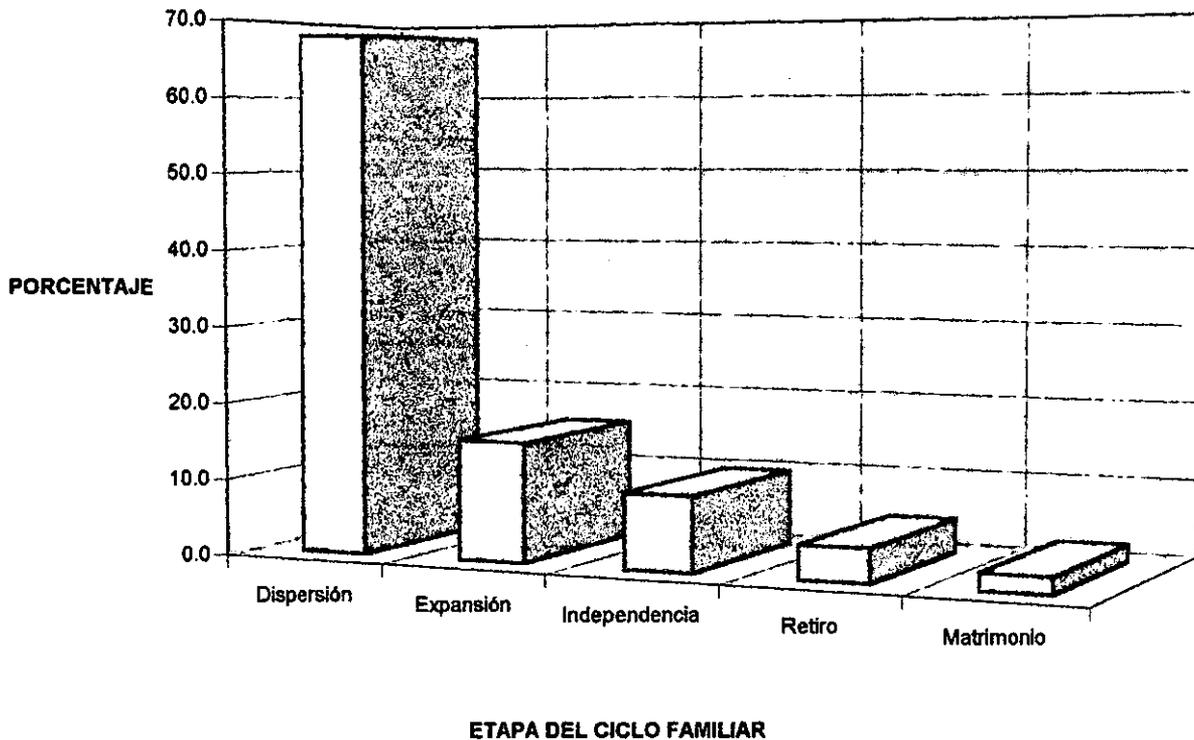
FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.



	No.	%	% Acumulado
Urbano	168	74.7	74.7
Semiurbano	57	25.3	100.0
Total	225	100	100

**Gráfica No. 10. Tipo de familia por demografía de los derechohabientes adscritos al consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.**

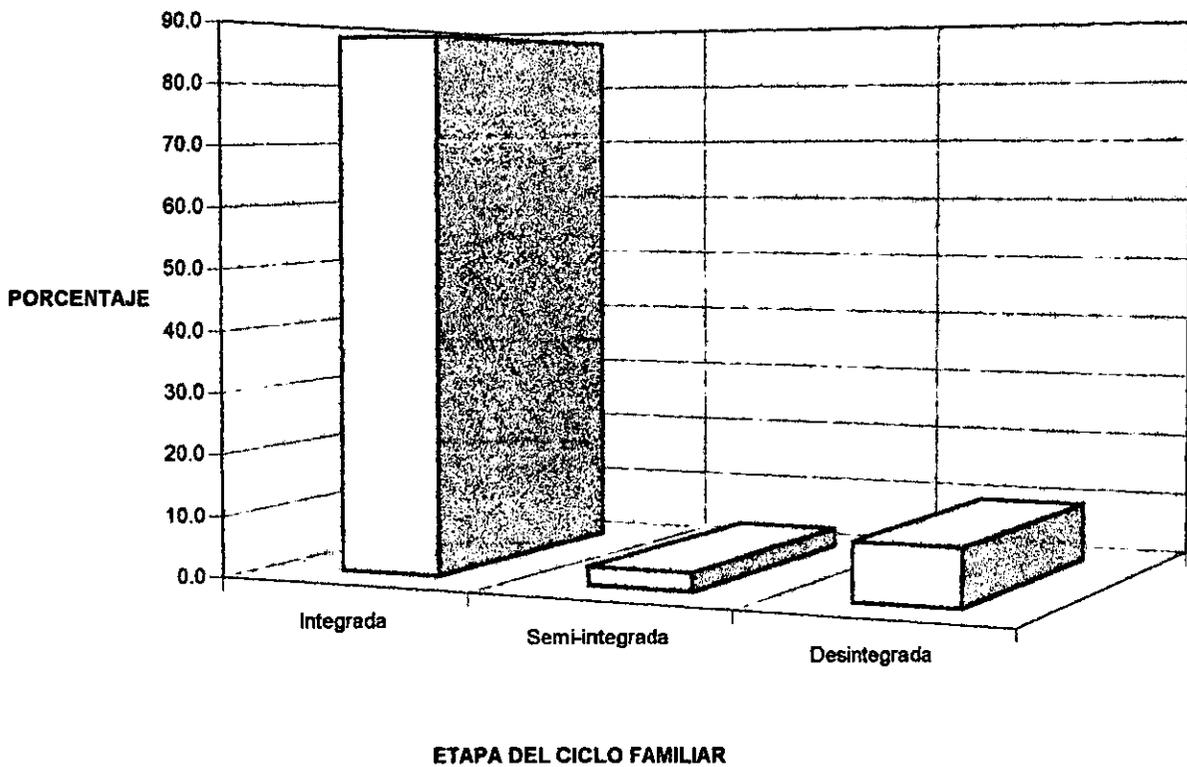
FUENTE : Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.



	No.	%	% Acumulado
Dispersión	153	68.0	68.0
Expansión	35	15.6	83.6
Independencia	22	9.8	93.3
Retiro	10	4.4	97.8
Matrimonio	5	2.2	100
Total	225	100	100

**Gráfica No. 11. Etapa del ciclo familiar de los derechohabientes adscritos al consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.**

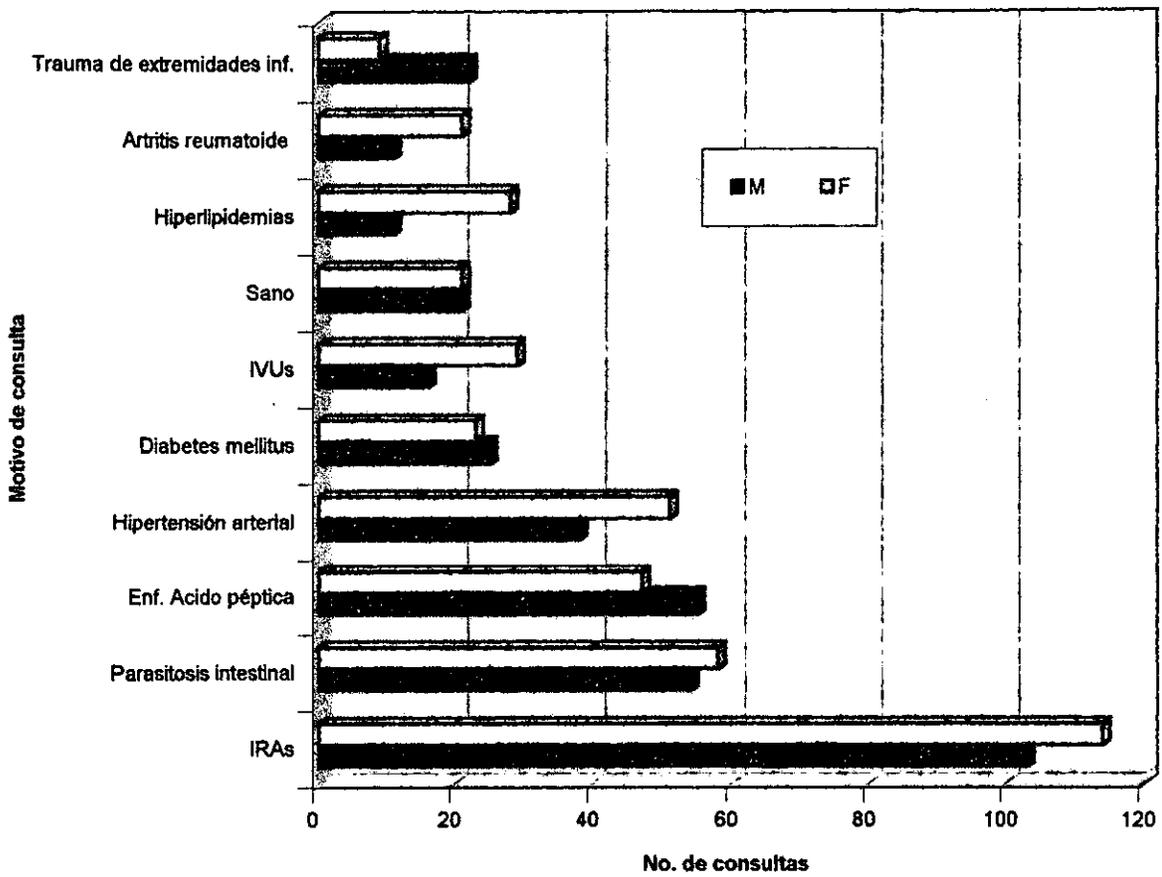
*FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.*



	No.	%	% Acumulado
Integrada	197	87.6	87.6
Semi-integrada	7	3.1	90.7
Desintegrada	21	9.3	100.0
Total	225	100	100

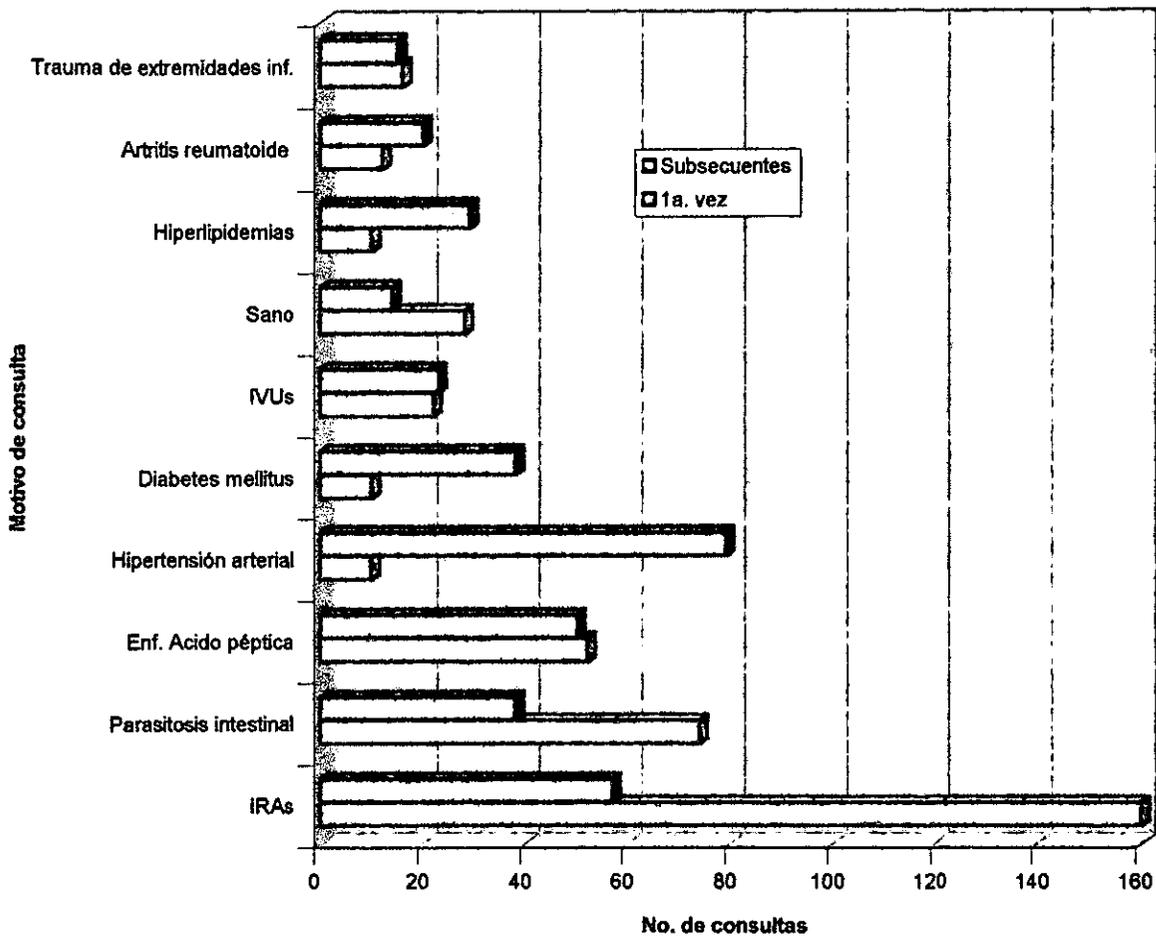
**Gráfica No. 12. Integración familiar de los derechohabientes adscritos al consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.**

FUENTE : Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.



**Gráfica No. 13. Motivos de consulta por sexo de los derechohabientes adscritos al consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.**

FUENTE : Hoja diaria del médico del consultorio No. 5 del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.



**Gráfica No. 14. Motivos de consulta por 1a. vez y subsecuente de los de los derechohabientes adscritos al consultorio No. 5 del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.**

FUENTE : Hoja diaria del médico del consultorio No. 5 del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.

## 8.- DISCUSIÓN

Las familias en estudio se logran encontrar en un buen nivel económico, ya que la mayoría (92.9%) presentan un ingreso alto (Cuadro 2, Grafica 7), las parejas con 87.6% son integradas (Gráfica 12), lo cual se corrobora con el estado civil: 74.2% son casadas (Cuadro 2, Gráfica 2), su desarrollo es tradicional (57.8%) donde las madres se dedican al hogar en su mayoría (131) (Gráfica 6), sin embargo quizás en próximos años se observará con desarrollo moderno ya que la cuarta parte de las madres son profesionistas en este momento. En los años de vida conyugal se observa una media de 12.3 años (Cuadro 2), con composición nuclear (81.3%) (Gráfica 10), lo cual también se corrobora con el ciclo vital ya que el 68% se encuentra en dispersión (Gráfica 11).

Esto nos lleva a suponer de la buena estructuración familiar en nuestras familias estudiadas, así como el factor socioeconómico y cultural; para estudiar la funcionalidad familiar aun no existen parámetros para su medición (29,33,36).

El presente estudio permite observar los grupos de riesgo con respecto a la población, las mujeres en edad fértil constituyen el 51.75% de la población femenina, con mayor predominio en el grupo de 15 a 19 años; la población anciana con un total de 257 personas (14%) que representa el 6.0% masculinos y de 8.05% femeninos (Cuadro 1).

Según Fry en un estudio realizado, la mayor asistencia a la consulta se encuentra en estos grupos (34), Rasmussen indica que el 10% de la consulta general es de adolescentes (35), lo cual en nuestro estudio fue de 7.9%. Sin embargo se podrían establecer medidas preventivas y estrategias para este grupo de personas; ya que en la población joven la causa frecuente de consulta fueron las infecciones respiratorias agudas seguidas de las parasitosis; en el grupo de ancianos con 15.58% de la consulta general se encontró que la prevalencia fue importante para la Hipertensión seguida de la Diabetes Mellitus (Cuadro 3A-3B), las cuales dentro de la morbilidad general fueron correspondientes al 4°. lugar y 5°. lugar respectivamente. (Cuadro 4).

También observándose como causa de muerte dentro de las primeras cinco causas a nivel nacional las enfermedades del corazón (1er. lugar ), Diabetes Mellitus (4°. lugar), Enfermedades cerebro-vascular (5°. lugar) (47-48), con ello nos dá pauta a reflexionar sobre los factores de riesgo cardiovascular (Hipertensión, dislipidias, obesidad,

tabaquismo); así como la detección, prevención, diagnóstico y manejo para reducir sus complicaciones y su mortalidad de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial (52,53).

En la información obtenida al identificar los principales motivos de consultas se encontró en 1<sup>er</sup>. lugar las infecciones respiratorias agudas, esta situación se semeja a la encontrada en la Gran Bretaña (34), Jalisco (35), Chile (36), en el estado de Chiapas (41) y la morbilidad regional (49).

Esto a pesar de los avances que se han logrado en la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas, en niños constituye la causa más frecuente de enfermedad y principal motivo de consulta en los servicios de salud. Así como se refleja con mayor prevalencia en niños de 1 a 4 años y de 5 a 9 años (Cuadro 3A-3B) en el presente estudio. También es de importancia que se observó en los grupos de 30 a 39 años con mayor incidencia, probablemente por ser la etapa más productiva de los usuarios.

Se encontró como segunda causa de consulta la Parasitosis Intestinal con 142 casos, en edad pediátrica se presentaron 45 casos; esto refleja mucha similitud a la encontrada en la morbilidad del Estado como segunda causa (49), y primer lugar a nivel nacional (48) y regional (49).

Como causa de mortalidad Estatal se encuentra en Cuarto lugar (49), es lógico suponer que las medidas preventivas, de saneamiento ambiental y el abastecimiento de agua potable no son lo suficientes para la prevención de esta enfermedad. (9,41).

Es por ello que los programas de atención del niño han cobrado auge en el intento de dar capacitación e información a la población general en especial a madres y personal de salud (50).

Es notorio el hecho de que el 73.3% de la población femenina utiliza algún tipo de método anticonceptivo (Cuadro 2, Gráfica 4), en relación con los avances del programa de planificación familiar en México que en 1998 ascendió a 68.7% con respecto a años anteriores (51); mientras que la tasa de fecundidad nacional descendió de 5.6 en 1976 a 2.5 hijos en 1998 por mujer (51). Esto significaría que estamos por arriba de los índices nacionales, lo cual asegura el impacto del programa de planificación familiar muy aceptable en la población.

Quedaría por analizar la participación más efectiva del varón ya que únicamente se observa una intervención de vasectomía en contraposición de 86 de OTB, por lo que sería indispensable estudiar posteriormente la discordancia de esos resultados obtenidos.

## 9.- CONCLUSIONES.

Tomando en cuenta la importancia de los factores biopsicosociales en la consulta de nivel primario de atención media familiar, así como el mejoramiento de la calidad de dicha atención, el enfoque familiar cobra vital relevancia, como una vía estratégica para las acciones del médico.

Las variaciones de la morbi-mortalidad según la zona geográfica y la situación socioeconómica dificultan el manejo racional de los recursos si no se tienen diagnósticos situacionales detallados, ya que ninguna institución medica publica o social o privada tiene recursos para atender las enfermedades crónico degenerativas que cada año aumentan.

Las practicas medicas son diferentes en cada país, institución, zona geográfica y aun entre profesionales de un establecimiento; por lo que no es posible que se copie acriticamente la organización medica de otros países que tienen estructura y valores culturales ajenos a los nuestros.

Es por lo que el médico familiar tienen que comprender su ubicación en el sistema social, político y económico de su país, para organizarse como un grupo con una responsabilidad social.

En las nuevas propuestas, como el Modelo Sistemático Familiar recomienda el estudio de la familia, y la atención médica integral con la participación comunitaria para lograr mejores estandares de salud requisito indispensable para el desarrollo de nuestro país.

El estudio de respuesta al planteamiento del problema, al identificar las características medico familiares de las familias, las principales causas de consulta, así como el ejercicio de los 3 ejes de la medicina familiar.

Con este estudio se tiene la posibilidad de elaborar estrategias para elevar el nivel de salud, además otorgar una atención integral a la población que demandan los servicios.

## 10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Barquin M. Los sistemas de atención Médica. En Barquin M. Ed. Medicina Social, 1977, 156-171.
- 2.- Ahuatl AM. Sistemas de atención Médica. Directivo Médico 1994; 4: 49-57.
- 3.- Johstone P. Un sistema Nacional de salud basado en la atención de Primer Nivel. Bristish Medical Journal, Latinoamericana. 1996; 4 : 153-154.
- 4.- Acosta A y cols. El personal que demanda la situación de salud en el País. Rev. Med. IMSS 1995; 33: 133-136.
- 5.- Ahuatl AM. Tecnología en Medicina Op cit: 43-48
- 6.- Delgado A y López FL. La participación comunitaria: una revisión necesaria. Atn Prim. 1992; 9: 77-79.
- 7.- Cravioto QA. Peregrina PL. Necesidades esenciales en México. IMSS Coplamar, 1980;4: 1-30.
- 8.- Miller LW. Modelos de salud, enfermedad y atn sanitaria. En: Taylor RB, ed. Medicina de familia. Principio y práctica. Barcelona. Ed. Doyma, 1991:38-45.
- 9.- La salud enfermedad como proceso social. Rev. Latinoamérica de la salud. Nueva imagen, 1982: 28-56.
- 10.- Gómez CR y Kaindorf SB. Cuba: La interrelación Hospital-Médico de la fam. Dentro de las estrategias de la atención primaria de la salud. Educ. med. Salud, 1991; 25(3); 223-239.

- 11.- Chavez AH. El médico familiar en la Atn. Prim. A la salud. Rev. Med. IMSS, 1996; 33: 173-176.
- 12.- García MN. Aten a la salud. Gaceta Médica de México, 1994; 130 (5): 322-324.
- 13.- Chavez AV, García MJ. La atn. Integral en Medicina Fam. Rev. Med. IMSS, 1995; 33: 167-171.
- 14.- Narro RJ. Medicina Familiar. En: Soberon G, ed. Kumate J, Laguna J, ed. La salud en México: testimonios 1988. fondo de la cultura económica, 1989; IV (2) 1-13.
- 15.- Ceitlin J. ¿Qué es la Medicina Familiar?. En: Ceitlin, ed. ¿Qué es la Medicina Familiar?. FEPAFEM / KELLOG, 1982: 1-26.
- 16.- Velasco OR. Tras-cendencia y perspectivas de la Medicina Familiar a veintidós años de establecida. Rev. Med. del IMSS, 1995; 1 (33): 61-65.
- 17.- Spitzer WO. El merito intelectual de la Medicina Fam. Rev. Fac. Med. Mex. UNAM, 1979; XXXIII (12): 16-24.
- 18.- Lifshitz A. tendencias de la Educ. Médica. Gaceta Médica de Mex, 1997; 133 (1): 25-33.
- 19.- Aguirre EJ, Vega SE et. Al. De médicos de cuerpos sin alma, Medicina Fam. Rev. Med. IMSS, 1996; 34 (5): 385-387.
- 20.- Varela RC. Atención Médica. Gaceta Médica de México. 1994; 130 (5): 324-327.
- 21.- Medalie JH. Introducción a la Medicina Familiar. En: Medalie JH, ed. Medicina Familiar. Principios y practicas. Limusa, México, 1987; 17-20.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

- 22.- Sánchez FR. ¿Qué es la Medicina Familiar?. *Medinoticias. Bol. de la Deleg. Médica*, 1998; 3 (1): 4-7.
- 23.- Gómez CF. Diagnóstico de Salud Familiar. En: Irigoyen CA, Gómez CF, et al, ed. 4ª. Ed, *Fundamentos de Medicina Familiar*, 1996: 103-110.
- 24.- Jaime AH, Audelo NR, y Bonilla MF. La Medicina Familiar en México y otros países. En: Jaime AH, Irigoyen CA, ed. *Fundamentos de Medicina Familiar*. Fco. Méndez Cervantes, México, 2ª. Ed, 1985: 197-205.
- 25.- Cravioto A. Tercer informe del Director de la Facultad de Medicina. *Boletín Medico Familiar*, 1998; 5 (3-4): 1-10.
- 26.- Coria AI. Modelo Sistemático de la Atención Medica Familiar. En Coria AI, ed. *Fundamentos de Medicina Familiar*, 1996: 151-193.
- 27.- Buitrago F. Programa de actividades preventivas y de promoción de la Salud ¿Quo vadis?. *Atención Primaria*, 1997; 1: 20-23.
- 28.- Lisa CV. Papel del Médico de Familia en las Urgencias Hospitalarias. *Atención Primaria*, 1998; 8(21): 17-19.
- 29.- Ingoyen CA. Gómez CF, Fernández OM Mazon RJ. Orientación Fam. O terapia de Fam. Disyuntiva del Médico Fam. *Bol. Médico Fam.*, 1998; 5: 20-23.
- 30.- López EJ, Díaz CS. Los médicos de Familia y los recursos informativos. *Rev. Cubana de Medicina General Integral*, 1995: 1-4.
- 31.- García CJ. Sanz CC, Arévalo Me. Somatización y Familia: Intervención del Médico de Atención Primaria, 1998; 21: 545-552.

- 32.- Díaz del Castillo E. Reflexiones sobre Humanismo, Pediatría y Perinatología. Rev. Médica IMSS, México, 1995; 33: 213-221.
- 33.- Chávez AV, Velasco OR. Disfunción Familiar del Subsistema Conyugal. Criterios para su evaluación. Revista Medica IMSS, 1994; 32: 39-43.
- 34.- Fry j. La contribución de la investigación al mejoramiento de la práctica familiar. En Medalie JH. Ed. Op at: 325-338.
- 35.- Rasmussen CB, Hidalgo AM. Consulta Médica en Adolescentes en el IMSS, Revista Médica IMSS, 1998; 37 (1): 29-37.
- 36.- Horwitz CN, Florenzano UP y Ringeling PI. Familia y Salud Familiar. Un enfoque para la atención Primaria. Bol. of Sanit Panam, 1985; 98 (2): 144-155.
- 37.- Bustos L. El Pediatra de Atención Primaria y las actividades preventivas. Atención Primaria, 1993; 12: 183-184.
- 38.- Rodríguez Morva, et al. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria. Atención Primaria, 1994; 13 (1): 65-67.
- 39.- Rodríguez M. et al. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y de promoción a la salud según grupo de edad. Atención Primaria, 1993; 12 (5): 270-272.
- 40.- Irigoyen Ca, Ponce R, Gómez FJ y Cols. Diagnóstico de Salud Comunitaria a través del análisis factorial. Atención Primaria, 1998; 1 (21): 08-13.
- 41.- Sistema de informe en salud para población abierta, 19973-. Secretaría de Salud.
- 42.- Vega G. Condiciones de salud en las Americas. Directivo Médico, 1997; 4: 9-14.

- 43.- Dariglot BC, Gómez GM. Salud para todos en el año 2000. Punto de vista del Neonatólogo. *Revista Mexicana Pediatría*, 1997; 64 (1): 40-42.
- 44.- Vega FL ¿Salud para todos?. Reflexiones al final del milenio. *Revista Mexicana de Pediatría*; 1998; 65 (2): 43-45.
- 45.- Vega FL y Col: La Salud de los niños en el proceso de transición epidemiológica. *Revista Mexicana de Pediatría*, 1999; 66 (1): 2-4.
- 46.- INEGI; Cuaderno Estadístico Municipal, 1996; 17-39.
- 47.- Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. INEGI, 1998; 14: 15-39.
- 48.- Mazón RJ. La Mortalidad en México. *Bol. Medica Familiar UNAM*, 1998; 5 (1): 1-3.
- 49.- Halperin FD y Deleon MH. Daños a la Salud. En: Halperin FD y Deleon MH. ed. *Salud en la frontera. Cuadernos de divulgación, ECOSUR*, 1996; 107-118.
- 50.- Enfermedades diarreicas. Programa de atención de salud del niño. Consejo Nacional de Vacunación. 1998.
- 51.- El derecho a la libre decisión, planificación fam. En el contexto de la salud reproductiva, *Secretaria de Salud*, 1998; 3-10.
- 52.- Norma Oficial Mexicana de Control de Hipertensión Arterial. *Secretaria de Salud*, 1999; 5-20.
- 53.- Norma Oficial Mexicana de Control de Diabetes Mellitus. *Secretaria de Salud*, 1999; 7-30.

# ANEXOS

## ANEXOS

PIRAMIDE POBLACIONAL DEL CONSULTORIO NO. 5  
CLINICA HOSPITAL "C" DEL ISSSTE EN COMITAN DE  
DOMINGUEZ CHIAPAS.

### RESULTADOS

MASCULINO	GRUPO ETAREO	FEMENINO
	0 A 1 AÑO	
	1 A 4	
	5 A 9	
	10 A 14	
	15 A 19	
	20 A 24	
	25 A 30	
	31 A 34	
	35 A 39	
	40 A 44	
	45 A 49	
	50 A 54	
	55 A 59	
	60 A 64	
	65 A 69	
	70 A 74	
	75 A 79	
	80 A 84	
	85 Y MAS	
	TOTAL	

## ANEXO 2

### GLOSARIO DE TÉRMINOS PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

<b>FAMILIA:</b>	Se anotarán los apellidos que indiquen a la familia.
<b>AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL:</b>	Anotar en años cumplidos el tiempo que llevan de vivir en pareja.
<b>ESCOLARIDAD:</b>	Se anotará el grado máximo de estudios que haya alcanzado el entrevistado.
<b>DOMICILIO:</b>	Se anotará calle, número, (interior si los hay) colonia y código postal.
<b>FAMILIA MODERNA:</b>	Se considera así cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar.
<b>FAMILIA TRADICIONAL:</b>	Es la familia en que solo uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar.
<b>FAMILIA URBANA:</b>	Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes y que cuenta con los servicios básicos de urbanización; agua entubada (intra o extradomiciliaria) energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación.
<b>FAMILIA SUBURBANA:</b>	Es una familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes y que carece de alguno de los servicios básicos de urbanización.
<b>FAMILIA NUCLEAR:</b>	Es la familia constituida por padre, madre e hijos.
<b>FAMILIA EXTENSA:</b>	Es la familia en la cual, además del padre, la madre e hijos, hay familiares con lazos consanguíneos, amigos, etc.
<b>OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA:</b>	Se anotarán las ocupaciones de ambos padres. Ejemplo: padre albañil, madre hogar.
<b>ETAPAS DE EXPANSION:</b>	Comprenden desde el nacimiento del primer hijo hasta la presencia de algún acontecimiento que defina algunas de las siguientes etapas.
<b>ETAPA DE DISPERSION</b>	Comprende el periodo en que todos los hijos acuden a la escuela pero ninguno de ellos trabaja.
<b>ETAPA DE INDEPENDENCIA:</b>	Se inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias (cuando algún hijo se ha casado).
<b>ETAPA DE RETIRO:</b>	Se inicia cuando todos los hijos han abandonado el núcleo familiar o cuando los padres se han jubilado.



