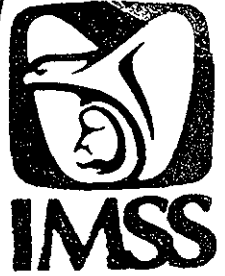




11226  
114

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
GABRIEL MANCERA, MEXICO D.F.

UTILIDAD DEL MODELO SISTEMATICO DE LA MEDICINA  
FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 5 TURNO MATUTINO DE  
LA UMF 28 DEL IMSS GABRIEL MANCERA EN MEXICO D.F.

**T E S I S**

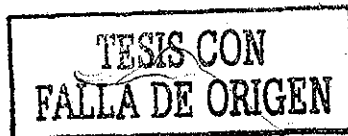
PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

**DRA. MARTINEZ FLORES NORMA**

ASESORES DE TESIS: DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA  
DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR  
DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

MEXICO, D.F.,



2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
GABRIEL MANCERA, MÉXICO D.F.

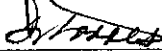
UTILIDAD DEL MODELO SISTEMATICO DE LA MEDICINA FAMILIAR EN  
EL CONSULTORIO 5

TURNO MATUTINO DE LA UMF 28 DEL IMSS  
GABRIEL MANCERA EN MÉXICO D.F.



  
\_\_\_\_\_  
DR. JOSE ANTONIO RODRIGUEZ COVARRUBIAS  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
GABRIEL MANCERA.

DIRECCION  
CLINICA 28

  
\_\_\_\_\_  
DR. AGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR  
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE ENSEÑANZA DEL IMSS  
ASESOR DE TESIS

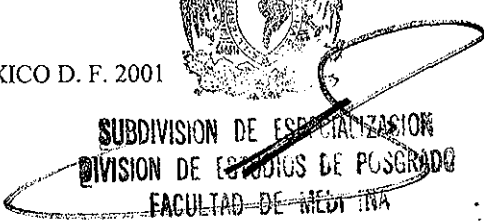
  
\_\_\_\_\_  
DRA. DULCE MARÍA RODRÍGUEZ VIVAS  
COORDINADORA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
PARA RESIDENTES DEL IMSS EN LA UMF 28 GABRIEL MANCERA.

  
\_\_\_\_\_  
DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA  
ASESOR DE TESIS IMSS

  
\_\_\_\_\_  
DR. ARNULFO TRIGOYÉN COREA  
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.

MÉXICO D. F. 2001



  
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**UTILIDAD DEL MODELO SISTEMÁTICO DE LA MEDICINA**  
**FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 5**  
**TURNO MATUTINO DE LA UMF 28 DEL IMSS**  
**GABRIEL MANCERA EN MÉXICO D. F.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mis padres José Reyes y Angelina por el apoyo que siempre me han brindado para seguir adelante, ya que ellos me han impulsado a llegar hasta el sitio que me encuentro hoy.

A mis hermanos por apoyarme cuando lo necesitaba, en especial a Beatriz por su incondicional ayuda en todo momento, deseando de todo corazón que siga adelante como hasta ahora y que logre las metas que se ha propuesto en la vida.

A Ricardo por ser tan paciente conmigo y por ser una persona tan especial.

A mis sobrinos Enrique y Esther por ser unos niños adorables, deseando que sigan el ejemplo de sus padres para que se superen en la vida.

## INDICE

<b>TITULO</b> .....	1
<b>INDICE GENERAL</b> .....	2
<b>MARCO TEORICO</b> .....	3
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	24
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	25
<b>OBJETIVOS</b> .....	25
Objetivos Generales.....	25
Objetivos Específicos.....	26
<b>METODOLOGÍA</b> .....	26
Tipo de estudio.....	26
Población, lugar y tiempo de estudio.....	26
Tipo y tamaño de la muestra.....	26
Universo de trabajo.....	27
Grupo control.....	27
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	27
Información a recolectar.....	28
Variable dependiente.....	29
Variable independiente.....	29
Método para captar la información.....	29
Censo Poblacional.....	30
Estudio de Morbilidad.....	30
Características psicosociales familiares.....	30
Consideraciones éticas.....	30
<b>RESULTADOS</b> .....	31
Descripción de los resultados.....	31
Tablas (cuadros) y gráficas.....	35
<b>DISCUSIÓN</b> .....	53
<b>CONCLUSIONES</b> .....	54
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	56
<b>ANEXOS</b> .....	58

### 3. MARCO TEÓRICO

Un modelo es un sistema de relaciones construidos de manera deliberada con el fin de explicar un fenómeno, o bien que sirva como un ejemplo a seguir. Un modelo muestra regularidades en el comportamiento del fenómeno y proyecta un ordenamiento ideal de sus elementos. Por ello ha de fundamentarse siempre en la descripción de las relaciones reales que existen entre ellos. Un modelo es una figura que nos sirve de referencia durante un tiempo limitado, y en condiciones específicas.

El modelo descansa sobre un plan de ejecución promocional que disponga el ser y hacer en salud según objetivos concretos y evaluables<sup>(1)</sup> La tendencia actual en la presentación de los modelos de salud (contemporánea) indica que los principales, enfocados a la atención primaria en salud, deben orientarse en forma preferencial a acciones de carácter preventivo y educativo. Siendo la persona el motivo, el protagonista y el beneficiario fundamental de la promoción de la salud.

Ahora bien, construir la salud a nivel social impone el fortalecimiento de todas las relaciones e intercambios y el establecimiento de mecanismos que permitan: Elaborar una política sana, identificar los determinantes de la salud, crear infraestructuras de equidad, desarrollar la conciencia solidaria acerca de la salud, practicar la abogacía y la intermediación entre todos los factores sociales y generar la deseada participación solidaria.

La promoción de la salud, ha demostrado ser una estrategia altamente equilibradora de los efectos negativos que producen los cambios en el entorno político, económico y social actual. Con esta convicción el modelo proyecta un escenario social cuyas áreas críticas han sido transformadas por el impacto de la promoción de la salud, es decir, por el testimonio y la responsabilidad compartida

Los grandes desafíos de hoy en relación con la atención primaria son elevar la calidad, elevar la eficiencia, proponer a una mayor integridad de las acciones, propender a una mayor integración entre lo individual, familiar y lo comunitario, reforzar el trabajo en equipo, fortalecer la integración a una red de servicio y el uso más eficiente de los recursos financieros.

La necesidad de mejorar los sistemas de salud, es la necesidad de mejorar el equipo de salud. Para estos desafíos existe el programa del médico de familia que puede servir de referencia para el resto de los países de la región.

En el marco más amplio del sistema de salud, el consultorio del médico de la familia es la célula básica de la actividad del médico familiar y, en el caso de las áreas urbanas los hospitales, son instancias que representan el nivel de mayor complejidad y que garantizan el desarrollo del programa del trabajo del médico de la familia en un segundo nivel de atención.

Por eso es importante que él médico familiar pueda comprender, integrar coordinar y administrar los cuidados de salud del individuo, de la familia y la comunidad, es decir que sea un médico integrista.

Esto a motivado que se establezcan diferentes modelos de salud en diferentes países, con la finalidad principal de mejorar los sistemas de salud<sup>(1)</sup>.

La salud tiene una mala distribución en el mundo. Existe un gradiente en el nivel de salud desfavorable a los llamados países en desarrollo, ya que un determinante de importancia para la salud es la disponibilidad de los bienes y servicios sociales que se asocian al desarrollo como servicios urbanos, alimentación, vivienda, educación, atención médica, etc. A su vez, los niveles deficientes de salud, son limitantes de la capacidad de desarrollo de una población.



En la reunión convocada por la Organización Mundial de la Salud en Alma Ata en 1978, se analizó el problema y se adoptaron una serie de resoluciones en una declaración que lleva el nombre de esa conferencia, y que postula la meta de salud para todos en el año 2000 y señala que la posibilidad de lograrla depende de la implantación de la Atención Primaria a la Salud (APS).

En esta reunión se hizo la recomendación a los gobiernos de adoptar esta estrategia y de realizar acciones conducentes para hacer posible la meta salud para todos.

### **CONCEPTUALIZACION DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD**

La declaración de Alma Ata definió a la atención primaria a la salud como **“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan cubrir en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”**.

De acuerdo con la declaración de Alma Ata, la atención primaria a la salud comprende cuando menos las siguientes actividades

- La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes.
- La promoción de suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.
- Un abasto adecuado de agua potable y saneamiento básico.
- La asistencia materno infantil con inclusión de la planificación de la familia.
- La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- La prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales.
- El tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes.
- Y el suministro de medicamentos esenciales.

Del análisis del listado de acciones mínimas que incluye la atención primaria a la salud, se deduce que esta es en última instancia una combinación de medidas básicas de salud pública, atención médica y asistencia social. De ellas, las más fáciles de intensificar a corto plazo son la atención médica y la asistencia social.

El hablar de atención primaria a la salud requiere de establecer la diferencia con la atención secundaria. La atención primaria a la salud conlleva la proposición de rebasar un modelo de atención enfocado principalmente a atender los daños a la salud, ya que se realiza una vez que la enfermedad se ha instalado.

El modelo de atención secundaria, tradicionalmente se ha basado en una atención intensiva y extensiva al daño a la salud, en realidad es un modelo de atención a la enfermedad. La estructura de atención a la enfermedad se ha basado en el dominio de las especialidades, de los hospitales de segundo y tercer nivel, y en el uso de tecnologías desarrolladas.

Este modelo posiblemente sea apropiado y viable en países que han resuelto su problema de saneamiento básico, que han alcanzado un nivel de vida satisfactorio para la mayoría de su población y que han desarrollado su propia tecnología, aunque aun estos países se están resintiendo el efecto del incremento de los costos sociales e individuales de la atención médica.

En los países en desarrollo, el predominio de este modelo compite contra la posibilidad de intensificar la atención primaria a la salud, la cual necesariamente requiere de usar un modelo anticipatorio, que es la única vía para hacer posible la prevención y la lucha contra las enfermedades.

El modelo de atención secundaria se pone en acción en el momento en que ya se ha presentado un daño a la salud y no antes, lógicamente, así no es posible la aplicación de la prevención, salvo en relación con las secuelas de los daños.

Las acciones que realiza el sistema de salud están estrechamente ligadas al modelo que se emplea. El modelo de atención primaria a la salud tiene como condición sine qua non anticiparse al daño y actuar sobre los factores de riesgo, es decir, usar un modelo anticipatorio basado en diagnosticar los riesgos a que esta sujeta una población específica mediante la identificación de los factores de riesgo a que esta expuesto cada miembro de esa población.

La acción consecuente es tratar de cancelar, modificar o atenuar estos factores de riesgo. Un esquema anticipatorio no se agota con la mera atención médica y tiene que hacer uso de medidas de salud pública<sup>(2)</sup>.

Con las anteriores consideraciones es necesario realizar un análisis comparativo de los diferentes sistemas de salud internacionales y nacionales que presentan un modelo enfocado a la APS

Las diversas formas de organización de los Servicios de Salud en el Mundo se pueden clasificar en tres modelos generales:

## **1. SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE COBERTURA UNIVERSAL GRATUITA:**

La mayor parte o la totalidad del financiamiento proviene del gasto público vía impuestos generales, de modo que se trata de un servicio público, gratuito, respaldado en la legislación que establece la vigencia del derecho social a la salud. Por lo que el acceso a los servicios no esta condicionada por ninguna circunstancia personal ni restringido a grupos específicos de la población. El modelo de atención a la salud otorga prioridad a la prevención y a los servicios no personales como el saneamiento del medio, educación para la salud, el control del agua y los alimentos y la higiene laboral. En casi todos los casos existe una importante participación de la comunidad en las tareas de la salud. En los servicios personales, que se estructuran regionalmente en varios niveles de atención, definida como "la puerta de entrada de los pacientes y un sistema de referencia de los mismos, lo que propicia la calidad en el servicio y la economía de los recursos.

En casi todos los casos, los recursos humanos son asalariados, ejemplificando de estas organizaciones, los sistemas nacionales de salud Ingles, Soviético, Sueco, Chino y Cubano.

## **2. COEXISTENCIA DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD SOCIAL QUE OFRECEN SERVICIOS MEDICOS A LOS DERECHOHABIENTES:**

Instituciones asistenciales públicas que prestan atención médica gratuita de baja calidad a la población de pocos ingresos y no asegurados, e instituciones privadas de carácter lucrativo. Los servicios no personales están separados administrativamente de los personales y como no se le otorga prioridad, se desenvuelven precariamente:

- a) Mediante un pago específico a cambio del servicio mercantil proporcionado por empresas lucrativas.
- b) Mediante una cuota periódica se adquiere el derecho a los servicios médicos de la seguridad social. Dicha cuota es proporcionada por trabajadores, complementado por aportaciones del patrón y del estado. Tratándose entonces de un servicio no mercantil de financiamiento, sumamente socializado. Beneficiando a los obreros, empleados públicos y del sector privado moderno.
- c) Para la población carece tanto de poder adquisitivo como de seguridad social, el estado opera servicios médicos a población abierta. Estos servicios ofrecen un esquema de medicina simplificada, con acceso por cuotas de recuperación, tienen un nivel de recursos insuficientes y la calidad del servicio es irregular. Este modelo prevalece en la mayoría de los países latinoamericanos, incluyendo a México. En estos países el derecho a la salud sigue siendo una demanda insatisfecha para la mayor parte de la población.

### **3. PREDOMINIO DE INSTITUCIONES PRIVADAS DE CARÁCTER MERCANTIL CON SISTEMAS DE COBRO DIRECTO AL PACIENTE O A TRAVES DE SEGUROS MEDICOS.**

Este modelo de atención a la salud es mas bien de consumo privado, sujeto a las leyes del mercado. Es la antítesis de la salud como un derecho social. Se dedican al sector de la población de mayor poder adquisitivo y no al que mas lo requiere. Siendo en Estados Unidos en donde alcanza su forma más clara con existencia de Seguros de Asistencia Medica para los ancianos y los indigentes, con fondos apartados por el estado. La participación comunitaria es inexistente, a excepción de los grupos consumidores mas conscientes. El estilo de atención es curativo y prestado en hospitales sofisticados, es muy caro y dependiente de recursos de diagnostico y terapéutica cuya eficiencia se esta poniendo en duda en los propios países de origen.

A continuación se describirá el análisis de los Servicios de Salud de tres países cuyos sistemas de atención a la salud tienen cobertura universal e incluyen la participación comunitaria, además de tener diferentes grados de desarrollo y formas de organización social.

Gran Bretaña y Cuba poseen un modelo de salud que corresponde al primer tipo, mientras que Costa Rica tiene un sistema que se origino en el segundo tipo, atiende a una cobertura total lo cual lo distingue de los demás países que se encuentran ubicados en su misma situación. <sup>(3)</sup>

#### **REINO UNIDO**

País Europeo capitalista tiene un PNB per cápita cuatro veces mayor al mexicano, un porcentaje de población urbana mayor al nuestro y una pirámide poblacional mas vieja.

El parlamento de mayoría laborista en 1946 aprobó la ley del Sistema Nacional de Salud de cobertura universal, entrando en vigor en julio de 1948. El sistema actual de salud tiene cuatro fuentes de financiamiento: 80% del gobierno central, 9% del Seguro Social 6.5% de los gobiernos locales y el 4.5% restante del paciente, el 5.7% del PNB se destina a la salud.

El Sistema Nacional de Salud se reorganizó en 1970, conservando bajo su administración todo los servicios de salud y como único servicio no personal el de salud escolar, coordinando todas las necesidades de las regiones, determinando normas y planes generales, dependiendo del departamento de salud y seguridad social estableciendo las políticas globales y las asignaciones haciéndose responsable de esto la Secretaría de Estado para los servicios sociales.

Los servicios médicos se otorgan de manera escalonada, donde el primer nivel se otorga en consultorios privados, los cuales brindan servicios privados y públicos, recibiendo pago por parte del sistema nacional de salud de acuerdo a la cantidad de pacientes atendidos. Se ofrecen los servicios en centros de salud públicos que son manejados por médicos generales, y médicos familiares.

El segundo nivel está ubicado en los hospitales generales del distrito con capacidad de 60/150 camas, ofreciendo la mayor parte de servicios especializados. El tercer nivel ubicado en los hospitales e institutos de enseñanza se encuentra distribuida en las ciudades y universidades.

A través de los consejos comunitarios de salud se asegura la participación comunitaria, y estos se encuentran constituidos por representantes de los distritos siendo elegidos democráticamente y designados como vigilantes públicos del desarrollo de los servicios, con acceso a la planificación familiar del sistema nacional de salud y el establecimiento de necesidades y prioridades por lo que pueden solicitar todo tipo de estudio. <sup>(3,4)</sup>

## CUBA

País socialista tiene un Producto Nacional Bruto (PNB) per capita menor al de México, con similar pirámide poblacional y porcentaje de población urbana, pero con una tasa de crecimiento demográfico menor a la mexicana.

A partir de 1959 la salud es un derecho de todos los individuos, y una responsabilidad del estado, además de ser gratuito. Durante la década de los sesenta se crea el Servicio Nacional de Salud, se nacionalizan clínicas privadas y mutualistas y se establecen policlínicos, se realizan grandes campañas de vacunación, y se crean institutos de investigación en ciencias medicas y el centro de informaciones.

Durante los años setenta, los servicios de salud locales se traspasan a los organismos de los gobiernos provinciales y municipales. La docencia superior pasa a depender del Ministerio de Salud, se establecieron policlínicos de la comunidad y se expandió la capacidad de producción de medicamentos.

El sistema de servicio de salud se ha ido modificando, desde comienzos de la década de los ochentas surgiendo de la preocupación por adecuar la atención de salud a la nueva realidad epidemiológica del país.

Las decisiones perfeccionaron y generaron un progreso en el establecimiento de un enfoque del trabajo en salud publica genuinamente participativo, centrando en la promoción de la salud y la prevención. La necesidad de un personal medico especializado en medicina general integral presionó por nuevos avances en el terreno del diseño curricular y la elaboración de un perfil medico.

El médico de la familia constituye el resultado de un proceso de construcción institucional, en el que cada etapa ha buscado responder a las exigencias del perfil epidemiológico de la población.

En este sistema es primordial la salud y la educación por lo que el presupuesto asignado para estos servicios es del 50%, el Sistema Nacional de Salud tiene la autoridad legal, administrativa y financiera en el ministerio de salud.

Los servicios de salud son integrales, con servicios de salud personales y no personales. Los servicios personales se dirigen al individuo como unidad biopsicosocial, dando énfasis a la educación y prevención para la salud. Los servicios no personales están al cuidado del medio físico, biológico y social, a la higiene ambiental, la protección al ambiente natural y a aquellas actividades que crean condiciones favorables al desarrollo pleno del individuo integrado en su comunidad.

Cuba posee un sistema único, integral y descentralizado para la atención de salud de la población. En el mismo es posible distinguir tres niveles administrativos y cuatro de servicios.

El Ministerio de Salud Pública atiende directamente a los Institutos de Investigación, los Institutos y Facultades de Medicina y algunos hospitales nacionales, así como la producción nacional de medicamentos y su distribución.

Las direcciones provinciales y municipales de salud se subordinan administrativamente a las asambleas provinciales y municipales de los organismos de los gobiernos locales, recibiendo el presupuesto, los abastecimiento, la fuerza laboral y el mantenimiento, estando subordinados al Ministerio de Salud Pública.

Existe una descentralización operativa y presupuestaria y condiciones para la coordinación intersectorial, haciendo frente a los problemas de la población.

Cada provincia conforma sistemas locales de salud (SILOS) en su municipio. El Sistema Nacional de Salud cuenta con los siguientes principios:



- ❖ La planificación del desarrollo del sistema
- ❖ La orientación preventiva como línea fundamental del desarrollo
- ❖ El carácter gratuito de la atención médica
- ❖ La accesibilidad total de la población a los servicios
- ❖ Promoción en la participación de la población en las tareas de salud, así como la cooperación con otras naciones que requieran ayuda solidaria en el campo de salud.

En 1984 se inician cambios en la concepción del primer nivel de atención al introducirse la figura del médico de la familia que vive y trabaja dentro de la comunidad y que atiende integralmente a una población. Con lo que se mejora las posibilidades de conocer y atender el universo de la población asignada, controlar los grupos de riesgos, la distribución de la población, influyendo directamente sobre el individuo, la familia y la comunidad en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Pretendiendo que al introducir al médico familiar en la organización del sistema nacional de salud y en general y las unidades que las integran sean capaces de eliminar los métodos burocráticos, lo cual permita el contacto directo de la familia con su población y facilite la integración del hospital a este nuevo modelo.<sup>(4,5)</sup>

## COSTA RICA

País capitalista, posee algunas características históricas y de pirámide de población similares a las de México y un PNB per cápita semejante. El sistema sociopolítico de Costa Rica se caracteriza por ser democrático, con una obligatoriedad y gratuidad de la enseñanza primaria y secundaria, derechos políticos plenos para la mujer y la no-reelección de los gobernantes.

El estado es centralista, la estructura sociopolítica del país se describe como un estado de bienestar subdesarrollado. El gasto en salud es de 3 y 6% del PNB respectivamente con un gasto per cápita de 23.20 y 92.81 dólares para los años de 1970 y 1977.

Durante 1972/ 1973 los servicios de salud se orientaron hacia la expansión e investigación. En 1980 aproximadamente el 15% de la población no estaba cubierta por los servicios médicos de seguridad social.

El ministerio de salud tiene a su cargo la atención primaria aplicando programas de salud rural y de medicina comunitaria por lo que cuenta con personal auxiliar, además es responsable de los servicios no personales como el control de fauna nociva, alimentos, medicamentos, salud ambiental y vigilancia nutricional y para proporcionar estos servicios el ministerio se coordina con el instituto costarricense de acueducto y alcantarillados, encargándose del suministro del agua potable y de la disposición de aguas negras

Los servicios de salud personal se ofrecen mediante una estructura escalonada piramidal con una base amplia, la cual se ubican las áreas rurales y periféricas y su vértice localizado en la capital. El sector salud esta integrado en cuatro niveles de atención, coordinado con los inmediatos superiores e inferiores, posee un sistema de referencias de pacientes que una vez atendidos regresan a su nivel de origen.

Los servicios de salud tiene un carácter participativo, ya que incorpora a la comunidad en la responsabilidad de la promoción y mantenimiento de la salud.

Estos tres países se encuentran en etapas históricamente diferentes, ya que han constituido una respuesta social y nacional al proceso de salud enfermedad.

Costa Rica muestra un modelo de transición el cual ha tratado de universalizar los servicios personales de salud. La Gran Bretaña ha consolidado durante un periodo de 35 años un sistema de pago para los médicos, por el gran desarrollo previo de la medicina privada. Cuba vivió durante 11 años la revolución de un proceso de fusión de las diversas formas de atención medica, posterior a la revolución existió un sistema de salud diferente.<sup>(3)</sup>

## MEXICO

A partir de los años cuarenta, en México, se inicia la estructura de servicios de salud actual. Durante esta etapa destaca la creación del Sistema de Seguridad Social, el cual en el caso mexicano, casi desde sus orígenes hace un uso intensivo del hospital y de servicios de alta especialidad.

Como resultado el gasto en salud es altamente desbalanceado entre la población afiliada a la seguridad social y aquella que por no ser asalariada, y generalmente de recursos escasos, no recibe este beneficio (llamada población abierta).

En el sexenio presidencial de Carlos Salinas, en base a los trabajos elaborados por la coordinación de Servicios de Salud, se hizo una enmienda constitucional y se asentó, en el artículo 4º constitucional, el derecho a la protección a la salud. Como parte del Plan Nacional de Desarrollo, estableciéndose las metas en el Programa Nacional de Salud y definiéndose las siguientes estrategias:

- Agrupación de las instituciones de salud dentro de un Sector bajo la coordinación de un gabinete de Salud y con el secretario de Salud como cabeza del sector.
- Modernización de la administración.
- Descentralización de las competencias en salud hacia los gobiernos estatales.
- Coordinación intersectorial (educación, ecología, comercio, etc.) para apoyar las actividades de salud.
- Participación de la comunidad en el logro de las metas de salud.<sup>(2)</sup>

En México, fue el IMSS quien inició la implantación del Sistema de Medicina Familiar desde 1954. No obstante que la orientación de los directivos del instituto era correcta y que las normas generales estaban bien fundamentadas, el sistema tropezó con grandes obstáculos en el curso de su aplicación práctica. Estos obstáculos fueron unos de orden material, otros de orden personal y como consecuencia no se obtuvo el éxito deseado. Este audaz diagnóstico sin duda contribuyó para que 22 años después el 13 de marzo de 1971 se iniciara en el IMSS un programa formal de Especialización en Medicina Familiar teniendo como uno de sus propósitos fundamentales fortalecer al propio sistema médico familiar.<sup>(6)</sup>

El plan General de Mejora de la Atención Médica 1996- 2000 del IMSS, surgido a partir del Diagnóstico Situacional que de la institución realizara la Dirección General, establece estrategias, determina procesos y líneas de acción que a corto, mediano y largo plazo favorecerán el mejoramiento del proceso de la atención médica, una de las funciones sustantivas de las Dirección de Prestaciones Médicas<sup>(2)</sup>.

Una de las cuatro estrategias que contempla el modelo contenido en dicho plan es el Fortalecimiento de la Atención Médica integral, a la cual se le identifican dos procesos: Referencia-Contrarreferencia y atención a grupos específicos.

La Medicina Familiar juega un papel de suma importancia en el reconocimiento precoz de las enfermedades, en su manejo integral, en la prevención de las posibles complicaciones, y sobre todo, en el mantenimiento de salud y la protección oportuna de riesgo.<sup>(5)</sup> Por eso son importante las acciones a desarrollar por el médico familiar<sup>(4)</sup>.

El servicio de la Medicina Familiar contempla colocar bajo la responsabilidad y el cuidado de un solo médico, a un grupo determinado de población derechohabiente, lo que hará posible lograr una relación afectiva y de confianza entre el médico y sus enfermos, en lugar de la inseguridad que se crea cuando el derechohabiente es atendido por varios médicos. Así mismo, da la oportunidad al médico para que trabaje con un núcleo humano fijo, que

puede llegar a conocer en todo sus aspectos físicos y psicológicos convirtiéndose en consejero y educador de las familias particularmente en lo que se refiere a la medicina preventiva.<sup>(7)</sup>

En todos los sistemas de atención médica debe existir un nivel de atención médica primaria o de “primer contacto”. Ya sea que se llame médico general o médico familiar, debe haber un especialista en el “primer contacto”, el cual es consultado en primera instancia por el paciente, cuando se siente enfermo o desea consejo médico. En las sociedades desarrolladas, la mitad de los médicos de primer contacto son médicos familiares.<sup>(8)</sup>

#### **Las características especiales de la medicina familiar:**

1. El paciente tiene un acceso directo y continuo al médico
2. El médico tiene que trabajar con un espectro no determinado de enfermedades y de situaciones familiares
3. El médico proporciona atención continua y prolongada
4. Las enfermedades que encontrará son las “las enfermedades que ocurren comúnmente”, así como “las enfermedades raras “.
5. El papel del médico consistirá en evaluar las necesidades personales y familiares de los pacientes, coordina y manipular las instalaciones disponibles para atenderlos y protegerlos de los hospitales y viceversa.<sup>(9)</sup>

El estudio de la familia permite la inclusión de ámbitos de vida que son cruciales para la comprensión de la opresión de la mujer y de los jóvenes, para entender las emociones, la sexualidad, la niñez y otros procesos biosociales como la ancianidad, la enfermedad y la muerte.<sup>(10)</sup>

El reto de la medicina familiar es en gran parte establecer e identificar las estrategias más eficaces y rentables, para la satisfacción de las necesidades.

La identificación puntual de la esencia de la medicina familiar expresada en los tres ejes que la sustentan, conduce a la necesidad de definir una metodología que facilite la práctica a un nivel operativo de las habilidades y conocimientos que el médico familiar tiene como propios y exclusivos.<sup>(11)</sup>

En 1995 los doctores. Irigoyen Coria y Gómez Clavellina proponen por primera vez el Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar (MOSAMEF), como una estrategia para llevarse a cabo en la práctica de la medicina de primer contacto y como requerimiento indispensable para planificar los servicios de atención a la salud.<sup>(12)</sup>

Este modelo ha sido el producto del análisis también, de un grupo de profesores de la especialidad que, con renovado interés han elaborado una posible estrategia para iniciar acciones que definan con claridad el trabajo médico familiar y que favorezca 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 medicina familiar y fundamentando el desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina.<sup>(13)</sup>

EL MOSAMEF fue propuesto por primera vez a los directivos de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit (FMUAN) como una estrategia de investigación durante el periodo de Servicio Social con los propósitos de introducir al médico en formación hacia un nuevo enfoque de la atención médica, sensibilizar tanto al personal docente como al directivo sobre la importancia de la atención primaria, así como de la necesidad de reestructurar el currículo de la carrera de medicina en Nayarit con la finalidad de preparar al futuro médico para que responda a las necesidades de la población y otorgue servicio de atención primaria de alta calidad.<sup>(14)</sup>

Para la aplicación de MOSAMEF se desarrollaron tres estrategias simultáneas de estudio:

- Censo poblacional: cuantificando población usuaria estratificada por grupos etáreos y sexo.
- Motivos de consulta: identificando las diez principales causas de demanda de atención codificadas según la clasificación de CIE IX
- Estudios de familias, a través de conocer algunas características psicosociales de las mismas por medio de entrevista a la población usuaria, lo que nos permite clasificar a las familias de acuerdo a su estructura y ciclo vital.

Lo anterior a través de la exploración de variables específicas como: edad, escolaridad, y ocupación de los padres, ingreso familiar, años de unión conyugal, así como número y edad de los hijos. Además de la investigación de los principales motivos de consulta y de la estructura familiar o tipología familiar y sus diferentes etapas del ciclo de vida familiar.<sup>(14)</sup>

El proyecto : Modelo sistemático de atención médica pretende incidir en cada uno de los cinco campos de acción, planteados por la Carta de Ottawa, la cual señala que a fin de mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en cinco campos de acción: reorientar los servicios de salud, mejorar las habilidades personales en relación con lo estilos de vida, crear medio ambientes saludables, elaborar políticas explícitas para la salud y reforzar la acción comunitaria en salud.

Al identificar concretamente las características biopsicosociales de las familias que están bajo su cuidado, el médico familiar podrá implementar medidas eficaces de prevención de enfermedades y promoción de salud, con lo que hará efectivas las premisas de estudio de la familia continuidad de la atención y acción anticipatoria para llegar a realizar diagnósticos precoces en las diversas patologías, así como eficientes cuidados en la salud de las familias.<sup>(13)</sup>

La promoción de la salud incluye todas las acciones tendientes a seguir como son: alimentación, vivienda, educación, empleo, condiciones económicas, recreación, descanso, cultura, ausencia de enfermedad, etc. Compete a las autoridades proporcionar las condiciones adecuadas de vida y de salud. El personal de salud no puede influir básicamente en muchos de los factores de bienestar, pero si está dentro de sus atribuciones instruir y educar, no solamente para evitar las enfermedades, sino para contribuir a que los individuos, las familias y la colectividad disfruten de una alimentación equilibrada, de una vivienda saludable, de buenas condiciones de trabajo, y del descanso y recreación necesarios, y aún más, para que ellos mismos participen activa y conscientemente para elevar su nivel de vida.

La actividad básica que médicos y enfermeras deben realizar para promover la salud es la educación.

### **EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Hay varias definiciones de educación para la salud. Se mencionarán solamente dos:

“La suma de experiencias que influyen favorablemente en los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud individual y comunitaria” Wood (Villaseñor, 1960).

Esta definición alude al contenido de la educación, pero no hace mención de la forma de realizarla. Grout dice:

“La educación para la salud es un procedimiento que incluye la transmisión de todo lo que se conoce sobre la salud dentro de los patrones deseables de la conducta individual y colectiva, mediante el proceso educativo” (Villaseñor, 1960).



Puede decirse que la educación es el denominador común de todas las actividades de salud pública y de medicina preventiva.

*Proceso educativo:* Incluye tres pasos importantes; la información, la motivación y la educación propiamente dicha. Este último paso es realmente el más importante, ya que implica el cambio de conducta del individuo hacia su propia salud. Para realizar una verdadera labor educativa, deben llenarse los tres pasos antes señalados.<sup>(15)</sup>

*Información:* Con alguna frecuencia el personal de salud se siente satisfecho con haber proporcionado información sobre determinado tema, considerando que con ello ha hecho educación para la salud, como por ejemplo que existe un procedimiento sencillo para detectar la diabetes, está haciendo simple información, o quizá en cierta forma, un principio de motivación.

*Motivación:* Se lleva a cabo cuando se consigue interesar a las personas sobre las ventajas que un determinado procedimiento tiene, como en el caso de la diabetes, que se trata de una enfermedad que detectada a tiempo, permite su control y evita posibles complicaciones que pueden incluso provocar la muerte.

Cuando la persona acude al servicio médico para aprovechar la atención de la que se le ha informado, es cuando termina el proceso educativo. Es de hecho el cambio de conducta.

*Educación propiamente dicha:* Cuando la información es completa e interesante, lleva implícito un cierto grado de motivación. Y es que en realidad, los pasos o etapas de la educación no se realizan independientemente uno del otro, se complementan y en ocasiones se superponen.<sup>(15)</sup>

## **CAMPOS DE ACCIÓN DE LA EDUCACIÓN EN SALUD**

*Para mejoría del nivel de vida:* A través de la educación se puede influir en la modificación de las condiciones existentes; por ejemplo orientando sobre la manera de aprovechar y combinar los alimentos, de mejorar las relaciones familiares, de utilizar adecuadamente las relaciones familiares, de utilizar adecuadamente el tiempo libre o, mejorar, dentro de las posibilidades económicas, las condiciones de vida, etc. La labor educativa debe complementarse con la realización de obras de saneamiento, mejoría de la vivienda y otras, que eleven el nivel de vida de la población.

*En actividades médicas:* La educación para la salud, debe proyectarse a todas las actividades de la medicina. Así informará y motivará sobre medidas de prevención específica, dará a conocer las ventajas de ciertos procedimientos para la detección de padecimientos de evolución prolongada. En cuanto a medicina curativa, insistirá sobre la conveniencia de acudir oportunamente a los servicios de salud y por último, la educación intervendrá apoyando los procedimientos de rehabilitación que tratan de conseguir que los individuos con alguna limitación, puedan valerse por sí mismos y ser útiles para los demás.

El médico y todo el personal de salud tienen la responsabilidad de educar, sea en su trabajo institucional, sea en su labor privada. Es una actividad inherente a su función profesional, sin ella su trabajo queda trunco.<sup>(15)</sup>

## **REQUISITOS PARA LA EDUCACIÓN**

La educación deberá estar de acuerdo con la edad, con las condiciones culturales y sociales, con el tipo de padecimiento que se trata de prevenir o de curar y con la actividad de la persona que la recibe. Se hará en la consulta externa, en la sala del hospital, en el consultorio particular, aprovechando todas las ocasiones que se presenten, pero siempre con oportunidad.

El interés que el médico demuestre por la situación del paciente contribuirá seguramente a la buena relación entre ambos, cuya importancia es reconocida por todos.<sup>(15)</sup>

La función primaria del médico familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes y mostrarles cómo prevenir, o por lo menos reducir, la posibilidad de futuras enfermedades. El médico familiar debe cumplir esta función dentro de la trama de un sistema social cada vez más complejo, caracterizado por rápidos adelantos tecnológicos. El médico también debe tomar en cuenta los patrones cambiantes de la enfermedad y las expectativas cambiantes respecto a la salud.<sup>(16)</sup>

El éxito hacia la nueva era consistía en aprovechar el pasado innovar el presente y anticipar el futuro, y es, en este contexto donde la medicina familiar se ubica como una de las opciones más sólidas y viables en el proceso de transformación.<sup>(17)</sup>

Y con el compromiso social que caracteriza a la medicina familiar hay que enfrentar los retos que representan los cambios demográficos y epidemiológicos, los cuales se encuentran en un proceso crítico, de transición, por diversos factores como la disminución de la fecundidad, el estrechamiento de la pirámide poblacional en su base y prolongación en su cúspide, el perfil epidemiológico que transita en forma prolongada y se polariza en los países en desarrollo a diferencia de la industrializadas, la determinación de plétores urbanas causadas por la migración del campo a las ciudades medias y grandes, fenómeno que se ha generado en diversos países del mundo desarrollado, particularmente en aquellos en vías de desarrollo que se encuentran inmersos en una intensa corriente caracterizadas por un cuestionamiento de las formas vigentes de los sistemas de salud, con la preocupación de cómo mejorar, organizar y distribuir los limitados recursos a fin de que se apliquen de forma mas equitativa para alcanzar los mas altos niveles de salud.<sup>(18)(19)(20)(21)</sup>

El logro de la estrategia de la Atención Primaria de Salud implica muchas acciones, dentro de las cuales sobresalen la educación para la salud y la participación comunitaria, siendo esencial la primera para lograr la segunda, pero sin desligarlas

El médico debe tomar la iniciativa y acudir a la comunidad a su cargo para analizar, planificar e implementar acciones en forma conjunta con la población; cabe destacar que la participación comunitaria es un componente vital y parte muy importante del sector social, porque a partir de cada edad se gesta, fomenta y desarrolla la corresponsabilidad social operativa, que representa la base para el cumplimiento de una de las premisas de la atención primaria de salud, relacionada con la participación social o comunitaria el autocuidado y preservación de la salud.<sup>(22)(23)(24)</sup>

### **3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Es útil aplicar el Modelo Sistemático de la Medicina Familiar en el IMSS primer nivel de atención, como un instrumento para conocer las necesidades de la población derechohabiente y así poder aplicar estrategias para mejorar las condiciones de salud de la misma?

El logro de la estrategia de la Atención Primaria de Salud implica muchas acciones, dentro de las cuales sobresalen la educación para la salud y la participación comunitaria, siendo esencial la primera para lograr la segunda, pero sin desligarlas

El médico debe tomar la iniciativa y acudir a la comunidad a su cargo para analizar, planificar e implementar acciones en forma conjunta con la población; cabe destacar que la participación comunitaria es un componente vital y parte muy importante del sector social, porque a partir de cada edad se gesta, fomenta y desarrolla la corresponsabilidad social operativa, que representa la base para el cumplimiento de una de las premisas de la atención primaria de salud, relacionada con la participación social o comunitaria el autocuidado y preservación de la salud.<sup>(22)(23)(24)</sup>

### **3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Es útil aplicar el Modelo Sistemático de la Medicina Familiar en el IMSS primer nivel de atención, como un instrumento para conocer las necesidades de la población derechohabiente y así poder aplicar estrategias para mejorar las condiciones de salud de la misma?

### **3.2 JUSTIFICACIÓN**

Saber la utilidad de la aplicación del Modelo Sistemático de la Medicina Familiar en la consulta externa, tomando como parámetro el consultorio 5 de la UMF 28 del IMSS, permitiendo conocer las características biopsicosociales de la población, y de acuerdo a los resultados obtenidos, aplicar estrategias para mejorar la salud de los derechohabientes.

### **3.3 OBJETIVOS**

#### **OBJETIVOS GENERALES**

- ❖ IDENTIFICAR AL MOSAMEF COMO UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SALUD DE LOS DERECHOHABIENTES ASISTENTES AL CONSULTORIO No. 5 TM DE LA UMF No. 28 DEL IMSS
  
- ❖ CONOCER CUALES SON LAS CARACTERÍSTICAS BIOPSIOSOCIALES DE LA POBLACIÓN ADSCRITA AL CONSULTORIO No. 5 TM DE LA UMF 28
  
- ❖ IDENTIFICAR LA ESTRUCTURA FAMILIAR DEL CONSULTORIO No. 5 TM DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA DEL IMSS

### **3.2 JUSTIFICACIÓN**

Saber la utilidad de la aplicación del Modelo Sistemático de la Medicina Familiar en la consulta externa, tomando como parámetro el consultorio 5 de la UMF 28 del IMSS, permitiendo conocer las características biopsicosociales de la población, y de acuerdo a los resultados obtenidos, aplicar estrategias para mejorar la salud de los derechohabientes.

### **3.3 OBJETIVOS**

#### **OBJETIVOS GENERALES**

- ❖ IDENTIFICAR AL MOSAMEF COMO UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SALUD DE LOS DERECHOHABIENTES ASISTENTES AL CONSULTORIO No. 5 TM DE LA UMF No. 28 DEL IMSS
- ❖ CONOCER CUALES SON LAS CARACTERÍSTICAS BIOPSIOSOCIALES DE LA POBLACIÓN ADSCRITA AL CONSULTORIO No. 5 TM DE LA UMF 28
- ❖ IDENTIFICAR LA ESTRUCTURA FAMILIAR DEL CONSULTORIO No. 5 TM DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA DEL IMSS

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ❖ VALORAR LA UTILIDAD DEL MODELO SISTEMATICO DE LA MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 5 TM DE LA UMF 28 DEL IMSS.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO**

- Observacional
- Descriptivo
- Retrospectivo
- Transversal

### **4.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO**

Población adscrita al consultorio No. 5 Turno Matutino de la UMF No. 28, Gabriel Mancera IMSS. México, D. F. Periodo 2000

### **4.3 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Población adscrita al consultorio No. 5 , encuesta a cien familias del Turno Matutino de la UMF No. 28, Gabriel Mancera IMSS México D. F. Periodo 2000.



## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ❖ VALORAR LA UTILIDAD DEL MODELO SISTEMATICO DE LA MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 5 TM DE LA UMF 28 DEL IMSS.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO**

- Observacional
- Descriptivo
- Retrospectivo
- Transversal

### **4.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO**

Población adscrita al consultorio No. 5 Turno Matutino de la UMF No. 28, Gabriel Mancera IMSS. México, D. F. Periodo 2000

### **4.3 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Población adscrita al consultorio No. 5 , encuesta a cien familias del Turno Matutino de la UMF No. 28, Gabriel Mancera IMSS México D. F. Periodo 2000.

#### **4.4 UNIVERSO DE TRABAJO**

Derechohabientes del IMSS del consultorio No. 5, Turno Matutino de la UMF No. 28.  
Gabriel Mancera IMSS. México, D. F. Periodo 2000.

#### **4.5 GRUPO CONTROL**

No existe

#### **4.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN**

##### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Derechohabientes asignados al consultorio 5 Turno Matutino del IMSS de la UMF 28.  
Gabriel Mancera.

Que posean expedientes clínicos

Acepten y contesten encuesta en forma completa

Toda la consulta en el periodo del año 2000

##### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes que no acepten y contesten en forma incompleta la encuesta

Que no cumplan con las variables antes mencionadas

Pacientes que no cuenten con diagnostico específico

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Que posean expedientes clínicos incompletos

Que no acepten participar

## **4.7 INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES DE MEDICIÓN)**

Para el censo poblacional: Las variables son tanto de tipo cuantitativo como cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal en las segundas, según sea el caso. Se consideran las variables de:

Número total de individuos

Número total de individuos del sexo masculino

Número total de individuos del sexo femenino

Número de individuos del sexo masculino por grupos etáreos

Número de individuos del sexo femenino por grupos etáreos

Los grupos etáreos se establecen en una amplitud de clase de 5 años, de 0-4 años, 5-9 años, 10-14 años, 15-19 años, 20-24 años, 25-29 años, 30-34 años, 35-39 años, 40-44 años, 45-49 años, 50-54 años, 55-59 años, 60-64 años, 65-69 años, 70 y mas años.

Para el estudio de morbilidad; se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal, a las cuales corresponden:

Las diez principales causa de consulta

Para el estudio psicosocial de la familia: las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal. Se identifican:

Nombre de la familia  
Estado civil  
Años de unión conyugal  
Escolaridad  
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 o más años de edad)  
Ocupación de los padres de familia  
Ingreso económico  
Tipo de familia  
Etapa del ciclo vital familiar

**4.8 Variable dependiente:** El Modelo Sistemático de la Medicina Familiar como instrumento aplicable para conocer las necesidades de los derechohabientes.

**4.9 Variable independiente:** La aplicación del Modelo Sistemático de la Medicina Familiar nos permitirá aplicar estrategias para mejorar las condiciones de salud de los derechohabientes.

#### **4.10 METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN**

Se realizara censo poblacional para conocer la pirámide de nuestra población por medio de paloteo. El estudio de morbilidad se obtendrá mediante la revisión de las formas MF 4-30-6 (reporte diario de la consulta) durante el tiempo de estudio programado. Las características psicosociales de las familias en estudio serán obtenidas a través de la aplicación de una encuesta la cual contendrá las variables antes mencionadas.

#### **4.11 CENSO POBLACIONAL**

La cifra de la población existente en el consultorio No. 5 turno matutino de la UMF 28 Gabriel Mancera, se obtendrá por medio del conteo total de expedientes, asignados a dicho consultorio. También se identificará el sexo del derechohabiente y la edad del mismo a intervalos de 0-4 años; 5-9 años; 10-14 años, 15-19 años; 20-24 años, 25-29, 30-34 años, 35-39 años, 40-44 años, 45-49 años, 50-54 años, 55-59 años, 60-64 años, 65-69 años, 70 y más años. Se obtendrá el número de familias por medio de la detección de grupos que conforman una misma clave de adscripción.

#### **4.12 ESTUDIO DE MORBILIDAD**

El estudio de morbilidad se obtendrá de acuerdo a las diez primeras causas de consulta mediante la revisión y registro de los informes diarios de labores del Médico (SM 10-1) en forma manual y directa

#### **4.13 ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES FAMILIARES**

Esta tarea se llevara a cabo por medio de la aplicación de un test denominado “ identificación Familiar” (Irigoyen Coria), que contiene las variables a estudiar, aplicado por médico investigador y contestado por el padre o madre de familia. Complementar estos datos con los del encabezado de color azul, tomando en cuenta las modificaciones anteriormente mencionadas.

#### **4.14 CONSIDERACIONES ETICAS**

Los informes y resultados se harán con el consentimiento del entrevistador, manejados confidencialmente y no representan riesgo para la salud.

## **5. RESULTADOS**

### **5.1 Descripción de los resultados.**

El estudio se realizó para conocer la utilidad del modelo sistemático de la atención médica familiar en el consultorio No. 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera, tomando como parámetros las características biopsicosociales de la misma, las cuales nos ayudarían a identificar los problemas que aquejan con más frecuencia a ese grupo de población y así poder realizar estrategias para mejorar la salud de los derechohabientes, siendo este estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

Este estudio se llevó a cabo mediante 3 fases:

La fase I se realizó a través del censo poblacional, contando como fuente de datos los expedientes clínicos asignados a dicho consultorio, identificándose el sexo y edad del derechohabiente, siendo los grupos etáreos de 5 años cada uno.

La fase II se llevó a cabo mediante el análisis del reporte diario de las consultas durante el periodo del año 2000.

La fase III se obtuvo al aplicar encuestas a padres de familia adscritas al consultorio No. 5 en muestreo por cuotas estimadas en (N=100) en el periodo antes mencionado.

### **DESCRIPCIÓN DE LA FASE I**

El total de la población del consultorio No. 5 de la UMF 28 del turno matutino es de 2068 personas (Tabla 1, Gráfica 1), de los cuales 832 personas pertenecen al grupo masculino 40.23% (Gráfica 2) y 1236 personas al grupo femenino 59.77%.(Gráfica 3)

Esta población esta conformada por 654 núcleos familiares 59.62% y 443 expedientes con un solo paciente 40.38%.

La población menor de 4 años de edad es de 36 niños correspondiendo al 4.32% y de 20 niñas correspondiendo al 1.62% de un total de 56 niños 2.70%. (Gráfica 4)

El grupo de riesgo en edad fértil es de 308 personas correspondiendo al 24.92% de la población total de mujeres, siendo para los grupos de 15-19 años del 12.99%, de 20-24 años del 12.99%, de 25-29 años del 11.69%, de 30-34 años del 10.39%, de 35-39 años del 15.58%, de 40-44 años de 36.36%. (Gráfica 5)

La población de 70 y más años esta integrada por 232 personas del sexo masculino 27.89% y 328 personas del sexo femenino 26.53%, correspondiendo a un 41.43% de hombres y 58.72% de mujeres del total de hombres y mujeres de esta edad.(Gráfica 6)

## **DESCRIPCIÓN DE LA FASE II**

Dentro de las diez principales causas de consulta durante el periodo 2000 se encontró en orden de frecuencia las siguientes enfermedades: en primer lugar hipertensión arterial, segundo lugar enfermedades de las vías respiratorias, tercer lugar enfermedad articular degenerativa, cuarto lugar gastritis, quinto lugar colitis, sexto lugar hipertensión arterial aunado con diabetes mellitus séptimo lugar infección de vías urinarias, octavo lugar lumbalgias, noveno lugar diabetes mellitus y décimo lugar síndrome climatérico, obteniéndose estos datos de acuerdo a edad y sexo, así como si fueron de primera vez o subsecuentes.(Gráfica 7, tabla 2)

## **DESCRIPCIÓN DE LA FASE III**

**Descripción de la estructura familiar (N=100).**

De un total de 1091 familias adscritas al consultorio No. 5 de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera se estudiaron a 100 familias.

De acuerdo a las etapas del ciclo vital de la familia, encontramos que las familias encuestadas están en fase de matrimonio en un 2%, fase de expansión 7%, fase de dispersión 22%, fase de independencia 28% y de retiro en el 41%.(Cuadro 8, Gráfica 8a)

En base a su integración familiar se encuentran integradas en el 70%, semiintegradas en un 4% y desintegradas en el 26%, de acuerdo a la clasificación propuesta en fundamentos de medicina familiar<sup>(12)</sup>. (Cuadro 9,Gráfico 9a)

En su desarrollo las familias son en un 79% tradicionales y en un 21% modernas.(Cuadro 10, Gráfica 10a)

Por su composición la familia nuclear representa el 89%, y la extensa el 11%. (Cuadro 11, Gráfica 11a)

Las familias en cuanto a su demografía son urbanas en el 100%.(Cuadro 12, Gráfica 12a)

En cuanto a su tipología las madres son profesionistas en el 5.32%, empleadas 15.97%, hogar 69.14% y otros 9.57%. Los padres son profesionistas en el 7.46%, técnicos 5.98%, empleados 37.31% y jubilados en un 49.25%.(Cuadro 13, Gráfica 13a )

**Descripción de las características socioeconómicas y culturales de las familias (N=100).**

En lo que respecta al estado civil son solteros el 17%, casados 53%, unión libre 6%, divorciados 5% y viudos en el 19%. (Cuadro 14, Gráfica 14a)



Los años de unión conyugal tienen un porcentaje de 0-5 años 24%, 6-10 años 5%, 11-15 años 4%, 16-20 años 4%, 21-25 años 4%, 26-30 años 7%, 31-35 años 12%, 36-40 años 40%. (Cuadro 15, Gráfica 15a)

La escolaridad de los padres de familia es de media superior o técnica en un 33.54%, básica 32.92%, superior 16.15%, media 14.9% y analfabetas en el 2.49%. (Cuadro 16, Gráfica 16a)

La edad promedio de los padres tienen una edad media de 57.38 años, y la edad promedio de las madres tienen una media de 57.54 años.(Gráfica 17)

En cuanto a los métodos de planificación familiar utilizan el dispositivo intrauterino en el 9%, anticonceptivo oral 0%, anticonceptivo inyectable 0%, oclusión tubaria bilateral 16%, ritmo 1%, vasectomía 0%, condón 5%, y ningún método el 69%. (Cuadro 18, Gráfica 18a)

El número de hijos menores de 10 años que poseen las familias encuestadas es de un 8.44%, de 11 a 19 años tienen un porcentaje de 7.17%, y de 20 o más años un porcentaje de 84.39%. (Cuadro 19, Gráfica 19a).

Los ingresos económicos mensuales aproximados de las familias estudiadas se distribuyen de la siguiente manera: menos de 1 salario mínimo 5%, de 1 a 2 salarios mínimos 22 %, y 3 o más salarios mínimos 73%.(Cuadro 20, Gráfica 20a)

**PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No. 5  
TURNO MATUTINO DE LA UMF 28 IMSS GABRIEL MANCERA**

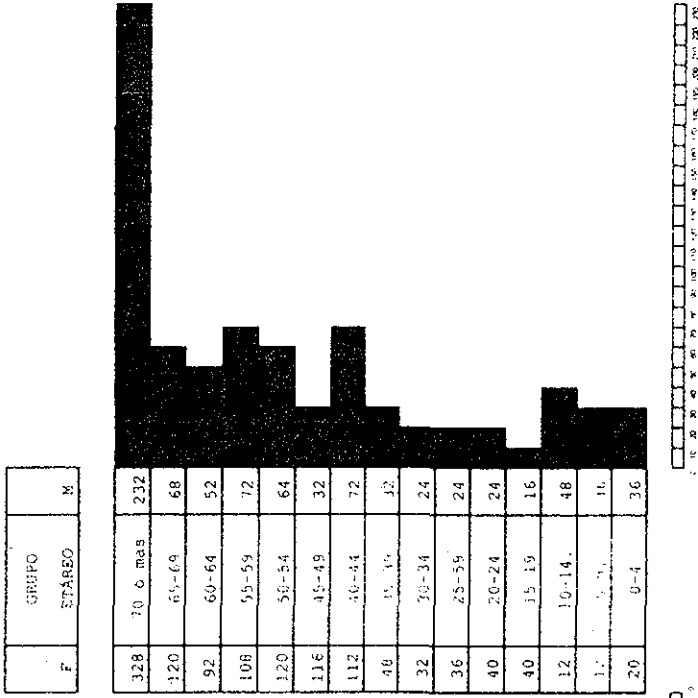
**TABLA 1**

Grupos etáreos	Hombres	Mujeres	TOTAL	%
0-4 años	36	20	56	2.7
5-9 años	36	12	48	2.32
10-14 años	48	12	60	2.9
15-19 años	16	40	56	2.7
20-24 años	24	40	64	3.1
25-29 años	24	36	60	2.9
30-34 años	24	32	56	2.7
35-39 años	32	48	80	3.87
40-44 años	72	112	184	8.9
45-49 años	32	116	148	7.16
50-54 años	64	120	184	8.9
55-59 años	72	108	180	8.7
60-64 años	52	92	144	6.97
65-69 años	68	120	188	9.1
70 y más años	232	328	560	27.08
TOTAL	832	1236	2068	100

FUENTE: Expedientes clínicos del consultorio No. 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

GRAFICA 1. PIRAMIDE POBLACIONAL DEL CONSULTORIO No.5 TURNO MAÑUINO  
DE LA UIMP 28 IMSS GABRIEL MANCERA.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Fuente: Total de desechables hombres y mujeres 2008, obtenidos de los expedientes clínicos del consultorio No.5 turno Mañutino UIMP 28 IMSS Gabriel Mancera.

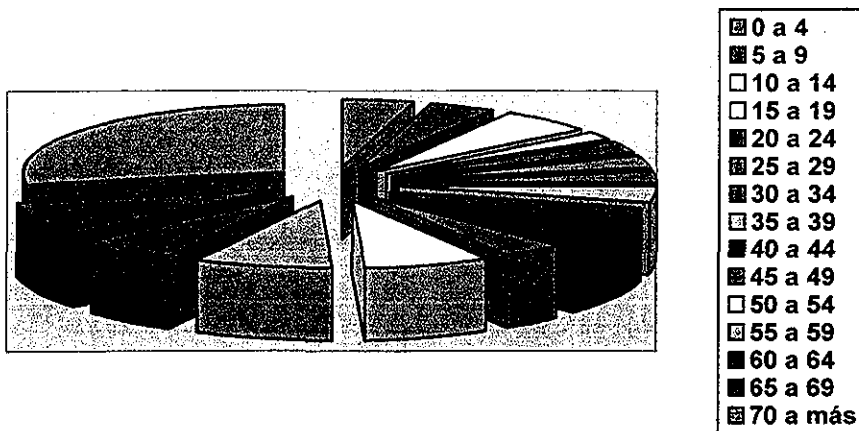
**LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DEL CONSULTORIO No. 5  
TURNO MATUTINO DE LA UMF 28 IMSS GABRIEL MANCERA**

**TABLA 2**

No.	Motivo de consulta	Consulta por sexo		Total de consultas	%		%
		M	F		M	F	
1	Hipertensión Arterial	232	364	596	9.74	15.28	25.02
2	IRAS	200	272	472	8.40	11.41	19.81
3	EAD	100	264	364	4.20	11.09	15.29
4	Gastritis	64	128	192	2.68	5.38	8.06
5	Colitis	64	120	184	2.68	5.04	7.72
6	DM y HAS	96	72	168	4.03	3.03	7.06
7	IVU	20	104	124	0.84	4.37	5.21
8	Lumbalgia	40	68	108	1.68	2.85	4.53
9	Diabetes Mellitus	32	56	88	1.34	2.35	3.69
10	Sx climaterico	0	86	86	0	3.61	3.61
	<b>TOTAL</b>	<b>848</b>	<b>1534</b>	<b>2382</b>	<b>35.60</b>	<b>64.40</b>	<b>100</b>

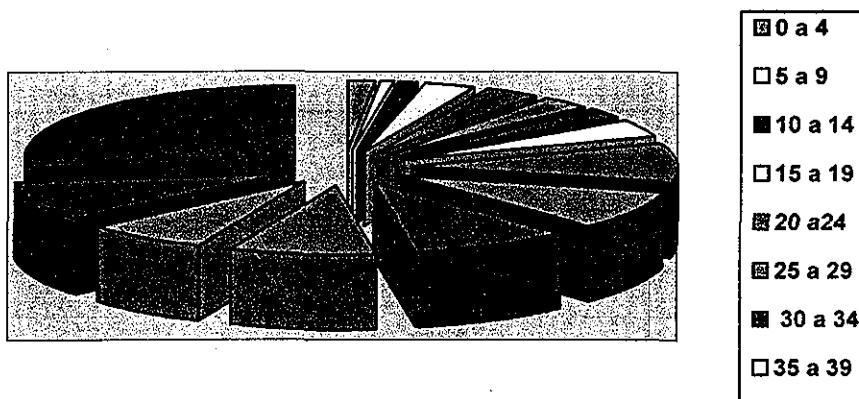
FUENTE: Hoja diaria del medico (SM-10) del consultorio No. 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**GRAFICA 2. POBLACIÓN TOTAL MASCULINA DEL CONSULTORIO NO. 5  
TURNO MATUTINO DE LA UMF 28 IMSS GABRIEL MANCERA.**



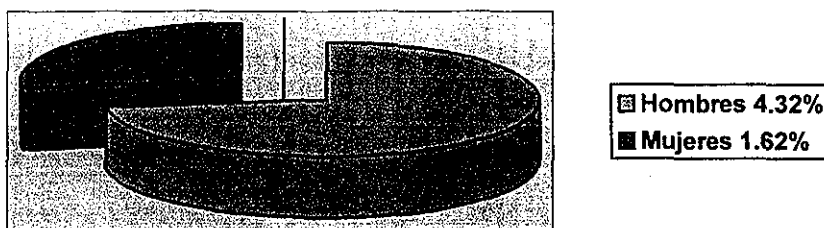
FUENTE: Total de hombres 832, obtenidos de los expedientes clínicos consultorio No. 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.

**GRAFICA 3. POBLACIÓN TOTAL FEMENINA DEL CONSULTORIO NO. 5  
TURNO MATUTINO DE LA UMF 28 IMSS GABRIEL MANCERA.**



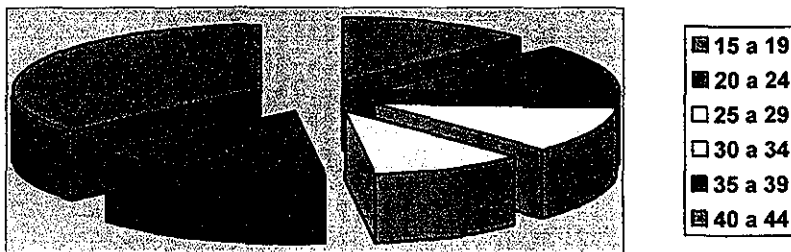
FUENTE: Total de mujeres 1236, obtenidos de los expedientes clínicos consultorio No. 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.

**GRAFICA 4. POBLACIÓN DE RIESGO NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS DEL CONSULTORIO NO. 5 TURNO MATUTINO DE LA UMF 28 IMSS GABRIEL MANCERA.**



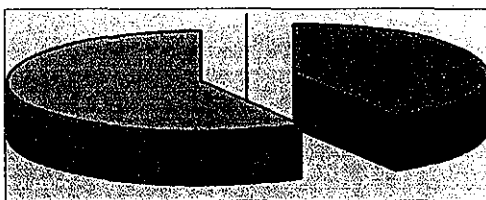
FUENTE: Expedientes clínicos del consultorio No. 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.

**GRAFICA 5. POBLACIÓN TOTAL DE MUJERES EN RIESGO REPRODUCTIVO DEL CONSULTORIO NO. 5 TURNO MATUTINO DE LA UMF 28 IMSS GABRIEL MANCERA.**



FUENTE: Pirámide poblacional del consultorio No. 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.

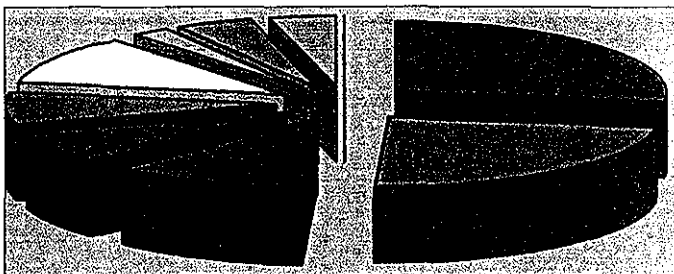
**GRAFICA 6. POBLACIÓN MASCULINA Y FEMENINA DE 70 AÑOS Y MAS DEL CONSULTORIO NO. 5 TURNO MATUTINO DE LA UMF 28 IMSS GABRIEL MANCERA.**



■ Hombres 41.43%  
 ■ Mujeres 58.57%

FUENTE: Pirámide poblacional del consultorio No. 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.

**GRAFICA 7. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DEL CONSULTORIO NO. 5 TURNO MATUTINO DE LA UMF 28 IMSS GABRIEL MANCERA.**



■ HAS  
 ■ IRAS  
 ■ EAD  
 ■ Gastritis  
 ■ Colitis  
 □ DM y HAS  
 □ IVU  
 ■ Lumbalgia  
 □ DM  
 ■ Climaterio

FUENTE: Hoja de reporte diario del medico (SM-10), del consultorio No. 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**

Etapa del ciclo familiar	No.	%	% Acumulado
Matrimonio	2	2	2
Expansión	7	7	9
Dispersión	22	22	31
Independencia	28	28	59
Retiro	41	41	100
Total	100	100	100

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**Cuadro 8. Etapa del ciclo familiar de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**

Integración Familiar	No.	%	% Acumulado
Integrada	70	70	70
Semi-integrada	4	4	74
Desintegrada	26	26	100
Total	100	100	100

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**Cuadro 9. Tipo de integración de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**



Tipo de familia Desarrollo	No.	%	% Acumulado
Moderna	21	21	21
Tradicional	79	79	100
Total	100	100	100

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**Cuadro 10. Tipo de desarrollo de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**

Composición	No.	%	% Acumulado
Nuclear	89	89	89
Extensa	11	11	100
Compuesta	0	0	100
Total	100	100	100

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**Cuadro 11. Tipo de composición de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**

Demografía	No.	%	%
			Acumulado
Urbana	100	100	100
Semi-urbana	0	0	100
Total	100	100	100

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**Cuadro 12. Tipo de demografía de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**

Ocupación de los padres de familia	No.	No.	Total	%	%
	Padre	Madre			Acumulado
Profesional	5	5	10	6.21	6.21
Técnico	4	0	4	2.49	8.7
Empleado	25	15	40	24.85	33.55
Hogar	0	65	65	40.37	73.92
Otro	33	9	42	26.08	100
Total	67	94	161	100	100

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**Cuadro 13. Ocupación de los padres de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**

Estado civil	No.	%	% Acumulado
Soltero	17	17	17
Casado	53	53	70
Unión Libre	6	6	76
Divorciado	5	5	81
Viudo	19	19	100
Total	100	100%	100

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**Cuadro 14. Estado civil de las parejas que conforman las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**

Años de unión conyugal	No. de familias	%	% Acumulado
0 a 5	24	24	24
6 a 10	5	5	29
11 a 15	4	4	33
16 a 20	4	4	37
21 a 25	4	4	41
26 a 30	7	7	48
31 a 35	12	12	60
36 a 40	40	40	100
Total	100	100	100

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**Cuadro 15. Distribución de frecuencias de los años de vida conyugal de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**

Escolaridad	No.	%	% Acumulado
Analfabeta	4	2.49	2.49
Básica	53	32.92	35.41
Media	24	14.9	50.31
Media superior o técnica	54	33.54	83.85
Superior	26	16.15	100
Total	161	100	100

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**Cuadro 16. Escolaridad de los padres de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**

	Edad media de los padres
Padre	57.38
Madre	57.54

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**Cuadro 17. Edad media de los padres de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**

Método de planificación familiar	No.	%	% Acumulado
DIU	9	9	9
Anticonceptivo oral	0	0	0
Anticonceptivo inyectable	0	0	0
OTB	16	16	25
Ritmo	1	1	26
Vasectomía	0	0	0
Condón	5	5	31
Ninguno	69	69	100
Total	100	100	100

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**Cuadro 18. Métodos de planificación familiar utilizados por las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**

Edad de los hijos	Frecuencia	%	% Acumulado
Hasta 10 años	20	8.44	8.44
De 11 a 19 años	17	7.17	15.61
De 20 o más años	200	84.39	100
Total	237	100	100

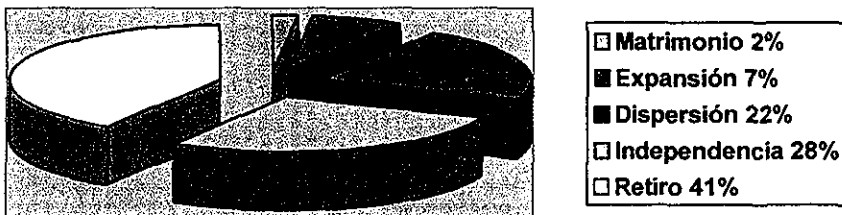
FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**Cuadro 19. Número de hijos que poseen las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**

Ingreso económico	No.	%	% Acumulado
Menos de 1 salario mínimo	5	5	5
1 a 2 salarios mínimos	22	22	27
3 o más salarios mínimos	73	73	100
Total	100	100	100

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

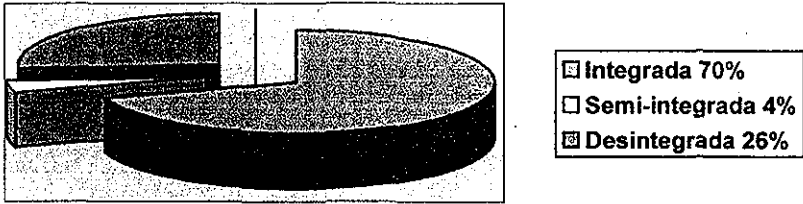
**Cuadro 20. Ingreso económico de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**



FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

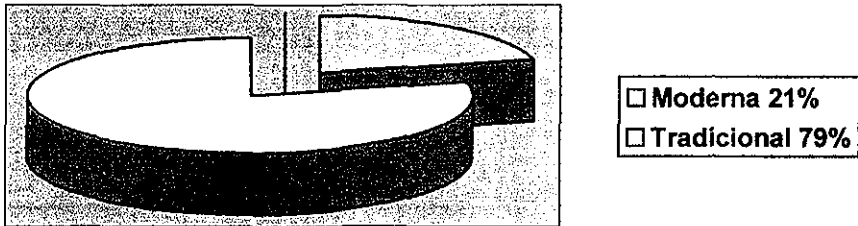
**Gráfica 8a. Etapa del ciclo familiar de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



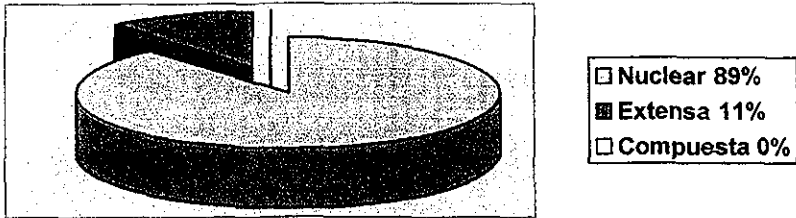
FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**Gráfica 9a. Tipo de integración de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**



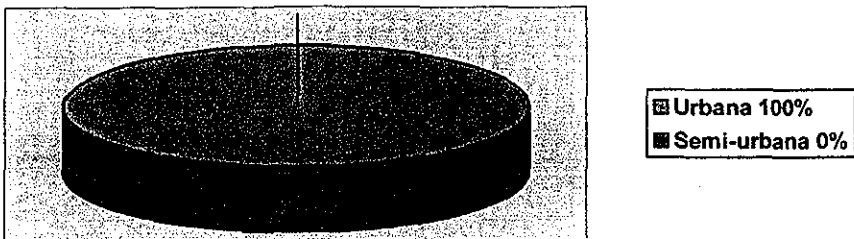
FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 MSS Gabriel Mancera

**Gráfica 10a. Tipo de desarrollo de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**



FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

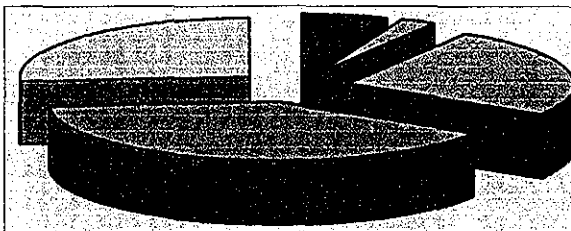
**Gráfica 11a. Tipo de composición de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**



FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**Gráfica 12a. Tipo de demografía de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**

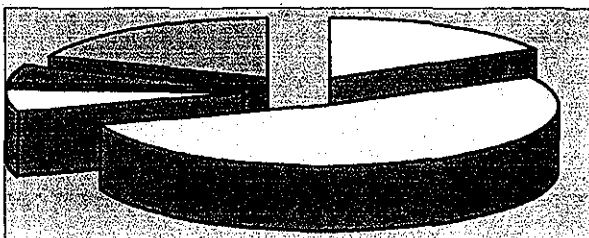




■ Profesional	6.21%
▣ Técnico	2.49%
▤ Empleado	24.85%
▥ Hogar	40.37%
□ Otro	26.08%

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

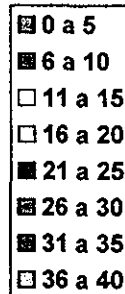
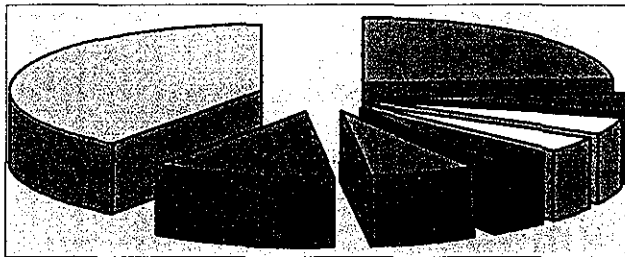
**Gráfica 13a. Ocupación de los padres de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**



□ Soltero	17%
□ Casado	53%
□ Unión libre	6%
■ Divorciado	5%
▣ Viudo	19%

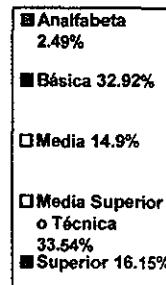
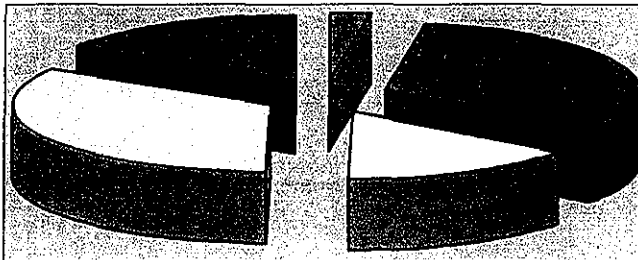
FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**Gráfica 14a . Estado civil de las parejas que conforman las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**



FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 26 IMSS Gabriel Mancera

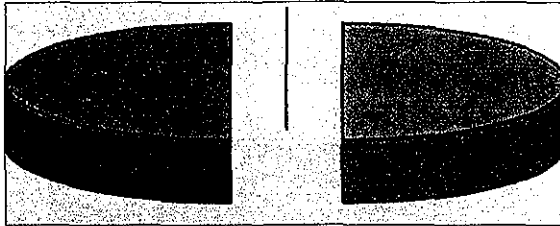
**Gráfica 15a . Número de familias de acuerdo a los años de vida conyugal de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**



FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 26 IMSS Gabriel Mancera

**Gráfica 16a. Escolaridad de los padres de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**

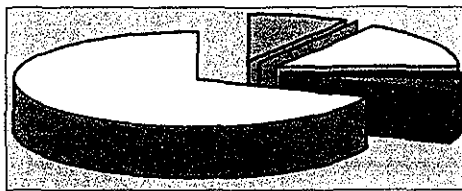
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Padre 57.38  
 Madre 57.54

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**Gráfica 17a. Edad media del padre y de la madre en las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**

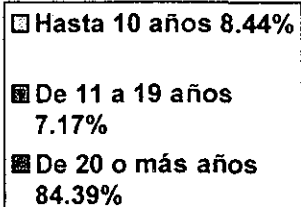
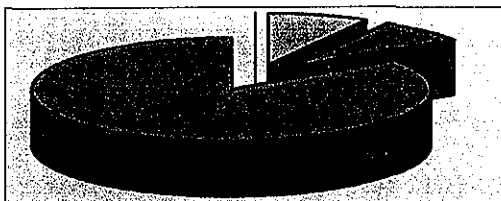


DIU 9%  
 Anticonceptivo oral 0%  
 Anticonceptivo inyectable 0%  
 OTB 16%  
 Ritmo 1%  
 Vasectomía 0%  
 Condón 5%  
 Ninguno 69%

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

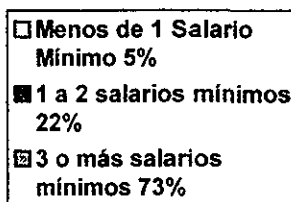
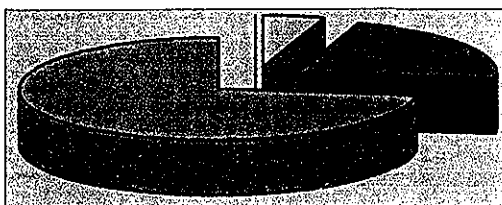
**Gráfica 18a. Métodos de planificación familiar utilizados por las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**Gráfica 19a. Número de hijos que poseen las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**



FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 5 turno matutino de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera

**Gráfica 20a. Ingreso económico de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 5 TM de la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.**

## DISCUSIÓN

El modelo sistemático de la atención médica familiar (MOSAMEF) propuesta por los doctores Arnulfo Irigoyen y Gómez Clavellina fue propuesta como una estrategia para llevarse a cabo en el primer nivel de atención, con el propósito de planificar los servicios de atención de salud, mediante la aplicación de tres estrategias simultáneas (censo poblacional, motivos de consulta y estudios de familia), explorándose variables específicas como la edad, escolaridad, ocupación de los padres, ingreso familiar, años de unión conyugal, número de hijos, estructura familiar y las diferentes etapas del ciclo de vida familiar además de los principales motivos de consulta, con el objetivo de identificar las características biopsicosociales de las familias para que el médico familiar pueda implementar medidas eficaces de prevención de enfermedades y promoción de salud, dando una continuidad de atención y acción anticipatoria, para realizar diagnósticos precoces de las diversas patologías y eficientes cuidados en la salud de la familia.<sup>(12)(13)(14)</sup>

El presente estudio se realizó con el fin de conocer la utilidad del modelo sistemático de la medicina familiar, la cual nos proporcionó información elemental sobre nuestra población usuaria, abarcándola de una manera biopsicosocial y dándonos pautas para poder emprender medidas preventivas y mejorar la calidad de atención, corroborándolo con lo expuesto por algunos autores.<sup>(5,13)</sup> Podemos señalar que nuestra población se encuentra predominantemente en la edad madura y vejez, lo cual se relaciona con las 10 principales causas de enfermedad por las que acude dicha población. Dentro de estas predominan las enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad articular degenerativa, también ocupan un lugar predominante las infecciones de las vías respiratorias, superiores, colitis, gastritis, IVU y el síndrome climatérico. Dado lo anterior es importante que se de educación para la salud a los pacientes en relación a aquellas enfermedades que los aquejan con mayor frecuencia y hacerlos tomar conciencia de lo importante que es prevenir la aparición de estas enfermedades, o si estas ya están presentes como poder llevar un control adecuado para evitar sus complicaciones.<sup>(14)</sup>

Como ya se comentaba al principio de nuestro trabajo estas acciones deben llevarse a cabo de manera uniforme en todas las unidades de primer nivel de atención, lo que conlleva a que el médico y el equipo de salud tengan que trabajar arduamente para convencer al paciente de la importancia que tiene su participación para preservar la salud y disminuir la incidencia de las enfermedades, siendo esto un gran reto, pero si actuamos con bases concretas y gran empeño, entonces podremos obtener resultados satisfactorios a futuro. <sup>(10)</sup>

## CONCLUSIONES

El estudio que se llevo a cabo para conocer la utilidad del modelo sistemático de la medicina familiar cumplió con las expectativas esperadas, ya que por medio del mismo pudimos conocer a nuestra población derechohabiente en cuanto a grupos etáreos de mayor riesgo (niños menores de 4 años, mujeres en edad reproductiva, población de la tercera edad), ciclo vital, desarrollo, demografía, tipología, nivel socioeconómico, métodos de planificación familiar, así como las principales causas de enfermedad por las que acuden y a partir de la información obtenida pudimos darnos cuenta de la problemática que aqueja a la población en estudio, dándonos pautas para la planeación de estrategias, y su posterior aplicación, esto con la finalidad primordial de elevar la calidad de atención.

La estrategia que se llevó a cabo en el consultorio No. 5 fue el de formar un grupo de diabéticos los cuales fueron enlazados en la consulta externa, invitándolos a participar en pláticas donde se dio información acerca del padecimiento, e invitándolos también a que ellos participaran en el aprendizaje, obteniéndose buenos resultados. Sin embargo todavía falta mucho por hacer en cuanto a los demás problemas de salud, por lo que tendremos que trabajar de manera ardua y en conjunto para lograr cambios satisfactorios, los cuales no serán completos si el paciente no toma conciencia de los mismos. Por lo que es importante dar educación para la salud a los pacientes para motivarlos a participar y a cambiar sus conductas, esperando que tomen conciencia de los problemas de salud y así poder influir en la incidencia y prevalencia de las enfermedades. <sup>(1)</sup>

Como ya se comentaba al principio de nuestro trabajo estas acciones deben llevarse a cabo de manera uniforme en todas las unidades de primer nivel de atención, lo que conlleva a que el médico y el equipo de salud tengan que trabajar arduamente para convencer al paciente de la importancia que tiene su participación para preservar la salud y disminuir la incidencia de las enfermedades, siendo esto un gran reto, pero si actuamos con bases concretas y gran empeño, entonces podremos obtener resultados satisfactorios a futuro. <sup>(10)</sup>

## CONCLUSIONES

El estudio que se llevo a cabo para conocer la utilidad del modelo sistemático de la medicina familiar cumplió con las expectativas esperadas, ya que por medio del mismo pudimos conocer a nuestra población derechohabiente en cuanto a grupos etáreos de mayor riesgo (niños menores de 4 años, mujeres en edad reproductiva, población de la tercera edad), ciclo vital, desarrollo, demografía, tipología, nivel socioeconómico, métodos de planificación familiar, así como las principales causas de enfermedad por las que acuden y a partir de la información obtenida pudimos darnos cuenta de la problemática que aqueja a la población en estudio, dándonos pautas para la planeación de estrategias, y su posterior aplicación, esto con la finalidad primordial de elevar la calidad de atención.

La estrategia que se llevó a cabo en el consultorio No. 5 fue el de formar un grupo de diabéticos los cuales fueron enlazados en la consulta externa, invitándolos a participar en pláticas donde se dio información acerca del padecimiento, e invitándolos también a que ellos participaran en el aprendizaje, obteniéndose buenos resultados. Sin embargo todavía falta mucho por hacer en cuanto a los demás problemas de salud, por lo que tendremos que trabajar de manera ardua y en conjunto para lograr cambios satisfactorios, los cuales no serán completos si el paciente no toma conciencia de los mismos. Por lo que es importante dar educación para la salud a los pacientes para motivarlos a participar y a cambiar sus conductas, esperando que tomen conciencia de los problemas de salud y así poder influir en la incidencia y prevalencia de las enfermedades. <sup>(1)</sup>

Es importante señalar que además de las premisas señaladas anteriormente en la aplicación del modelo sistemático de la medicina familiar podrían introducirse otras variables de interés para ayudarnos a obtener aún más información sobre nuestra población, es importante estudiar como es la participación de cada uno de los miembros de la familia en el núcleo familiar, los factores de riesgo de enfermedades a los que están expuestos, si hay presencia de adicciones como alcoholismo, tabaquismo o toxicomanías dentro de la familia, las preferencias sexuales de cada miembro de la familia, valorar los riesgos a que están expuestos los miembros de la familia de padecer alguna enfermedad en específico, ya que al tener identificados estos factores, se emprendería el planeamiento de estrategias a partir de dichas patologías y se implementarían acciones para incidir en su presentación, siendo estos motivo de estudio para emprender otra investigación.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Miller L W. Modelos de salud-enfermedad y atención sanitaria. Taylos RB, ed. Medicina de Familia. Principio y practica. Barcelona. Ed. Doyma, 1991:38-45.
- 2.-Soberon G, Martucelli-Quintana J, Alvarez-Manilla JM. La implantación de la estrategia de atención primaria a la salud en México. Salud Publica Méx 1988; 30: 683-690.
- 3.-La salud-enfermedad como proceso social. Rev. Latinoamericana de la salud. Nueva imagen, 1982: 28:58.
- 4.-Chávez AH. El médico familiar en la Atención Primaria a la Salud. Rev. Med. IMSS. 1996; 33: 173-176.
- 5.-Dr. Julio teja Pérez, Dr. Joachim Von, et al, El Plan del Medico De La Familia En Cuba. UNICEF, OPS/OMS, UNFPA. 5-50.
- 6.-Instituto Mexicano Del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Atención Médica. División de Medicina Familiar. Medicina De Familia. Marzo de 1996. 5-14.
- 7.-Acosta A y Cols. El personal que demanda la situación de salud en el país. Rev. Med. IMSS 1995; 33:133-136.
- 8.-Chávez HJ. El Médico Familiar y la familia. Universo Médico. 1996; 44-50.
- 9.-Carlos E. Varela Rueda. Atención Médica. Gaceta Medica de México. Vol. 130, No. 5, Sep-Oct. 1994, 324-327.
- 10.-Jack H. Madalie. Conceptos y principios de medicina familiar. Departamento de medicina familiar. Universidad de Cleveland, Ohio 1987.
- 11.-Chávez Aguilar, H. El médico familiar en la atención primaria a la salud. Rev-Med-IMSS, (Méx), 1995; 173-176.
- 12.-Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina CFJ. Hernández RC. Fundamentos de medicina familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 1996.
- 13.-Dr. Arnulfo Irigoyen Coria, Dra. Herlinda Morales López. MOSAMEF Bases Conceptuales. Modelo sistemático de Atención Médica Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana 2000.

- 14.-Medina-Carrillo L, Lomelf-Guerrero LE, Irigoyen Coria. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: estrategia para la formación de recursos humanos para la salud en Nayarit, México. Arch Med Fam 2000;2(2):41-46.
- 15.-Dr. Rafael Álvarez Alva. Salud pública y medicina preventiva. México, El manual moderno, 1991. 361 p.
- 16.-David B. Shires, Brian K. Hennen. Medicina Familiar. Guía práctica. México, Mc Graw Hill, 1980. 549 p.
- 17.-Tomado de: Narro Robles J; Medicina familiar, en: "La salud en México, testimonios 1998", Las especialidades médicas en México, pasado, presente y futuro. Soberón G. Kumate J. Laguna J. (Compiladores). Vol. 2, Tomo IV, México, Ed. Fondo de Cultura Económica 1989; 239-252.
- 18.-La medicina familiar Mexicana, líder en América latina.  
<http://www.facmed.unam.mx/publica/gaceta/nov2595/medfam.html>.
- 19.-Gilberto S. Sánchez Luna. El reto actual de la medicina familiar en México. Rev-med-IMSS (MEX). Vol. 32, num. 4 1994.
- 20.-Irigoyen Coria A, Hernández Ramírez C, Melchor González M, Mazón JJ: A cuarenta años de la propuesta de atención médica familiar en el IMSS. Rev-Med-IMSS (MEX). 1993; 31:287-291.
- 21.-Irigoyen Coria A, Ponce Rosas, ER, Dickinson Bannack ME, Rodríguez León MA, Kahon E. González Salinas C. Diagnostico de Salud comunitaria a través del análisis factorial. Atención Primaria. 1998;21:8-13.
- 22.-Chávez Aguilar V, Amaiz Toledo CJ. La salud colectiva: el papel de los grupos multidisciplinarios para la atención a la salud. Rev-Med-IMSS (MEX). 1994;32:443-45.
- 23.-Chávez Aguilar, H. El médico familiar en la atención primaria de salud. Rev-Med-IMSS (MEX), 1995;173-176.
- 24.- Aguirre-Huacuja E. La corresponsabilidad operativa en la atención primaria a la salud. Salud Publica Mex. 1444;36:210-213.

# **ANEXOS**

## 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.

Fuente: MOSAMEF bases conceptuales. Modelo sistemático de atención médica familiar.

Estado civil	No.	%
Soltero	17	17
Casado	53	53
Unión libre	6	6
Divorciado	5	5
Viudo	19	19
Total	100	100

	Media	Desv. est.
Años de unión conyugal	24.64	15.28

Escolaridad	No.	%
Analfabeta	4	2.49
Básica	53	32.92
Media	24	14.9
Media superior o técnica	54	33.54
Superior	26	16.15
Total	161	100

	Media	Desv. est.
Edad del padre	57.38	16.69

	Media	Desv. est.
Edad del madre	57.54	16.78

Método de planificación familiar	No.	%
DIU	9	9
Anticonceptivo oral	0	0
Anticonceptivo inyectable	0	0
O/TB	16	16
Ritmo	1	1
Vasectomía	0	0
Condón	5	5
Ninguno	69	69
Total	100	100

	Media	Desv. est.
Número de hijos (hasta de 10 años de edad)	5.6	2.77
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)	15.64	2.59
Número de hijos (de 20 o más años de edad)	32.50	7.59

Ocupación de los padres de familia	No.		
	Padre	Madre	%
Profesional	5	5	6.21
Técnico	4	0	2.49
Empleado	25	15	24.85
Hogar	0	65	40.37
Otro	33	9	26.08
Total	67	94	100

Ingreso económico	No.	%
< 1 salario mínimo	5	5
1 a 2 salarios mínimos	22	22
3 o más salarios mínimos	73	73
Total	100	100

Tipo de familia	No.	%
<i>Desarrollo:</i>		
Moderna	21	21
Tradicional	79	79
Total	100	100

Composición:	No.	%
Nuclear	89	89
Extensa	11	11
Compuesta	0	0
Total	100	100

Demografía	No.	%
Urbana	100	100
Semi-urbana	0	0
Total	100	100

Etapas del ciclo familiar	No.	%
Matrimonio	2	2
Expansión	7	7
Dispersión	22	22
Independencia	28	28
Retiro	41	41
Total	100	100

Integración familiar	No.	%
Integrada	70	70
Semi-integrada	4	4
Desintegrada	26	26
Total	100	100

Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio No.5 turno matutino de la UMF28 IMSS Gabriel Mancera.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR  
 Fuente: MOSAMEF bases conceptuales. Modelo sistemático de atención médica familiar. Dr. Arnulfo Irigoyer Coira.

	No.	%
<b>Estado Civil:</b>		
Soltero		
Casado		
Unión libre		
Divorcio		
Viudo		
<b>Años de Unión Conyugal:</b>		
<b>Escolaridad:</b>		
Media		
Media Superior ó Técnica		
Superior		
<b>Edad del Padre:</b>		
<b>Edad de la Madre:</b>		
<b>Método de Planificación Familiar:</b>		
DIU		
Ant. Oral		
Ant. Inyectable		
OTB		
Ritmo		
Condón		
Vasectomía		
<b>Número de hijos (hasta 10 años de edad):</b>		
<b>Número de hijos (de 11 a 19 años de edad):</b>		
<b>Número de hijos (de 20 o más años de edad):</b>		
<b>Ocupación de los padres de familia:</b>		
Profesional		
Técnico		
Empleado		
Hogar		
Otro		
<b>Ingreso económico:</b>		
<1 salario mínimo		
1 a 2 salarios mínimos		
3 o más salarios mínimos		
<b>Tipo de Familia:</b>		
<b>Desarrollo:</b>		
Moderna		
Tradicional		
<b>Composición:</b>		
Nuclear		
Extensa		
Compuesta		
<b>Demografía:</b>		
Urbana		
Rural		
<b>Etapas del ciclo familiar:</b>		
Expansión		
Dispersión		
Independencia		
Retiro		

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**

HOJA DE MOTIVOS DE CONSULTA

Fuente: MOSAMIEF bases conceptuales. Modelo sistemático de atención médica familiar. Dr. Arnulfo Irigoyen Coria, Dra. Herlinda Morales Lopez.

62

Motivos de Consulta	1a vez	subsecuentes	0-14		5 a 9		10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34		35 a 39		40 a 44		45 a 49		50 a 54		55 a 59		60 a 64		65 a 69		70 años			
			H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
1																																		
2																																		
3																																		
4																																		
5																																		
6																																		
7																																		
8																																		
9																																		
10																																		

TESIS CON FALLA DE ORIGEN