

11226

44



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
GUSTAVO A. MADERO. MÉXICO D.F.

**MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA
FAMILIAR (MOSAMEF) EN EL MICROESCENARIO**

CONSULTORIO 9 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO
A. MADERO" ISSSTE

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

PRESENTA:

DRA. YANET SOFIA CRUZ MEJÍA



ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MÉXICO D.F. 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR (MOSAMEF) EN EL MICROESCENARIO

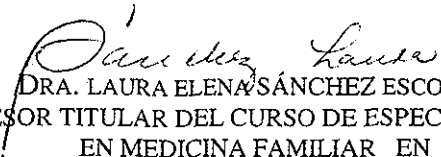
CONSULTORIO 9 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO"
ISSSTE

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


PRESENTA:

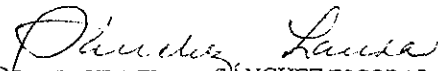
DRA. YANET SOFIA CRUZ MEJÍA


AUTORIZACIONES



DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN
C.M.F. GUSTAVO A. MADERO ISSSTE
MÉXICO D.F.

ASESORES DE TESIS


DR. E. RAÚL PONCE ROSAS
PROFESOR TITULAR "A", T.C. INTERINO
COORDINACIÓN DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS


DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESORA DE TESIS


DRA. BLANCA LILIA DEL ROSARIO VALADEZ RIVAS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESORA DE TESIS


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


**MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
EN EL MICROESCENARIO (CONSULTORIO)**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA GENERAL FAMILIAR**

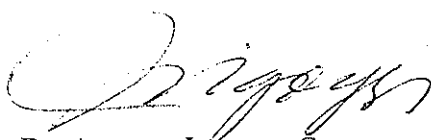
PRESENTA:

DRA. YANET SOFÍA CRUZ MEJÍA

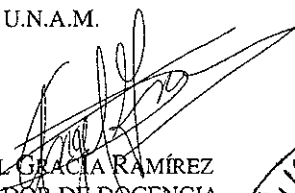
AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

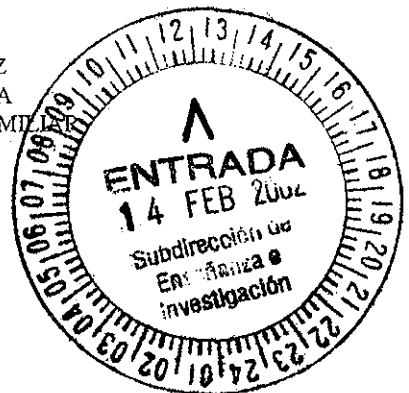


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

H. S. S. T. A.
DIRECCIÓN CLÍNICA
G. A. MADERO



AGRADECIMIENTO

A mis profesoras Dra. Sánchez L y Dra. Valades B.
Al Dr. Ponce E.R. por haber guiado este trabajo.
A mi esposo Samuel y Elías por su tiempo otorgado
A mi Mamá por su ayuda y tiempo.

INDICE

MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES

1.1 Atención Primaria de Salud	1
1.2 La Medicina Familiar en el Contexto de la Atención Primaria	5
1.3 Revisión Histórica del Desarrollo de la Medicina Familiar en México	8
1.4 El Perfil del Médico Familiar	10
1.4.1 El Perfil del Médico Familiar en el PUEM de la UNAM	10
1.4.2 El Perfil del Médico Familiar de WONCA	12
1.4.3 Áreas de la Práctica Profesional del Médico familiar	13
1.5 Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)	21
1.5.1 Elementos del APOC	23
1.6 El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF)	27

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 28

3. JUSTIFICACIÓN 32

4. OBJETIVOS 34

4.1 Objetivo General	34
----------------------	----

4.2 Objetivos Específicos	34
---------------------------	----

5. MATERIAL Y METODOS 35

5.1 Tipo estudio	35
------------------	----

5.2 Población	35
---------------	----

5.3 Muestra	35
-------------	----

5.4 Criterios de Inclusión	35
----------------------------	----

5.5 Criterios de Exclusión	36
----------------------------	----

5.6 Variables e Instrumentos	36
------------------------------	----

5.7 Desarrollo de la Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF 3)	37
--	----

5.7.1 El Microescenario	37
-------------------------	----

5.7.2 El Macroescenario	38
-------------------------	----

5.7.3 CEBIF	39
-------------	----

5.8 Metodología	40
-----------------	----

5.9 Recolección de Información	41
--------------------------------	----

5.10 Análisis estadístico	41
---------------------------	----

5.11 Consideraciones Éticas	41
-----------------------------	----

6. RESULTADOS

6.1 Cédula Básica de Identificación	42
-------------------------------------	----

6.1.1 Identificación de la familia	42
------------------------------------	----

6.1.2 Antecedentes Gineco-obstétricos	42
---------------------------------------	----

6.1.3 Planificación familiar	43
------------------------------	----

6.1.4 Factores demográficos	46
6.1.5 APGAR Familiar	49
6.1.6 Factores económicos	49
6.1.7 Índice Simplificado de Marginación familiar	51
6.1.8 Redes de apoyo social	53
6.1.9 Derechohabencia a las instituciones	53
6.1.10 Factores de riesgo	54
6.1.11 Atención a la salud del niño	62
6.1.12 Vacunación y estado nutricional	63
6.1.13 Apoyo a cuidadores	64
6.1.14 Detección de cáncer	66
6.2 Pirámide Poblacional	68
6.3 Programas Prioritarios	69
6.3.1 Atención al niño sano	69
6.3.2 Planificación familiar	70
6.3.3 Salud reproductiva	72
6.3.3.1 Salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes	72
6.3.3.2 Salud perinatal	74
6.3.3.3 Enfermedades de transmisión sexual	76
6.3.3.4 Climaterio y Menopausia	77
6.3.4 Detección oportuna de cáncer cervicouterino y mama	78
6.3.5 Control de enfermedades crónico degenerativas	79
6.3.5.1 Diabetes Mellitus	79

6.3.5.2 Hipertensión arterial	80
6.3.6 Inmunizaciones	81
6.3.7 Salud Bucal	81
6.4 Morbilidad	83
7 DISCUSIÓN	85
8 CONCLUSIONES	92
ANEXO	
9 BIBLIOGRAFÍA	94

MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR (MOSAMEF) EN EL
MICROESCENARIO. CONSULTORIO 9. DE LA CLÍNICA GUSTAVO A. MADERO

ISSSTE

Cruz Y.S, Ramírez M.A, Reyes E, Ponce E.R, Valades B, Sánchez L.

OBJETIVO: Identificar las necesidades de atención médica a través de la aplicación del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSEMEF) en el consultorio de medicina familiar (microescenario).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal.

POBLACIÓN: Todos los pacientes con expedientes clínicos del consultorio 9 de la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero. ISSSTE. Con expedientes vigentes entre 1997 al 2001. (pirámide de población).

MUESTRA: Se calculó una muestra con 10% de error, 5% de variabilidad y 90% de confianza, obteniéndose una muestra teórica de 189 familias; la muestra final fue de 110 familias, que representó el 58% del total.

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN: Se revisaron 1074 expedientes clínicos del consultorio 9, obteniéndose datos del sexo, edad, número de integrantes en la familia.

PROGRAMAS PRIORITARIOS: Se solicitaron a la dirección de la clínica, para conocer los lineamientos de atención médica de los programas de salud, y normas de salud establecidas.

MORBILIDAD: Se solicitó a la jefatura de atención médica la morbilidad del consultorio 9, de Julio del 2000 a Junio del 2001.

CÉDULA BÁSICA DE INFORMACIÓN FAMILIAR (CEBIF): La cédula esta integrada por 126 variables, contiene 11 áreas de información, relacionadas con el estudio básico de la familia. Se realizaron 110 cédulas en el consultorio.

RESULTADOS: La pirámide de población indicó 1074 familias inscritas al consultorio, se observó 60.3% de mujeres y 39.7% de hombres, encontrando las edades de 0 a 9 con el 12.1%, de 10 a 19 el 20.2% de 20 a 44 el 18.7% de 45 a 64 el 19.6 y de + 65 años 11.3%. La edad promedio de la madre fue de 52.0 años y del padre 58.32 años de edad. Las mujeres que usaban un método de planificación familiar fue el 35.4%, en cuanto al estado civil, la gran mayoría eran casados con el 69.4%, respecto a la clasificación de la familia, la nuclear y sus subtipos predominó con el 53.6%. En cuanto a la etapa del ciclo vital, la dispersión con un 35%, se encontró disfunción leve en un 6.3%, el índice de marginación Familiar correspondió el 55.4% con muy bajo riesgo para la salud. Se enumeran las 3 primeras causas de factores de riesgo 1.- Diabetes Mellitus (100%) 2.- Caries (98%) 3.- Hipertensión Arterial (87.9).

CONCLUSIONES: La experiencia del MOSAMEF en el microescenario, aplicando la CEBIF, la pirámide poblacional, la información de los programas y las causas de morbilidad, permitieron identificar las necesidades básicas de atención médica (acciones educativas, preventivas, capacitación investigación, etc.) de las familias e individuos del consultorio, tomando en cuenta el perfil profesional del médico familiar enfocado a sus tres acciones básicas: estudio de la familia, enfoque de riesgo, y continuidad en la atención. Se recomienda que esta experiencia del MOSAMEF en el micro escenario. (consultorio) se realice de manera cotidiana por los médicos familiares.-

MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES

1.1 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata en 1978, formuló la declaración de Alma Ata, en la que se afirma que la atención primaria de salud es la clave para alcanzar la salud para todos. En la declaración figura la siguiente definición:

“La Atención Primaria de Salud (APS), es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnológicas 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 país puedan soportar, en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del cual constituye la función central y el núcleo principal como del desarrollo social económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y donde trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.⁽¹⁾

Durante los ochenta la atención de cobertura mediante la estrategia de atención primaria de salud se convirtió, en uno de los temas centrales de discusión dentro de la salud pública en los países en vías desarrollo. Durante esos años se ha difundido ampliamente la idea de la atención primaria de salud (APS) como una estrategia muy importante para reorganizar a los servicios de salud.⁽²⁾

El propósito de la atención primaria de salud está fundamentalmente inspirado en la reducción de las desigualdades entre países y grupos humanos; esta estrategia debe ser válida y aplicable a toda la población y no quedar restringida a grupos postergados y marginados, aún cuando la satisfacción de las necesidades básicas de éstos constituye un objetivo principal.

Se pueden encontrar así casos de Atención Primaria de Salud divididos en tres grandes grupos de países: **primero**, los experimentos de APS que se inscriben en el contexto de grandes cambios sociopolíticos (independencia, revolución social, transformación radical del régimen) orientados hacia una redistribución más equitativa de los recursos; **segundo**, los que se implantan en el contexto de poco cambio social relativo; y **tercero**, los que surgen en contextos políticos orientados hacia una redistribución de los beneficios sociales correspondientes a las clases sociales pobres¹²³

Debido a la diversidad de situaciones políticas en que se inscribe la APS, es necesario establecer sus componentes, el contenido de éstos y, fundamentalmente, el papel de la participación popular, que se establecieron en la conferencia de Alma Ata.

De acuerdo con la Organización Mundial de las Salud (OMS), los componentes estratégicos de la APS son:

- 1) extensión de cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente;
- 2) organización y participación de la comunidad;
- 3) desarrollo de la articulación intersectorial;
- 4) desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas;
- 5) disponibilidad de insumos y equipos críticos;
- 6) formación y utilización de recursos humanos;
- 7) financiamiento del sector y,
- 8) cooperación internacional.

La implantación del concepto de **cobertura universal** constituye un desafío que adquiere una magnitud mayor debido a la urgencia de acelerar las acciones para lograrla. En la actualidad hay una gran desigualdad entre la oferta de servicios y el volumen y la complejidad cada vez mayores de las necesidades de salud. A medida que la sociedad se vuelve más compleja van surgiendo nuevas necesidades que no pueden ser satisfechas porque no se cuenta con una tecnología apropiada y los recursos no aumentan proporcionalmente.

Para lograr el objetivo de la cobertura universal, la **oferta de servicios**, además de ser eficiente, debe reunir las siguientes condiciones: ser **eficaz** en relación a las situaciones o los problemas que se tienen que resolver, **apropiada** en los términos de su contenido, **acorde con las necesidades** básicas de la comunidad, **accesible** a la población y **aceptada** por la misma.

La “**eficiencia**” se refiere al grado de optimización en el uso de los recursos, mientras que la “**eficacia**” está en relación con el impacto de los servicios y programas sobre el estado de salud.

La atención primaria de salud es “incuestionablemente una propuesta estratégica nacional”, quizá la única viable y factible en la situación actual de nuestros países en vías de desarrollo. Sin embargo, su puesta en práctica debe garantizar una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud por parte de la población más desprotegida. Equidad no significa simplemente que todos tengan algún servicio, sino que toda la población tenga las mismas oportunidades de acceder al servicio que requiera, ya sea del primero, segundo o tercer nivel de atención; ya sea de promoción de la salud, de protección específica o de atención médica oportuna.^(a,b)

Los cambios que han experimentado los problemas de salud de las poblaciones y la evolución de los sistemas sanitarios han llevado inevitablemente a una transformación de los servicios propios de la Atención Primaria. Para identificar los grupos de actividad básica que estos servicios deberían realizar, se consideran cuatro aspectos^(b)

En primer lugar los cambios demográficos y epidemiológicos, como el proceso de envejecimiento de las poblaciones, la tendencia a la cronicidad de las enfermedades y el conocimiento cada vez más profundo de los factores de riesgo están haciendo cambiar las características de la demanda asistencial y las oportunidades para la prevención de las enfermedades y originan nuevas necesidades de educación sanitaria individual y poblacional.

En segundo lugar la tendencia al incremento de la utilización de los servicios de salud, tanto hospitalarios como de Atención Primaria, pone de manifiesto una tendencia a la medicalización de la vida en las sociedades avanzadas, lo que no siempre corresponde con posibilidades eficaces de atención médica.

En tercer lugar, el crecimiento del costo sanitario por encima de los incrementos anuales de los productos interiores brutos, principalmente por los costos de la tecnología necesaria para el proceso asistencial en el ámbito hospitalario, ha inducido a depositar esperanzas en una contención del gasto a partir del desarrollo de la Atención Primaria.

Por último, la evolución reciente de la organización de los sistemas sanitarios ha llevado en muchos casos a causas de los factores antes citados a analizar más profundamente el papel de la Atención Primaria como reguladora de la puerta de entrada del sistema (*gate-keeper*).

El análisis de las necesidades y situaciones con las que ha de enfrentarse actualmente la Atención Primaria nos permite identificar los grupos de funciones y actividades básicas que debe desarrollar (tabla 1).

Tabla 1. Funciones básicas de los servicios de Atención Primaria.

Diagnóstico y tratamiento de enfermedades.
Actividades de prevención y promoción en las consultas.
Atención continuada.
Atención domiciliaria
Educación sanitaria y acciones preventivas en la comunidad
Vigilancia epidemiológica
Derivación de pacientes a otros niveles asistenciales y otras prestaciones sanitarias

Como primer nivel de acceso del sistema sanitario, se ha de diagnosticar y tratar las enfermedades de los pacientes que demandan asistencia, utilizando los instrumentos de apoyo que la moderna tecnología médica pone a disposición de la Atención Primaria. Estas actividades de consulta se están convirtiendo progresivamente en oportunidades para la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud a nivel individual.

El desarrollo de los equipos de salud y la utilización de la documentación clínica han permitido comprobar que más del 90% de la población consulta con su **médico de cabecera** en un periodo de 4 o 5 años. La estrategia de "*case finding*" tiene esta base, y su aplicación permite realizar actuaciones eficaces sobre distintos factores y situaciones de riesgo. ¹⁰

Para conseguir **proporcionar una asistencia correcta y satisfactoria** a la población es necesario que sea **continuada**, aspecto que la diferencia claramente de la hospitalaria, basada mucho más en la intensidad de los servicios. La atención continuada es un aspecto de gran importancia pero plantea también problemas al implicar un incremento significativo de la población horaria de los profesionales. Muy relacionada con la atención continuada está también la asistencia **domiciliaria**, la cual, además de su función de atención de patologías, debe permitir evaluar las posibilidades y limitaciones del entorno familiar, cultural y económico con vista a futuras actuaciones del equipo de salud.

Es preciso tener siempre presente que las posibilidades de prevención de muchas de las enfermedades más importantes radican en la modificación de factores determinados por el entorno social y cultural, lo que hace necesario desarrollar actividades preventivas y educativas en el ámbito comunitario. En esta línea de contribución a la promoción de la salud comunitaria los servicios de Atención Primaria han de participar en los **mecanismos de vigilancia epidemiológica**, recogiendo la información necesaria para la evaluación de la

situación de salud de la comunidad y para actuar en posibles situaciones o brotes epidemiológicos.

Un último grupo de actividades propias de la Atención Primaria es el establecimiento de las **indicaciones de derivación** de pacientes hacia otros niveles de derivaciones de pacientes hacia otros niveles asistenciales y las prescripción de otras prestaciones sanitarias.⁽⁹⁾

En nuestro país, la atención de la salud de la población ha alcanzado complejidad paulatina. El compromiso gubernamental se ha hecho cada vez más explícito y alcanzado rango de norma constitucional. De la misma forma, en otros sectores de la vida social, los asuntos referidos a la salud han adquirido particular preponderancia. La propia población ha sido sujeto de esta transformación y en la actualidad núcleos importantes, aun cuando no mayoritarios, no sólo opinan sobre problemas colectivos de salud y formas de organización para atenderlos, sino que comienzan a mostrar capacidad de influir en las decisiones que se toman en los distintos subsistemas asistenciales.⁽¹⁰⁾

1.2 LA MEDICINA FAMILIAR EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

La **medicina familiar** ha sido parte de las transformaciones referidas. Inicialmente habría que partir del concepto que en nuestro caso ha prevalecido en torno a la medicina familiar. Se acepta ampliamente que aquella es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia.

A partir de esa definición y con el propósito de identificar lo que **operacionalmente caracteriza al médico familiar**, se refieren los elementos sobresalientes del perfil profesional de este trabajador de la salud.⁽¹¹⁾

- Actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud. Presta sus servicios a todos los miembros de la familia, más que a individuos aislados, y lo hace con independencia de la edad, el sexo o el problema de salud que se le plantee (continuidad en el ciclo de vida del individuo).
- El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención primaria con una serie de características que se adjetivan el auténtico sentido de la profesión. Así, la atención que se presta ha de ser continua e integral, de forma tal que la práctica se contraponga a la atención esporádica y fragmentada que en general es ofrecida por

estos especialistas de la medicina.

- La atención que puede prestar el médico familiar se desarrolla tanto en el consultorio como en el hogar del paciente, o en los propios servicios hospitalarios. A lo largo de su práctica reconoce la necesidad insalvable de compartir el estudio, análisis y tratamiento de los problemas de salud de su población con otros especialistas y trabajadores de la salud. En este sentido, el médico familiar ha de actuar como coordinador de los recursos disponibles en la comunidad para la atención de los problemas de salud.
- El médico familiar ha de ser, por excelencia, un clínico genuinamente interesado en la salud de sus pacientes. Cada contacto con ellos debe verlo como una oportunidad para efectuar acciones preventivas y de educación para la salud (Enfoque de Riesgo). Sin embargo, esta vocación por la prevención no deberá oscurecer sus capacidades para diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos que con mayor frecuencia se presentan en su población. Esto último es también válido en el caso de la rehabilitación.
- Para el adecuado cumplimiento de sus responsabilidades, el médico familiar busca comprender el contexto en el que se presentan los problemas de salud de sus pacientes, al tiempo que concede importancia central a los aspectos subjetivos de la práctica médica, de tal forma que actitudes, valores, sentimientos y niveles de interrelación son permanentemente analizados y manejados por él.
- A diferencia de otras especialidades, el médico familiar tiene compromiso y responsabilidad con la persona o el núcleo familiar, más que con un cuerpo de conocimientos particular, un grupo de enfermedades o la práctica de una técnica especial. Este especialista enfrenta los problemas de salud de sus pacientes en estadios sintomáticos y asintomáticos y estudia las características y consecuencias de la enfermedad a lo largo de su historia natural. Como consecuencia de lo anterior, con frecuencia debe atender signos y síntomas aislados, más que cuadros clínicos definidos, o bien enfrentarse a las complejidades derivadas del diagnóstico múltiple.
- El médico familiar entiende la organización de su práctica profesional no sólo en términos de un conjunto de individuos, sino que en términos de una población en riesgo. Por eso, maneja el concepto epidemiológico de riesgo, mismo que aplica, de nueva cuenta, tanto en lo individual como en lo colectivo.

La tendencia a la especialización no es, de manera alguna, producto exclusivo de nuestros tiempos, ni fenómeno único en el caso de la medicina. Numerosos campos del saber y el hacer humanos han afrontado esta situación en diversas épocas.

En el caso de la atención médica, como consecuencia de la rápida expansión del conocimiento, a partir de la tercera década de este siglo se generó una tendencia al desarrollo de las especialidades y subespecialidades médicas. Esta situación, si bien tuvo su fase positiva, también ocasionó inconvenientes para la prestación de los servicios de salud.

Existen elementos que se pueden proponer para explicar el porqué del resurgimiento de la medicina familiar en diversas latitudes, incluyendo nuestro país. Entre otros pueden citarse⁶⁹

- La necesidad de establecer equilibrio entre la especialización y el “generalismo”, o, si quiere, entre las especialidades verticales o de profundidad y las horizontales o de cobertura.
- La existencia de cambios en el patrón de la morbilidad, con el aumento de la incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas, que se hace necesarios tratamientos que demandan continuidad en el atención.
- Las transformaciones y desarrollos en los esquemas asistenciales que demandan tipos específicos de personal.
- La necesidad sentida y expresada por algunos sectores de la sociedad que consideran oportuno contar nuevamente con este médico de familia o de “cabecera”.
- La demanda presentada por las instituciones del Sector Salud de contar con personal que se hiciera cargo de la atención primaria continua e integral de la población.
- La percepción expresada por algunos grupos médicos de lo delicado que es no disponer de generalistas sólidamente formados.
- Las distintas experiencias nacionales e internacionales en medicina general o familiar.

Durante las últimas tres décadas, periodo en el que mayormente se han dado los desarrollos en materia de medicina familiar, se pueden encontrar en la literatura médica referencias que cuestionan severamente la existencia de una disciplina como la medicina familiar, que ponen en tela de juicio que la disciplina exista como una especialidad o que niegan que pueda ser considerada disciplina académica.⁽⁴⁾

Por otra parte, hay que entender que si bien es cierto que la medicina familiar tienen un sentido universal, y por tanto es aplicable a grupos o sociedades con diversos grados de desarrollo, también lo es que existen variaciones en la extensión, alcances, limitaciones y énfasis de la medicina familia, mismos que se presentan en función directa de las características sociales, culturales, demográficas y políticas del núcleo bajo análisis , así como relacionadas con la organización de la atención médica y con las necesidades derivadas de estas formas organizativas.⁽⁴⁾

Finalmente habría que agregar que el entrenamiento de los recursos humanos que se requieren se hace de forma intelectual, científica y rigurosa y que se cuenta con una filosofía que da sustento y punto de reflexión a la medicina familiar.

1.3.REVISIÓN HISTÓRICA DEL DESARROLLO DE LA MEDICINA FAMILIAR EN MÉXICO

Las primeras acciones de medicina familiar en México se remontan al año de 1953. En esa época, en virtud de la problemática que afrontaban los servicios asistenciales en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) , un grupo de médicos de esa institución que laboran en Nuevo León, Tamaulipas, había establecido un procedimiento de trabajo para los médicos de esa área. A diez años de su establecimiento, el Instituto se encontraba en plena etapa de crecimiento y expansión. Sin embargo, los sistemas asistenciales adolecían de numerosas dificultades. Por ejemplo, la atención médica general, incluida la visita domiciliaria, se encontraba en etapa pobre organización; la consulta externa era controlada por personal de archivo; los enfermos eran atendidos indistintamente por los médicos adscritos a la unidad asistencial; el registro de la vigencia de derechos y los mecanismos de adscripción a la clínica correspondiente eran deficientes.⁽⁴⁾

Como resultado de esa situación, el trabajo de los médicos se entorpecía. Lo esporádico y eventual del contacto médico-paciente, previamente determinado, hacía que el conocimientos de los problemas del paciente por parte del médico fuera muy reducido. La visita domiciliaria se había convertido en problema para todos los participantes del acto asistencial, y en algunas ocasiones no se efectuaba, y en otras, por razones económicas se abusaba de la misma. Frente a este panorama el grupo de médico referido, estableció un procedimiento nuevo a través del cual el médico adscrito a una clínica se le asignaba un

número fijo de derechohabientes, en un principio 3 500, al tiempo que se le fijaban plazos para atender la consulta externa y efectuar las visitas domiciliarias solicitadas por los integrantes de las familias encomendadas a su atención.⁽⁴⁾

Paulatinamente se hicieron evidentes las bondades del sistema y se aprobó su extensión a dos clínicas de la ciudad de México, estableciéndose de esta manera en 1955 el "sistema médico familiar" e incluso la contratación y categoría del médico de familia, en virtud de que sus actividades, funciones y responsabilidades se consideraban distintas.

Otros elementos se fueron introduciendo en el esquema operativo, de forma tal que a la adscripción de población y a la visita domiciliaria controlada se sumaron la cita previa y modificaciones en el manejo de los expedientes clínicos, en el archivo clínico y en los mecanismos de adscripción.

Para el año de 1959, el sistema se había desarrollado y se encontraba en plena etapa de consolidación a nivel nacional. En esta época se introduce un cambio, la clasificación del médico familiar en dos ramas, de adultos y de menores, se dividió la población adscrita y se regularizaron las horas contratadas para la prestación del servicio. Más de tres lustros habrían de transcurrir antes de que se regresará al esquema de atención integral a la totalidad de los miembros de una familia.⁽⁵⁾

Frente a tal situación y después de probar distintos esquemas, el IMSS determinó en 1971 que era necesario planear y aplicar un programa para formar en el postgrado a este profesional. De esta forma, en marzo de ese año, con un curso de especialización, se iniciaron las actividades de los primeros 32 residentes de la disciplina. El programa original se llevó a efecto en una sola sede y tenía una duración académica de dos años y un más de práctica asistencial en el campo.⁽⁶⁾

Un factor muy importante en el desarrollo del programa de posgrado consistió en el reconocimiento que, inicialmente la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, y después otras universidades, dieron al curso de medicina familiar. Este reconocimiento se efectuó en 1974 y alentó considerablemente las expectativas de los estudiantes. Particular referencia merece el hecho de que en 1975 la Facultad de Medicina de la UNAM estableció el primer departamento de medicina familiar en Latinoamérica.⁽⁷⁾

Así, en 1977 la Universidad Autónoma de Nuevo León inició con una nueva modalidad un programa universitario de dos años de duración con una carga asistencial importante. A partir de marzo de 1980, tanto la SSA como el ISSSTE desarrollan un programa avalado por la Universidad Nacional. Este programa ha de verse como resultado de las experiencias obtenidas en los otros dos.⁽⁸⁾

El Plan Único de Especialidades Médicas es un programa de modificación completa a los cursos de especialización reconocidos por la Facultad de Medicina de la UNAM, que a partir del año lectivo 1994-95 ha venido sustituyendo a los planes de estudio que se desarrollan en los escenarios clínicos de la SSA, IMSS, ISSSTE y PEMEX y demás dependencias públicas y privadas que participan en este nivel de estudios de postgrado.⁶⁵

1.4 EL PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR

1.4.1. El Perfil del Médico Familiar en el PUEM de la UNAM.

El perfil del médico familiar descrito por el Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM), comprende tres vertientes de logros educativos que se esperan como efectos del proceso de educación formal: la orientación humano-profesional (el ser), la formación intelectual (el saber) y el desempeño operativo del especialista médico (el saber hacer).

A través de una práctica médica sustentada en una metodología educativa centrada en la solución de problemas, se propone lograr que el egresado sea un médico especialista altamente competente en su ámbito específico de acción para:⁶⁶

- Emplear con eficacia y eficiencia el conocimiento, los métodos y las técnicas de la atención médica apropiados a las circunstancias individuales y de grupo que afronta en su práctica profesional.
- Aplicar con sentido crítico los recursos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación dentro de su ámbito especializado de acción.
- Seleccionar, analizar y valorar la literatura médica de su especialidad aplicándola con pertinencia a su quehacer cotidiano con el fin de sustentar, profundizar y ampliar sus acciones profesionales.
- Colaborar productivamente en grupos de trabajo interdisciplinario del ámbito de la salud procurando una visión integradora de su quehacer en relación con el trabajo de los demás profesionales del área.
- Participar en acciones de educación para la salud dirigidas a los pacientes y grupos sociales, así como en la difusión del conocimiento médico a sus pares y a las nuevas

generaciones de profesionales de la salud.

- Interpretar el proceso de formación profesional del médico como fenómeno humano y social, tomando en consideración las condiciones institucionales en las que se realiza el ejercicio y la enseñanza de la medicina.
- Sustentar el ejercicio de su especialidad en los principios del humanismo considerando la integridad biopsíquica del individuo en su interacción constante con el entorno social.
- Procurar su educación permanente y superación profesional para su continuo perfeccionamiento y el empleo ético del conocimiento médico.⁴⁹

La forma en que el médico familiar se relaciona con y profundiza en el conocimiento existente acerca de los problemas de salud que afronta, es determinante en el desarrollo de su habilidad para solucionarlos. (figura 1) ⁴⁹

El médico especialista en medicina de familia y comunitaria o en medicina general asume como objetivos básicos de su actividad la atención individual, integral e integrada, y la comunitaria, con el enfoque de prevención y de promoción de la salud, mientras que son pocos los que consideran a la familia como una unidad de atención.⁴⁹

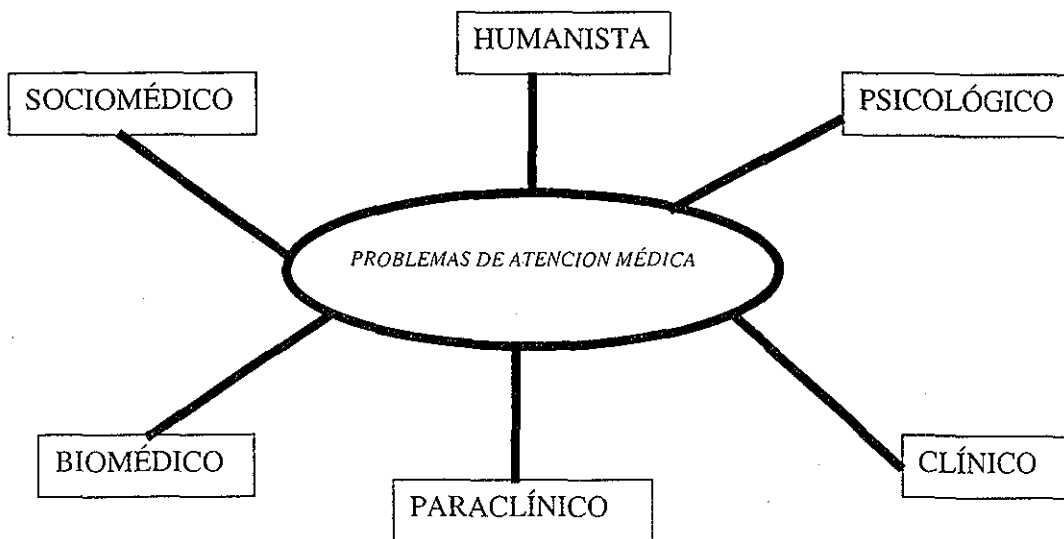


FIG.1 PUEM En el modelo ideal de atención primaria los aspectos a considerar incluyen las áreas humanista, psicológica, clínica, paraclínica, biomédica, y socio médica

1.4.2 El Perfil del Médico Familiar de WONCA

Desde que fue reconocida la Medicina Familiar hasta la actualidad, se han propuesto varias definiciones de este nuevo médico general o médico de familia (10), de las cuales la que define la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) en 1997, es la más completa y vigente.”

“El médico general o médico de familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.

“El médico general / médico de familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas, que limitan la necesidad de sus servicios en función de edad, sexo, y/o diagnóstico de los pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“El médico general/médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socio-económica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar atención integral y continuada a sus pacientes.

“El médico general/médico de familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente a través de servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabajan.”⁷¹

La actividad del médico de familia debe hacer énfasis en aspectos, como el **trabajo en equipo, la docencia e investigación, o la garantía de calidad**, que suelen estar siempre relacionados en mayor o menor grado, con la práctica del médico de familia. En este mismo marco, es necesario recalcar que las actividades como la atención comunitaria, y la docencia perderán o ganarán vigencia, y validez del modelo del perfil profesional y del médico de familia dependiendo, de los cambios o no que se produzcan, en el actual modelo sanitario.

Se debe resaltar que el médico familiar esta asumiéndole protagonismo de un gran cambio, en nuestra sociedad según lo que se ha dado en llamar el modelo emergente caracterizado por aspectos tan familiares, para este profesional, como la concepción, biopsicosocial del paciente, el equipo como protagonista del medio de trabajo, la orientación comunitaria, la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la eficiencia, etc. Evidentemente para asumir este papel, en el nuevo modelo sanitario es necesario, que el perfil del médico familiar, realice funciones que complementen, aquéllas que varían realizando los médicos generales, en el modelo sanitario precedente.⁷²

1.4.3. Áreas de la Práctica Profesional del Médico Familiar

Es necesario definir, 5 grandes áreas de práctica profesional del médico de familia que son las siguientes:⁷³

A.- Área de atención del individuo.

B.- Área de atención a la Familia.

C.- Área de atención a la comunidad.

D.- Área de docencia e investigación.

E.- Área de apoyo

A.-La primera responsabilidad del médico de Familia es la de prestar una atención clínica efectiva, y eficiente. Para ello deberá de poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para llegar a conocer el origen del problema que causa la demanda (**diagnóstico**), darle respuesta (**tratamiento**) y conseguir su desaparición (**curación**).

El médico de familia atiende el proceso diagnóstico y terapéutico de toda una serie de problemas clínicos frecuentes, procurando que el paciente permanezca lo más cerca posible de su comunidad natural.

La responsabilidad del médico de familia se extiende a la asistencia de enfermedades agudas y crónicas, ya sea en carácter de urgente, ya sea en la consulta de demanda o programada favoreciendo la accesibilidad del individuo, tanto en la consulta como en el domicilio. Igualmente ante problemas más graves y cuando lo juzgue oportuno, el médico de familia coordinará la colaboración con otros especialistas, así como el ingreso hospitalario. La atención del médico de familia, al individuo, se realiza en todas las etapas del ciclo vital y, al estar implicado en todas las etapas de la historia, natural de la enfermedad, podrá participar en el cuidado de la salud en todas sus formas de intervención, mediante actividades de prevención, promoción, curación, y rehabilitación. Es su tarea además de la práctica clínica, tradicional, mediante la elaboración de historia clínica, con la exploración física y las pruebas complementarias, se incluye también la práctica del diagnóstico precoz y la búsqueda de factores de riesgo en individuos asintomáticos.⁶⁷

Los pacientes que acuden al médico de familia no presentan habitualmente problemas físicos o psicológicos, puros, sino que generalmente muestran, una compleja mezcla de factores físicos, psicológicos y sociales, por lo que en medicina de familia tener en cuenta esta influencia, puede llegar a ser clave, para detectar y manejar correctamente una mayoría, de pacientes. La atención del individuo como un ser biopsicosocial tiene en el médico de familia un experto, capaz de integrar las dimensiones psicológicas y sociales junto a las puramente orgánicas.

La sociedad demanda la figura de un médico de familia, que posea una adecuada y actualizada información científico-técnica. Pero también se le exigen cualidades humanas, que lo hagan digno de confianza en relación, personal, ya sea para solicitarle consejo en los cuidados de salud, como para recibir apoyo, en el sufrimiento de la enfermedad. Por todo ello la relación médico-paciente representa un lugar privilegiado, dentro de la actividad profesional del médico de familia.

Una de las señas de identidad del médico de familia, de nuestro tiempo es su compromiso con la salud de las personas, ya antes de que se encuentren enfermas. Este elemento conceptual incorpora, la promoción de la salud y la prevención, de la enfermedad al conjunto de responsabilidades tradicionales del médico, de cabecera más dedicado a los aspectos curativos, por su mayor importancia en el modelo sanitario precedente.

Al médico de familia, le corresponde, una función educadora del paciente que deposita en el su confianza con especial énfasis en promover la responsabilidad en el auto cuidado.

En el marco de la relación entre el médico de familia y el paciente, tiene singular importancia atender con competencia algunas situaciones especiales: Comunicación de malas noticias, información a enfermos incurables, acompañamiento en acontecimientos, vitales estresantes, relación con pacientes o manejo de la agresividad en la consulta.

B.-El triángulo formado por el individuo, la familia y el médico constituye la base de la medicina familiar.

La familia constituye, en su lado positivo, un recurso fundamental en el mantenimiento de la salud de sus componentes y también en el cuidado y la resolución de problemas cuando alguno de ellos enferma. Pero también en su aspecto negativo, puede ser generadora de enfermedad y perpetuadora de síntomas, hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas.

La familia, en su ciclo vital, se encuentra periódicamente sometida a crisis, derivadas tanto de su propia estructura como del crecimiento y maduración de sus miembros por elementos externos, como la enfermedad o la muerte. De cómo resuelva la familia estos eventos dependerá su estabilidad y comportamiento futuros.

Los problemas de salud o, en su grado extremo, la muerte de uno de los miembros de la familia ponen en marcha toda una serie de mecanismos destinados a mantener su equilibrio interno, que pueden llevar al grupo a crisis.

El médico de la familia esta en una posición privilegiada para detectar e intervenir ante problemas familiares ocasionados o no por la enfermedad. Para ello debe ser un elemento neutro para todos los miembros de la familia, evitando la toma de partido por unos o por otros y haciendo resaltar esta postura, pues de ello va a depender su propia capacidad como terapeuta. Así mismo, debe tener una continua actitud de observación, recogiendo a lo largo de sus múltiples entrevistas con los diversos miembros de la familia información acerca del grupo familiar, valorando la importancia que el mismo tiene como recurso inmediato en el

proceso de salud-enfermedad del individuo y estando capacitado para realizar intervenciones mínimas ante crisis familiares que detecte, recurriendo siempre a otros profesionales cuando la dimensión del problema exceda sus límites de competencia.

Favorecerá que la atención a todos los elementos de una familia sea prestada por el mismo equipo de médico y enfermera, así como estimulará en las familias la autonomía y el autocuidado, fomentando su papel como preservadora de la salud de sus miembros.⁶⁷

C.-La organización mundial de la salud había afirmado 3 años antes que “la atención primaria forma parte tanto del sistema de atención a la salud, del que constituye su función central y su núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”. También en 1981, Sydney Kark afirmaba, en su definición de lo que el bautizo como “*community oriented primary care*” (atención primaria orientada a la comunidad APOC), que “había existido (en el pasado) una desafortunada separación entre la medicina comunitaria y la atención primaria”, cuando “... no hay ninguna razón para que la atención primaria deba limitarse al tratamiento y cuidado de los pacientes individuales”.

En España, la especialidad fue creada en 1978 se llamo medicina familiar y comunitaria y uno de sus cometidos se definió así en el Real Decreto de su regulación como especialidad de la profesión médica “promocionar la salud, prevenir la enfermedad y desarrollar la educación sanitaria a nivel individual, familiar y comunitario”.

Ya en 1961 Kerr White había demostrado en *Ecology of medical care* que la atención primaria se sitúa en un lugar privilegiado, el único dentro del sistema sanitario para poder ver a toda la población en riesgo y no solo los casos seleccionados que llegan a un servicio hospitalario o especializado.

La “oportunidad” es, pues, máxima para que el médico general / de familia, el grupo de generalistas/equipo de atención primaria, pueda darse cuenta del nivel de salud de la comunidad, de sus factores determinantes y de lo que se puede hacer para, teniendo en cuenta los recursos locales y las acciones ya iniciadas por la propia comunidad, tratar de mejorar ese nivel de salud.

La orientación comunitaria de la atención primaria ha sido afirmada, por tanto, desde distintos ámbitos y desde el mismo momento en que empezó a producirse la revalorización como nivel de atención sanitaria. Hoy día se refuerza su necesidad por el hecho de que los factores determinantes de enfermedad más relevantes, los estilos de vida y los factores sociales y medioambientales difícilmente pueden ser modificados por una acción exclusivamente dirigida al individuo y requieren acciones comunitarias, habitualmente sobre una base de coordinación intersectorial.

Para el desarrollo de la atención orientada a la comunidad, los conocimientos necesarios serán obviamente, los de las disciplinas básicas de la medicina comunitaria, destacando a la epidemiología como disciplina central, pero debiendo considerar también, en diversos grados de necesidad, la estadística, la demografía, la sociología, la economía y la antropología. Y, como disciplinas aplicadas que utilizan los conocimientos de todas ellas, las diversas metodologías de planificación sanitaria: análisis de necesidades y de recursos, métodos de priorización, planificación de programas y metodologías de evaluación tanto sanitaria como económica.

El problema esencial de la formación adecuada del médico de familia en medicina comunitaria no radica, no obstante, en sus conocimientos sobre estas disciplinas, sino en su capacidad de uso de las mismas en el contexto en que él trabaja: El marco de una pequeña comunidad y conjuntamente con el desarrollo de sus habilidades clínicas. Su trabajo en una comunidad pequeña condiciona el tipo de métodos epidemiológicos que le serán útiles para describirla, identificar sus problemas y evaluar la efectividad de sus acciones. Debe ponerse un énfasis especial en el uso de métodos cualitativos y en el valor de los números absolutos cuando la simple presencia de un fenómeno, sin necesidad de medidas de frecuencia, ya indica la existencia de un problema.¹⁷

D.-El reconocimiento de las funciones de docencia e investigación en los equipos de atención primaria represento en su día una importante novedad, cuyo desarrollo práctico ha supuesto una notable mejora cualitativa y cuantitativamente de la investigación realizada en este primer nivel de la atención. Es indudable que los médicos de familia deben hacer todo lo posible para realizar actividades incluidas en esta área, ya que ello llevará a mejorar su formación, prestigio científico y ejercicio profesional.

Las distintas facetas de las actividades docentes de un médico de familia pueden resumirse en las siguientes:

- Autoformación, de acuerdo a sus necesidades individuales.
- Formación continuada dentro del equipo de atención primaria, en la cual el papel del médico de familia debe ser fundamental para mantener y mejorar el trabajo de todos los profesionales del mismo, mediante la puesta en marcha de actividades formativas de acuerdo con las necesidades individuales y colectivas expresadas por los integrantes del equipo de salud.
- Docencia a otros profesionales, siendo esta igualmente una actividad de aprendizaje valiosa, ya que obliga al docente a revisar sus propios métodos de práctica médica. Esta docencia tiene dos grandes modalidades.

- Docencia de pregrado. Es reconocido unánimemente que la mayoría de nuestras facultades de medicina, pese a tener la función de formar médicos generales, carecen de modelos docentes adecuados con los que los alumnos se pueden identificar.

- Docencia de postgrado, fundamentalmente referida a la formación de los futuros médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria. Parece innecesario desde todo punto de vista justificar que en la formación de estos médicos residentes el médico de familia, calificado y con experiencia, debe representar un papel protagonista, contribuyendo con ello, decisivamente, a garantizar una asistencia de mayor calidad.

Por lo que se refiere a la investigación, antes de entrar de lleno en la justificación de su inclusión en esta área de práctica, es preciso matizar que se puede entender por investigación. En sentido amplio, podemos entenderla como una curiosidad estructurada que permite al médico de familia hacerse preguntas, poner en duda lo que esta haciendo e indagar, a partir de observaciones, sobre hechos sin una explicación suficientemente justificada, utilizando siempre para ello la metodología apropiada.

Los médicos de familia, en su conjunto, deben esforzarse en desarrollar actividades investigadoras que no sean fruto de la improvisación o de necesidades personales, sino que se diseñen de acuerdo con los objetivos y metodología propios de su nivel de atención, que sean capaces de dar respuestas validas a los problemas reales de su trabajo diario, que repercutan favorablemente sobre la comunidad que atienden (cumple una función social) y que aporten elementos útiles para el progreso de la atención primaria.

Actitudes. En cuanto a la docencia o formación continuada, serán necesarias actitudes tales como la disposición continua para el estudio, la curiosidad hacia los avances científico-técnicos, así como para discutir los conocimientos propios con los de otros profesionales, la sensibilidad para reconocer las deficiencias formativas, la predisposición a las actividades de formación continuada dentro del equipo de salud, etc.

En cuanto a la investigación, es imprescindible el esfuerzo personal sumado a una motivación para realizar estas actividades, la disposición a colaborar en proyectos de investigación, así como la predisposición a adquirir los conocimientos necesarios en metodología de investigación y sus disciplinas básicas. El médico de familia debe ser consciente de que la actitud investigadora conlleva importantes beneficios, a veces intangibles, tales como mantener la motivación profesional, superar el aislamiento, etc.

E.- En esta quinta y última área de práctica del médico de familia han quedado incluidas 4 subáreas que sin tener individualmente la relevancia e importancia de las cuatro anteriores, si deben estar presentes en el perfil de práctica de este profesional y, de hecho, así viene ocurriendo, ya que aspectos como el trabajo en equipo, la gestión de recursos y administración sanitaria, el sistema de registro y la garantía de calidad están permanentemente relacionados, en mayor o menor grado, con la actividad del médico de familia.

El trabajo en equipo aporta una serie de ventajas tanto para los propios profesionales del mismo como para los usuarios, señalándose, entre otras las siguientes:

- El enfermo recibe una mejor atención.
- Proporciona mayor satisfacción profesional a los miembros del equipo.
- Previene las duplicidades de esfuerzos.
- Facilita el enfoque biopsicosocial del paciente y la realización de todas las funciones de los equipos de atención primaria.

El médico de familia debe ser consciente y conocedor, por tanto, de la dinámica del trabajo en equipo en orden a optimizar la atención prestada a la población para conseguir la atención integral e integrada que se pretende hacia los otros profesionales del equipo y de conocimiento de sus roles, de respeto hacia las opiniones y puntos de vista diferentes, de reconocimiento a las limitaciones personales, así como de interés por el trabajo desarrollando por los otros profesionales. Asumir la división funcional del trabajo en los protocolos y programas que se realizan en el centro y trabajar la resistencia al cambio en uno mismo, ayudando a idéntico proceso en los compañeros, serán igualmente actitudes positivas para el trabajo en equipo.

El marco laboral más habitual del médico de familia es, actualmente, el sistema sanitario público, que en España, por ejemplo se denomina Sistema Nacional de Salud (SNS). Se toma como ejemplo a este país ya que es uno de los SNS más desarrollados con base en la APS y en el cual el Médico Familiar es pieza fundamental para su funcionamiento.

La concepción del SNS como empresa ha acercado la toma de decisiones en el uso de los recursos a los proveedores de la atención, que en nuestro ámbito son los equipos de atención primaria y por tanto también a los médicos de familia. Una consecuencia de ello es que se

han desarrollado técnicas de gestión y administración sanitaria en periodos recientes, cuyo conocimiento a un nivel básico puede ser de utilidad para el profesional de atención primaria.

En nuestra área profesional, como en cualquier otra, la información es la base para la acción y para la toma de decisiones. El establecimiento de protocolos diagnóstico-terapéuticos, el diseño de programas de salud comunitarios o para determinados grupos de riesgo, la selección de las actividades docentes y/o de investigación, solo se harán correctamente si se dispone previamente de la suficiente y adecuada información.⁽⁷⁾

El médico de familia debe conocer y saber utilizar aquellos sistemas de información sanitaria que respondan a las necesidades de información de su equipo de atención primaria y a las suyas propias, escogiendo los más sencillos en su cumplimentación y exploración, evitando tanto la recogida de idéntica información por múltiples causas, como la recogida de información que no vaya a ser la probabilidad real de la autogestión en los equipos de atención primaria precisaría, por tanto, de una mínima formación sobre la gestión de recursos y los principios generales de la administración sanitaria, bien como simple miembro del equipo, bien para el diseño de la planificación necesaria, si la responsabilidad fuese mayor, como coordinador del equipo.⁽⁷⁾

Tener que intervenir en diversos niveles del proceso salud-enfermedad (promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad), realizar atención longitudinal de los pacientes, participar diferentes profesionales en la atención, responsabilizarse de la atención de familias completas y, por último, precisar información no solo de individuos sino también de determinados grupos o de la comunidad entera, son algunas de las características específicas del trabajo en atención primaria que justifican la necesidad de unos registros propios y diferentes de los hospitalarios utilizados.⁽⁷⁾

La trascendencia social del trabajo que se realiza en atención primaria implica que nuestro objetivo no sea solo el de prestar asistencia sanitaria a la población, sino que sea una asistencia sanitaria de calidad, por lo que se hace precisa la monitorización y seguimiento de la atención que la población recibe, intentando, en definitiva, garantizar la calidad de la asistencia.⁽⁷⁾

1.5. ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC).

La medicina de familia ha demostrado que puede aplicar una atención primaria excepcional a individuos y familias. Para actuar de manera eficaz en el marco del sistema de asistencia sanitaria del futuro, los médicos de familia deberán ir más allá del modelo tradicional de relación individual médico-paciente y adquirir los conocimientos y capacidades necesarias para una práctica clínica basada en la población. **La atención primaria orientada a la comunidad (APOC)** es un paradigma que puede ayudar a los médicos de familia a equilibrar sus obligaciones respecto al propio paciente y a la sociedad en conjunto.⁽⁶⁾

La atención primaria orientada a la comunidad fue propuesta hace décadas como una forma práctica de integrar los principios de la medicina comunitaria y la salud pública en la prestación de la asistencia sanitaria de atención primaria. A pesar de las llamadas que se han hecho a su aplicación generalizada, la aplicación eficaz en EE.UU. ha sido limitada. El principal obstáculo que impide adoptar este enfoque en dicho país ha sido un sistema de pago por servicio que no valora ni retribuye el tiempo y los recursos dedicados a actividades de este tipo. Cuando el sistema de asistencia sanitaria se aparta del pago por servicio, la APOC vuelve a surgir como un modelo excelente para la práctica de la asistencia sanitaria basada en la población.⁽⁷⁾

El estímulo para la transformación de nuestro actual sistema de asistencia sanitaria ha tenido su origen en los problemas aparecidos según tres aspectos: costo, calidad y accesibilidad. El costo de prestación de la asistencia médica ha aumentado con una rapidez extraordinaria y se dedica una parte cada vez mayor del producto interior bruto (PIB) a la salud. Esto ha producido, una serie de cambios complejos en la organización, financiación y prestación de la asistencia sanitaria. Desde mediados de la década de los años ochenta se ha producido un cambio notable en las prácticas médicas de base comunitaria. Las consultas individuales y de pequeños grupos están desapareciendo en EE.UU., al tiempo que se ha dado una reorganización horizontal y vertical dentro del sistema sanitario. La asistencia cada vez es más organizada y se presta a través de grandes sistemas de cuidados de salud y no mediante consultas individuales u hospitales privados.

La preocupación por la calidad de la asistencia sanitaria prestada y el costo que comportan los servicios inapropiados o ineficaces ha llevado a dar una mayor importancia a las guías de práctica clínica, los algoritmos de tratamiento, las valoraciones de los resultados y la medicina basada en la evidencia. Las guías de práctica clínica y los algoritmos de tratamiento, ayudan a cada médico a prestar la asistencia adecuada, al tiempo que facilitan la asignación de recursos.⁽⁸⁾

Cuando se basan en una revisión rigurosa de la literatura médica disponible, y no en la experiencia individual, las guías y los algoritmos ayudan a los médicos en el desarrollo de habilidades clínicas de base poblacional.

La medicina de familia surgió como especialidad a finales de la década de los años sesenta por el creciente descontento que existía frente a la filosofía biomédica y el sistema de asistencia sanitaria que estaban dominados por los médicos especialistas que ven a los pacientes como un conjunto de órganos. La medicina de familia se apartó de la filosofía biomédica y adoptó un modelo más ecológico o biopsicosocial. En la medicina de familia era fundamental un enfoque holístico del individuo, una creencia en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y el cuidado del paciente en el contexto de la familia y la comunidad. ⁶⁸

Como disciplina académica, la medicina de familia ha proporcionado una ampliación del concepto de la salud y un avance del conocimiento médico en diversas áreas. En lo que se refiere al paciente, la medicina de familia ha reconocido la importancia de la relación entre el paciente y el médico, y sus efectos en la evolución y la satisfacción del paciente. De igual modo, la medicina de familia ha aumentado nuestros conocimientos sobre la dinámica familiar y la manera de tratar a los individuos en el contexto de sus familias. En la población, la medicina de familia ha liderado el avance de los conceptos y la aplicación de la APOC.

Un elemento fundamental en la medicina de base poblacional es tener una población identificable. Lo que a menudo se llama "denominador" en el contexto de la medicina de base poblacional, es la población en sí, es decir, el grupo de individuos a los que se aplica la asistencia sanitaria y el nivel en que se mide su eficacia y sus resultados.

Aunque a menudo superficialmente parece una cuestión sencilla, definir o enumerar la población del denominador constituye una tarea clave y compleja. Tal como fue concebida inicialmente, la APOC describía la población como una comunidad geográfica de la que el médico se responsabilizaba. Esta definición no ha podido adoptarse con facilidad en EE.UU., donde los médicos de familia han considerado a menudo a los pacientes que atendían en su consulta como la población de denominador. Esta interpretación limitada excluye a muchos pacientes que podrían considerarse incluidos en la población atendida por el médico pero que no acudieron a la consulta durante algunos años. Cuando se considera desde la perspectiva de los servicios preventivos de base poblacional, esta definición excluye a muchos pacientes que necesitan métodos de detección sistemática o vacunaciones, pero que no han acudido recientemente a la consulta. De igual modo, una interpretación de este tipo podría no contemplar la intervención en individuos con un alto riesgo de presentar una determinada enfermedad. En consecuencia, resulta importante que el médico de familia tenga en cuenta no solo a las personas a las que visita en la consulta sino también a las que no visita. En un contexto de asistencia gestionada, esta área puede simplificarse

enormemente, puesto que los médicos de familia reciben listas de las personas que tienen asignadas. ⁶⁹

La atención primaria orientada a la comunidad es una estrategia sistemática para abordar la asistencia sanitaria de la comunidad y de los individuos de una forma integrada. Un ejemplo de ello es la conducta ante la diabetes de inicio en el adulto. A nivel individual, al médico de familia le preocupa mantener el control de la glucemia del paciente y prevenir las complicaciones que pueden derivarse de la enfermedad. Ello implica una evaluación clínica experta que requiere una historia clínica y exploración física, pruebas de laboratorio, tratamientos farmacológicos y una educación sanitaria del paciente respecto a la alimentación y el ejercicio. La asistencia en la comunidad o en la población también podrían ocuparse del control de la glucemia y de la prevención de complicaciones, pero para alcanzar este objetivo en el conjunto de una población resulta necesario utilizar un planteamiento diferente. Podría requerir la identificación de los individuos que presentan un mal control de la glucosa, la determinación de las causas de este mal control y el desarrollo de un programa o una intervención para mejorar su estado de salud. De igual modo podría implicar el establecimiento de un sistema para garantizar que en todos los diabéticos se realiza anualmente un exámen de la retina o para determinar la frecuencia con la que se producen determinadas complicaciones en una población concreta.

1.5.1. Elementos de la APOC.

El proceso de la APOC aporta una metodología para identificar y abordar los principales problemas de salud de una población. Aplica los principios de gestión a la planificación y aplicación de la asistencia sanitaria. De hecho, su estructura es notablemente similar a la utilizada por los programas de garantía de calidad y de mejora continua de la calidad. El proceso de la APOC requiere cuatro elementos: ⁶⁹

- a) Definición y caracterización de la comunidad o la población asignada.**
- b) Identificación de los problemas de salud y de asistencia sanitaria.**
- c) Intervención o modificación de los patrones de práctica asistencial.**
- d) Seguimiento del impacto de la intervención.**

Estos cuatro elementos se organizan en un ciclo a través del cual las decisiones están influidas de manera continua por el conocimiento de la información basada en la población.

La definición o enumeración de las características de la población asignada es el paso inicial del ciclo de la APOC.

Como se ha indicado anteriormente, es importante que los médicos de familia adopten un planteamiento amplio respecto a cual es su población y tengan en cuenta también a los individuos que no acuden de manera regular a la consulta. Lo ideal es que los médicos puedan tener conocimiento de la totalidad de individuos que forman su población y describir sus características sociodemográficas, sus creencias culturales y sus conductas relacionadas con la salud.⁽⁸⁾

Una vez definida una población, el médico de familia puede identificar y establecer prioridades sobre los problemas de salud importantes y los principales riesgos de salud existentes. Posteriormente, pueden planificarse estrategias de intervención para abordarlos. Lo ideal es alcanzar este objetivo con una participación importante de los individuos de la población asignada. Cuando el programa ya esta siendo aplicado, el énfasis se desplaza al seguimiento del mismo. La finalidad del seguimiento es obtener información que permita evaluar la influencia que tiene la intervención. El seguimiento utiliza una obtención de datos primarios, como la información obtenida en encuestas de población, o puede basarse en datos secundarios obtenidos en entrevistas clínicas o en otros datos disponibles. Sea cual fuese el método utilizado, resulta importante que se hayan desarrollado las técnicas de seguimiento y los métodos de evaluación apropiados antes de iniciar la intervención. Una vez completada la intervención, puede resultar imposible obtener retrospectivamente una información importante.

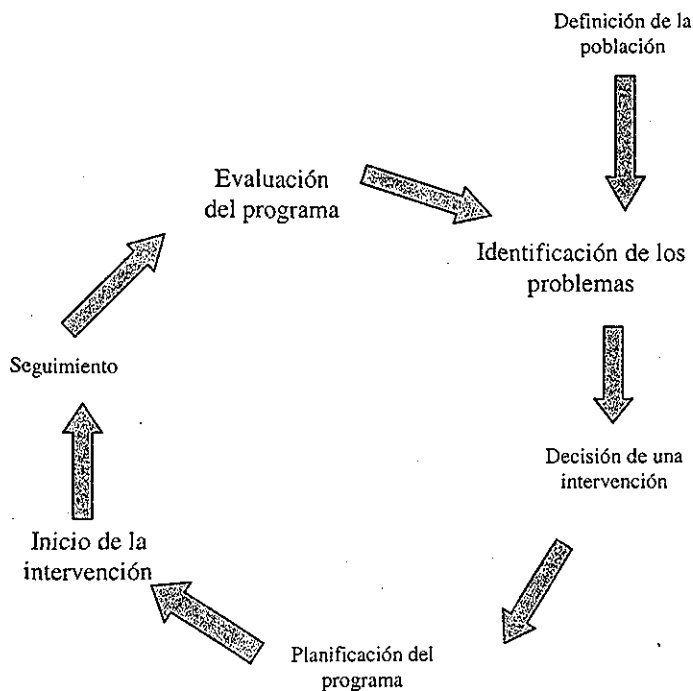
El último paso del ciclo de la APOC es la evaluación del programa y debe efectuarse tanto del proceso como de los resultados. Las evaluaciones del proceso facilitan la identificación de los problemas de diseño y de aplicación de una intervención. Las que se basan en los resultados facilitan la determinación del grado en el que la intervención ha tenido el efecto deseado. Al igual que las intervenciones, las evaluaciones deben centrarse en la población asignada. Si se evalúa solo la población del numerador puede transmitirse una información errónea. Por último, las evaluaciones deben centrarse tanto en las influencias positivas como en los efectos negativos de un programa. Las etapas del APOC se muestran en la figura 2.⁽⁹⁾

La familia en tanto que medio social inmediato del individuo, tiene una importancia trascendental en como y de que enferman sus miembros, cuando y de que forma expresan la necesidad de atención sanitaria y en la manera que se produce la resolución del problema.

La familia constituye en su lado positivo, un recurso fundamental en el mantenimiento, de la salud de sus componentes y también en el cuidado y la resolución, de problemas, cuando alguno de ellos enferma. Pero también en su aspecto negativo, puede ser generadora de

enfermedad y perpetuadora de síntomas hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas.

FIG 2. CICLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC)



Por otro lado la orientación comunitaria, de la atención primaria, ha sido afirmada por tanto, desde distintos, ámbitos, y desde el mismo momento, en que empezó a producirse su revalorización, como nivel de atención sanitaria. Hoy día se refuerza su necesidad por el hecho de que los factores determinantes de enfermedad más relevantes, los estilos de vida, los factores sociales, y medioambientales difícilmente pueden ser modificados por una acción exclusivamente dirigida al individuo y requieren acciones comunitarias, habitualmente sobre una base de coordinación intersectorial.

En cuanto al área de investigación, el reconocimiento de las funciones de docencia e investigación, en los equipos de atención, primaria, representó en su día una importante novedad cuyo desarrollo práctico ha supuesto una notable mejora cualitativa y

cuantitativamente de la investigación, realizada en este primer nivel de atención. Es indudable, que los médicos de familia deben hacer todo lo posible, por realizar actividades incluidas en esta área, ya que lo llevará a mejorar su formación, prestigio científico y ejercicio profesional.

Con estos parámetros se puede entender la trascendencia social del trabajo, que se realiza en la atención primaria la cual implica que nuestro objetivo, no sea solo el de prestar asistencia sanitaria a la población, sino que sea una asistencia sanitaria, de calidad, por lo que se hace precisa la monitorización, y seguimiento de la atención, que la población recibe, intentando en definitiva, garantizar la calidad de la asistencia.

La asistencia, en el modelo de atención sanitaria fue definido por Kark como APOC el cual, centra su atención en la comunidad, y sus subgrupos. Para que los profesionales sanitarios puedan desenvolverse adecuadamente en este campo, es necesario, que tengan unos conocimientos básicos de epidemiología aplicada, que diseñen sus actividades sobre la base de programas y que asuman la necesidad de la participación de la comunidad en el proceso de atención.

El proceso desarrollado de la APOC implica una serie de etapas sistematizadas por Abramson en un ciclo secuencial y continuo de retroalimentación positiva.

En el Examen Preeliminar la finalidad esencial es la recogida de información precisa, para el análisis de la situación de salud de la comunidad y la identificación de sus principales necesidades.

El Diagnóstico Comunitario, permite determinar las necesidades y los tipos de intervención a realizar mediante el análisis completo de la comunidad en su conjunto y de los grupos de problemas prioritarios.

La Planificación del programa, permite poner de acuerdo las prioridades establecidas con las posibilidades de actuación, con el fin de garantizar la viabilidad del programa.

La Vigilancia del desarrollo del programa. Es evidente la necesidad de monitorizar adecuadamente el desarrollo de las actividades propuestas en el programa para conocer y corregir las posibles desviaciones que se hayan podido introducir en los objetivos.

Evaluación: Esta etapa junto a la de reexamen, será la que marque la decisión, sobre la continuidad y las modificaciones, a introducir en el programa, de acuerdo con el grado de

cumplimiento, de los objetivos prefijados, el impacto, que hayan tenido sobre el estado de salud de la comunidad y el análisis comparativo con la situación de partida. ⁽³⁾

1.6. EL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR (MOSAMEF):

Hasta ahora se ha descrito la interrelación entre la APS, el Perfil del Médico familiar, el desarrollo de la Medicina Familiar, las funciones e importancia de la medicina familiar inserto en los sistemas de salud, el APOC como una estrategia de trabajo planificado, organizado y evaluado. En este marco es importante analizar como la medicina familiar ha tenido dificultades para su plena consolidación en nuestros sistemas de atención médica y fundamentalmente en el ISSSTE.

Es de esta forma que surge la necesidad de contar con un modelo de atención que cumpla con las características antes descritas.

En este trabajo se propone al MOSAMEF (Modelo Sistemático de Atención Médica) como la piedra angular de una estrategia operativa de trabajo que permita incluir el conocimiento de los datos básicos de las familias derechohabientes a través de una cédula de identificación familiar (CEBIF), de la cual, se ha realizado la tercera modificación a la fecha, con el fin de integrar de una manera sistematizada los datos clave que permitirán al médico Familiar aplicar un modelo previamente probado y a través del cual se puedan complementar las estrategias preventivas y de planeación y/o tratamiento necesarias, para cada comunidad.

El concepto de MOSAMEF se Origina a partir de tres preguntas fundamentales: ¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familiar? ¿Cómo identificar las necesidades de atención, a la salud en las Familias? ¿Cómo verificar que la atención, médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias? ⁽⁴⁾

Es con este propósito que se decide la aplicación de este instrumento en la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero ISSSTE ya que el MOSAMEF propicia una práctica médica con propósitos definidos que justifica la toma de decisiones operacionales aplicadas a las necesidades reales, las cuales son obligadamente diferentes para cada comunidad de usuarios de los servicios médicos de salud en nuestro país. ⁽⁵⁾

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con lo anterior previamente ya expuesto, analizado y ante la problemática que se encuentra el médico familiar en cuanto a la disyuntiva de su quehacer profesional previamente identificado y el no poder desenvolverse adecuadamente en su área, es necesario probar un modelo que identifique las características básicas y necesidades reales de la población de un consultorio de medicina familiar a través del, cual se puedan planear o proponer las actividades preventivas, diagnósticas, de tratamiento y rehabilitación oportunas para las familias derechohabientes.

En este trabajo se propone al MOSAMEF (9,11,13-15) (Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar) como la piedra angular de un estrategia piloto que, de acuerdo al esquema APOC,(8,12) tenga congruencia en cuanto a la atención primaria de salud, llevando a cabo la identificación de los problemas, decisión de una intervención, planificación de los programas, inicio de la intervención, un seguimiento, evaluación del programa con relación a la población específica de un consultorio de una clínica o centro de salud. El MOSAMEF a nivel de MICRO ESCENARIO(consultorio) debe, identificar inicialmente los datos básicos de las familias derechohabientes a través de una cédula básica de identificación familiar (CEBIF), con el fin de integrar de una manera sistematizada los datos generales de las familias que permitirán al médico familiar aplicar un modelo a través del cual se puedan complementar las estrategias preventivas y de planeación y / o tratamientos necesarios, para cada comunidad.

El segundo concepto lo constituye la construcción de la pirámide de población real del consultorio, ya que se ha observado, que es diferente a la de toda la población de la clínica o centro de salud y cambia de un consultorio a otro, estas variaciones, son importantes ya que particulariza la situación de cada consultorio de la clínica.

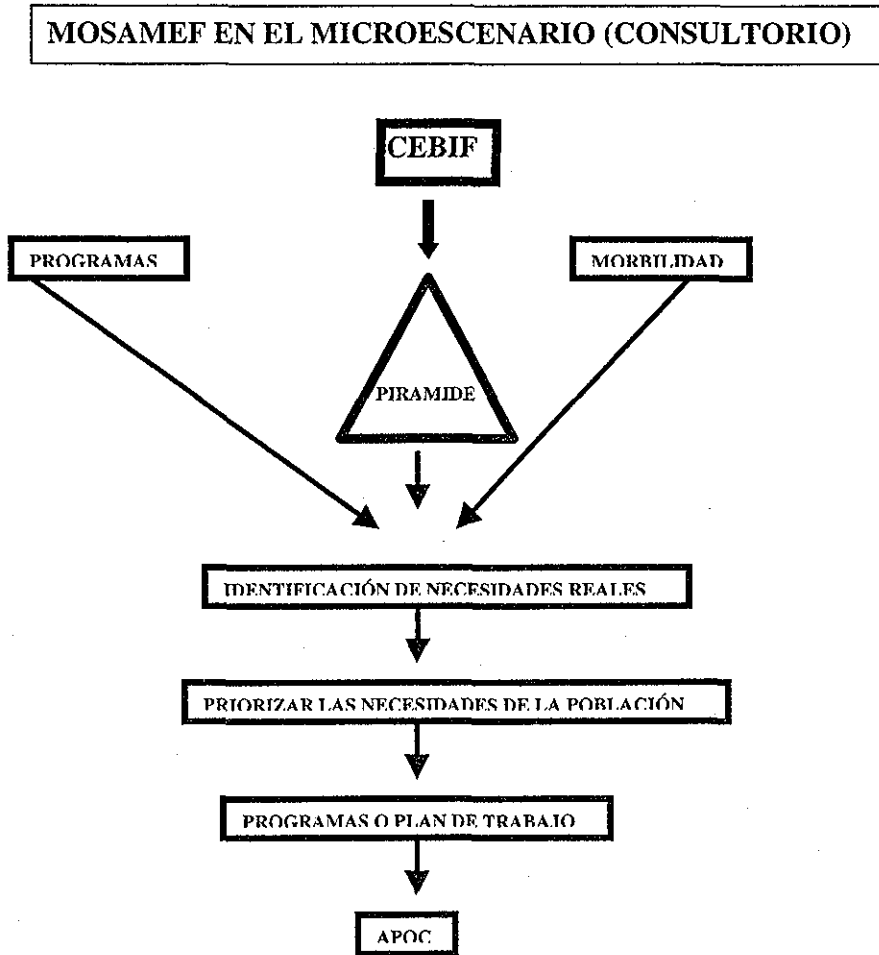
Un tercer elemento lo constituyen los programas prioritarios en salud, que se llevan a cabo en la unidad médica.

El cuarto elemento es el análisis de las causas de morbilidad del consultorio relacionados necesariamente con los datos de la pirámide de población y la información obtenida por la CEBIF-3.

De estos cuatro elementos deben identificarse mediante, un proceso de análisis y reflexión los problemas principales; es decir, identificar las necesidades de salud de la población del consultorio analizado. Ello permitirá priorizar estrategias factibles, lo que a su vez será la

base para proponer un programa o plan de trabajo (figura 3). Acorde con los principios de atención y recursos de la institución.

Figura 3



El modelo actual de la atención primaria en nuestro medio es : episódico, individual, curativo, tiene continuidad parcial con enfoque de riesgo limitado (prevención), con metas cuantitativas de los programas, no se estudia a la familia y no hay sistematización de la atención a la misma. De esta manera no se cumple con las expectativas de la atención primaria,(necesidades reales) porque solamente se maneja o se lleva a cabo el enfoque de riesgo (prevención) de acuerdo a los programas prioritarios de salud, los cuales se tienen a continuación:

- **Atención del niño sano** ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾
- **Planificación familiar** ⁽¹⁹⁻²⁴⁾
- **Salud reproductiva** ^(22,25 - 30)
- **Detección oportuna de cáncer cervicouterino y mama** ⁽³¹⁻³³⁾
- **Control de enfermedades crónico-degenerativas** ^(34,35)
- **Inmunizaciones** ^(36,37)
- **Salud bucodental** ⁽³⁸⁾

Así también no se cumple en la práctica médica el perfil profesional que WONCA(7) propone vinculado a las áreas del trabajo profesional del médico de familia , y sólo se limita a la atención del individuo, no se estudia a la familia, escasamente a la atención de la comunidad, existe la docencia aunque con problemas y limitaciones, la investigación, es escasa o casi nula; en el área de apoyo el desarrollo se basa en las necesidades de la institución. De esta forma el enfoque de riesgo es el que se practica mayormente.

Es importante mencionar que la atención individual que se otorga es episódica, curativa y parcial, que solamente se atiende en ese momento por el problema principal y que en muchas ocasiones no se otorga seguimiento alguno de la persona, dejando atrás la perspectiva BIO-PSICO-SOCIAL y la FAMILIA, como aspecto principal de estudio del médico familiar . Así mismo en su mayoría no se estudia a la familia, sin tomar en cuenta la importancia que representa esta misma para tener un mejor control y seguimiento de muchas patologías que aquejan a nuestro medio, como unidad educadora y protectora de la sociedad, conduciendo todo esto a no cumplir con los principios de lo que representa la medicina familiar; ya que solamente se llevan a cabo el enfoque de riesgo, con continuidad parcial y sin estudiar a la familia.

Es de esta forma como el MOSAMEF^(9,11,13-15) surge como un modelo alternativo el cual ya fue aplicado con otros fines: para desarrollar **estrategias de promoción a la salud y prevención de la enfermedad**, así mismo para valorar la **infraestructura de la unidad médica, elementos demográficos y capacitación técnica del personal**. Estos usos se realizaron en Tepic Nayarit México del ISSSTE^(11,15) y en la UMF Gustavo A. Madero. A nivel (macro escenario), pero no se ha utilizado a nivel del consultorio (micro escenario). En este trabajo se pretende utilizar la información que permitirá identificar las necesidades de atención de un consultorio, tratando de cumplir los 3 principios básicos de la medicina familiar. (Estudio de la Familia, Enfoque de riesgo y continuidad). El MOSAMEF, es diseñado por un equipo de profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de su departamento de medicina familiar. El MOSAMEF^(9,11,13-15) es aplicado por primera vez en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en el DF como una prueba piloto de trabajo operativo.

3. JUSTIFICACIÓN

Por las razones expuestas la aplicación de este modelo es de gran importancia, para la práctica que desempeña el médico familiar, ya que con los resultados se podrán planear estrategias de trabajo acordes a las **necesidades reales de la población**; y así obtener datos valiosos para la optimización de los recursos de esta institución, y tratar de mejorar la atención a nuestros derechohabientes y familias.

Se pretende también que los principios del perfil del médico familiar establecido por WONCA⁽⁷⁾ y sus cinco áreas de la práctica de la Medicina de Familiar se apliquen con este modelo aunque con algunas limitantes en el área docente y de investigación, así como también en el área de apoyo y en el área de atención a la comunidad. Sin embargo, se pretende que en el MOSAMEF en el micro-escenario, si se apliquen los tres principios básicos en le medicina familiar:

- Estudio de la Familia
- Continuación en la atención
- Enfoque de Riesgo

De hecho, la mayor contribución del MOSAMEF en el micro escenario es el estudio de familia mediante una cédula básica de información que permite conocer de manera general las familias con las que se trabaja.

Es de esta forma como el MOSAMEF surge como un modelo el cual es de gran ayuda, para poder sistematizar, es decir ordenar el conocimiento, en Medicina Familiar y de esta forma acceder mejor a él para la mejor integración, diagnóstica de las familias, que día con día debemos de manejar como Médicos familiares.

Es por eso que la aplicación, de este estudio es de gran importancia, para la práctica de la Medicina Familiar para las Clínicas del ISSSTE, ya que con los resultados se podrá obtener datos valiosos para la optimización, de los recursos en esta institución, así, como mejorar la atención, a los derechohabientes, del mismo modo en que se brindarán importantes datos, para reforzar la de Salud, tal y como se ha referido en el Plan Nacional de desarrollo 2001-2006

Es con este propósito que se decide la aplicación de este instrumento en la clínica de medicina familiar Gustavo A, Madero ISSSTE. Ya que el MOSAMEF propicia una practica

médica con expectativas definidas que justifica consultorio médico, para cada comunidad de usuarios de los servicios médicos de salud en nuestro país. ⁶⁹

Por primera vez en esta clínica se estudiará a la familia, (solo con los datos básicos de la CEBIF). Para conocer el panorama general de las familias que se atienden en el consultorio, y de esta manera conocer las necesidades o problemas de salud .la toma de decisiones operacionales aplicadas a las necesidades reales, las cuales son obligadamente diferentes de cada clínica o centro de salud y de cada

Es por esto que el conocer a las familias a las cuales se les brinda atención, y que forman parte de una comunidad es muy importante ya que “ la familia es la causa de muchos problemas relacionados con la salud.” También es un recurso para resolverlos y para prevenir enfermedades. Un médico que no logra sacar ventaja de los recursos familiares disponibles no esta practicando eficazmente la medicina familiar. De manera similar, un médico que no logra reconocer cuando los recursos familiares son deficientes o inexistentes, puede descuidar la posibilidad de encontrar con seguridad otros recursos alternos. ⁷⁰

Otros beneficios del MOSAMEF en el consultorio, es que permitirá:

- Orientar y diseñar estrategias educativas integradas (preventivas, auto cuidado, integración de grupos, orientación individual personalizada, apoyo emocional multidisciplinario, trabajo en equipo con psicólogo, enfermera y trabajo social, para orientar a los pacientes a redes de apoyo) para la población, basados en su problemática real y tomando en cuenta los programas prioritarios, sus metas y la morbilidad específica.
- Otra posible utilidad es que el MOSAMEF en el micro escenario, podrá aportar las bases para integrar el expediente familiar, al cual se irán aumentando en el futuro otros instrumentos de estudio de la familia, además de la CEBIF, pirámide, y estrategias de trabajo, con cada familia.
- La información integrada que produzca el MOSAMEF en el micro escenario también permitirá orientar la educación médica continua del responsable del consultorio, a través de un reflexivo análisis de las propias necesidades de capacitación.
- Así mismo se podrán obtener datos que faciliten la identificación de problemas que aumenten actividades de investigación y docencia.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las necesidades de atención médica en la familia a través de la aplicación del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF) en un consultorio (microescenario).

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

4.2.1. Conocer las características básicas de la familia a través de la aplicación de la Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF 3)

4.2.2. Identificar el perfil demográfico del consultorio a través de la construcción de la pirámide de población.

4.2.3. Conocer los lineamientos de atención médica de los Programas de Salud y Normas Oficiales establecidas.

4.2.4. Identificar las diez primeras causas de morbilidad del consultorio

4.2.5. Identificar las necesidades en salud a través de las características básicas de las familias estudiadas, su perfil demográfico, los lineamientos de los programas de salud y normas oficiales; y la morbilidad específica del consultorio

4.2.6. Establecer los fundamentos que permitan y contribuyan a la planeación de estrategias de trabajo del médico familiar.

5. MATERIAL Y METODOS

5.1 Tipo de estudio: descriptivo, transversal

5.2 Población: Se incluyeron a todos los pacientes con expedientes clínicos del consultorio 9, (627) y a todas las familias (1074) perteneciente a dicho consultorio de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero, ISSSTE Zona Norte; el estudio se realizó de Marzo a Junio del año 2001, con expedientes vigentes dentro del periodo comprendido de 1997-2001.

5.3 Muestra:

Se calculó una muestra de trabajo, con el 10% de error y 5% de variabilidad y 90% de confianza ⁽⁴⁸⁾, obteniéndose una población o muestra teórica de 189, familias, la muestra final fue de 110 familias, que representa el 58% de la muestra teórica de todas las familias del consultorio 9. Hubo razones que se detectaron por lo que no se alcanzó la meta de la muestra teórica:

1.-Se propuso realizar 5 cédulas tipo CEBIF por día, implicando de 15-20 minutos por cada una para su realización, no permitiendo las actividades cotidianas de la residencia médica realizar más por día.

2.-Se cumplió el tiempo establecido de 2 meses para alcanzar la meta establecida.

3.-Existieron bajas de expedientes clínicos.

4.-Se presentaron familias que asistían frecuentemente, realizándose la encuesta en la primera visita.

5.-Algunas familias se negaron a contestar la encuesta.

6.-Algunas familias no contestaron todos los apartados de la encuesta.

La muestra fue no aleatoria lo que se consideró una limitante para no generalizar los resultados.

5.4 Criterios de inclusión:

- 1.-Todos los derechohabientes que se encontraban vigentes en la clínica, en el periodo comprendido de Enero de 1997 a Diciembre de 2001.
- 2.-Todos los derechohabientes que aceptaron responder el cuestionario en forma completa y voluntaria.
- 3.-Que fueran mayores de 18 años.

5.5 Criterios de exclusión:

- 1.-Derechohabientes que no se encontraban vigentes en sus derechos médicos al momento de la aplicación del instrumento.
- 2.-Pacientes que no aceptaron contestar el instrumento, en forma completa.
- 3.-Pacientes que no aceptaron contestar el instrumento por diversas causas.(llamada a su consulta médica y que luego de terminada ésta no deseaban continuar, problemas en la información de los aspectos económicos, información que probablemente estuvo relacionada con la vigencia de derechos de los pacientes, etc.)

5.6 Variables e instrumentos:

En este estudio se obtuvo información de 4 componentes:

- a) CEBIF-3 (Cédula básica de información familiar que esta integrada por 126 variables dentro de 11 áreas de información relacionadas con el estudio básico de la familia-) (ver anexo 1).
- b) Pirámide de Población (sexo, edad y # de integrantes por familia)
- c) Programas Prioritarios de la institución.
 - Atención del niño Sano.
 - Planificación familiar.
 - Salud Reproductiva.

- Detección oportuna de cáncer cervicouterino y mama
- Control de enfermedades crónico-degenerativas
- Inmunizaciones.
- Salud bucodental

d) Morbilidad del consultorio:

Las 10 principales causas de morbilidad del periodo de Julio del 2000 a Junio del 2001 del consultorio.

5.7. Desarrollo de la cédula básica de información familiar: (CEBIF 3)

Para contextualizar y comprender cómo surgió la CEBIF3 es necesario describir parte del desarrollo del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF) ^(9,11,13,14,15)

El concepto de MOSAMEF se origina a partir de tres preguntas fundamentales: ¿Como llevar a la práctica los principios esenciales de la medicina familiar? ¿Cómo identificar las necesidades de atención a la salud de las familias? ¿Cómo verificar que la atención medica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?. ⁽⁹⁾

El MOSAMEF puede ser aplicado de 2 diferentes maneras:

- MICRO ESCENARIO (consultorio)
- MACRO ESCENARIO (Clínica o centro de salud)

5.7.1 EL MICRO ESCENARIO a nivel de este se pretende conocer las necesidades o los problemas de la comunidad estudiando a la familia, desde sus diferentes clasificaciones, de acuerdo al ciclo vital de la familia, permite ver funcionalidad familiar, factores demográficos, factores económicos, factores de riesgo y redes sociales de apoyo entre otros puntos de igual importancia; siendo captados todos estos datos por medio de la cédula básica de identificación familiar (CEBIF).El MOSAMEF en el microescenario esta conformado por los siguientes componentes:

- **CEBIF. (ver anexo1)**
- **Pirámide de población**
- **Programas prioritarios y sus metas**
- **Morbilidad del consultorio**

Esta cédula esta integrada por 11 áreas de información distribuidos en 126 variables relacionadas con el estudio básico de la familia.

- **Identificación. (5 variables)**
- **Salud reproductiva familiar (19 variables)**
- **Factores demográficos de la familia (16 variables) ⁽⁴³⁾**
- **Apgar familiar(5 variables) ⁽⁴⁰⁻⁴³⁾**
- **Factores económicos de la familia (18 variables)**
- **Índice simplificado de marginación familiar(4 variables) ⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾**
- **Redes sociales y apoyo de la familia(18 variables) ⁽⁴⁸⁾**
- **Factores de riesgo (patología familiar) (30 variables)**
- **Atención a la salud del niño(8 variables)**
- **Apoyo de cuidadores(4 variables)**
- **Detección de Cáncer (4 variables)**

5.7.2 EL MACRO ESCENARIO . tiene varias etapas, la primera es la de diagnóstico, donde se valora la infraestructura (servicios, mobiliario, equipamiento, área física) también valora los elementos demográficos y económicos, permite conocer la capacitación técnica del personal, la morbimortalidad más frecuente en dicha unidad y la intervención : identificar problemas de la atención médica, administrativos, operacionales, de capacitación, propone líneas de investigación, etc. Esta conformado por los siguientes componentes:

- **Pirámide de población.**
- **Instalaciones físicas y recursos humanos y servicio.**
- **Morbilidad.**
- **Programas prioritarios.**
- **Satisfacción de la población.**
- **Capacitación del personal.**
- **Módulo de atención.**
- **CEBIF-3**

En este estudio se utilizó la estrategia del microescenario para la aplicación integral del MOSAMEF el cual se encuentra en su primera etapa y consta de los siguientes puntos.

- **CEBIF**
- **Pirámide de población**
- **Programas prioritarios.**
- **Morbilidad**

5.7.3 CEBIF

La cédula básica de identificación familiar (CEBIF) fue diseñada por un grupo de investigadores del departamento de medicina familiar, de la Universidad Nacional Autónoma de México, la cual se encuentra en su tercera modificación a la fecha, la (CEBIF) integra de una manera sistematizada, los datos clave de la familia del consultorio.

El propósito de esta primera etapa del MOSAMEF fue detectar necesidades reales de atención médica a nivel de consultorio. Esto constituyó y marcó los límites del estudio.

5.8 Metodología (recolección de datos)

a) CEBIF

La aplicación del instrumento CEBIF-3 se realizó de Mayo a Junio del 2001, en la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero Zona Norte ISSSTE, con la previa autorización de los investigadores del departamento de Medicina Familiar, y las autoridades de la Clínica se decidió aplicar cédulas en la sala espera de la clínica, pasillos, así mismo en el propio consultorio médico, aplicando 5 cédulas al día, con una duración de 15 ~ 20 minutos por cada una para su realización. La aplicación del instrumento fue realizada por el autor de este trabajo, previo entrenamiento y capacitación por los investigadores de la coordinación de Investigación del departamento de Medicina Familiar.

b) Pirámide de población.

Previa autorización de la dirección de la Clínica Gustavo A. Madero y del apoyo del servicio de archivo, se realizó la revisión de todos los expedientes clínicos del consultorio 9 obteniéndose datos de sexo, edad, número de integrantes por familia, recopilándose dichos datos en hojas de trabajo, diseñados por la autora de este trabajo.

La recopilación de datos se realizó entre el mes de Marzo y Junio del 2001. La información obtenida fue de 1074 expedientes considerando a la vigencia de estos de Enero de 1997 a Diciembre del 2001. La recolección de datos tanto de la CEBIF como de la pirámide de población fue de Marzo a Abril del 2001.

Se construyó una base de datos para capturar la información, utilizando el programa estadístico SPSS V.6.0 en la Facultad de medicina de la UNAM.

c) Programas Prioritarios

Se solicitaron dichos documentos a la dirección de la unidad, con carácter informativo.

d) Morbilidad:

Se solicitó a la Jefatura de Atención Médica la información respectiva de la morbilidad del año correspondiente.

5.9. Recolección de información:

La información fue obtenida por el autor de este trabajo con la colaboración de los médicos residentes de 1ro y 2do grado de la especialidad de Medicina familiar de la Clínica sede de este estudio, se diseñaron cuatro bases de datos; dos para la pirámide y otros dos para la CEBIF. Los datos se almacenaron en los programas excell y SPSS y se capturaron en la Facultad de Medicina de la UNAM.

5.10. Análisis estadístico:

Se realizó un análisis descriptivo (frecuencia, porcentaje, etc. De las variables).

5.11. Consideraciones éticas

De acuerdo con reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país ⁽⁴⁹⁾ el trabajo tiene conforme al título segundo capítulo 1, artículo 17 categoría "1" investigación sin riesgo debido a que los individuos que participaron en el estudio, únicamente, aportaron datos a través de una entrevista y se revisaron expedientes clínicos, lo cual no provoca daños físicos ni mentales, así mismo la investigación, no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenidos en la declaración de "Helsinki" de la asociación médica mundial⁽⁵¹⁾ enmendada en la 41ª. Asamblea médica mundial en Hong Kong en Septiembre de 1989.

➤ 6 RESULTADOS

➤ 6.1 CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF 3)

-El total de cédulas de identificación familiar aplicadas en el consultorio No.9 fueron 110 en su totalidad en el turno matutino.

➤ 6.1.1 IDENTIFICACIÓN DE LA FAMILIA

-EDAD

-La edad de la madre se identificó en un rango desde los 24 años hasta los 85 años con una media de 52.00 y una desviación estándar de 14.46. La edad del padre se encontró con un rango desde los 24 hasta los 92 años de edad con una media de 58.32 años y una desviación estándar de 15.15 años.

-ESCOLARIDAD

-En el rubro de escolaridad materna se obtuvo que el 6.36% no cuentan con ningún tipo de instrucción, el 11.8% con primaria completa, el 14.5% con secundaria completa, el 2.7% con carrera técnica de no más de 3 años, el 20% concluyó su bachillerato, el 11.8% con licenciatura terminada, y solo 4.5% con un postgrado. La escolaridad promedio fue de 9.83 años con una desviación estándar de 4.55 años.

-En cuanto a la escolaridad del padre el 3.7% no cuentan con ningún tipo de instrucción, el 15.4% con primaria terminada, 18.1% con secundaria terminada, 15.4% con preparatoria, 9.09% con licenciatura y el 14.5% con un posgrado. La escolaridad promedio fue de 10.67 años con una desviación estándar de 5.29 años.

➤ 6.1.2 ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

-Los antecedentes gineco-obstétricos de las madres de las familias encuestadas en el rubro de gestas muestran un promedio aproximado de 4 embarazos por cada mujer con un total de 457 gestas y una desviación estándar de 2.74 gestas (cuadro 1).

-En lo que se refiere a los partos se encontró un promedio de 3.03 por cada mujer con un total de 333 partos y una desviación estándar de 2.69. (cuadro1).

-El resultado en el apartado de abortos mostró un promedio de 0.55 eventos por cada mujer, con un total de 61 eventos y una desviación estándar de 0.96. (cuadro1).

-En lo referente a cesáreas se identifica un promedio de 0.53 eventos por cada mujer con un total de 58 y una desviación estándar de 0.92.(cuadro 1).

-En el momento de realizar el estudio se encontraron únicamente 5 mujeres embarazadas en la muestra lo que representa el 4.5% del total de la muestra.

Cuadro No.1
Antecedentes Gineco-Obstétricos de las Mujeres Encuestadas

ANTECEDENTES	NUMERO	PROMEDIO	MIN.	MÁX.	DESV. STD
GESTAS	457	4.15	0	14	2.74
PARTOS	333	3.03	0	10	2.69
ABORTOS	61	0.55	0	4	0.96
CESAREAS	58	0.53	0	3	0.92

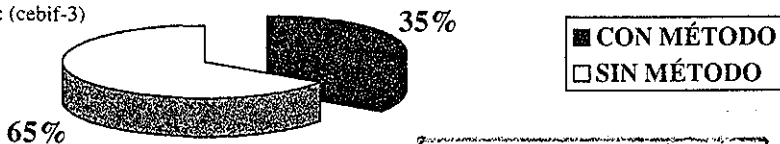
N=110 familias
Fuente: (cebif 3)

➤ 6.1.3 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

-En lo que se refiere a planificación familiar el 35.4% usaba algún método anticonceptivo, y el 64.5% no usaba ningún método.(figura 1)

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN TODAS LAS MUJERES DE 24-85 AÑOS

N=110 Familias
Fuente: (cebif-3)

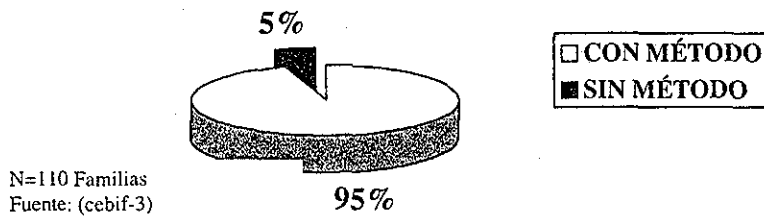


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Pero si contemplamos solo a las mujeres en edad reproductiva (18-45 años) obtenemos que el 95% utilizaba algún método anticonceptivo. (figura 2)

Figura 2.

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES DE 18-45 AÑOS



El tipo de métodos utilizados se muestra en el cuadro No. 2

Cuadro No.2

El tipo de métodos utilizados por las mujeres encuestadas

MÉTODO	No.USUARIAS	PORCENTAJE
OTB	23	20.9%
DIU	7	6.3%
H. ORALES	4	3.6%
PRESERVATIVOS	2	1.8%
VASECTOMÍA	0	0%
METODOS NATURALES	1	0.9%
HISTERECTOMIA	2	1.8%

N=110 familias
Fuente: (cebif 3)

-En cuanto a la planificación familiar paterna solo 2 varones utilizaban algún método lo que representa el 1.8% de la muestra de los cuales fueron 2 usuarios de preservativo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

-ESTADO CIVIL DE LOS CÓNYUGES

El estado civil de los cónyuges se muestra en el cuadro No. 3

Cuadro 3
Estado Civil de los cónyuges

EDO. CIVIL	No. Parejas	%
CASADOS	75	69.4
UNION LIBRE	6	5.6
DIVORCIADOS	8	7.4
VIUDOS	17	15.7
SOLTEROS	4	3.6
TOTAL	110	100

N=110 familias
Fuente: (cebif 3)

-AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL

-En lo que se refiere a los años de unión conyugal los porcentajes fueron muy diversos partiendo desde 3 parejas con 1 y 2 años de unión conyugal que representan el 3.6% de la muestra, hasta una pareja con 60 años de unión que representa el 0.9% el porcentaje más alto fue para las parejas con 20 años de unión que represento el 9.09% del total de la muestra.

La media general de la muestra fue de 23.07 años con una desviación estándar de 14.04 años.

-La encuesta fue respondida en su mayoría, por las esposas con el 38.1%, y esposos con 26.3%.

➤ 6.1.4 FACTORES DEMOGRAFICOS

-En Las familias encuestadas en un 30% se encontraban viviendo otras personas además de padre, madre e hijos en los domicilios con algún tipo de parentesco, y un 0.9% sin parentesco alguno, tales como compadres, amigos, etc.

-NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA

-El número de hijos según los grupos de edad utilizados se presentan en el Cuadro 4.

Cuadro 4.
Numero de los Hijos por grupo de edad

GRUPO DE EDAD	No. HIJOS	%
R/N A 1 AÑO	9	3.81%
1 A 4 AÑOS	11	4.66%
5-10 AÑOS	37	13.55%
11-19 AÑOS	130	30.0%
20 Ó MÁS AÑOS	343	47.88%
	TOTAL	TOTAL
N=110 Familias Fuente: (cebif 3)	530	99.99%

-CLASIFICACION DE LA FAMILIA

-En la clasificación estructural de la familia los resultados indicaron que la familia nuclear y sus subtipos fue la más frecuente; las demás variedades de familia se muestran en el cuadro 5.

Cuadro 5.
Clasificación de la Familia

TIPO DE FAMILIA	SUBTIPO	NUMERO	PORCENTAJE
NUCLEAR		59	53.63%
	SIMPLE	40	36.3%
	NUMEROSA	15	13.6%
	AMPLIADA	3	2.72%
	BINUCLEAR	1	0.9%
EXTENSA		36	31.73%
	ASCENDENTE	20	18.1%
	DESCENDENTE	16	14.5%
MONOPARENTAL		10	9.09%
	SIMPLE	10	9.09%
	AMPLIADA	0	0%
EQV. FAM.		0	0%
VIVE SOLA		4	3.6%
TOTAL		110	100%

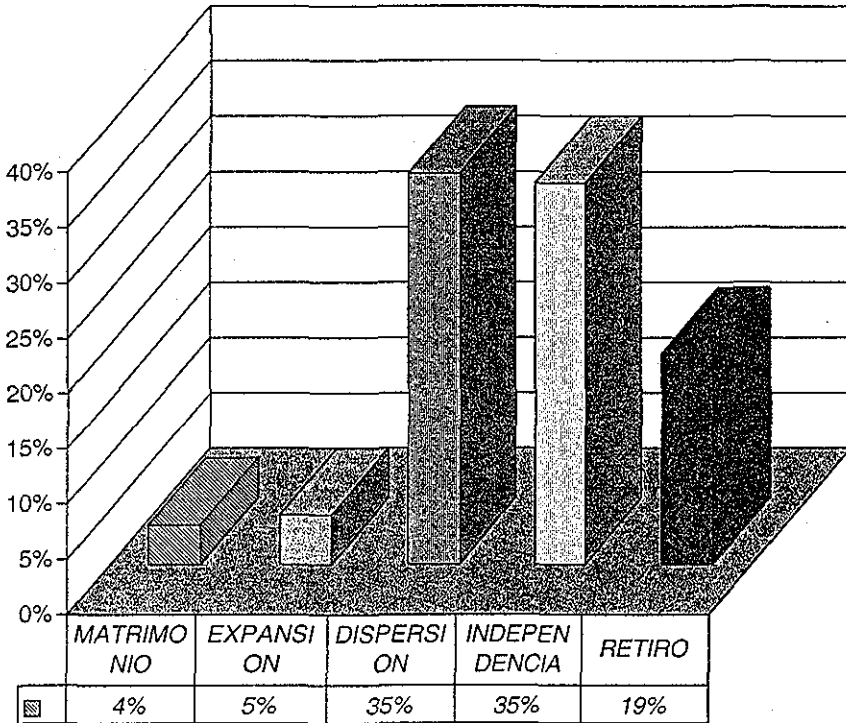
N=110 Familias
Fuente: (cebif 3)

-ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS

En lo referente a las diferentes etapas del ciclo vital en el que se encuentran las familias estudiadas los resultados se muestran en la figura 3.

Figura 3.

ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA



N=110 Familias
Fuente (cebif-3)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

➤ 6.1.5 APGAR FAMILIAR

-En cuanto al instrumento de evaluación denominado Apgar Familiar, que en esta encuesta fue utilizado sólo como instrumento de tamizaje y no como instrumento diagnóstico los resultados fueron los siguientes: Cuadro 6. Cabe mencionar que se encontró 10 familias encuestadas de las 110 se negó a contestar esté por razones personales.

Cuadro 6.
Evaluación de Apgar Familiar

PARÁMETRO DE FUNCIONALIDAD	PUNTUACION	FRECUENCIA	%
DISFUNCIONAL GRAVE	0-2	2	1.8%
DISFUNCIONAL LEVE	3-6	7	6.3%
FUNCIONAL	7-10	91	82.7%

N=110 Familias
Fuente: (cebif-3)

➤ 6.1.6 FACTORES ECONOMICOS

-PERSONAS QUE CONTRIBUYEN AL INGRESO FAMILIAR

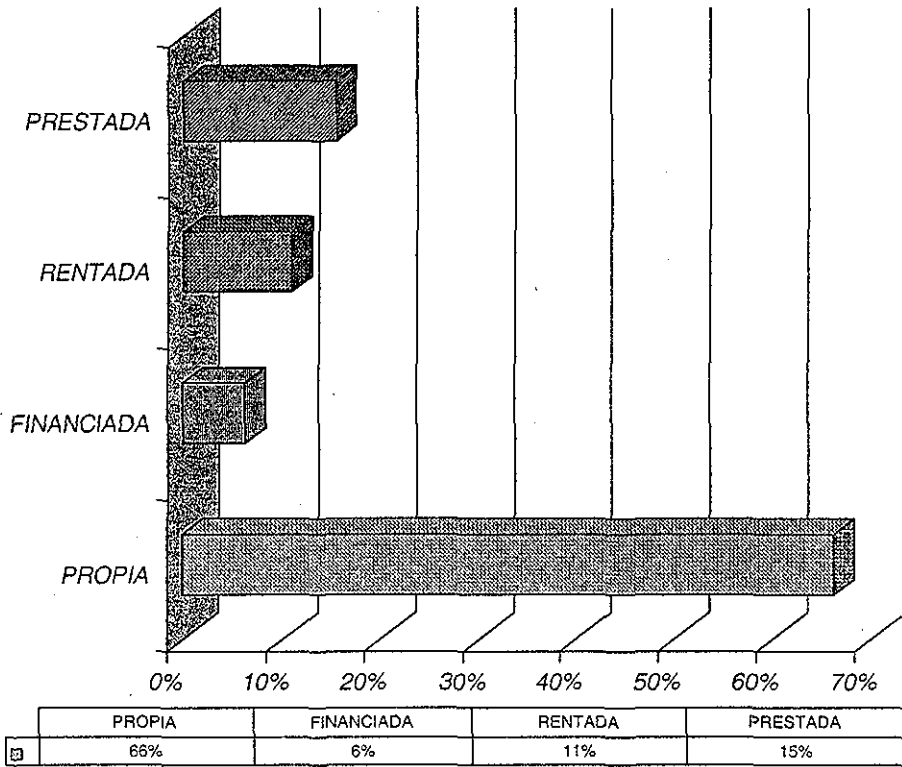
-En cuanto al número de personas que contribuyen al ingreso familiar en el 42.7% de los casos fue una sola persona, en el 40.9% dos personas y en el 16.36% más de tres personas.

-TIPO DE VIVIENDA

Los diferentes tipos de régimen de vivienda se representan a continuación en la figura No. 4, se observa que la más frecuente fue la propia con un 66.3%.

Figura No. 4

TIPO DE VIVIENDA



N=110 Familias
Fuente: (cebif 3)

-SERVICIOS MUNICIPALES O PUBLICOS

- El 100% de las familias encuestadas cuentan con agua intra domiciliaria intubada.
- El 86.9% cuenta con teléfono.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

-El 54.5% cuenta con automóvil.

-El 34.5% cuenta con computadora.

-EDUCACIÓN DE LOS HIJOS

-En cuanto a la educación de los hijos el 36.4 % asiste a escuela pública y tiene en promedio 2 hijos con este tipo de educación, el 21.8% asiste a escuela privada, el 8.1% tiene algún tipo de beca. Es decir el 41.8% de las familias evaluadas no envían hijos a la escuela, o bien por que no los tienen o no están en edad escolar.

-SERVICIOS COMUNITARIOS

-En lo que concierne al rubro de servicios en su comunidad, agua potable, drenaje, energía eléctrica, servicio telefónico, alumbrado público, pavimentación, banquetas y transporte público el 100% de las familias cuentan con estos servicios, solo el servicio de vigilancia cuenta con el 93.6% de cobertura.

➤ 6.1.7 INDICE SIMPLIFICADO DE MARGINACION FAMILIAR

Los apartados del índice simplificado de marginación familiar se presentaron en su mayoría, con valores tendientes hacia el riesgo muy bajo, con un 55.4% de familias con esta calificación. (Cuadros 7 Y 8)

Cuadro 7.

Índice Simplificado de Marginación Familiar

INDICADORES	CATEGORÍAS	PUNTUACION	No.FAM	%
INGRESO ECONOMICO	< 1 S. MINIMO	3	6	5.4
	1-2 S. MINIMOS	2	51	46.3
	3-4 S. MINIMOS	1	29	26.3
	5 O MAS S. MINIMOS	0	22	20
NUMERO DE HIJOS DEPENDIENTES	3 O MAS HIJOS	3	19	17.2
	2 O MAS HIJOS	2	25	22.7
	1 HIJO	1	24	21.8
	NINGÚN HIJO	0	40	36.3
ESCOLARIDAD MATERNA	SIN INSTRUCCIÓN	3	8	7.2
	PRIM. INCOMPLETA	2	15	13.6
	PRIM COMPLETA	1	14	12.7
	POST-PRIMARIA	0	71	64.5
HACINAMIENTO	5 O MAS PERSONAS	3	1	0.9
	4 PERSONAS	2	1	12.0
	3 PERSONAS	1	8	7.2
	1 A 2 PERSONAS	0	98	89.0

N=110 Familias
Fuente: (cebif 3)

Cuadro 8.

RESULTADOS EN NIVEL DE RIESGO

PUNTUACIÓN DEL RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-3 MUY BAJO	61	55.4%
4-6 BAJO	43	39.0%
7-9 ALTO	4	3.6%
10-12 MUY ALTO	0	0

N=110 Familias
Fuente (cebif 3)

➤ 6.1.8 REDES SOCIALES DE APOYO

En este apartado de redes sociales de apoyo el 43.6% se apoya en su pareja, el 42.7% en los servicios públicos, 39.1% en los hijos mayoresla 14.5% en padres y abuelos y el 18.2 en las prestaciones laborales.

➤ 6.1.9 DERECHOHABIENCIA A LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Las familias presentaron la siguiente distribución en cuanto a su derechohabiencia(cuadro 9)

Cuadro 9
Instituciones que otorgan servicios de salud a las familias.

Institución	No. Familias	%
IMSS	8	7.2%
SSA	5	4.5%
SEDENA	0	0%
PRIVADO	14	12.7%
ISSSTE	107	97.2%
DIF	0	0
PEMEX	1	0%
SEC.MARINA	0	0%
OTROS	0	0%

N=110 Familias
Fuente: (cebif 3)

➤ 6.1.10 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo y patología familiar presentaron los siguientes resultados.

CRÓNICO-DEGENERATIVAS:

Cuadro 10.

FACTORES DE RIESGO PARA DIABETES MELLITUS

DIABETES MELLITUS	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	17.2	13.6	2.72	11.8	22.7	68.0
SIN CONTROL	1.8	1.81	0	0	0	3.63
FINADO	2.72	1.81	0.9	15.4	7.2	28.1
TOTAL	21.7	17.2	3.6	27.2	30.0	100

N=110 Familias
Fuente: (cebif 3)

Cuadro 11

FACTORES DE RIESGO PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

HIPERTENSION	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	11.8	23.6	0.9	17.2	16.3	70
SIN CONTROL	0.9	2.72	0	0	0	3.63
FINADO	2.72	0	0.9	9.09	0.9	13.61
TOTAL	15.4	26.3	1.8	27.2	17.2	87.9

N=110 Familias
Fuente: (cebif 3)

Cuadro 12

FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES DEL CORAZON

ENFERMEDAD DEL CORAZON	PADRE %	MADRE %	HIJOS	ABUELOS	TIOS	TOTAL
EN CONTROL	4.54	5.45	0.9	4.54	4.54	19.97
SIN CONTROL	0	0.9	0	0	0	0.9
FINADO	3.63	0	1.81	10.9	0.9	17.2
TOTAL	7.27	6.36	2.72	15.4	5.4	38.1

N=110 Familias
Fuente: (cebif3)

Cuadro 13

FACTORES DE RIESGO PARA CANCER CERVICO-UTERINO

CaCu	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	0	0.9	0	0.9	2.7	4.56
SIN CONTROL	0	0	0	0	0	0
FINADO	0	0	0	2.7	1.8	3.63
TOTAL	0	0.9	0	3.6	3.6	9.09

N=110 Familias
Fuente: (cebif 3)

Cuadro 14

FACTORES DE RIESGO PARA CANCER DE MAMA

CA. DE MAMA	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	0	0	0	0	1.8	1.8
SIN CONTROL	0	0	0	0	0	0
FINADO	0	0.9	0.9	1.8	1.8	5.4
TOTAL	0	0.9	0.9	1.8	3.6	7.27

N=110 Familias
Fuente: (cebif 3)

Cuadro 15

FACTORES DE RIESGO PARA CANCER DE PRÓSTATA

CA. DE PRÓSTATA	PADRE %	MADRE %	HIJOS	ABUELOS	TIOS	TOTAL
EN CONTROL	0	0	0	0	0.9	0.9
SIN CONTROL	0	0	0	0	0	0
FINADO	0.9	0	0	3.6	0	4.5
TOTAL	0.9	0	0	3.6	0.9	5.4

N= 110 Familias

Fuente: (cebif 3)

Cuadro 16

FACTORES DE RIESGO PARA OTRO TIPO DE CANCER

OTRO CANCER	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	0	0	0	0.9	0.9	1.81
SIN CONTROL	0	0	0	0	0	0
FINADO	0	0	1.81	7.27	2.72	11.8
TOTAL	0	0	1.81	7.27	3.63	12.7

N=110 Familias

Fuente: (cebif 3)

Cuadro 17

FACTORES DE RIESGO PARA INSUFICIENCIA RENAL

INSUFICIENCIA RENAL	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	0	0.9	0.9	2.7	1.8	6.36
SIN CONTROL	0	0	0	0	0	0
FINADO	1.8	0	0	1.8	0.9	4.54
TOTAL	1.8	0.9	0.9	3.6	2.7	10.9

N=110 Familias

Fuente: (cebif 3)

Cuadro 18

FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR

ENF. CEREBROVASCULAR	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	0.9	0	0.9	2.72	0.9	5.4.
SIN CONTROL	0	0	0	0	0	0
FINADO	1.8	0	0.9	6.36	0.9	10
TOTAL	2.7	0	1.8	9.09	1.8	15.4

N=110 Familias

Fuente: (cebif 3)

Cuadro 19

FACTORES DE RIESGO PARA ASMA

ASMA	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	0	0.9	3.6	0.9	0.9	6.36
SIN CONTROL	0	0	0	0	0	0
FINADO	0	0	0	1.8	1.8	3.63
TOTAL	0	0.9	3.6	2.7	0	9.99

N=110 Familias

Fuente: (cebif 3)

INFECCIOSAS:

Cuadro 20

FACTORES DE RIESGO PARA SIDA

SIDA/VIH	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	0	0	0	0	0	0
SIN CONTROL	0	0	0	0	0	0
FINADO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0

N=110 Familias

Fuente: (cebif 3)

Cuadro 21

FACTORES DE RIESGO PARA OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

OTRO ENF. DE TRANSM. SEXUAL	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	0	0	0.9	0	0	0.9
SIN CONTROL	0	0	0	0	0	0
FINADO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0.9	0	0	0.9

N=110 Familias

Fuente: (cebif 3)

Cuadro 22

FACTORES DE RIESGO PARA HEPATITIS "B" Y "C"

HEPATITIS "B" Y "C"	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	0.9	0.9	1.8	0.9	0	4.5
SIN CONTROL	0	0	0	0	0	0
FINADO	0	0	0	0	0.9	0.9
TOTAL	0.9	0.9	1.8	0.9	0.9	5.4

N=110 Familias

Fuente: (cebif 3)

Cuadro 23

FACTORES DE RIESGO PARA TUBERCULOSIS PULMONAR

TB. PULMONAR	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	0	0	0	0	0	0
SIN CONTROL	0	0	0	0	0	0
FINADO	0	0	0	0.9	0	0.9
TOTAL	0	0	0	0.9	0	0.9

N=110 Familias

Fuente: (cebif 3)

TRASTORNOS DE LA NUTRICION:

Cuadro 24

FACTORES DE RIESGO PARA DESNUTRICIÓN

DESNUTRICIÓN	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	0	0	0	0	0	0
SIN CONTROL	0	0	0.9	0	0	0.9
FINADO	0	0	0	0.9	0	0.9
TOTAL	0	0	0.9	0.9	0	1.8

N=110 Familias
Fuente: (cebif 3)

Cuadro 25

FACTORES DE RIESGO PARA OBESIDAD

OBESIDAD	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	2.7	6.36	0.9	1.8	3.6	15.4
SIN CONTROL	1.8	7.27	4.5	2.7	10.9	27.2
FINADO	0	0	0	0.9	0	0.9
TOTAL	4.5	13.6	5.4	5.4	14.5	43.6

N=110 Familias
Fuente: (cebif 3)

Cuadro 26

FACTORES DE RIESGO PARA ANOREXIA Y BULIMIA

ANOREXIA/BULIMIA	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	0	0	0	0	0	0
SIN CONTROL	0	0	0	0	0	0
FINADO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0

N=110 Familias
Fuente: (cebif 3)

OTROS:

Cuadro 27

FACTORES DE RIESGO PARA TABAQUISMO

TABAQUISMO	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	7.2	1.8	1.8	1.8	0	12.7
SIN CONTROL	17.2	3.6	5.4	0.9	9.09	36.3
FINADO	1.8	0	0	2.7	0.9	5.4
TOTAL	26.3	5.4	7.2	5.4	10.9	54.5

N=110 Familias
Fuente: (cebif 3)

Cuadro 28

FACTORES DE RIESGO PARA ALCOHOLISMO

ALCOHOLISMO	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	4.5	0	0	0.9	1.8	7.2
SIN CONTROL	7.2	0	0	0.9	2.7	10.9
FINADO	0.9	0	0.9	7.2	0.9	10.0
TOTAL	12.7	0	0.9	10.0	5.4	28.2

N=110 Familias
Fuente: (cebif 3)

Cuadro 29

FACTORES DE RIESGO PARA OTRAS FARMACODEPENDENCIAS

OTRAS FARMACODEP.	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	0	0	0.9	0	0	0.9
SIN CONTROL	0	0	0	0	0.9	0.9
FINADO	0	0	0.9	0	0	0.9
TOTAL	0	0	1.8	0	0	2.7

N=110 Familias
Fuente: (cebif 3)

Cuadro 30

FACTORES DE RIESGO PARA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	0	1.8	0	0	0	1.8
SIN CONTROL	1.8	0.9	0	1.8	1.8	6.3
FINADO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1.8	2.7	0	1.8	1.8	8.1

N=110 Familias

Fuente: (cebif 3)

Cuadro 31

FACTORES DE RIESGO PARA OTRAS ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS

ENF. PSIQUIATRICAS	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	0.9	0.9	1.8	0	1.8	5.4
SIN CONTROL	0	0.9	0.9	0	0.9	2.7
FINADO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0.9	1.8	2.7	0	2.7	8.1

N=110 Familias

Fuente: (cebif 3)

Cuadro 32

FACTORES DE RIESGO PARA RIESGO OCUPACIONAL

RIESGO OCUPACIONAL	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	3.6	0	0	0	0.9	4.5
SIN CONTROL	0	0	0	0	0	0
FINADO	1.8	0	0	0	0	1.8
TOTAL	5.4	0	0	0	0.9	6.3

N=110 Familias

Fuente: (cebif 3)

Cuadro 33

FACTORES DE RIESGO PARA DISCAPACIDAD

DISCAPACIDAD	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	0	1.8	1.8	0	0	3.6
SIN CONTROL	0	0	0.9	0	0	0.9
FINADO	0	0	0	0	0	0
TOTAL		1.8	2.7	0	0	4.5

N=110 Familias
Fuente: (cebif 3)

Cuadro 34

FACTORES DE RIESGO PARA CARIES DENTAL

CARIES DENTAL	PADRE %	MADRE %	HIJOS %	ABUELOS %	TIOS %	TOTAL %
EN CONTROL	21.8	18.1	18.18	0.9	1.8	60.72
SIN CONTROL	13.63	15.45	6.36	0	1.81	37.27
FINADO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	35.4	33.6	24.5	0.9	3.6	98.0

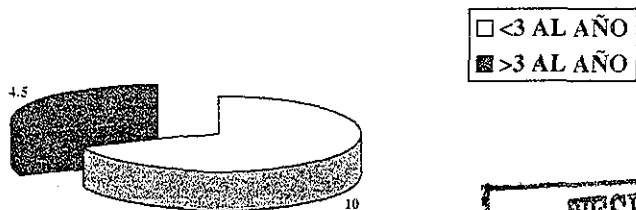
N=110 Familias
Fuente: (cebif 3)

➤ 6.1.11 ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO

En la siguiente gráfica se muestra el porcentaje de niños con más de 3 y con menos de 3 infecciones de vías respiratorias agudas al año. (figura 5)

Figura 5

PORCENTAJE DE INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS



N=110 Familias
Fuente (cebif 3)

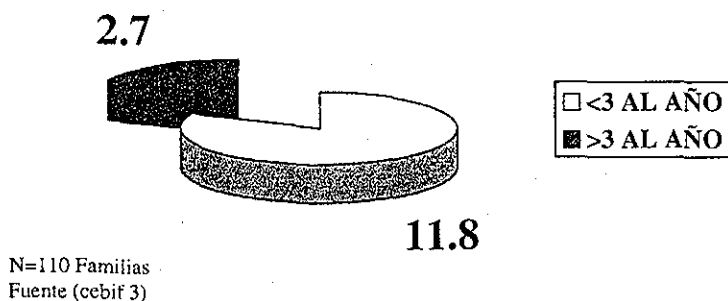
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

62

En la siguiente gráfica se muestra el porcentaje de niños con más de 3 y con menos de 3 cuadros de enfermedad diarreica aguda al año. (figura 6)

Figura 6

PORCENTAJE DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS



➤ 6.1.12 VACUNACIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL

-El 100% de los niños de 0-1 años de edad, cumplieron con los esquemas de vacunación en tiempo y al igual, que el 100% de los niños de 1 a 5 años, en cuanto al estado nutricional no se encontró un caso de desnutrición, ni de obesidad encontrándose en ambos grupos de edad en el parámetro de estado de nutrición normal

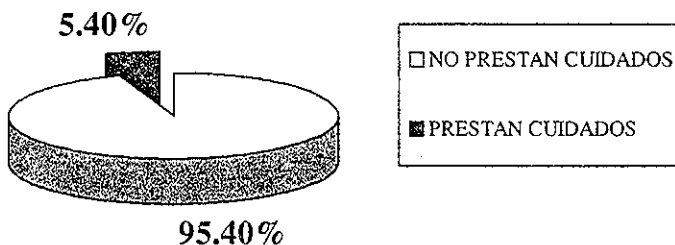
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

➤ 6.1.13 APOYO A CUIDADORES

En el rubro de apoyo de cuidadores el resultado es el siguiente (figura 7)

Figura 7

FAMILIAS EN LAS QUE ALGUN MIEMBRO PROPORCIONA CUIDADOS CONTINUOS A UNA PERSONA ENFERMA



N=110 Familias
Fuente (cebif 3)

De las familias en las que si se proporcionan cuidados para algún miembro de la familia u otra persona se encontró que la madre es la que con mayor frecuencia otorga los cuidados (cuadro 36)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 36

PORCENTAJE DE MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE BRINDAN LOS CUIDADOS.

MIEMBRO DE LA FAMILIA	PORCENTAJE
PADRE	0%
MADRE	3.6%
HIJO	0.9%
HERMANO	0%
OTRO	0%
TOTAL	5.4%

N= 110 Familias
Fuente (cebif 3)

-De las personas a las que se les proporcionan los cuidados en su mayor parte fueron los hijos, el resto de los resultados se observan en el cuadro 37

Cuadro 37

PERSONAS A LAS QUE SE LE PROPORCIONAN LOS CUIDADOS

PERSONA	PORCENTAJE
MADRE	0%
HIJO	2.7%
HERMANO	0.9%
ABUELO	0.9%
VECINO	0%
OTRO	5.4%

N=110 Familias
Fuente (cebif 3)

El orden de los padecimientos que con mas frecuencia ameritaron cuidados por alguna persona fueron con mayor frecuencia el asma, la demencia, y la ulcera varicosa, los resultados se pueden observar en el cuadro 38.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 38

MOTIVO POR EL QUE SE NECESITAN LOS CUIDADOS DE ALGUNA PERSONA

MOTIVO	PORCENTAJE
DÉFICIT MENTAL	1.8%
ENF. PSIQUIATRICA	0.9%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	0.9%
EDAD AVANZADA	0.9%
TOTAL	5.4%

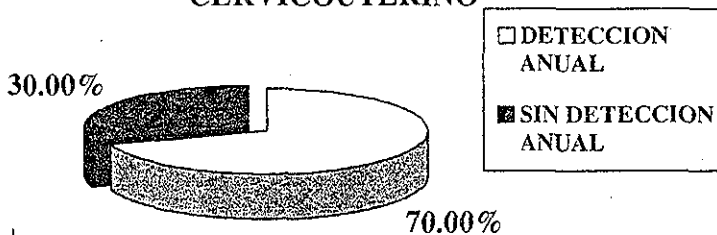
N=110 Familias
Fuente (cebif 3)

➤ 6.1.14 DETECCIÓN DE CANCER

En el apartado de detección para cáncer cervico uterino, se obtuvo que el 70% se realizan el examen de detección anual. (Figura 8)

Figura 8

PORCENTAJE DE PACIENTES CON DETECCION ANUAL DE CANCER CERVICOUTERINO



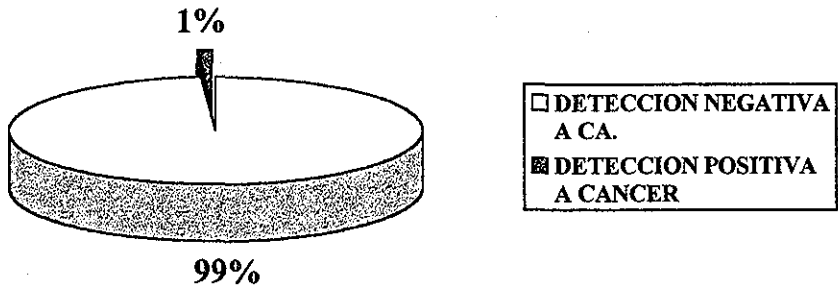
N=110 Familias
Fuente (cebif 3)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En la detección de cáncer cervico uterino se encontraron que el 99% son negativos (Figura 9)

Figura

DETECCION DE CaCu POSITIVO A CANCER EN ALGUN GRADO

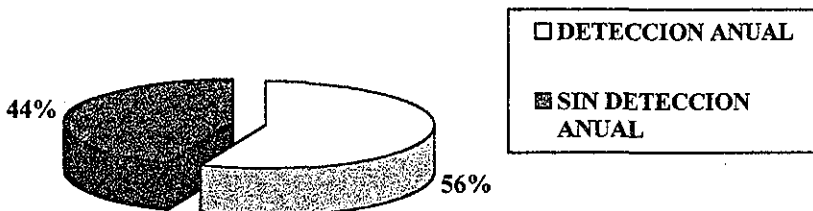


N=110 Familias
Fuente (cebif 3)

Para el apartado de detecciones de cáncer mamario se realizan el examen de detección anual el 56% de las mujeres encuestadas, figura 10

Figura 10

PORCENTAJE DE PACIENTES CON DETECCION ANUAL DE CA. MAMARIO



N=110 Familias
Fuente (cebif 3)

De total de pacientes evaluadas con este instrumento y sus familias, el 0.9% fueron positivas a cáncer de mama en alguno de sus grados.

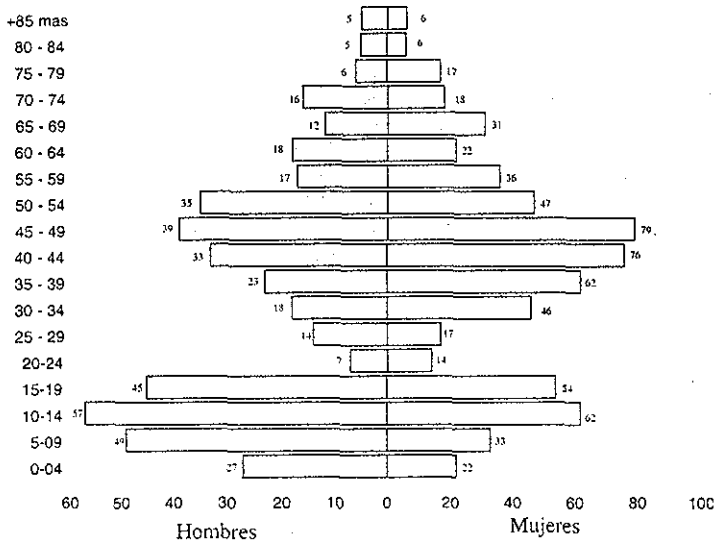
TESIS CON
TALLA DE ORIGEN

6.2 PIRÁMIDE POBLACIONAL

La pirámide de población del consultorio número 9 se presenta a continuación en la figura número 11.

En esta pirámide poblacional se encontró que hay un total de 1074 personas de las cuales el 60.3 % correspondió a mujeres, y el 39.7 % a hombres, también se observó que las edades de los 40 a los 64 años, es la que más predominó con un 37.5 % de toda la población en general, en lo que respecta a las mujeres en edad reproductiva se obtuvo un 31.7 %, y de los adultos en plenitud con un 10.3 % de estos, sin olvidar que nos enfrentamos a una décima parte de la población total. También es importante mencionar que en las edades de 0 a 4 años solo hay 49 niños que representa el 4.5 % del total, lo que explica que nos enfrentamos a una población con muy pocos niños y en su mayoría corresponde a los adultos mayores.

Figura 11
Pirámide Poblacional
U.M.F. Gustavo A. Madero, ISSSTE
Consultorio 9



6.3 PROGRAMAS PRIORITARIOS

Los programas prioritarios son las estrategias operativas que norman los criterios de atención y conducta profesional del personal de salud que se deben seguir hacer frente a las prioridades nacionales, estatales locales e institucionales de lo que a salud se refiere.

6.3.1 ATENCIÓN AL NIÑO SANO ¹⁰⁻¹⁸⁾

GRUPO DE EDAD AL QUE VA DIRIGIDO

Para mejorar lo actuales niveles de salud del niño, mediante la integración de los programas de prevención y control de las enfermedades que con mayor frecuencia pueden afectarlos, el Gobierno Federal, por conducto de la Secretaria de Salud y del Consejo Nacional de Vacunación ha considerado normar el siguiente Programa en relación con la salud del niño.

Este Programa es dirigido a niños menores de cinco años de edad.

OBJETIVO PRINCIPAL

Teniendo como objetivo principal establecer los requisitos que deben seguirse para asegurar la atención integrada, el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación, la prevención y el control de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, vigilancia del estado de nutrición y crecimiento y el desarrollo de los niños menores de 5 años.

ESTRATEGIAS

La estrategia para asegurar la atención integrada la constituye la consulta completa que incluye: identificación de factores de mal pronóstico, evaluación clínica y clasificación, tratamiento adecuado, capacitación a la madre sobre identificación de los signos de alarma, cuidados generales en el hogar y seguimiento de los casos.

ACCIONES

Mediante el conjunto de acciones proporcionando al menor de cinco años en la unidad de salud independientemente del motivo de consulta que incluyen: vigilancia del esquema de vacunación, vigilancia en la nutrición, atención motivo de la consulta, capacitación a la madre y atención de la salud de la madre.

6.3.2 PLANIFICACIÓN FAMILIAR⁽³⁰⁻³⁴⁾

GRUPO AL QUE VA DIRIGIDO

La diferente valoración social de lo femenino y lo masculino, y la división sexual del trabajo, determinan inequidades sociales entre varones y mujeres que se expresan en diferencias en el acceso de los recursos, la información y prestación de servicios, en el grado de autonomía que cada uno(a) tiene, en el papel que desempeñan en la familia y en la sociedad y en la valoración de retribución social de su trabajo. Lo que a su vez se traduce de diferentes maneras en la salud reproductiva de la población con especiales desventajas para las mujeres.

Debido a su estatus legal y cultural, las mujeres enfrentan rezagos que es necesario atender para contribuir al mejoramiento de su condición. Por ello se requiere alentar a la apropiación y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, así como promover la responsabilidad de los varones en el ejercicio de reconocer la forma en que los patrones culturales de la masculinidad – feminidad se constituyen en factores que afecta la salud sexual y reproductiva de varones y mujeres.

Programa dirigido hombres y mujeres en edad reproductiva principalmente, sin embargo tiene cabida a la población universal.

OBJETIVO PRINCIPAL

Con el objetivo de garantizar a toda la población el acceso universal a información, orientación y servicios de alta calidad de planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva, con opciones múltiples de métodos anticonceptivos efectivos, seguros y aceptables para todas las fases de la vida reproductiva, que permitan el libre ejercicio del derecho a decidir el número y espaciamiento de los/las hijos(as) y mediante un procedimiento de consentimiento informado. Los servicios deberán ser proporcionados con absoluto respeto a la dignidad de las personas y de las parejas de acuerdo con los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993) y atendiendo a la diversidad y étnica del país.

METAS

Las metas se establecieron de acuerdo con los lineamientos del Programa de Población y del Programa del Sector Salud para el mismo periodo. Las metas responden a los objetivos planteados y se dividen en metas de cobertura y metas de impacto.

- **Metas de cobertura:** la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos con respecto a las mujeres unidas en edad fértil deberá aumentar a 70.2% para el año 2000. Para alcanzar esta meta, se requerirá incrementar la prevalencia en el área rural a 57% y mantener la del área urbana por arriba del 70%. El cumplimiento de esta meta representa alcanzar un número absoluto de 12.6 millones de usuarias (os) en el año 2000. Deberá darse particular atención a la reducción de las necesidades y demandas no satisfechas con énfasis en los grupos más vulnerables de la población. Para incrementar la calidad en la prestación de los servicios de la planificación familiar, la oferta de métodos anticonceptivos deberá ser lo suficientemente amplia para cubrir las necesidades, percepciones y demandas de la población usuaria.
- **Metas de impacto:** para fortalecer el crecimiento armónico de la población y desarrollo sostenido del país, la tasa global de fecundidad deberá disminuir a 2.4 hijo por mujer en el año 2000. De esta manera el Programa de Planificación Familiar contribuye a incrementar la calidad de vida y el bienestar de los individuos y de las familias mexicanas. A través de la ampliación de la cobertura de los servicios y de la comunicación educativa y social, se postergará la edad de la madre al nacimiento del/la primero(a) y se ampliará el espacio intergenésico; con estos dos comportamientos, se favorecerá la terminación temprana de la fecundidad.

ESTRATEGIAS

Estrategias generales: descentralización de los servicios de salud y planificación familiar; ampliación de la cobertura y mejoramiento de la calidad de servicios e información, educación y comunicación.

ACCIONES

Líneas de acción:

- De acuerdo con el artículo 17 de la Ley General de Población vigente, la información, educación y los servicios de planificación familiar, los insumos anticonceptivos, serán gratuitos en todas las instituciones, dependencia y organismos del Sector Público.
- La información y la prestación de servicios en planificación familiar deberá realizarse con apego a la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, por lo que deberá difundirse ampliamente su contenido y vigilar su aplicación en los sectores público, social y privado.

- Diversificar y fortalecer las estrategias de información y comunicación educativa y social que promuevan una cultura demográfica y la adopción de actitudes y prácticas de planificación familiar, favoreciendo la postergación del primer nacimiento, el espaciamiento intergenésico y la terminación temprana de la reproducción. Asimismo, se promoverá el concepto de derechos sexuales y reproductivos.
- Ampliar la gama de métodos anticonceptivos efectivos y seguros para garantizarla satisfacción de las necesidades, percepción y preferencias de la población usuaria.
- Promover la prestación de servicios de planificación familiar con un enfoque de riesgo y dentro del marco integral de la salud reproductiva.
- Reforzar el consentimiento informado con las actividades de consejería e información sobre los diversos métodos anticonceptivos, con el fin de propiciar decisiones libres, responsables y bien informadas.
- Fortalecer las acciones para atender las demandas y necesidades no satisfechas de métodos anticonceptivos a través de la coordinación interinstitucional y del mejoramiento del acceso a información y servicios

6.3.3 SALUD REPRODUCTIVA ^(22,25-30)

6.3.3.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS/LAS ADOLESCENTES .

GRUPO DE EDAD AL VA DIRIGIDO

Dirigido a la población universal, pero principalmente a hombres y mujeres del grupo de edad de los diez años a los dieciocho años.

OBJETIVO PRINCIPAL

Como objetivo principal es proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población adolescente a la información , educación comunicación y servicios de salud sexual y reproductiva con una visión integral que fomente actitudes y conductas responsables y que permita a este grupo etáreo de la población asumir su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgos, asó como incrementar su autoestima. Las acciones en salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes deberá salvaguardar las condiciones de intimidad, confidencialidad y consentimiento basado en una información correcta.

METAS

Metas cobertura: información, educación y comunicación sobre salud sexual y reproductiva de la población, por lo que se proporcionará información amplia a todos los/las adolescentes para propiciar el autocuidado de su salud, prevenir embarazos no deseados y no planeados, así como reducir la incidencia del aborto y de las enfermedades de transmisión sexual. Para el año 2000 deberá ampliarse la cobertura de servicios específicos de atención a la salud integral de los/las adolescentes poniendo énfasis en la salud sexual y reproductiva en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre los /las adolescentes que ya hayan iniciado una vida sexual se incrementará al 60% con particular cuidado en el uso de estrategias que prevengan embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. Los servicios para la población adolescente deberá incluir atención de calidad durante las etapas prenatal, del parto y del puerperio, así como en las complicaciones del aborto al 100% de las adolescentes embarazadas; a la vez se reforzará la orientación-consejería sobre anticoncepción post-evento.

Metas de impacto: La meta prioritaria de impacto en la atención de salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes para el año 2000 es que en este grupo de la población asuma su sexualidad de manera responsable y sin riesgos. Los embarazos no deseados en mujeres menores de 20 años deberán reducirse en un 50%, lo cual, aunado a la atención de calidad de las adolescentes embarazadas, contribuirá a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Con este contribuirá a mejorar la calidad de vida del adolescente y se facilitará su acceso a las oportunidades de educación y empleo.

ESTRATEGIAS

Estrategias generales: Ampliación de la cobertura y mejoramiento de la calidad de servicios e información, educación y comunicación.

ACCIONES

- Establecer mecanismos permanentes de información, educación y comunicación multimedia sobre salud sexual y reproductiva dirigidos a la población adolescente, a través de la concertación interinstitucional, intersectorial y con organizaciones no gubernamentales.
- Conformar redes de centros de orientación y servicios integrales de salud con énfasis en salud sexual y reproductiva con criterios uniformes y sistemas de referencia para la atención de los/las adolescentes
- Solicitar a través de educación formal y mediante educación en servicio, a personal de diferentes en la atención a la salud integral de los/las adolescentes.

- Solicitar la prestación de servicios de regulación de la fertilidad con particular atención al seguimiento de los/las usuarios (as) y a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- Establecer servicios de atención integral a las adolescentes embarazadas, incluyendo el manejo adecuado de las complicaciones del aborto y la orientación – consejería sobre anticoncepción.
- Promover el uso del condón entre los jóvenes para prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

6.3.3.2 SALUD PERINATAL

GRUPO DE EDAD AL QUE VA DIRIGIDO

Encaminado a mujeres que cursan en algún trimestre de embarazo con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

OBJETIVO PRINCIPAL

Garantizar EL Derecho de las mujeres a información apropiada y servicios de calidad en salud perinatal, que incluyan el fomento de la nutrición materna, control prenatal con énfasis en los embarazos de alto riesgo, en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, en el manejo de las complicaciones del aborto, así como atención adecuada del parto, acceso a los servicios obstétricos de emergencia, atención del puerperio, orientación – consejería en anticoncepción post-evento obstétrico con total respeto a los derechos reproductivos, atención del/la recién nacido (a) y lactancia materna exclusiva. La misión primordial de la salud perinatal en el contexto integral de la salud reproductiva es lograr una maternidad sin riesgos en la población.

METAS

- Metas de cobertura: para el año 2000 el acceso universal a información y servicios integrales de salud reproductiva favorecerá una maternidad sin riesgo en las mujeres embarazadas, con énfasis en los grupos más vulnerables de la población. Se deberá hacer hincapié en el manejo adecuado de los embarazos de alto riesgo y en la prevención de enfermedades de transmisión sexual y de la transmisión vertical por el VIH. La atención prenatal de calidad deberá otorgarse mediante el enfoque de riesgo mínimo de cinco consultas durante el embarazo e incluirá orientación adecuada a las mujeres sobre los cuidados y signos de riesgo. Se dará tratamiento a todas las embarazadas que acudan a consulta prenatal y presenten anemia ferropriiva. En la

poblaciones de riesgo deberá aplicarse el esquema completo de toxoide tetánico al 100% de las embarazadas..

La atención del parto y del puerperio deberá ser proporcionada a todas la mujeres embarazadas; este servicio estará a cargo de personal capacitado en las áreas urbanas y rurales, incluyendo a las pateras tradicionales; a la vez, se fortalecerá la orientación-consejería pst-evento obstétrico. La operación cesárea en la resolución del trabajo de parto deberá limitarse a indicaciones precisas y a la reducción de su frecuencia a menos del 20% en el año 2000.

Con el fin de prevenir el retraso mental secundario a hipotiroidismo congénito y otros defectos al nacimiento prevenibles, se ampliará en el año 2000 la cobertura del tamiz neonatal al 50% de los/las recién nacidos (as) atendidos (as>) en instituciones del Sector Salud.

Para incrementar la calidad de la atención perinatal y fomentar la cultura y la práctica de la lactancia materna y el alojamiento conjunto se fortalecerá la iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre. Para el año 2000, todas las unidades del Sector Salud que proporcionen atención obstétrica deberán estar certificadas.

- Metas de impacto: Con los servicios e información de salud perinatal se reducirá, para el año 2000, la tasa de mortalidad materna en un 50% y la tasa de morbilidad hebdomadal en un 20% con respecto a los registros de 1990. Se disminuirá la anemia ferropiva en el 70% de las embarazadas con control prenatal. Se reducirá a menos del 7% la tasa de bajo peso al nacimiento y se eliminará la mortalidad por tétanos neonatal. La prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los primeros cuatro meses de la vida se incrementará a 85% para el año 2000.

ACCIÓNES

- Fortalecer las actividades de comunicación educativa y social para informar a la población sobre las características del curso normal del embarazo, parto y puerperio, importancia de la atención prenatal y del reconocimiento temprano de alteraciones durante la gestación. La información deberá incluir el acceso a los servicios de salud perinatal en los diferentes niveles de la atención.
- Capacitar a los/las prestadores (as) de servicios de salud perinatal en el manejo integral de la gestación bajo un enfoque de riesgo reproductivo, con particular énfasis en la población más vulnerable, incluida en el área rural, urbano-marginada y las comunidades indígenas. La capacitación deberá realizarse de acuerdo con los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de Salud Perinatal y estableciendo mecanismos de vigilancia en su aplicación.
- Intensificar la promoción y prestación de servicios en atención prenatal, a la vez que se fomentará el autocuidado y la nutrición materna para detectar en forma temprana las complicaciones obstétricas y los padecimientos concurrentes con el embarazo.

- Inmunizar con toxoide tetánico a todas las mujeres embarazadas en zonas de riesgo y promover, además la atención del parto limpio.
- Reforzar la atención de calidad durante el puerperio y proporcionar servicios de anticoncepción post-parto y post-cesárea con métodos que no interfieran con la lactancia materna.

6.3.3.3 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

EDAD AL QUE VA DIRIGIDO

Este programa esta dirigido a la población universal principalmente adolescentes y el grupo en edad reproductiva.

OBJETIVO PRINCIPAL

En el marco integral de la salud reproductiva, ampliar el acceso de la población a información apropiada y servicios de calidad para la prevención, diagnóstico temprano y manejo de las enfermedades de transmisión sexual. En el caso de VIH/SIDA, colaborar con las instancias normativas a la prevención, diagnóstico y referencia de casos.

METAS

- Metas de cobertura: Con el propósito de brindar los elementos para que se asuma la sexualidad de manera responsable y bien informada, durante el periodo 1995 – 2000 se ampliará la cobertura de comunicación educativa y social acerca de las principales enfermedades de transmisión sexual, su frecuencia, mecanismos de prevención y contagio, así como el reconocimiento temprano de síntomas.

En el marco de salud reproductiva y planificación familiar, durante el periodo de 1995-2000 se ampliará la oferta de servicios de calidad en el primer nivel de atención para la prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y referencia de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, con particular énfasis en los grupos con prácticas de riesgo. Los servicios deberán incluir el seguimiento epidemiológico de los contactos.

Durante el periodo de 1995 – 2000 se ampliarán los servicios para la detección oportuna y manejo adecuado de sífilis en mujeres gestantes y proporcionará atención oportuna al/la recién nacido (a).

- Metas de impacto: Como resultado de las acciones de información y servicios de salud reproductiva, la incidencia de enfermedades de transmisión sexual en toda la

población disminuirá en 30% para el año 2000. Durante el mismo periodo, se eliminará la sífilis congénita. en el caso de VIH/SIDSA se contribuirá a la prevención, diagnóstico y referencia.

ACCIONES

- Instrumentar un programa permanente de comunicación educativa y social que propicie en toda la población cambios y actitudes en el ejercicio responsables y seguro de la sexualidad y proporcione información sobre las enfermedades sexualmente transmisibles.
- Incorporar en el primer nivel de atención, información y servicios contra enfermedades de transmisión sexual mediante la capacitación apropiada en el marco de la atención integral en salud reproductiva. La prestación de servicios deberá realizarse con un enfoque sindromático para el diagnóstico temprano, manejo y referencia oportunos, a la vez se fortalecerá la notificación y registro de nuevos casos.

6.3.3.4 CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

GRUPO DE EDAD AL QUE VA DIRIGIDO

Para el grupo de mujeres de 45 años en adelante

OBJETIVO PRINCIPAL

mejorar la salud de las mujeres en la etapa posreproductiva. instrumentar acciones de comunicación educativa y social, así como de prestación de servicios en diferentes niveles de atención, para el manejo del síndrome climatérico y la condición post-menopáusica con el fin de prevenir complicaciones.

METAS

- Metas de cobertura: Durante el periodo 1995-2000 se implantará un programa de comunicación educativa y social sobre las características de esta etapa de la vida de las mujeres en la que cesa la función reproductiva. En este programa se advertirá de la sintomatología que conforma el síndrome climatérico y de las complicaciones a corto, mediano y largo plazo de la condición post-menopáusica. Además , se

instrumentarán servicios de calidad en énfasis en el primer nivel de la atención para brindar orientación- consejería, manejo oportuno y referencia de las complicaciones.

- Metas de impacto: A través de estos servicios se mejorará la calidad de vida en la etapa post- reproductiva de las mujeres prolongando los años de vida saludable, disminuyendo los efectos deletéreos y previniendo las complicaciones.

6.3.4DETECCION OPORTUNA DE CÁNCER CERVICO-UTERINO Y MAMA. ⁽³¹⁻³⁾

GRUPO DE EDAD AL QUE VA DIRIGIDO.

El cáncer cérvico uterino ocupa el primer lugar de incidencia causada por tumores malignos y la primera causa de mortalidad relacionada con las neoplasias malignas en la población en general. El cáncer de mama, ocupa el segundo lugar de incidencia causada por tumores malignos, y el tercero en muerte.

El programa esta dirigido a mujeres de 25 a 64 años de edad.

OBJETIVO PRINCIPAL.

El objetivo de esta norma, esta encaminada a uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino y de mama y tener una reducción de la morbilidad y mortalidad que este padecimiento ocasiona.

ACCIONES.

Las acciones preventivas del cáncer cérvico uterino y de mama van orientadas a tener una conducta de auto cuidado en el grupo de riesgo, conocer los factores desencadenantes etc. La acción de diagnóstico en cuanto a la enfermedad , esta encaminada a la realización de la prueba de papanicolaou cada año y la autoexploración de mamas cada mes. La acción de control y de rehabilitación será sometida a un segundo o tercer nivel de atención en conjunto con el médico de primer nivel de atención.

METAS.

Tener una cobertura amplia y adecuada del programa, brindar orientación educativa a cada derechohabiente, realización de papanicolauo de las mujeres de 25 a 65 años de la clínica. Así como exploración mamaria mensual.

6.3.5 CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS⁽³⁴⁻³⁵⁾

6.3.5.1 DIABETES MELLITUS.

GRUPO DE EDAD AL QUE VA DIRIGIDO.

Existe en nuestro país mas de cuatro millones de personas afectadas por la diabetes mellitus, poco más de un millón no ha sido diagnósticada. El grupo de edad en riesgo es de los 20 a los 69 años de edad, hombres y mujeres.

OBJETIVO PRINCIPAL.

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, además de observancia obligatoria en el territorio nacional para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores públicos social y privado que presten servicios de atención a la diabetes en el sistema nacional de salud.

ACCIONES.

Esta norma tiene los procedimientos y acciones para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de la diabetes, tendientes a disminuir la incidencia de esta enfermedad, y para establecer programas de atención médica idóneos a fin de lograr un control efectivo del padecimiento y reducir sus complicaciones y su mortalidad.

METAS.

Evitar o retardar la aparición de diabetes en la población con riesgo, a través de promova la salud y realización de estudios de laboratorio.

**ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA**

6.3.5.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

GRUPO DE EDAD AL QUE VA DIRIGIDO.

La hipertensión arterial esencial o primaria es un padecimiento crónico de alta prevalencia, que ocasiona un gran número de muertes e incapacidades en nuestro país.

El grupo de personas con riesgo de padecer es en ambos sexos de 20 a 69 años.

OBJETIVO PRINCIPAL

Esta guía tiene como objetivo orientar al personal de salud en los procedimientos operativos de la prevención y el control de la hipertensión arterial esencial en la atención primaria de salud, e influir en los factores de riesgo de enfermedades aterosclerosas para reducir específicamente la morbimortalidad por cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular

ACCIONES.

La acción preventiva de la hipertensión esta encaminada a disminuir la morbilidad y la mortalidad ocasionada por este padecimiento, y se realiza a través de actividades de promoción a la salud, la acción diagnóstica se establece clínicamente y se apoya en la comprobación de cifras elevadas de presión arterial, en la acción de control es aumentar la esperanza y calidad de vida del enfermo, evitar complicaciones.

METAS.

Evitar que se presente o retardar la enfermedad, ya presente la enfermedad evitar las complicaciones, ampliar la cobertura de diagnóstico oportuno, aumentar la esperanza y calidad de vida de los derechohabientes.

6.3.6 INMUNIZACIONES^(36,37)

GRUPO DE EDAD AL QUE VA DIRIGIDO.

Para mejorar los actuales niveles de salud del niño, mediante la integración de los programas de prevención y control de las enfermedades que con mayor frecuencia pueden ser afectados. El grupo de edad abarca a los menores de cinco años. y al grupo de 6 a 14 años.

OBJETIVO PRINCIPAL.

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los requisitos que deben seguirse para asegurar la atención integrada , el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación

ACCIONES

Son encaminadas a la aplicación de todas las vacunas en el terreno nacional, de origen mexicano o extranjero, que cumplan con las especificaciones de calidad. La aplicación de los productos biológicos se realizará todos los días hábiles del año, por personal capacitado, se aplicarán vacunas en estancias infantiles, casas cunas, orfanatos, guarderías, escuelas, albergues.

METAS

Aplicación de las vacunas a todos los niños con la edad ya señalada. Evitar la aparición de alguna enfermedad prevenible por vacunación, y erradicación de la misma.

6.3.7 SALUD BUCAL⁽³⁸⁾

GRUPO DE EDAD AL QUE VA DIRIGIDO.

El programa está formulado para mejorar el estado de salud bucodental de la población derechohabiente ., con mayor énfasis al grupo de 3 a 14 años, mujeres embarazadas y en etapa de lactancia.

OBJETIVO PRINCIPAL.

de caries dental entre la población de 3 a 14 años de edad, incrementar la educación para la salud bucal en los grupos prioritarios. Contribuir a elevar el nivel de salud buco-dental de la población derechohabiente del instituto, a través de acciones de odontología preventiva. Así como disminuir la prevalencia

ACCIONES.

Evitar la aparición de caries dental a través de medidas preventivas, como es la aplicación de fluor, autocuidado del cepillado de dientes, tratamiento oportuno.

METAS

El 40 % del horario contratado por odontólogo debe dedicarse a efectuar actividades preventivas, la duración de cada consulta deberá ser de 20 minutos, aplicación tópica de fluor, con 2 esquemas al año y enseñanza de control de placa dentobacteriana.

6.4. MORBILIDAD

Conocer el tipo y características de la morbilidad del consultorio número 9, las cuales se presentan a continuación las 10 primeras causas.

- 1.- Caries**
- 2.- Infecciones de vías respiratorias**
- 3.- Hipertensión Arterial Sistémica**
- 4.- Diabetes Mellitus**
- 5.- Traumatismos**
- 6.- Infección de Vías Urinarias**
- 7.- Enfermedad Articular Degenerativa**
- 8.- Embarazo**
- 9.- Enfermedad Ácido Péptica**
- 10.-Cervico vaginitis**

Es importante saber qué problemas de salud más frecuentes tiene la población del consultorio, con este enfoque se estará priorizando las estrategias de acuerdo a los lineamientos de los programas prioritarios de salud y el grupo de edades mas afectados.

De acuerdo a las causas se tiene que las enfermedades infecciosas en este caso la caries dentales, obtuvo el primer lugar, seguido de las infecciones de vías respiratorias, que indica que posiblemente no se esta llevando adecuadamente el programa de salud bucal o en su defecto los derechohabientes no le toman la importancia a este padecimiento; en tercer lugar fue la hipertensión arterial sistémica que de alguna manera coincide con el grupo mayoritario de la pirámide de este consultorio, al igual que los diabetes mellitus y traumatismos, cuarto y quinto lugar respectivamente, se observa así mismo el enfermedad articular degenerativa en séptimo lugar y embarazo en octavo lugar, ocupando el noveno

lugar se encuentra la Enfermedad ácido péptica, y Cervico-vaginitis en décimo lugar, coincidiendo nuevamente con el gran número de adultos mayores que se tiene en este consultorio, por lo cual es importante hacer hincapié en las medidas higiénico-dietéticas.

De acuerdo a lo explicado anteriormente las enfermedades infecto-contagiosas siguen estando dentro de las 10 primeras causas (infección de vías respiratorias, cervico-vaginitis, infección urinaria). Sin olvidar las crónico-degenerativas como hipertensión arterial y diabetes mellitus. Hay que considerar a las caries dental como un problema de salud urgente de detectar, controlar y promover la salud bucal.

Por último mencionar la importancia que representa al equipo de salud estar actualizados en estos padecimientos, revisión de los programas y normas y tener una conducta enfocada a las acciones preventivas y de educación para la salud.

➤ 7 DISCUSIÓN

La aplicación de las cédulas de identificación familiar fue satisfactoria, para cubrir una muestra representativa de la población del consultorio No.9, se identificaron datos muy importantes para conocer el perfil de la población, tales como la edad de la madre que en promedio se encuentra próxima en los primeros años del climaterio y la menopausia, y los varones perfilándose al fin de su vida laboral.

En el rubro de escolaridad se observó que los varones presentan un nivel escolar superior en casi 2 años por encima de las mujeres esto quizás debido a las oportunidades que se brindan al sexo masculino sobre el femenino para el desarrollo intelectual en la sociedad mexicana en las décadas pasadas

Para los antecedentes gineco-obstétricos se observa un promedio bajo de gestas en las mujeres encuestadas lo que conlleva a que cada vez se tenga menor demanda de atención en población infantil. Los abortos se encuentran presentes en cuando menos la mitad de las mujeres en edad reproductiva, es por esto que una adecuada vigilancia prenatal contribuiría a disminuir el número de estos eventos ó a promover con más eficacia, el uso de métodos de planificación familiar.

La planificación familiar, es un programa prioritario en nuestro país, los resultados de la evaluación con la cebif-3 en el apartado de planificación familiar muestran claramente que la responsabilidad del control de la fecundidad lo lleva casi en su totalidad el sexo femenino, y que la cobertura de este programa podría mejorarse con una estrategia adecuada en el consultorio. Es de llamar la atención, que el 5% de las mujeres en edad fértil se encuentra sin el uso de ningún método anticonceptivo, sería importante identificar los motivos por lo que no son usuarias de métodos anticonceptivos.

En cuanto al estado civil, los matrimonios predominan en esta sección sin embargo la viudez representa casi la quinta parte de la población encuestada en su mayoría mujeres lo que conlleva en gran parte a pensar que las dificultades que puedan tener estas en todos los aspectos de su vida.

En los resultados de años de unión conyugal las relaciones se identifican como longevas con un promedio de alrededor de dos décadas, lo que refleja una tendencia hacia los matrimonios duraderos, cuando las parejas asumen un compromiso y responsabilidad consciente.

En la sección de factores demográficos observamos que la conformación de las familias mexicanas encuestadas muestra una tendencia hacia aceptar a personas que no forman parte del vínculo nuclear de la familia en la misma casa o aún sin un lazo consanguíneo familiar.

Los hijos de las familias entrevistadas se encuentran en más de la mitad en edades productivas y reproductivas, las familias que demandan de cuidados pediátricos representan una mínima parte de la población del consultorio, que sin embargo el médico familiar debe de estar adecuadamente capacitado, para atender.

En su estructura las familias nucleares son las que predominan con sus diferentes variantes simple, numerosa, ampliada y binuclear, seguidas de las familias extensas y monoparentales, lo que nos muestra la amplia gama en que podemos encontrar organizadas a las familias mexicanas y que es necesario que el médico familiar conozca para poder brindar una atención integral al núcleo familiar en todo su contexto.

Respecto a la clasificación de la familia utilizada en este estudio se detectaron algunos problemas operativos, por lo que no es recomendable utilizarla en estudios posteriores. Los principales problemas fueron: dificultades y confusiones para agrupar a las familias en las clasificaciones descritas, ya que no es muy clara en sus criterios.

Referente al ciclo vital de las familias observamos que la etapa de dispersión representa más de la mitad de las familias entrevistadas, es decir, que son familias en las cuales los hijos se encuentran asistiendo a la escuela o están laborando y en vías de formar nuevos hogares al relacionarse con nuevas parejas.

En el resultado del Tamizaje realizado en la cebif-3 a través del Apgar Familiar se encontró que se presenta la disfuncionalidad grave en muy pocas familias, y leve en casi la quinta parte de las mismas, motivando esto a que se realicen nuevas evaluaciones a estas familias con instrumentos más sensibles, y con apoyo del servicio de psicología, ya que las familias se encuentran perfectamente identificadas en el instrumento correspondiente, y de verificarse estos datos poder brindar opciones terapéuticas a las familias con este tipo de problemas.

El ingreso familiar reportó que en más de la mitad de las familias encuestadas el ingreso económico, es por más de uno de sus miembros, esto quizás motivado cuando menos en parte por el momento económico que se encuentra cursando nuestro país y el fuerte apego que presentan los miembros de las familias a su familia de origen.

En el tipo de vivienda la que es propia representa más del 65% de la muestra solo alrededor de una quinta parte renta, esto concuerda, con el tipo de población asegurada que maneja el instituto, ya que cuenta con programas de vivienda en los que los trabajadores con más antigüedad y menor ingreso económico, pueden acceder a un crédito para ser propietarios de su casa.

Los servicios con los que cuentan las viviendas son típicos de una zona urbanizada ya que en su totalidad, el teléfono, agua, luz, gas etc, forma parte de los servicios cotidianos con los que cuentan sus viviendas.

La educación pública es la predominante en las familias entrevistadas pero es muy importante observar que alrededor de la mitad de las familias ya no tienen hijos en edad escolar, motivo, por el cual, los servicios educativos privados y el alto costo de estos no los hace un rubro importante en el tipo de familias que se evaluaron en este estudio.

El Índice Simplificado de Marginación Familiar que evalúa el nivel de riesgo en las familias respecto a su salud, reporta que 1 de cada 10 familias se encuentran con un grado de riesgo alto y más de la mitad con un riesgo muy bajo para la marginación, motivo por el cual sería de gran valor tener detectadas estas familias y realizar una evaluación integral de la situación de las mismas.

El resultado en las redes sociales de apoyo muestra que las instituciones públicas y el apoyo en los hijos mayores por parte de la familia es el rubro con más preferencia cuando se le es requerido.

Al ser el ISSSTE una institución que a la cual, solamente se puede tener acceso a través de una vigencia de derechos y trabajar para el estado, prácticamente todas las familias evaluadas son derechohabientes sin embargo los servicios privados y el IMSS son los sectores más concurridos después del ISSSTE para brindar atención médica y prestación de servicios cuando así, se les requiere.

En cuanto a los factores de riesgo se observó que la diabetes se encuentra presente como factor de riesgo en el 100% de las familias encuestadas y que solo el 68.1% se encuentra en control, es decir que un 32.9% de pacientes no recibe atención médica en la clínica, por este padecimiento, tal vez o por que se atiende en forma particular, o lo hace en otra institución, o no se atiende, lo que motiva, a investigar que esta pasando con estas familias.

En el rubro de la hipertensión existe un 87.9% de familias con estos factores de riesgo y solo 70% en control, al igual, que en el caso de la diabetes es recomendable investigar la cobertura de atención, que se hace a estos padecimiento, en las familias estudiadas.

Enfermedades del corazón cuenta con un total de 38.1% de presencia como factor de riesgo en las familias encuestadas y de este total 17.2% son finados, lo que motiva de forma similar que en las anteriores enfermedades se revisen los programas de atención y lo que

cada médico realiza para mejorar estos factores de riesgo en beneficio, de las familias adscritas a su consultorio.

El cáncer cervico-uterino, se encuentra presente en 9.09% de las familias como factor de riesgo; el cáncer de mama en 7.27%; el de próstata en 5,4% y otros tipos en 12.7% lo que suma 34.4%, es decir en la tercera parte de las familias estudiadas el cáncer es un factor de riesgo presente, y que debe de ser tomado muy en cuenta, por los servicios de salud con el fin de adecuar las prioridades de los programas de salud, en la prevención de este tipo de enfermedades.

La insuficiencia renal, un padecimiento presente en el 10.9% de las familias estudiadas, que en la mayoría de las veces surge como una enfermedad secundaria, podría disminuirse en su incidencia, si se hace hincapié, en la educación del paciente y mejorando la atención y control, de los pacientes con cuadros infecciosos, de diabetes y de hipertensión por solo dar un ejemplo.

La enfermedad cerebro vascular un padecimiento generalmente del paciente geriátrico se presentó en 15.4% de las familias lo que remarca el énfasis que se debe de hacer en la prevención de las secuelas de estos padecimiento típicamente crónico-degenerativos.

El asma es un padecimiento con un patrón típicamente desencadenado por alérgenos, que mejora, en mucho, con las medidas higiénico-dietéticas y la educación del paciente, este padecimiento se presentó en el 10% de las familias estudiadas de este consultorio.

En cuanto a los padecimientos infecciosos se detectaron dos casos de sida, que se encuentran en control y otras enfermedades de transmisión sexual en 1.8% cifra que podría ser menor con una adecuada educación para la salud y el uso de métodos de barrera en las relaciones sexuales como el preservativo.

Para el rubro de hepatitis, se detectó el 5.4% de presencia como factor de riesgo familiar, cifra que se podría ver incrementada si no se llevan a cabo las recomendaciones adecuadas para prevenir la enfermedad, tales como el aislamiento del paciente, el uso, de utensilios de cocina y trastes exclusivos, el manejo de excretas etc.

La Tuberculosis de tipo pulmonar erradicada en otros años por decreto del poder ejecutivo en nuestro país, se encuentra como factor de riesgo en 0.9% de las familias, que si bien no es un número alto, si es importante el considerar la prevención y la educación para la salud, en este tipo de padecimientos, ya que su tratamiento, además de costoso en muy pocos casos es exitoso, ya que el paciente abandona los medicamentos, antes que se encuentre completamente curado.

En cuanto a los trastornos de la nutrición curiosamente no es la desnutrición, la que se lleva el primer lugar en la población estudiada ya que solo representa el 0% de las familias, tampoco es la anorexia o la bulimia, es la obesidad con el 43.6% de presencia, la que debe de tener el mayor foco de atención sobretodo en cuanto a la educación al comer, como por ejemplo: el balancear adecuadamente los alimentos, establecer horarios, conocer los valores nutricionales de cada grupo de alimentos, y el valor calórico de la comida ingerida, ya que de no hacerse así se continuará dentro de algunos años con el aumento desmedido de enfermedades secundarias tales como: la gota, la diabetes, la hipertensión, las coronariopatías etc.

Enfermedades crónicas y progresivas como el alcoholismo y el tabaquismo en conjunto suman como factor de riesgo en las familias encuestadas el 81.8% a diferencia de otras toxicomanías que representan solo el 2.7%. Es en este apartado que podemos observar como estas dependencias ocupan el segundo lugar como factor de riesgo importante en las familias encuestadas solo detrás de la hipertensión y como tercer lugar la diabetes, padecimientos que requieren de una gran participación por parte del médico familiar y de una actualización constante en los nuevos tratamientos de estas enfermedades.

La violencia intra familiar ahora considerada como un delito, se reportó presente en el 9% de las familias y en 1.8% en control (según refirieron las propias familias) al igual, que en el tamizaje por apgar sería importante localizar estas familias y realizar una evaluación, por parte de todo el equipo de salud, con el fin de brindar apoyo, y en su caso terapia, cuando, esta así sea necesaria.

Las enfermedades psiquiátricas se detectaron presentes en el 10% de las familias, ya que estas sólo se interrogaron como "enfermedades psiquiátricas" sería también de importancia médica detectar cuales enfermedades están presentes en el seno familiar y vigilar aquellas en las que se presente un factor hereditario, tales como la esquizofrenia, o la depresión.

El riesgo ocupacional, que prácticamente se encuentra presente en todas las actividades del hombre solo se consideró como tal en el 5.4% de las familias encuestadas, también en este rubro es importante verificar a que tipo de riesgo se enfrentan los integrantes de estas familias, y en su caso, realizar recomendaciones pertinentes con el fin de prevenir que se presenten accidentes de trabajo y llegar hasta presentar alguna discapacidad o incluso la muerte.

Refiriéndonos a las discapacidades se encontraron presentes solo en 5 casos no especificándose el tipo de la misma, lo que podría dar origen a una nueva línea de investigación en estas familias, con el fin de prevenir que se incremente su número.

Las caries dentales, consideradas como el segundo lugar de morbilidad en este consultorio, se reportaron con un 98% de incidencia. Aquí es importante señalar que en muchas de las familias encuestadas, las caries no las reportaron por que no son consideradas como una enfermedad por lo que preguntando intencionadamente sobre este factor de riesgo consideramos que la incidencia es mayor a la reportada.

En cuanto a la atención a la salud del niño, el 4.5% de los niños en este consultorio presentaron más de tres cuadros al año, de infecciones de vías respiratorias, y 2.7% presentaron cuadros diarreicos también en mas de tres episodios; para el rubro de vacunación se puede observar que la cobertura de vacunación es del 100% en ambos grupos etáreos, es decir que no se ha cumplido en tiempo y forma el esquema nacional de vacunación en estos niños, ya sea por que se les haya pasado la fecha en que se les recomendaba aplicar la siguiente dosis, o por que no haya existido el biológico en la clínica al momento de acudir a ella.

Las familias en las cuales, existen cuidadores son en un 4.5% de estas el mayor porcentaje de cuidados es brindado por las madre y recibido por los hijos, las tres primeras causas de que se proporcionen cuidados permanentes son: déficit mental, enfermedad psiquiátrica, vejez, al igual, que en otros apartados de esta encuesta es necesario detectar a esta familias y brindar el apoyo médico y moral a estos cuidadores con el fin, de que se mejore su labor y cuenten con mayores recursos para llevarla a cabo.

En la detección de cáncer anual tanto cervico uterino como de mama, observamos que el 30% de las mujeres no se realiza ningún examen anual de papanicolaou y que el 56% no acude a realizarse un examen de mama en el lapso de un año, lo que sin duda motiva a realizar una campaña más agresiva y audaz de promoción a la salud en las familias de este consultorio, ya que se puede prevenir en un mayor porcentaje estos padecimientos con el auto examen mamario, y la promoción adecuada a la citología cervico vaginal gratuita.

Es importante mencionar que únicamente existen 49 niños entre los 0 a 4 años de edad, de está población es importante saber o identificar si ya tienen completo su cuadro de vacunación, insistir sobre educación y orientación nutricional, capacitar a las familias, sobre enfermedades infecto- contagiosas , detectar oportunamente problemas físicos, y hacer hincapié sobre la importancia en esta edad del cuidado, afecto y protección, para los infantes, que de alguna manera es la pauta para conseguir un estado tanto físico y emocional adecuado.

En el grupo de edad de los 5-14 años (18.7%). Es necesario detectar defectos posturales, de la agudeza visual y auditiva, sin olvidar el estado nutricional, caries dentales, indagar u orientar acerca de los hábitos higiénicos y dietéticos, de las enfermedades parasitarias, prevención de accidentes, respecto a las funciones de la familia no olvidar en esta edad la socialización que de alguna manera es la puerta de entrada de estos individuos para la autonomía e independencia como ser humano en la sociedad.

De las edades 15 a los 24 años (11.1 %). Orientar acerca de la educación sexual (enfermedades de transmisión sexual, métodos de planificación familiar, embarazos no deseados, salud sexual etc.) prevenir adicciones, caries dentales, salud mental. Orientar con respecto al desarrollo individual, donde se presentan cambios de la adolescencia a la adultez, teniendo alteraciones del yo (crisis de identidad, y nuevos roles)

En lo que respecta a las edades de los 25 a 49 años (37.97 %), hacer énfasis acerca de la prevención en cuanto a las enfermedades crónico-degenerativas ,detección oportuna de cáncer, la importancia de la alimentación. Actividad física, adicciones, educación sexual, manejar el estrés y la familia como unidad fundamental de los seres humanos, explicar cada etapa del ciclo vital al que se pueden enfrentar en su momento.

En el grupo de adultos mayores y de la tercera edad es importante mencionar acerca de la prevención de las enfermedades crónicas degenerativas o el control de estas, contar con redes sociales, integrarlos a grupos para pláticas , conocimiento de enfermedades mentales, trabajar en conjunto con el equipo de salud, otorgar orientación sobre la etapa del ciclo vital (retiro y muerte) a la que se están enfrentando.

➤ 8 CONCLUSIONES

Dadas las características de la población, estudiada a través del instrumento cebif-3, es importante destacar la óptica de enfoque de riesgo, que debe de realizar el médico familiar, los problemas de salud del consultorio de los cuales ahora tiene conocimiento, lo deben encausar a realizar acciones de educación para la salud, un ejemplo de esto es el énfasis que el profesional de la salud puede ejercer en sus pacientes femeninas para que el total de las mujeres de las familias atendidas acudan a realizarse el examen de papanicolaou, y la exploración de mama, además de la práctica diaria de la autoexploración en ellas mismas.

Del mismo modo la práctica del estudio de familia, en aquellas en las que se han detectado con problemas severos de disfunción, tal y como se reportó, en el examen de Tamiz, en la prueba de APGAR familiar que se aplicó en las cebif-3, que si bien, no se aplicó a todos los miembros de la familia como debe de ser realizada esta escala, si permite detectar en una primera impresión, los problemas de salud familiar más severos.^(40.-42)

La continuidad de la atención es otro rubro que forma parte del perfil del médico de familia, y es una de las características más importantes que se deben de tomar en cuenta en el momento de brindar la atención como médico familiar.

Las tres características señaladas forman el auténtico perfil de la práctica del médico familiar y brindan una estrategia adecuada para el desempeño de las actividades en cualquier consultorio que brinde atención primaria de salud. En este trabajo, por primera vez se han estudiado de manera general, las tres áreas del perfil del médico familiar y brinda una visión más integral de los problemas de salud, a los cuales el médico familiar se enfrenta.

Por otra parte es importante mencionar que la clasificación de la familia que se utilizó en la aplicación de este instrumento, fue aportada por el estudio: "Clasificación demográfica de la Familia en la zona básica de salud la Orden de Huelva"⁽⁵²⁾ y que esta no es la más adecuada para su aplicación en la estructura de las familias mexicanas ya que es confusa, y cumple con los requerimientos necesarios para agrupar a las distintas conformaciones que se suscitan en la sociedad mexicana. Es necesario proponer la utilización de una clasificación modificada o más clara y precisa.

La conformación de la pirámide poblacional muestra claramente la inversión de la base, ya que se cuenta con una escasa población infantil y el grueso de la población se encuentra en las edades económicamente activas entre los 20 y los 64 años, encontrándose los mayores niveles en los grupos etáreos de 50 a 65 años, es decir una población cada vez más cercana a la tercera edad o como se ha denominado recientemente en nuestro país "adultez en plenitud" la cual, conlleva una serie de padecimientos asociados característicos de esta edad como son: las enfermedades crónico-degenerativas y el cáncer.

Estas características obligan al personal de salud, y en especial al médico familiar a mantenerse actualizado en estas áreas; cursos que se imparten dentro de las instituciones como el de "diplomación en gerontología" cada vez se hacen más necesarios para la atención integral de las familias y mantener al médico familiar a la vanguardia en la atención primaria. Es necesario identificar desde la óptica de la medicina familiar, que acciones concretas y precisas se deben manejar para atender integralmente los problemas de salud de este grupo de edad. (educación para la salud, preventiva, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, etc)

Para la población femenina del micro escenario no es muy distinta la planeación de estrategias de atención, pero es necesario enfatizar acciones que sean realmente contundentes como incluir a todas las mujeres en edad reproductiva en los programas de planificación familiar, detección temprana de cáncer, y sobretodo en la creación de programas y estrategias que ayuden a difundir y detectar las situaciones de violencia intra familiar, que son cada vez más comunes en la población femenina e infantil.

Una estrategia que debe de ser tomada en cuenta es la creación de grupos de apoyo en las unidades médicas para atender problemas relacionados con la depresión, el cuidado prenatal, y la prevención de enfermedades mentales como la demencia en los ancianos.

La investigación pretende brindar un panorama general en el micro escenario en el que fue aplicada, de las características de la población que se atiende en una unidad de medicina familiar de la ciudad de México.

Este es un trabajo que brinda una contribución a la sociedad para identificar los problemas que se presentan como más imperantes de atención y en los cuales se deben de forjar estrategias y programas adecuados para la atención integral de una sociedad dinámica y en constante cambio; así como sembrar la inquietud para que se realice más investigación a este respecto, se modernicen los instrumentos de investigación en medicina familiar y así poder obtener un modelo que sea realmente adecuado para el estudio de las familias mexicanas y suficientemente apto para su aplicación en la practica diaria del médico familiar.

Finalmente, este trabajo y la experiencia del MOSAMEF en el micro-escenario, aplicando la cédula básica de información familiar, la pirámide de población, la información de los programas prioritarios y las causas de morbilidad, permitieron identificar las necesidades de atención médica de las familias e individuos del consultorio; recomiendo que otros residentes y tutores apliquen esta metodología para adaptarlo a sus necesidades y obtengan información que permita planear, con bases las acciones que como médicos de familia puedan realizar tomando en cuenta el perfil profesional de la medicina.

➤ 9 BIBLIOGRAFIA

1. Cano VF. México a 10 años de Alma Ata. Rev Fac Med UNAM. 1998; 31 (5):121 – 125.
2. Lozwe R. Atención Primaria a la Salud: Revisión Conceptual. Salud Pública de México. 1988; 30 (5): 55 – 64.
3. Martín Zurro A., Huguet M, García CF. La Organización de las Actividades en Atención Primaria. En: Principios de la Atención Primaria de Salud. Cap.3, pp. 34 – 47; 1994.
4. Narro José. XI Medicina Familiar. Documento Mimeografiado presentado en el V. Ciclo de Diez Simposios sobre la Administración de la Atención Médica. 1995; 239 – 252.
5. Plan Único de Especializaciones Médicas en Medicina Familiar. Facultad de Medicina UNAM. División de Estudios de Posgrado e Investigación Subdivisión de Especialidades Médicas. México, D.F. 2000.
6. Martín Zurro A., Cano Pérez J.F. Influencias Socioculturales en los Cuidados de Salud. Enfoque Familiar en la Atención Primaria de Salud. En Atención Primaria. Concepto, Organización y práctica clínica. Cap. 6, pp. 70-81. Tercera Edición MOSBY/DOYMA Libros; Madrid, España: 1995.
7. Gallo VFJ, Altisent TR, Díez EJ, Fernández SC, Foz I GG, Granados MI y cols. Perfil Profesional del Médico de Familia. Atención Primaria. 1999. 23 (4): 236 – 248.
8. Goldberg Bruce W. Asistencia Sanitaria Basada en la Población. Cap. 6 pp. 35 – 39. en Taylor Robert B. Medicina de Familia Principios y Práctica. Quinta. edición; Barcelona, España: 1999.
9. Irigoyen CA., Morales L.H. MOSAMEF. Bases Conceptuales. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Ed Med Fac; México, 2000.
10. Hennen BK. Continuidad de la atención Cap.1, La familia como unidad de atención Cap. 2.;pp 3-15. En: Shires DB, Hennen BK. Medicina Familiar.Mc Graw Hill. México 1983.

11. Medina CL, Lomeli GLE., Irigoyen CA. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: estrategia para la formación de recursos humanos para la salud en Nayarit, Arch. Med. Fam. 2000; 2 (2): 41 – 46.

12. Turabián JL. Cuaderno de Medicina de Familia y Comunitaria. Pp. 15 – 28. Ediciones Díaz Zantos, España, 1994.

13. Irigoyen CA, Gómez CFJ. El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar ¿piedra de Roseta para la Medicina Familiar? Arch Med Fam. 2000; 2(1): 5 – 6.

14. Santiago IH, Lomeli GLE. Diagnóstico de salud y estructura familiar a través del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Arch Med Fam. 2000; 2 (1): 11 – 16.

15. Lomeli GLE. La Medicina Familiar en Nayarit, México. Arch Med Fam. 2000; 2 (1): 1.

16. Norma Oficial Mexicana NOM- Para el Control de la Nutrición, Crecimiento, y Desarrollo del Niño y del Adolescente. 1994.

17. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993. Control de la Nutrición, Crecimiento, y Desarrollo del Niño y del Adolescente.

18. Norma Oficial Mexicana NOM- 031-Ssa2-1999. Atención a la Salud del Niño.

19. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar.

20. Norma Técnica de Planificación Familiar en la Atención Primaria a la Salud.

21. Programa Nacional de Planificación Familiar. 1990 – 1994.

22. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995 – 2000.

23. Respuesta a los conocimientos del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-095-SSA1-1994. Que establece las especificaciones sanitarias del Dispositivo Intrauterino "T" de cobre modelo 380ª

24. Norma Oficial Mexicana NOM-816-SSA1-1993. Que establece las especificaciones sanitarias de los condones de blue latex.

25. Norma Oficial Mexicana NOM- EM-002-SSA2-1993. "Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido".

26 Norma Oficial Mexicana NOM- 007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

27. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993. Para la Prevención y Control de la Infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

28. Programa de Enfermedades Transmisibles.

29. Programa de mediano plazo para la prevención, control y vigilancia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) 1990 – 1994.

30. Programa para la Atención en clínicas de Climaterio y Menopausia.

31. Norma Oficial Mexicana para Prevención, Tratamiento y Control de Ca. del cuello y mama.

32. Proyecto de modificación a la Norma NOM-014-SSA-1994. para la Prevención, Tratamiento y Control del cáncer del Cuello del Útero y Mamario en la Atención Primaria.

33. Norma Oficial Mexicana NOM-0-SSA2-1996. para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia epidemiológica del cáncer Cervico Uterino. Dic. 1996.

34. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria.

35. Actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus. Proyecto de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial. Cnc.143/00.
36. Norma Oficial Mexicana NOM-023-SSA2 para el Control, Eliminación y Erradicación de la Enfermedades evitables por Vacunación.
37. Programa de Vacunación Universal Redefinición y Fortalecimiento.
38. Programa de Salud Bucodental.
39. Ponce RER, Gómez CFJ, Irigoyen CA, Terán TM, Fernández OMA. Perfil de la estructura familiar en una zona urbana de Tlalpan , México. Arch Med Fam. 1999; 1 (3): 89 – 95.
40. Montalbán SJ. Relación entre ansiedad y dinámica familiar. Atención Primaria. 1998; 21 (1): 29 – 34.
41. Bellón SJA, Delgado SA, Luna del Castillo JD, Lardelli CP. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Atención Primaria. 1996; 18 (6): 289 –296.
42. Rodríguez FE. Gea SA, Gómez MA, García GJM. Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. Atención Primaria. 1996; 17(5): 338 –341.
43. Gardner W, Nutting PA. Does the Family APGAR Effectively Measure Family Functioning?. The Journal of Family Practice. 2001; 56 (1): 19 – 25.
44. Soriano FFJ, Lázaro AC, Roig OA. Ansiedad materna, disfunción familiar, morbilidad y frecuencia a las consultas de pediatría. Atención Primaria . 1997; 20 (7): 385 – 388.
45. Irigoyen CA, Gómez CFJ, Terán TM, Ponce RER. Pobreza y daños a la salud a nivel familiar. Arch Med Fam. 1999; 1(1): 27 – 34.

46. Ponce RER, Irigoyen CA, Gómez CFJ, Terán TM, Madrigal LHG, Palomino GL. Confiabilidad del Índice Simplificado de Marginación Familiar. Arch Med Fam. 1999; 1 (4): 99 – 104.
47. Irigoyen Ca, Gómez CFJ, Ponce RER, Terán TM. Fundamentos Teóricos del Índice Simplificado de Marginación Familiar. Arch Med Fam. 1999; 1 (3): 89 – 95.
48. Terán TM, Ponce RER, Irigoyen CA, Fernández OMA, Gómez CFJ. Redes sociales en la atención médica familiar. Arc. Med. Fam. 1999; 1 (2): 35 – 44.
49. Gómez CFJ, Irigoyen CA, Ponce RER, Guía para el Seminario de Investigación del PUEM. Primera edición. Medicina Familiar Mexicana 1999.
50. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaria de Salud, México 1987
51. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Enmendada en la 41. Asamblea Médico Mundial. Hong Kong 1989.
52. Márquez E:C, Gascón J:V, Domínguez G.B, Gutiérrez M.M.C, Garrido B.C. Clasificación demográfica de la familia en la Zona Básica de Salud La Orden de Huelva. Atención Primaria. 1995; 15 (1): 30 – 32.

ANEXO I



CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF-3)

Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A, Terán Trillo M.

IDENTIFICACIÓN				Fecha: _____	Folio: _____							
Familia: _____		No. Exp.: _____		Consul./Turno: ____/____								
Domicilio: _____				Teléfono: _____								
Edad	Ocupación	Esc. (años)	SALUD REPRODUCTIVA									
			A.G.O.			PE		Método				
			G	F	A	C	Embarazo		Si	No	Si	No
Madre							Si	No	Si	No		
Padre							Si	No	Si	No		
Estado civil de los cónyuges: Casados __, Unión Libre __, Divorciados __, Viudos __, Solteros __, Años de unión conyugal: _____												
Nombre de la persona que responde esta cédula: _____, Parentesco familiar: _____												

FACTORES DEMOGRÁFICOS	
Número de Hijos: _____ • RN a un año _____ • 1 a 4 años _____ • 5 a 10 años _____ • 11 a 19 años _____ • 20 o más años _____ • Total _____	Si viven otras personas en el hogar: ¿Cuántas y cuáles? Con parentesco familiar. (abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueras, yernos) Num. _____, Especifique: _____ Sin parentesco familiar. (compadres, amigos, servicio doméstico, huéspedes) Num. _____, Especifique: _____
Clasificación Estructural de la Familia	
• Nuclear Simple () Numerosa () Ampliada () Binuclear ()	• Monoparental Simple () Ampliada () • Equivalentes familiares () • Persona que vive sola ()
• Extensa Ascendente () Descendente ()	• Independencia () • Retiro ()
Etapa del Ciclo Vital de la Familia	
• Matrimonio o unión conyugal () • Expansión () • Dispersión ()	• Independencia () • Retiro ()

APGAR FAMILIAR (TAMIZ)			
1. ¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
asi Nunca	A veces	Casi siempre	
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
asi Nunca	A veces	Casi siempre	
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
asi Nunca	A veces	Casi siempre	
4. ¿Estas satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
asi Nunca	A veces	Casi siempre	
5. ¿Siente que su familia le quiere?			
asi Nunca	A veces	Casi siempre	

Total _____

FACTORES ECONÓMICOS			
Vivienda		Si	No
• Número de personas que contribuyen al ingreso familiar: _____ • Casa: Propia () Financiamiento () Rentada () Prestada () • Agua entubada intradomiciliaria () • Automóviles: 0, 1, 2, 3 o más _____	• Teléfono () () • Computadora () () • Num. de hijos en escuela pública. () () • Num. de hijos en escuela privada. () () • Num. de hijos con becas () ()		
Desarrollo Comunitario			
	Si	No	Si No
• Serv. de agua potable () () • Drenaje subterráneo () () • Energía eléctrica () () • Servicio telefónico () ()			• Alumbrado público () () • Pavimentación () () • Banquetas () () • Serv. de transp. público () () • Vigilancia () ()

TESIS CON
 EVALUACIÓN DE ORÍGENES 99

Índice Simplificado de Marginación Familiar		
Indicadores	Categorías	Punt.
Ingreso económico familiar	< 1 salarios mínimos	3
	1-2 salarios mínimos	2
	3-4 salarios mínimos	1
	5 ó más salarios mínimos	0
Número de hijos dependientes	3 ó más hijos	3
	2 hijos	2
	1 hijo	1
	ningún hijo	0
Escolaridad materna	Sin instrucción	3
	Primaria incompleta	2
	Primaria completa	1
	Post-primaria	0
Hacinamiento (número de personas por dormitorio)	5 ó más personas	3
	4 personas	2
	3 personas	1
	1 a 2 personas	0
Total		

REDES SOCIALES Y APOYO	
Cuando Usted y/o su familia necesitan de servicios de atención la salud (consulta, detecciones, cuidados, pláticas, orientación, terapias, exámenes de laboratorio, etc.) se apoyan en: (Marque todas las opciones que el paciente indique)	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Padres y abuelos <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Amigos, vecinos <input type="checkbox"/> Hijos mayores <input type="checkbox"/> Prestaciones laborales (incapacidad, cuidados maternos, etc.) <input type="checkbox"/> Servicios públicos <input type="checkbox"/> Servicios privados <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No requiere 	<ul style="list-style-type: none"> () () () () () () () () ()
Hace uso de los servicios que otorgan las siguientes instituciones: (Marque todas las opciones que el paciente indique)	
IMSS ()	DIF ()
SSA ()	PEMEX ()
SEDENA ()	Secretaría de Marina ()
Privado ()	Otros ()
Especifique: _____	

FACTORES DE RIESGO																											
PATOLOGIA FAMILIAR																											
	Crónico Degenerativas							Infecciosas			Trastornos de la Nutrición		Otros														
	Diabetes Mellitus	Hipertensión Art.	Enf. Corazón	CaCu	Ca Mama	Ca Próstata	Otro cáncer	Ins. Renal	Enf. Cerebrovas.	Asma	Sida/VIH	Otro ETS	Hepatitis B y C	TB. Pulmonar	Desnutrición	Obesidad	Anorexia Bulimia	Tabaquismo	Alcoholismo	Otras farmacod.	Violencia Intraf.	Enf. Psiquiátricas	Riesgo ocupacional	Discapacidad	Caries Dental		
Padre																											
Madre																											
Hijos																											
Abuelos																											
Tíos																											
Total																											

c= en control sc= sin control

ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO										
Núm. de cuadros por año	IRAS	EDAS	Edad	Vacunas		Estado Nutricional				
				Completo	Incompleto	Normal	Desnutrición	Obesidad		
Menos de 3			0 - 1 años							
3 ó más			1 - 5 años							

APOYO DE CUIDADORES
¿Algún miembro de su familia proporciona cuidados continuos a alguna persona enferma? No _____ Si _____
¿Quién proporciona los cuidados? _____
¿A quién le proporciona los cuidados? _____
¿Cuál es el motivo o la enfermedad por el que necesita cuidados? _____

DETECCION DE CÁNCER				
Doc. cacer	Cada año		Positivo a Cáncer	
	Si	No	Si	No
Doc. mama	Si	No	Si	No

100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN