



**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 DE  
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

**UNIDAD ACADÉMICA**

**CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE TUXPAN, VERACRUZ**

**“APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA  
FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 1 DE LA CLÍNICA HOSPITAL DEL ISSSTE  
TUXPAN, VERACRUZ”**

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



**PRESENTA:**

**DRA. ROSA ELOINA VIÑAS MARANTO**

**TUXPAN, VERACRUZ**

**2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE  
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

**UNIDAD ACADÉMICA**

**CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE TUXPAN, VERACRUZ**

**“APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA  
FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 1 DE LA CLÍNICA HOSPITAL DEL ISSSTE  
TUXPAN, VERACRUZ”**

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



**PRESENTA:**

**DRA. ROSA ELOINA VIÑAS MARANTO**

**TUXPAN, VERACRUZ**

**2008**

**“APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA  
FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 1 DE LA CLÍNICA HOSPITAL DEL ISSSTE,  
TUXPAN, VERACRUZ”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

**DRA. ROSA ELOINA VIÑAS MARANTO**

A U T O R I Z A C I O N E S

**DRA. MARÍA DOLORES KOKKE SALAS**  
DIRECTORA DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE  
TUXPAN, VERACRUZ

**LIC. IVONNE BECERRA DOMÍNGUEZ**  
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE  
TUXPAN, VERACRUZ

ASESOR DE TESIS

**DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS**  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**DR. ALFONSO LÓPEZ FIESCO**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL ISSSTE.

TUXPAN, VERACRUZ

2008

**“APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA  
FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 1 DE LA CLÍNICA HOSPITAL DEL ISSSTE  
TUXPAN, VERACRUZ”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

**DRA. ROSA ELOINA VIÑAS MARANTO**

A U T O R I Z A C I O N E S

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

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M

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

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Por fortalecerme, guiar mi vida por el camino del bien y brindarme la oportunidad de vivir esta hermosa experiencia.

### **AL ISSSTE**

El cual considero mi segunda casa, mi gratitud eterna, por proporcionarme la oportunidad de seguir superándome como profesional.

### **AL DOCTOR EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS.**

Asesor de tesis, por compartir conmigo sus conocimientos y vivencias.

### **A LOS SERVICIOS DE ESTADÍSTICA, VIGENCIA DE DERECHO Y ENFERMERÍA.**

Que sin su colaboración no hubiera concluído este trabajo.

### **A LA DRA. MATILDE VERDE RIVERO.**

Por su paciencia, apoyo, orientación y guía para realizar este posgrado.

## **DEDICATORIA**

A mi madre, por estar siempre a mi lado, ser un ejemplo permanente de valor, disciplina, trabajo y superación, de ella la mejor herencia, su amor y educación.

A mis hijos Karen y Rafa, porque son mis dos grandes amores y la energía para poder desarrollarme en el campo del saber y laboral.

A mi esposo por que en el duro camino de la vida hemos sorteado grandes batallas y tormentas, las cuales unidos pudimos superar, valoro su gran apoyo y entendimiento.

A mis hermanos Faby y Helios, con el gran deseo que nuestro amor fraternal sea inquebrantable, que brille siempre la luz en nuestros caminos para que podamos alcanzar nuestras metas.

# INDICE

## Página

### 1. Marco Teórico.

1.1.	Atención Primaria de Salud (APS) .....	1
1.1.1.	Antecedentes .....	1
1.2.	Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) .....	6
1.3.	El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF) .....	11
1.3.1.	Antecedentes históricos de la atención médica en México .....	11
1.3.2.	Antecedentes del MOSAMEF .....	13
1.3.3.	Definición del MOSAMEF .....	14
1.3.4.	Propósitos del MOSAMEF .....	14
1.3.5.	Etapas del MOSAMEF .....	14
1.3.6.	Escenarios del MOSAMEF .....	18
1.3.7.	Estrategias del MOSAMEF.....	18
1.4.	El Médico Familiar .....	19
1.4.1.	Antecedentes del Médico Familiar.....	19
1.4.2.	Definición del Médico Familiar.....	23
1.4.3.	Perfil del Médico Familiar .....	24
1.4.4.	El perfil del médico Familiar en el Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM) de la UNAM .....	26
1.5	La Familia.....	29
1.5.1.	Funciones de la Familia.....	32
1.5.2.	Ciclo Vital de la Familia .....	33

1.5.3. Clasificación de las familias.....	36
<b>2.- Planteamiento del problema .....</b>	<b>39</b>
<b>3.- Justificación .....</b>	<b>41</b>
<b>4.- Objetivos.</b>	
4.1. Objetivo general .....	42
4.2. Objetivos específicos .....	42
<b>5.- Material y Métodos</b>	
5.1 Tipo de estudio.....	43
5.2 Diseño de investigación del estudio .....	43
5.3 Población, lugar y tiempo .....	44
5.4 Muestra .....	44
5.5 Criterios de selección .....	45
5.5.1. Criterios de Inclusión .....	45
5.5.2. Criterios de exclusión .....	45
5.6. Variables .....	46
5.7. Método para la recolección de la información .....	47
5.8. Maniobras para evitar o controlar sesgos .....	48
5.9. Procedimientos estadísticos .....	48
5.10. Consideraciones éticas .....	48
5.11. Cronograma .....	49
5.12. Recursos humanos, materiales y financieros .....	49

<b>6.- Resultados</b>	
6.1. Morbilidad.....	50
6.2. Pirámide poblacional .....	52
6.3. Sexo .....	53
6.4. Edad.....	53
6.5. Escolaridad .....	53
6.6. Parentesco .....	55
6.7. Factores de riesgo .....	56
6.8. Estado civil .....	57
6.9. Estructura Familiar .....	58
6.10. Etapas del ciclo vital de la Familia.....	59
6.11. Ocupación .....	60
6.12. Edad de los padres .....	61
<b>7.- Discusión</b> .....	63
<b>8.- Conclusiones</b> .....	65
<b>9.- Bibliografía</b> .....	68
<b>10.- Anexos</b>	
10.1. CEBIF 4 .....	71
10.2. Informe Diario de Labores del Médico .....	73

## **1.- MARCO TEÓRICO**

### **1.1 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)**

#### **1.1.1 ANTECEDENTES**

La conferencia internacional sobre Atención primaria de Salud, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y celebrada en Alma-Ata (Kazajstán) 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 dicha declaración figura la siguiente definición: <sup>1</sup>

“La Atención Primaria de Salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en cada una de sus etapas de desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud del que constituye la función principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto con el individuo, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud en el lugar donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. <sup>2</sup>

El movimiento de APS tuvo sus antecedentes en una serie de decisiones de la OMS sobre cuestiones de política sanitaria que comenzaron en 1974, cuando la Asamblea Mundial, pidió al director que explorase nuevas vías para actuar con más eficiencia.

En 1975, la Asamblea Mundial y el Consejo Ejecutivo tomaron la decisión de fomentar la APS.

En un contexto internacional, APS significa un acercamiento a la provisión de servicios de salud, que enfatiza la promoción de la misma a través de la colaboración entre profesionales sanitarios y de otros sectores y la comunidad, como también un sistema de asistencia curativa y de tratamiento basado en encontrar las necesidades de salud de la mayoría de la población a la que sirve. La APS es un concepto muy amplio, en su visión más extensa incluye todo, porque todo tiene posibilidad de influenciar y afectar a la salud.<sup>1</sup>

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 de desarrollo. Durante esos años se ha difundido la idea de la APS como una estrategia muy importante para reorganizar a los servicios de salud.

El propósito de la Atención Primaria de Salud (APS), 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 objeto principal.<sup>3</sup>

El desarrollo tecnológico creciente, la subespecialización y el hospitalocentrismo son tres de los elementos fundamentales que definen la medicina de la segunda mitad del siglo XX, la cual ha alcanzado grados elevados de sofisticación científico-técnica.

La rapidez en la introducción de nuevos conocimientos y tecnologías y la imposibilidad de dominarlos todos, están en el origen de la subespecialización creciente de los profesionales sanitarios.

El hospital es donde se desarrollan y aplican estos avances tecnológicos, esto ha sido acompañado de un incremento progresivo de los costos de los sistemas sanitarios. La población demanda cada vez más y mejores servicios de salud y los recursos no siguen un crecimiento paralelo que permita cubrir totalmente las necesidades. Por ello se hace preciso establecer políticas de salud que delimiten claramente las prioridades de acuerdo con criterios de equidad, eficacia y eficiencia.<sup>4</sup>

Existen múltiples evidencias científicas de que el incremento de la complejidad y de los costos de los sistemas sanitarios tradicionales no se ha reflejado en el grado de salud de la población atendida. Las consideraciones anteriores han de llevar a reflexionar tres puntos esenciales: a) la eficacia y la eficiencia de un sistema sanitario dirigido exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pueden ser bajas en términos de grados de salud colectiva alcanzados; b) la consecuencia y el mantenimiento de una determinada situación de salud no es un problema que tengan que resolver exclusivamente los profesionales sanitarios y sus tecnologías; y c) las medidas de promoción y prevención de la salud pueden contribuir de forma efectiva a modificar los hábitos de vida que están en la base causal de las enfermedades crónicas, de importancia creciente en las sociedades desarrolladas.<sup>4</sup>

Si es necesario cambiar en profundidad el sistema sanitario también lo es transformar a sus profesionales. Se podría decir que se necesita un nuevo tipo de médico de cabecera en el que se asocien sus características tradicionalmente positivas en los terrenos del contacto profundo con los pacientes a su cargo y de la continuidad de la asistencia prestada, con otras relacionadas con el cambio de orientación y pasar del objetivo enfermedad individual al de salud colectiva, al trabajo en equipos multidisciplinarios en centros de salud y al desarrollo de actividades de

promoción y preventivas. Hay que proceder, en suma, a una transformación y potenciación de la figura del médico de Atención Primaria, incrementando su prestigio científico y profesional y mejorando su imagen social.<sup>4</sup>

Las interpretaciones erróneas de la APS se extienden también a su consideración como una asistencia sanitaria de baja calidad: medicina pobre y rudimentaria para pueblos y ciudadanos pobres. Este planteamiento no considera que la APS necesite inversiones importantes para alcanzar un grado óptimo de desarrollo. La APS no es más económica en términos cuantitativos que la antigua asistencia médica ambulatoria ni genera un ahorro significativo en los gastos totales.

En los países subdesarrollados o en vías de desarrollo las dificultades para conseguir los objetivos de la APS tienen un origen múltiple. En muchos casos, la pobreza y sus secuelas de malnutrición, falta de agua potable e inexistencia casi total de infraestructuras sanitarias son obstáculos casi insalvables.

En los países desarrollados la propia inercia de los potentes sistemas de salud centrados en la asistencia hospitalaria y especializada puede ser el obstáculo principal para la implantación de la estrategia de la APS.<sup>4</sup>

El análisis de las necesidades y situaciones con las que ha de enfrentarse la APS 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 al 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.<sup>3</sup>

Para conseguir proporcionar una asistencia correcta y satisfactoria a la población es necesario que sea continuada, aspecto que la hace diferente 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.<sup>3</sup>

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 las limitaciones del entorno familiar, cultural y económico con vista a futuras actuaciones del equipo de salud.<sup>3</sup>

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 APS es el establecimiento de las indicaciones de derivación de pacientes hacia otros niveles y las prescripciones de otras prestaciones sanitarias.<sup>3</sup>

En México, el compromiso gubernamental se ha hecho cada vez más explícito y alcanzado rango de norma institucional, así como en otros sectores de la vida social, los asuntos referidos a la salud han adquirido particular preponderancia.

En la actualidad se encuentran núcleos importantes de personas que no solo opinan sobre los problemas de salud, sino que comienzan a mostrar capacidad de influir en las decisiones que se toman en los distintos subsistemas asistenciales.<sup>4</sup>

## **1.2 ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC)**

La medicina de familia ha demostrado que puede aplicar una atención primaria excepcional en individuos y familias. Para actuar de manera eficaz en el marco del sistema de asistencia sanitaria del futuro, los médicos de la 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. Se define como una práctica unificada de la Atención Primaria individual y familiar con la Atención Comunitaria, dirigida a mejorar la salud de la comunidad como un todo.<sup>5</sup>

El APOC se inicia como una forma de prestación de servicios de atención primaria en los años 40 en Pholela (Sudáfrica). Sydney y Emily Kark, ambos médicos de familia, fueron los pioneros en su concepción y desarrollo. Los servicios prestados integraban la atención al individuo, la familia y la comunidad, en los aspectos curativos y preventivos.<sup>5</sup>

A fines de los años 50, Sydney y Emily Kark junto con otros profesionales, fueron extendiendo su experiencia y desarrollando las bases y métodos del modelo APOC. Los programas comunitarios constituyeron la función central, siendo los primeros en aplicarse los relacionados con el crecimiento y desarrollo en los niños y el control de riesgo cardiovascular en los adultos.<sup>5</sup>

Una característica principal de esta práctica fue el uso de la Epidemiología y el énfasis en la integración con la Medicina Comunitaria, lo que permitió su consideración científica y perfeccionar el concepto APOC incorporándole una sólida base empírica.<sup>5</sup>

En la segunda parte de los años 70 y los 80 se aumentaron el número de programas de APOC para diferentes subgrupos de la comunidad. En los años 90 los programas de salud sufrieron variaciones considerables como consecuencia de cambios en el equipo que había desarrollado los programas, puntualizando los requisitos básicos para una práctica de APOC, los cuales se sintetizarían en:

- 1.- La existencia de un servicio de atención primaria con las características de accesibilidad, globalidad, continuidad de la atención, coordinación con otros servicios y responsabilidad sobre la salud de los individuos y la comunidad.
- 2.- Interés de los profesionales de dicho servicio en ampliar la práctica clínica a la atención de la comunidad.
- 3.- Focalización de la atención sobre la comunidad en su conjunto, identificando las necesidades de la población, planificando los servicios y evaluando los efectos de la atención prestada.

La APOC propone una metodología práctica y experimentada que permite superar el problema de integrar el método clínico, (atención primaria dirigida a los individuos y familias) con la estrategia poblacional (atención primaria dirigida a la comunidad).

Metodológicamente la APOC consiste en un proceso cíclico de planificación que se basa en las necesidades de la población. <sup>5</sup>

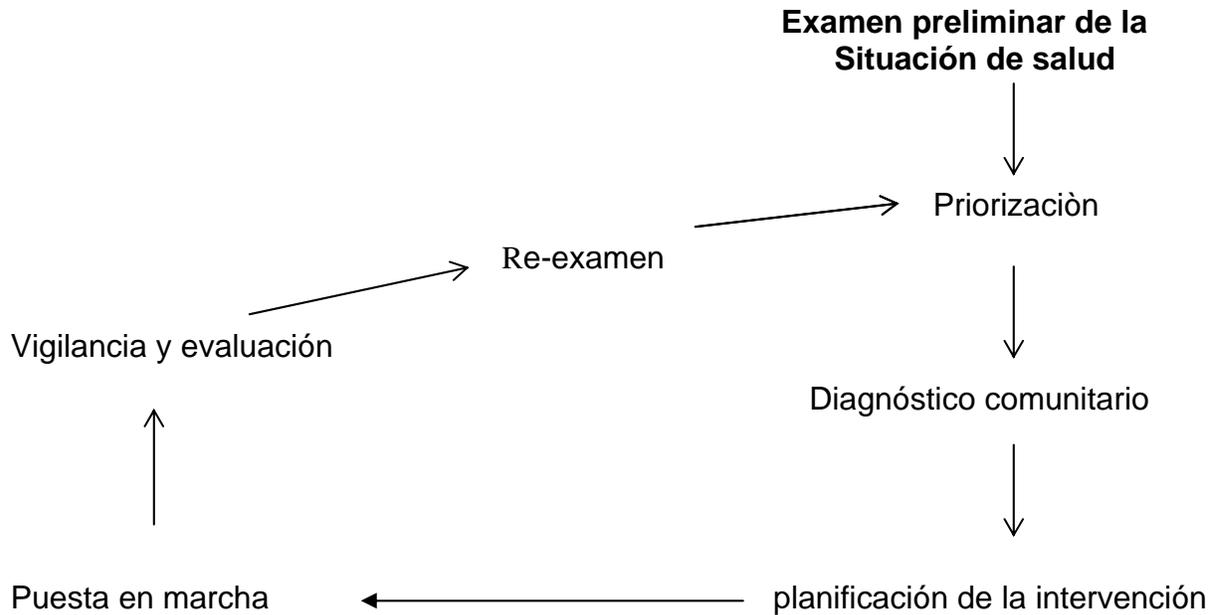
APOC se define como la práctica unificada de la atención primaria individual y familiar con atención comunitaria, dirigida a mejorar la salud de la comunidad como un todo. <sup>5</sup>

El proceso de la APOC aporta una metodología para identificar y abordar los principales problemas de salud de una población. 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 de cuatro elementos:

- 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. (Figura 1)

**Figura 1.- Círculo metodológico de la APOC**



Las fases del ciclo APOC siguen la metodología de la planificación por programas de salud con algunas características específicas (Abramson 1990) y que consisten básicamente en: <sup>5</sup>

1.- Examen preliminar de la comunidad: etapa inicial del ciclo APOC que consiste en describir y caracterizar a la comunidad atendida, para elaborar un listado con sus principales necesidades y problemas de salud. Se trata de una etapa ágil y de bajo costo que utiliza información preexistente completada con información de tipo cualitativo con la finalidad de:

- 2.- Priorizar uno o varios de los problemas identificados como más importantes en la población.
- 3.- Diagnóstico comunitario: consiste en un estudio detallado de la distribución y determinantes del o de los problemas priorizados en la comunidad. Este diagnóstico comunitario, es la línea de base que permitirá hacer comparaciones y evaluar los cambios producidos por la intervención.

El diagnóstico comunitario en APOC tiene como característica específica su carácter selectivo (sobre el problema priorizado), activo (implica la identificación de individuos) y exhaustivo (ya que estudia en profundidad los determinantes del problema en estudio). Esta etapa del ciclo permitirá además tomar la decisión de intervenir; que intervención es la más adecuada; es decir, como, cuando y en que individuos debe incidirse.

- 4.- Planificación del programa de intervención para tratar el problema de salud priorizado: el programa estará basado en los resultados del diagnóstico previo realizado.
- 5.- Ejecución de dicho programa;
- 6.- Vigilancia (seguimiento) y evaluación del programa para decidir la introducción de modificaciones, seguir o suspender el programa y
- 7.- Re-examen de la nueva situación de salud en la comunidad y de esta manera reiniciar el proceso cíclico. <sup>5</sup>

Hoy día se refuerza la necesidad 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, requiriendo acciones comunitarias.

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.

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 a 5 años.

### **1.3 EL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR (MOSAMEF)**

#### **1.3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN MÉXICO Período de creación y crecimiento lento de las instituciones de salud: 1917-1958.**

En México se observa un periodo de creación y crecimiento lento de las instituciones de salud. El proceso de creación de las instituciones de salud tuvo su momento más importante en 1943, con el surgimiento del IMSS y la SSA.<sup>6</sup>

A partir de los cuarenta el modelo francés, sobrevivió con una leve tendencia hacia la especialización médica, modificó su trayectoria hacia el modelo flexneriano, que proponía el diseño de los cursos para la formación de médicos, de acuerdo con las especialidades médicas, ponderando el uso del hospital como principal escenario para el entrenamiento médico. Entre otras consecuencias pueden apuntarse una evidente sustitución de las habilidades sensoriales por los resultados de laboratorio, y la progresiva y dramática disminución de médicos generales.<sup>6,2</sup>

#### **Periodo de la medicina científica 1959-1967:**

En las escuelas de medicina se adoptó oficialmente el currículo flexneriano en 1959, que llevó a incorporar un año de internado rotatorio al pregrado en 1962, lo que implicaba la práctica hospitalaria de tiempo completo.<sup>6</sup>

En este periodo se comienza a consolidar el modelo médico familiar en el IMSS.

Se ensaya con un modelo que posteriormente es abandonado, el del médico familiar de menores y médico familiar de adultos.

### **1968-1979: Periodo de crisis**

La reducción en el ritmo del crecimiento de la infraestructura de atención a la salud, parece haberse relacionado con la crisis económica del país de 1974, y tuvo su peor momento en 1976, cuando se alcanzó una devaluación del 100 por ciento después de 20 años de estabilidad económica.<sup>2</sup>

Se inicia un audaz intento por reorientar el currículo médico, apartándose del notorio énfasis de la especialización hospitalaria, orientando la formación de los médicos hacia la atención primaria a la salud. Se experimentan nuevas opciones a nivel de posgrado como los cursos de especialización en medicina familiar.<sup>2</sup>

La atención médica familiar basada en la comunidad, espíritu del MOSAMEF es deseable que se logre constituir en un modelo eficaz para los médicos familiares que laboran en instituciones de salud, pero no solo para ese sector de médicos, sino aún para los médicos que realizan práctica privada y también son responsables de una población.<sup>2</sup>

En este trabajo se propone al MOSAMEF como la piedra angular de una estrategia operativa de trabajo que permita incluir los datos básicos de las familias derechohabientes a través de la Cedula de Identificación Familiar (CEBIF), con el fin de integrar 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 necesarios para cada comunidad.

El concepto 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? <sup>7,8</sup>

El MOSAMEF propicia una práctica médica con propósitos definidos que justifica la toma de decisiones operacionales aplicadas a necesidades reales, las cuales son obligadamente diferentes para cada comunidad de usuarios de los servicios médicos.<sup>8</sup>

### **1.3.2 ANTECEDENTES DEL MOSAMEF**

El MOSAMEF es un modelo de práctica médica familiar, diseñado por un grupo de Profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Autónoma de México (UNAM). Fue dado a conocer desde 1995 en la tercera edición del libro Fundamentos de Medicina Familiar. <sup>2</sup>

La motivación inicial para desarrollar este modelo fue presentar en forma de protocolo un esquema de atención sistemática a las familias, dirigido a los alumnos del curso semipresencial de especialización en medicina familiar en el diplomado de posgrado efectuado por el Instituto de Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado y la Universidad Nacional Autónoma de México:

Hasta el año 2000 lo habían aplicado más de 100 especialistas en medicina familiar en el país. Este ensayo sobre las bases conceptuales del MOSAMEF, no pretende agotar el tema, sino servir de introducción a los principios que sustentan a la especialidad en medicina familiar. <sup>2</sup>

### **1.3.3 DEFINICIÓN DEL MOSAMEF**

El Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar (MOSAMEF) es un conjunto de procedimientos (administrativos, clínicos y operativos) que fundamentan el desarrollo de las actividades del médico familiar.<sup>9</sup>

### **1.3.4 PROPÓSITOS DEL MOSAMEF**

El propósito del MOSAMEF es describir el escenario en que el médico familiar desempeña sus actividades infraestructura, perfil demográfico de las familias, perfil epidemiológico, etc. El MOSAMEF, al igual que la APOC tiene propósitos semejantes:<sup>9</sup>

- Analizar los problemas, priorizar las necesidades, planear y organizar (infraestructura, recursos, tiempo) estrategias.
- Desarrollar actividades fundamentada en los principios esenciales de medicina familiar. (Atención integral del individuo y su familia, continuidad de la atención y enfoque de riesgo).
- Evaluar los resultados de las estrategias.

### **1.3.5. ETAPAS DEL MOSAMEF**

El MOSAMEF esta compuesto por 6 etapas:<sup>9</sup>

1. Etapa Diagnóstica.
2. Análisis de la situación.
3. Priorización de problemas.
4. Planeación de estrategias y modelos de evaluación de las mismas.
5. Desarrollo de actividades o proyectos.
6. Evaluación de resultados

**La etapa diagnóstica** tiene como objetivo, realizar una descripción de los elementos que influyen en la práctica profesional del médico familiar para la planeación y toma

de decisiones que favorezcan el logro de los objetivos esenciales de la medicina familiar.

**Población bajo su cuidado profesional:**

- Pirámide poblacional
- Diagnóstico de salud y riesgo de la población: Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF).
- Expedientes clínicos

**Infraestructura:**

- Recursos humanos, físicos, servicios y materiales.
- Laboratorio y gabinete.
- Sistema de referencia y contrarreferencia.
- Redes de apoyo extrainstitucional.

**Perfil epidemiológico y problemas de salud:**

- Diez primeras causas de motivos de consulta.
- Diez primeras causas de morbilidad.
- Diez primeras causas de referencia.

Resultado esperado: él médico familiar describirá las características de la población bajo su cuidado, la infraestructura que respaldará su ejercicio profesional y los principales problemas de salud que él deberá atender (análisis de situación).

**El análisis de la situación** se orienta hacia la descripción de los problemas y sus posibles causas y se realiza aplicando la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF) para detectar los principales problemas de salud.

**Priorización de problemas** el objetivo es evaluar la aplicación de las normas técnicas en Salud (NOMs) y los resultados de la aplicación de los programas prioritarios.

Estrategia: investigación basada en la práctica clínica.

Diagnóstico de aplicación de NOMs.

Evaluación de la operación de los programas prioritarios para la salud

Metas, cobertura, indicadores, tasas, frecuencia, porcentajes, etc.

Por ejemplo:

- Materno infantil
- Planificación familiar.
- Control de embarazo.
- Lactancia materna.
- Control del niño sano
  1. Inmunizaciones
  2. Estado nutricional
    - A. Desnutrición
    - B. Obesidad.
  3. Desarrollo psicomotor.
    - Enfermedades infecciosas:
      - IRA
      - EDA
      - Enfermedades de transmisión sexual
      - VIH/SIDA
      - Enfermedades crónicas
        - Diabetes mellitus
        - Hipertensión arterial
        - Artritis reumatoide.

- Enfermedades degenerativas:
- Cáncer cervicouterino
- Cáncer mamario
- Cáncer de próstata.
- Cáncer gástrico
- Cáncer pulmonar.

Resultados esperados: Identificar los aciertos y errores en la aplicación de las NOMs y los resultados obtenidos por la aplicación de los programas prioritarios. La información obtenida se utilizará para la planeación de estrategias dirigidas a la mejoría de su práctica profesional.

### **Planeación de estrategias y modelos de evaluación de las mismas.**

El objetivo es diseñar proyectos dirigidos a la solución de problemas específicos identificados en etapas anteriores del MOSAMEF.

Estrategia: Investigación (cinco líneas: metodológica, clínica, educativa, en servicios y en sistemas de salud).

Resultado esperado: Evaluar si las intervenciones (clínicas, administrativas, operativas, etc.) son eficaces para la solución de los problemas detectados.

### **Desarrollo de actividades o proyectos de investigación.**

### **Evaluación de resultados.**

### **1.3.6 ESCENARIOS DEL MOSAMEF**

#### **CONSULTORIO**

Población bajo su cuidado.

Infraestructura

Perfil epidemiológico

#### **SERVICIO**

Evaluación de la calidad de la atención médica.

Evaluación de la satisfacción de los trabajadores y usuarios.

#### **UNIDAD MÉDICA**

Actividades de capacitación y actualización del personal de salud

Actividades docentes.

Actividades de investigación.

Sistema de supervisión y auditoría.

### **1.3.7 ESTRATEGIAS DEL MOSAMEF**

**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.<sup>9</sup>

## **1.4 EL MÉDICO FAMILIAR**

### **1.4.1. ANTECEDENTES DEL MÉDICO FAMILIAR**

El siglo XIX fue la era del médico general, tanto en Europa como en Norteamérica. Los profesionales de la medicina eran en su mayoría médicos generales y existía poca diferenciación en sus funciones.

En la segunda mitad del siglo XIX empieza a formarse la medicina moderna (al incorporarse los conocimientos de las ciencias naturales y comenzar a superarse la práctica empírica basada en la observación. Hasta ese momento había sólo curadores (no médicos generales).

Cirujanos-barberos

Boticarios.

Un pequeño número de médicos salidos de las universidades.<sup>1</sup>

En la primera mitad del siglo XX, se presencié el surgimiento de las principales especialidades médicas, concentradas cada vez más en los grandes hospitales. Hubo un rápido desarrollo de los conocimientos de carácter académico que lleva a la especialización.

Después de la Segunda Guerra Mundial, los médicos se adentran cada vez más en la ciencia, alejándose de la persona-sentimiento, de la necesidad del MÉDICO GENERAL.<sup>1</sup>

El prestigio cada vez mayor de los especialistas y la valoración de las habilidades técnicas por encima de los cuidados personales, convirtieron a la medicina general en una carrera impopular, que pasó por una fase de casi desaparición. Los médicos

generales “de cabecera”, tan queridos por la población quedaron relegados a profesionales de segunda clase.

El tipo de atención especializada produjo los efectos indeseables: la fragmentación de la atención al individuo y la despersonalización. Esto trajo consigo un nuevo auge, después de la Segunda Guerra Mundial, y coincidiendo con el desarrollo de los Servicios Nacionales de Salud.<sup>1</sup>

Este concepto pasó a Estados Unidos como Medicina de Familia, dando lugar a la WONCA (The World Organization of National Colleges Academics and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), es una organización no gubernamental cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de la población del mundo mediante el mantenimiento de buenos estándares de calidad de la atención dada por la medicina de familia, a través de proporcionar un foro de intercambio de conocimientos e información entre los miembros de las organizaciones de los médicos de familia (Neuman,1993).<sup>1</sup>

El progreso científico trajo la especialización, pero ésta fue como una lucha por la posesión de territorios propios de cada especialista, y ha originado una acción desintegradora de la asistencia médica que ha recaído sobre el enfermo y sobre el antiguo médico general que concebía su trabajo como una “misión sacerdotal”.

Se consolida la idea -hoy ya en crisis- de que la salud puede mantenerse si se dispone de los más modernos aparatos, la tecnología de punta y los grandes hospitales. Con ello la medicina se ha despersonalizado, se ha deshumanizado.

El médico se convirtió en un funcionario de los sistemas de Seguridad Social. En la enseñanza de la medicina se ha olvidado la medicina familiar y comunitaria.

Los estudiantes solo ven especialistas durante sus estudios, pero no ven algún médico de familia, ni tienen la posibilidad de hacerse una idea de la situación y de su actividad.<sup>1</sup>

El especialista en medicina de familia es indispensable y, además es el pilar fundamental de la atención sanitaria:

- La medicina científica solamente resuelve algunos problemas. El tratamiento no puede basarse siempre en la motivación fisiopatológica. El “estar enfermo” tiene muchos determinantes más allá de lo biológico. Hay muchos problemas de salud cotidianos que requieren actuaciones empíricas.
- El médico de familia puede resolver el 80 por 100 de los problemas de salud atendidos y de orientar el 10 por 100 del resto, lo que significa que da respuesta a necesidades sociales de forma directa y con accesibilidad total, permitiendo que la asistencia sanitaria sea económicamente soportable por el sistema.
- Los pacientes, no desean la medicina de los grandes hospitales, ni la desintegración asistencial de ser atendidos por diversos especialistas sin conexión.<sup>1</sup>

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 laboraban en Nuevo León y Tamaulipas, habían 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.

Como resultado de esta situación, el trabajo de los médicos se entorpecía. Lo esporádico y eventual de la relación médico-paciente, hacía que los 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 la cual en algunas ocasiones no se efectuaba y en otras, por razones económicas, se abusaba de la misma. Frente a este problema el grupo de médicos referido, estableció un nuevo procedimiento, a través del cual el médico adscrito a una clínica se le asignaba un número fijo de derechohabientes, 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.<sup>7</sup>

Paulatinamente se hicieron evidentes las bondades del sistema y se aprobó a dos clínicas de la ciudad de México, estableciéndose de esta manera en 1955 el “sistema médico familiar”.

En 1959, el sistema se había desarrollado y se encontraba en plena etapa de consolidación a nivel nacional. 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 posgrado 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 cabo en una sola sede y tenía una duración académica de dos años y un mes de práctica asistencial en el campo.<sup>7</sup>

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 Autónoma de México. Este programa ha de verse como resultado de las experiencias obtenidas en los otros dos.

El Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM) 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 posgrado.<sup>7</sup>

#### **1.4.2 DEFINICIÓN DEL MÉDICO FAMILIAR**

Desde la década de los sesenta se han propuesto varias definiciones de este nuevo médico general o médico de familia, la más relevante es la propuesta por la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), en 1977, es la más completa y vigente.<sup>10</sup>

“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 pueda implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.”<sup>10</sup>

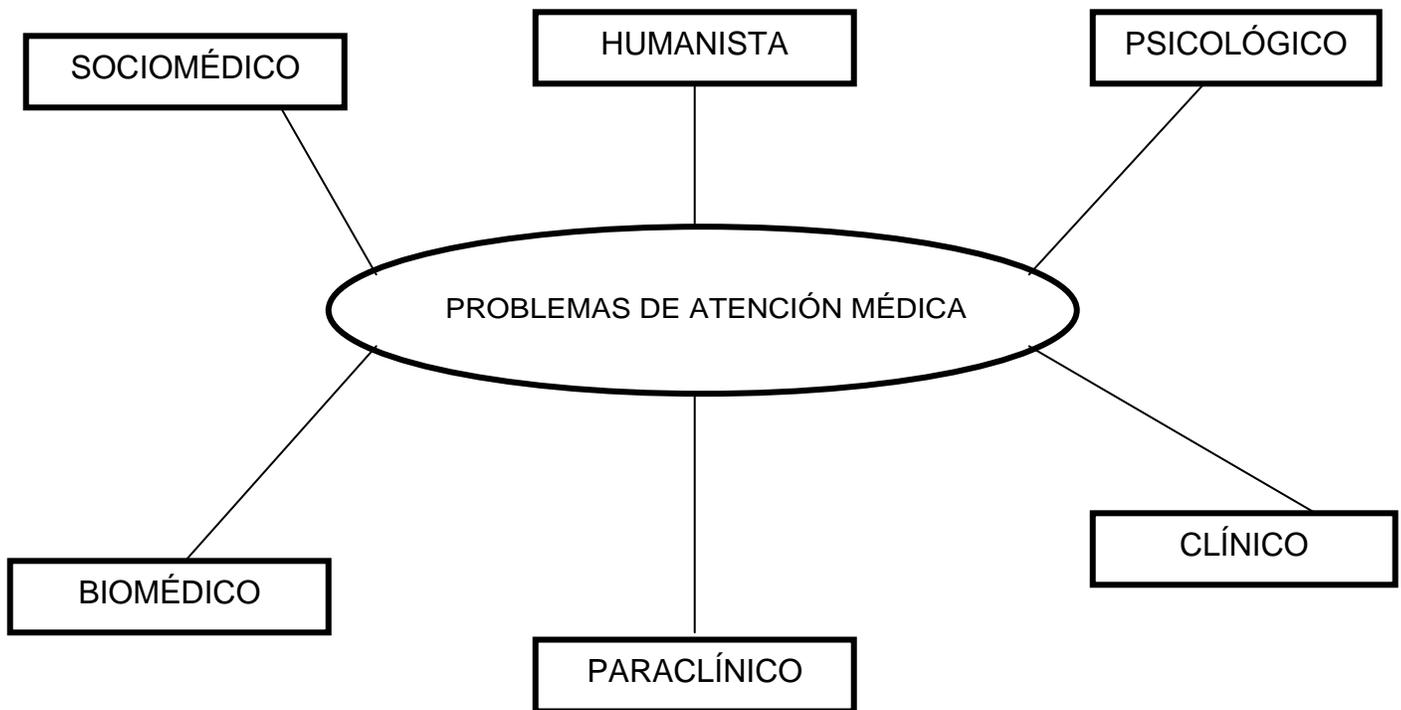
“El médico general/médico de familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario de otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo y/o diagnóstico de los pacientes. Atiende al individuo en el contexto 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 la situación cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes. Ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros

profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja”.<sup>10</sup>

#### 1.4.2. PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR

Para definir el perfil del médico familiar es conveniente especificar las áreas en las que desempeña su ejercicio profesional, los conocimientos, habilidades, actitudes, valores y actividades que debe desarrollar en cada una de ellas. (Figura 2) <sup>11</sup>

**Figura 2. Perfil del médico familiar**



La función primaria del médico familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes y mostrarles como prevenir o por lo menos reducir, la posibilidad de futuras enfermedades. El médico familiar debe cumplir esta función dentro de la trama de un sistema social cada vez más complejo, caracterizado por

rápidos adelantos tecnológicos, el médico también debe tomar en cuenta los patrones cambiantes de la enfermedad y las expectativas cambiantes respecto de la salud.<sup>2, 11</sup>

Es indiscutible que contar con una población cautiva, atender todo tipo de episodios de salud, y de enfermedad, atender indistintamente a todos los integrantes de la familia, contar con la posibilidad de desarrollar indicadores de riesgo y estimar posibilidades de ocurrencia de eventos, dan grandes ventajas al practicante de la medicina familiar.

El modelo de atención primaria a la salud tiene como condición anticiparse al daño y actuar sobre los factores de riesgo a que esta expuesto cada miembro de la población. La acción consecuente es tratar de cancelar, modificar o atenuar esos factores de riesgo.

El médico de la familia debe poseer las siguientes cualidades:

Ser buen clínico, científico, consejero, asesor, educador, trabajador, receptivo, accesible, empático, sistemático, racional, respetuoso, comunicativo, con actitud de búsqueda, con afán de superación que coordina la asistencia, preocupado por el paciente y preocupado por su propia formación. Deberá ser un profesional que trabaja en equipo para orientar de forma integral los problemas de salud de sus pacientes a través de la entrevista clínica, utilizando los métodos diagnósticos y terapéuticos adecuados.<sup>2, 11</sup>

El médico familiar debe trabajar en cinco grandes áreas:

- 1.- Área de atención al individuo.
- 2.- Área de atención a la familia.

- 3.- Área de atención a la comunidad.
- 4.- Área de formación, docencia e investigación.
- 5.- Área de apoyo, que incluye trabajo en equipo, sistemas de registro e información, gestión de recursos-administración sanitaria y por último la garantía de calidad. <sup>2</sup>

10

#### **1.4.4 EL PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL PLAN ÚNICO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (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 de acción para: <sup>7</sup>

- Emplear con eficacia y eficiencia el conocimiento, los métodos y las técnicas de la atención médica apropiada 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 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.<sup>7</sup>

La forma en que el médico familiar se relaciona y profundiza en el conocimiento existente acerca de los problemas de salud que afronta, es determinante en el desarrollo de su habilidad para solucionarlos, dichos aspectos se muestran en la Tabla 2:<sup>7</sup>

**Tabla 2.- Modelo ideal de atención primaria, los aspectos a considerar incluyen las áreas humanista, psicológica, clínica, biomédica y socio médica.**

<b>Área</b>	<b>Conocimientos</b>	<b>habilidades</b>	<b>Actitudes y valores</b>	<b>Actividades</b>
Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención primaria</li> <li>• Perfil epidemiológico</li> <li>• Los clínicos requeridos por las necesidades de atención relacionados con el perfil epidemiológico</li> <li>• Modelos de abordaje de la atención médica</li> <li>• Modelos de relación médico-paciente</li> <li>• Conocimientos bioéticos</li> <li>• De ciencias sociales</li> <li>• Estudio de salud familiar</li> <li>• Informática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser efectivo y eficiente</li> <li>• Orientador</li> <li>• Relación efectiva: médico-paciente-familia</li> <li>• Tomador de decisiones compartidas</li> <li>• Detección oportuna de enfermedades indiferenciadas</li> <li>• Usuario de modelos de abordaje de la atención médica más adecuada al problema de salud que enfrenta</li> <li>• Capacidad resolutoria y/o de referencia</li> <li>• Valorar con justicia los elementos subjetivos y objetivos durante la práctica médica</li> <li>• Capacidad empática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeto al individuo y su contexto (cultural)</li> <li>• Responsable</li> <li>• Humanista</li> <li>• Conciencia de sus alcances y limitaciones profesionales</li> <li>• Conciencia de su compromiso social</li> <li>• Respeto de normas éticas</li> <li>• Compromiso y solidaridad en el vínculo con el individuo y su familia</li> <li>• Compromiso de seguimiento del paciente durante su atención médica</li> <li>• Compasión</li> <li>• Sinceridad</li> <li>• Honestidad</li> <li>• Liderazgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención clínica continua e integral y trabajo con la comunidad</li> <li>• Orientar a la familia</li> <li>• Trabajar en equipo</li> <li>• Prevención, curación, rehabilitación y Paliación</li> <li>• Atención de primer contacto</li> <li>• Atención centrada en la persona y la familia</li> <li>• Tomar decisiones compartidas</li> <li>• Detectar oportunamente</li> <li>• Manejar en forma integral padecimientos agudos y/o crónicos</li> <li>• Utilizar modelos de abordaje de la atención médica más adecuada sin problema de salud que enfrente</li> <li>• Atención de los pacientes en diversos escenarios</li> </ul>
Administrativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de los servicios</li> <li>• Economía y salud</li> <li>• Liderazgo</li> <li>• Informática</li> <li>• Leyes y reglamentos en materia de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestor en coordinación con el equipo de salud</li> <li>• Optimizador de los recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio</li> <li>• Honradez</li> <li>• Respeto a los individuos e instituciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar al equipo de salud</li> <li>• Optimizar recursos</li> <li>• Promover el desarrollo organizacional en los diversos escenarios de trabajo</li> </ul>

Educativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación médica</li> <li>• Lectura crítica</li> <li>• Lectura de textos médicos en inglés</li> <li>• Informática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación y promoción de la salud</li> <li>• Asesor</li> <li>• Evaluación de los programas educativos</li> <li>• Formador de nuevos recursos humanos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromiso con su desarrollo profesional</li> <li>• Compromiso y respeto con sus educandos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educar</li> <li>• Promover la salud</li> <li>• Asesorar</li> <li>• Desarrollar y actualizar sus conocimientos y habilidades</li> </ul>
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metodología de Investigación</li> <li>• Estadística</li> <li>• Informática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de los resultados de la investigación y su aplicación práctica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ética</li> <li>• Rigor metodológico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planear, diseñar y conducir proyectos de investigación y difundirlos en los medios existentes</li> </ul>

## 1.5 LA FAMILIA

Es la institución social básica en el seno de la cual se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad.<sup>12</sup>

El hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de toda su historia a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales. La familia, el ambiente más importante en el que él ha evolucionado, es la más antigua de las instituciones sociales humanas, tan añeja como la propia humanidad y según Ralph Linton, una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie.<sup>12</sup>

Durante la historia, la familia ha demostrado una gran resistencia, lo cual viene a contradecir aquéllas teorías que de tiempo en tiempo predicen un inminente ocaso de la familia y el matrimonio. Esta capacidad de resistencia ha sido demostrada cuando por alguna catástrofe sucumben sociedades complejas y no ha quedado sólo un grupo de individuos, sino una pluralidad de familias.<sup>12</sup>

Simultáneamente con su evolución histórica, la familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época. Aunque la familia es tan antigua como la especie humana, fue hasta la segunda mitad del siglo XIX en que se convirtió en objeto de estudio científico.

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, por ello resulta indispensable contar con un marco de referencia que permita el estudio y la comprensión de este grupo social.

La palabra familia deriva de la raíz latina *famulus* que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo *famul* que se origina de la voz *osca famel*, esclavo doméstico. En la era del nomadismo con el término de “familia” se designaba a todo grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro; en tanto que en la Roma antigua, el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos y esclavos y sirvientes que eran propiedad del *pater*, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos. En la actualidad, la palabra “familia” suele designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir en “familia”.

La OMS, comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio, en tanto que el diccionario de la Lengua Española dice que “La familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”. El censo canadiense define a la familia como “esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven en el mismo techo “.

En la actualidad, los teóricos del comportamiento familiar tienen la convicción común de que la familia debe ser concebida como una unidad funcional y que la actuación de sus miembros puede ser comprendida en relación con la estructura global de la misma; las consideran además como un sistema de interacción, o mejor aún de transacción, que imprime en el individuo los sentimientos de identidad e independencia. El primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de un grupo y por su sentido de pertenencia a una familia específica, en tanto que el segundo se logra a través de la participación en los diferentes subsistemas familiares y en grupos extrafamiliares.

La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano y según Le Play-Proudhon” es la célula básica de la sociedad”.<sup>12</sup>

La familia es un grupo primario y sus características son las propias de un sistema natural abierto en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contra reacciones en los otros y en él mismo, por eso, no debe ser entendida sólo en función de la personalidad de sus integrantes, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen. Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones.

Los principales subsistemas en la estructura de una familia nuclear son:

**Subsistema conyugal**

**Subsistema paterno-filial**

**Subsistema fraterno.**

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

La definición interaccional de familia la señala como un grupo de intimantes relacionados por fuertes y recíprocos lazos de afecto y lealtad, con una historia y un futuro común y que participan de un sentido de hogar.<sup>12</sup>

### **1.5.1 FUNCIONES DE LA FAMILIA<sup>13</sup>**

Las funciones de la familia son las tareas que les corresponden realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

**Socialización:** Promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.

**Afecto:** Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.

**Cuidado:** Protección y asistencia incondicional de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras, y de salud) del grupo familiar.

**Estatus:** Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

**Reproducción:** Provisión de nuevos miembros a la sociedad.

**Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.**

## **1.5.2 CICLO VITAL DE LA FAMILIA <sup>12, 3</sup>**

### **1.-Etapa constitutiva**

1. Fase preliminar (noviazgo)
2. Fase de recién casados (sin hijos)

### **II.-Etapa procreativa**

3. Fase de expansión (crianza inicial de los hijos).
  - a) Nacimiento del primer hijo (hijo mayor: del nacimiento a los 30 meses)
  - b) Familia con hijos preescolares (hijo mayor: de 2.5 a seis años)
4. Fase de consolidación y apertura
  - a) Familia con hijos escolares (hijo mayor de seis a 13 años)
  - b) Familia con hijos adolescentes (hijo mayor de 13 a 20 años)

### **III.-Etapa de dispersión**

5. Fase de desprendimiento (separación del primero al último de los hijos)

### **IV.-Etapa familiar final**

6. Fase de independencia (cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro)
7. Fase de disolución
  - a) Familia anciana (hasta la muerte de uno de los cónyuges)
  - b) Viudez (hasta la muerte del miembro restante)

El ciclo vital de la familia es una evolución en el curso de la cual, la familia se contrae a medida en que el medio social con el que cada uno de sus miembros está en contacto se va extendiendo. Este ciclo se ha distribuido para su estudio en 4 etapas, conformadas a su vez por varias fases que explican el desarrollo del grupo familiar.

La etapa constitutiva se inicia desde el momento en que la pareja decide adquirir el compromiso de vivir juntos, aunque no necesariamente independientes ni separados de sus respectivas familias de origen. La fase preliminar en la cual se sientan las bases se considera al noviazgo, el cual resulta fundamental para comprender muchos de los fenómenos que suceden en las fases siguientes.

La selección de pareja no es un hecho al azar sino en forma voluntaria, influido por el enamoramiento que por sus características, en múltiples ocasiones deja de lado la capacidad de juzgar acertadamente con quién vivir en armonía por el resto de la existencia. Uno de los principios fundamentales depende de que cada uno de los cónyuges esté bien diferenciado y que haya desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de su familia para formar su propio hogar y no verse influido por ésta.

En la etapa procreativa se inicia la expansión del grupo familiar, ya sea por embarazo o por adopción de los hijos, e incluye la crianza y el desarrollo de éstos durante sus primeros años. Corresponde que los hijos económica, afectiva, y jurídicamente son dependientes de sus padres, en ella ocurre la consolidación de la familia y se inicia la apertura hacia el exterior.

La etapa de dispersión comienza con la separación del primero de los hijos del núcleo familiar y termina cuando el último ha dejado a los cónyuges nuevamente solos. Una de las principales tareas de los padres en esta etapa es facilitar la independencia de sus hijos, ayudándoles a convertirse en seres productivos para su

propio grupo social. En tanto la pareja debe ser capaz de ajustarse al final del periodo parental mientras que sus hijos, ahora adultos, dan lugar a la formación de nuevas familias.

Etapa familiar final, ante la salida de los hijos resulta de vital importancia para los esposos el aprender a ser independientes nuevamente y a renegociar sus funciones dentro del subsistema conyugal, recurriendo el uno al otro para sobreponerse al síndrome del nido vacío y a otros eventos críticos propios de esta etapa; sin embargo si las funciones parentales superaron o nulificaron a las maritales por la excesiva atención centrada en los hijos, la ausencia de éstos puede ocasionar crisis individuales o conyugales importantes, mismas que también pueden conducirlos al fortalecimiento de su unión si logran resolverlas favorablemente o llevarlos a una separación mayor o a una intolerable relación si encuentran que ahora ya nada tienen en común.

Esta etapa comprende dos fases: la de independencia, en que la pareja nuevamente sola, debe llevar a cabo el ajuste final del papel del proveedor por jubilación o retiro del jefe y la de disolución, en la cual la pareja anciana debe afrontar diversas situaciones como el desarrollo de nuevas relaciones con los hijos, nietos y demás miembros de la familia residual; la pérdida de sus habilidades; la dependencia de otros y el fallecimiento de amigos y familiares.

Este lapso de la familia anciana termina con el fallecimiento de uno de los cónyuges, en tanto que en su viudez, el restante se enfrenta a diferentes alternativas como el continuar viviendo solo, casarse, mudarse al hogar de uno de sus hijos, o recluirse en un asilo hasta el final de sus días, cerrándose así el ciclo vital de su familia, cuando el reemplazo ya está dado por las nuevas familias formadas.<sup>12</sup>

### **1.5.3 CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS <sup>12</sup>**

Con el propósito de facilitar la clasificación de las familias se identificaron cinco ejes fundamentales:

Parentesco

Presencia física en el hogar o convivencia

Medios de subsistencia

Nivel económico

Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales.

#### **Clasificación de las familias con base en el parentesco <sup>12</sup>**

Parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de ésta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco. Tabla 3

**Tabla 3.- Clasificación de las familias con base en el parentesco.**

<b>Parentesco</b>	<b>Características</b>
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos.
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.
Monoparental/seminuclear	Padre o madre con hijos.
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco (más de dos generaciones en el mismo hogar).
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco (mas de dos generaciones en el mismo hogar), más personas sin parentesco
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (ejemplo: tíos, sobrinos, abuelos y nietos, primos, hermanos, etc.)

<b>Sin parentesco</b>	<b>Características</b>
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.
Grupos similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia (Amigos, religiosas, estudiantes, etc.).

## **Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia <sup>12</sup>**

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias. (Tabla 4)

**Tabla 4.- Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia.**

<b>Presencia física en el hogar</b>	<b>Características</b>
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar.
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres.
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos.
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etc.)

## **Clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia <sup>12</sup>**

La inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia. De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas:

- Agrícolas y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios

## **Clasificación de las familias con base en su nivel económico**

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar. Es difícil clasificar de una sola manera a las familias con una perspectiva económica, ya que se reúnen diversos indicadores tanto del bienestar como de la pobreza que interactúan, dependen e influyen sobre otros factores.

## **2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Acorde al perfil profesional del Médico Familiar es necesario un modelo de trabajo que lo distinga del Médico General para el estudio de la familia, la continuidad de la atención médica y la detección de los factores de riesgo.

En este trabajo se propone al MOSAMEF como la piedra angular de una estrategia piloto que, de acuerdo al esquema APOC, 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 del MICROESCENARIO (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 y sus factores de riesgo, 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 poblacional 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 peculiarizan la situación de cada consultorio de la clínica.

Un tercer elemento lo constituye la estructura y ciclo de vida familiar, y el cuarto elemento es el análisis de las causas de morbilidad del consultorio relacionado necesariamente con los datos de la pirámide de población y la información obtenida por la CEBIF.

De estos cuatro elementos deben identificarse mediante, un proceso de análisis y reflexión de 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 base para proponer un programa o plan de trabajo. Acorde con los principios de atención y recursos de la institución.

En la Clínica Hospital ISSSTE de Tuxpan, Ver., no existe información actualizada con los cuatro elementos arriba identificados. El último diagnóstico de salud con el que se cuenta es del año 2005 <sup>15</sup>, es por eso que este problema representa un reto y es necesario abordarlo desde el punto de vista del microescenario (consultorio), ya que permitirá identificar problemas específicos en el consultorio 1. Esta información será útil para desarrollar estrategias y abordar los problemas identificados.

### **3.-JUSTIFICACIÓN**

El tener conocimiento sobre las características de las familias permitirá identificar algunos de los factores de riesgo a los que están expuestas, para lo que también apoya la pirámide poblacional, y la tipología familiar en la que se encuentran. Si se conocen las principales causas de consulta, se podrán priorizar los programas de salud ya establecidos en la unidad.

Como es la primera vez que se estudia el consultorio 1, los datos que se obtendrán beneficiarán al médico familiar, el cual mejorará la atención médica, ya que conocerá las patologías más frecuentes de su población, lo que orientará a priorizar la capacitación en dichas patologías y con ello lograr una atención integral y continua para cumplir así parte de los objetivos del perfil del médico familiar.

Aplicando el MOSAMEF en el microescenario se logrará identificar los problemas que ameritan la implementación de estrategias.

La información que reporta el MOSAMEF en el microescenario también tiene un valor de carácter administrativo para la dirección de la clínica ya que orienta en forma más precisa sobre las necesidades prioritarias de los recursos materiales y dirigir mejor las políticas en la planeación de metas de este consultorio.

## **4.-OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Aplicar el MOSAMEF en su etapa diagnóstica en el consultorio No. 1 de la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. de Tuxpan, Ver.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

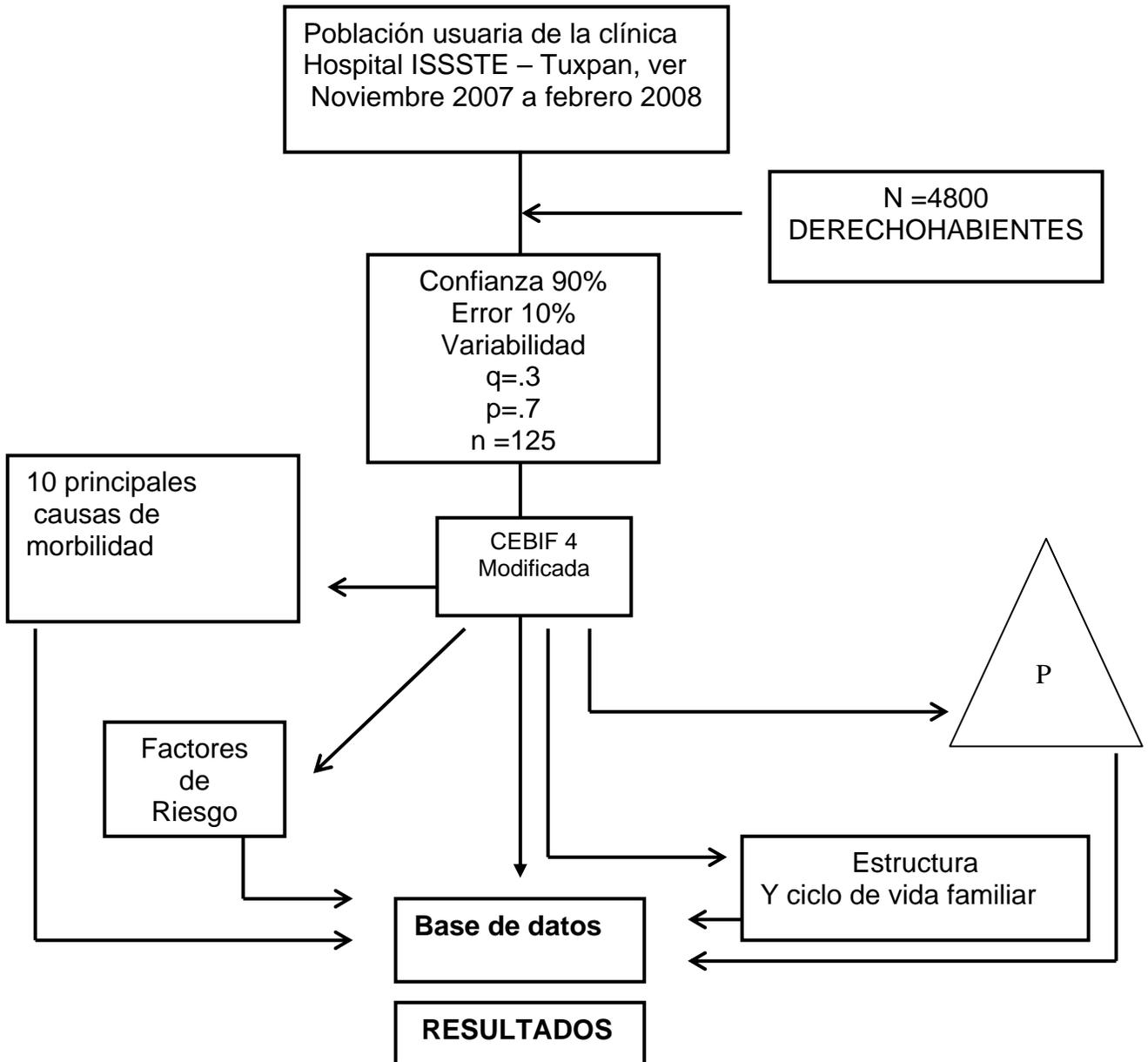
- Aplicar la Cédula Básica de Información para conocer las características básicas de la familia.
- Elaborar la pirámide poblacional del consultorio 1 de la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. De Tuxpan, Ver.
- Identificar la estructura y el ciclo de vida de las familias usuarias a través de la CEBIF
- Identificar las 10 principales causas de morbilidad del consultorio.
- Identificar los factores de riesgo de las familias usuarias.

## 5.- MATERIAL Y METODOS

### 5.1 Tipo de estudio:

Observacional, transversal, descriptivo, cuantitativo.

### 5.2 Diseño de investigación del estudio



**N= 4800** derechohabientes del c-1 de la CL HOSP. ISSSTE Tuxpan, Ver.

**P=** Pirámide de población

**n=** Muestra no aleatoria de la familia

### 5.3.- Población, lugar y tiempo:

Familias usuarias del consultorio 1 de la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. de Tuxpan, Ver.  
Realizado en el periodo de Noviembre 2007 a Febrero 2008.

### 5.4.- Muestra

Se calculó una muestra de trabajo no aleatoria, obteniéndose una población muestra de 125 familias.

El tamaño de la muestra se calculó con una variabilidad de:

$z =$  confianza 90%

$E =$  error del 10%

$q = .3$

$p = .7$

$N = 4800$

$$n = \frac{\frac{z^2 q}{E^2 p}}{1 + \frac{1}{N} \left[ \frac{z^2 q}{E^2 p} - 1 \right]}$$

Se estima que este tamaño muestral es suficiente para un adecuado acercamiento al objetivo general de este estudio.

## **5.5.- Criterios de selección**

### **5.5.1.-Criterios de inclusión**

Todas las familias usuarias del consultorio 1 de la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. de Tuxpan, Ver., mayores de 18 años, que aceptaron y contestaron completamente la encuesta.

Hojas de informe diario del consultorio 1 de la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. de Tuxpan, Ver. Durante el periodo de Enero a Diciembre del año 2007.

### **5.5.2.-Criterios de exclusión**

Familias no usuarias del consultorio 1 de la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. de Tuxpan, Ver.

Familias derechohabientes sin vigencia en el momento de aplicar la encuesta.

Familias adscritas a otros consultorios,

Encuestas que no fueron contestadas por completo y familias que no aceptaron participar.

Hojas de informe diario rotas o ilegibles.

## 5.6.- VARIABLES:

En el siguiente cuadro se muestran las variables, sus valores, etiquetas, tipo de variable y escala.

NÚMERO	VARIABLES	VALORES DE LA VARIABLE	ETIQUETAS	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
1	Edad	Años	0 a 94 años	Cuantitativa	Discontinua
2	Sexo	Femenino y Masculino	Hombre Mujer	Cualitativo	Dicotómica
3	Nacionalidad	Mexicana Norteamericana Europea	México Estados Unidos Europa	Cualitativo	Nominal
4	Estado Civil de cónyuges	Casados Unión Libre Divorciados Viudos solteros	Unir en matrimonio Sin vínculo matrimonial Deshacer un matrimonio Muerte del cónyuge soltero	Cualitativa	Discontinua
5	Parentesco Familiar	Hija Hijo Madre Padre		Cualitativa	Discontinua
6	Núm. Hijos R.N-1	Niño de 0 días a 365 días	Recién nacido a 1 año	Cualitativa	Continua
7	Núm. Hijos 1 - 4	Niño de 1 a 4 años de nacido	Niño que ha vivido de 1 a 4 años cumplidos	Cualitativa	Continua
8	Núm. Hijos 5 – 10	Niño de 5 a 10 años	Niño que ha vivido de 5 a 10 años cumplidos	Cualitativa	Continua
9	Núm. Hijos 11 – 19	Niño de 11 a 19 años	Niño y/o adolescente de 11 a 19 años cumplidos	Cualitativa	Continua
10	Núm. Hijos 20 o más	Adulto joven	Adulto joven con más de 20 años cumplidos	Cualitativa	Continua
11	Con parentesco	Consanguíneo	Familiar de uno de los cónyuges	Cualitativa	Discontinua
12	Sin parentesco	No consanguíneo	Amigo, compadre, etc.	Cualitativa	Discontinua
13	C. E. Familia Nuclear	Simple Numerosa Ampliada Binuclear Reconstruida	Papás con < de 4 hijos Papás con > 4 hijos Con otros parientes Cónyuges divorciados Nuevas nupcias	Cualitativa	Discontinua
14	C.E. Familia Extensa	Ascendente Descendente	Abuelos, bisabuelos, nietos, bisnietos	Cualitativa	Discontinua
15	C.E. Familia Mono parental	Simple Ampliada	1 solo cónyuge < 4 hijos 1 solo cónyuge y parientes	Cualitativa	Discontinua
16	C.E. Persona que vive sola	Soltera	Soltera	Cualitativa	Discontinua
17	Etapa del ciclo vital de la familia	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro	Recién casados Llegada del primer hijo Escolares y adolescentes Mayoría de edad Desempleo, jubilación, viudez y abandono	Cualitativa	Discontinua
18	Escolaridad materna	Post-primaria Primaria completa Primaria incompleta Sin instrucción	Instrucción escolar	Cualitativa	Continua
19	Diabetes Mellitus	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
20	Hipertensión Arterial	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
21	Enfermedad del Corazón	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua

22	Cáncer de Mama	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
23	Cáncer de Próstata	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
24	Otros Cáncer	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
25	Insuficiencia Renal	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
26	Enfermedad Cerebro Vascular	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
27	Asma	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
28	Hepatitis B y C	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
29	Sida	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
30	Enfermedades de Transmisión sexual (ETS)	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
31	Tuberculosis Pulmonar	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
32	Obesidad	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
33	Desnutrición	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
34	Tabaquismo	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
35	Alcoholismo	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
36	Otras farmacodependencias	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
37	Anorexia	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
38	Violencia intrafamiliar	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
39	Enfermedades psiquiátricas	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
40	Riesgo ocupacional	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
41	Discapacidad	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
42	Cáncer Cervicouterino	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua

## 5.7.- MÉTODO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Una vez obtenida la autorización por la dirección de la Clínica Hospital ISSSTE de Tuxpan, Ver., se realizó lo siguiente:
- Datos de Morbilidad: Se recabaron las hojas de informe diario (forma SM-10-1) en el servicio de estadística, correspondiente al año 2007, se ordenaron y se clasificaron por mes y por el método de paloteo se detectan las principales causas de enfermedad.

- Para la aplicación de la CEBIF: Las encuestas fueron aplicadas por la autora de éste trabajo con el apoyo voluntario del personal de enfermería, a quienes se les dió previamente entrenamiento para el llenado de dichas encuestas.
- La aplicación de la CEBIF se aplicó únicamente en el turno matutino.
- Las encuestas fueron aplicadas en los consultorios a las personas que voluntariamente accedieron a responder en forma personalizada, en un lapso aproximado de 30 días.
- Una vez terminada la aplicación de las encuestas, la información se almacenó en el programa estadístico S.P.S.S. versión 15.

### **5.8 Maniobras para evitar o controlar sesgos**

Se reconoce que hay sesgo de información debido a que los datos son aportados por los pacientes y se confía en la veracidad de ellos. También se reconoce que existe sesgo de selección debido a la naturaleza no aleatoria de los individuos seleccionados y por el tipo de estudio no probabilística.

### **5.9 Procedimientos estadísticos**

Base de datos S.P.S.S. Versión 15.

Análisis estadístico, descriptivo, utilizando medidas de tendencia central, de resumen y de dispersión.

### **5.10 Consideraciones éticas:**

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (Artículo 17 del reglamento), es una investigación que no representa riesgos para los pacientes que van a ser entrevistados, y no altera ninguno de los conceptos de la declaración de Helsinki adoptada en la 18 a. asamblea.<sup>18</sup>

## 5.11 Cronograma

Etapa y actividad	Nov.	Dic.	Enero	Febrero
Etapa de planeación y proyecto	❖			
Marco teórico		❖	❖	
Material y método			❖	
Etapa de ejecución			❖	❖
Recolección de los datos	❖	❖	❖	❖
Almacenamiento de los datos			❖	❖
Análisis de los datos				❖
Descripción de los datos				❖
Discusión de los resultados				❖
Conclusión del estudio				❖
Integración y revisión final				❖
Reporte final				❖
Autorizar				❖
Impresión de trabajo final				❖

## 5.12 Recursos humanos, materiales y financieros

### Recursos humanos:

Este proyecto será realizado por el investigador responsable del mismo.

### Recursos materiales:

1 computadora

Hojas blancas = 1000

Lápiz plomo =1

Goma de borrar=1

Calculadora= 1

### **Recursos financieros:**

Los recursos financieros para la elaboración de este proyecto corren a cargo del investigador responsable.

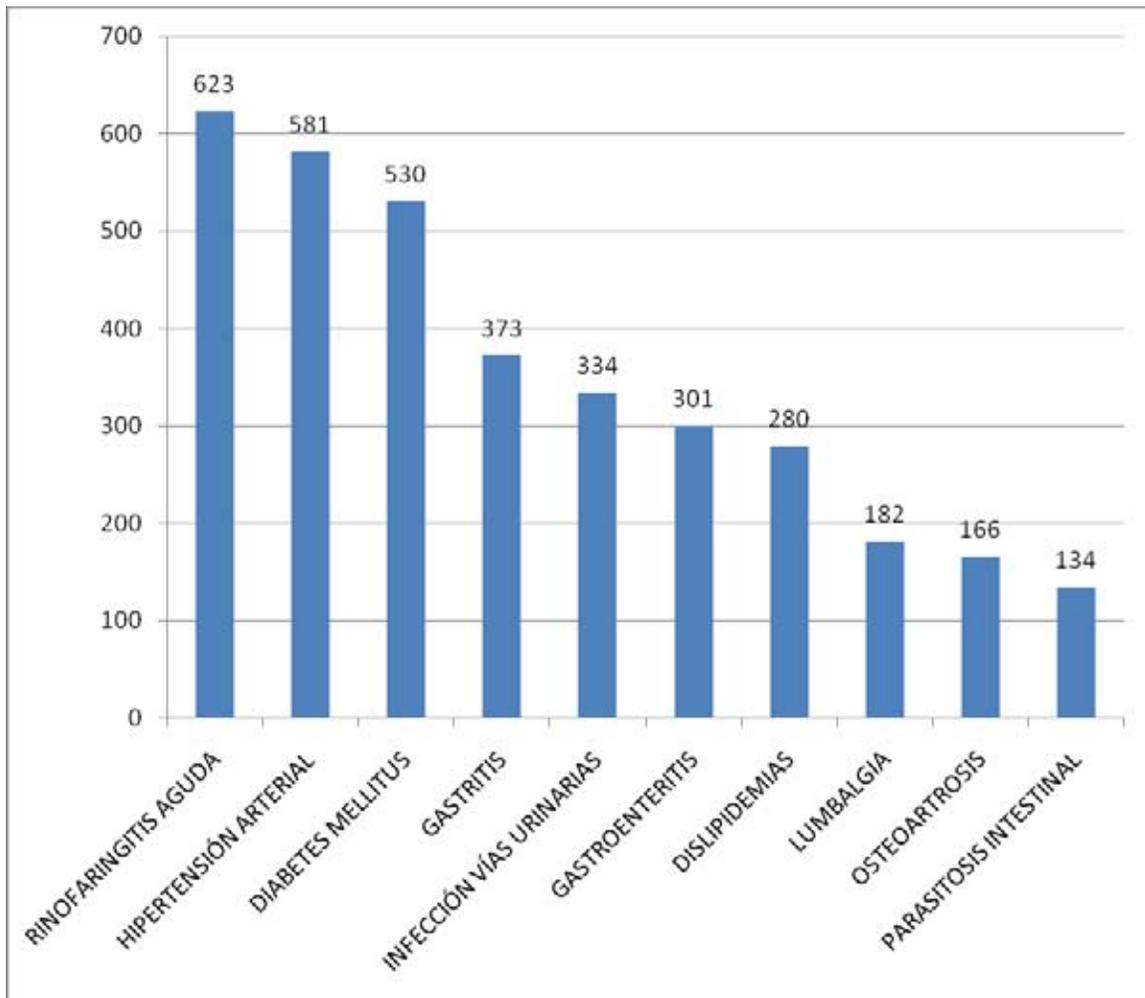
## **6.- RESULTADOS**

El total de Cédulas de Identificación Familiar aplicadas en el consultorio 1 de la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. de Tuxpan, Ver., fueron 125.

### **6.1 MORBILIDAD**

El total de las consultas reportadas en el año 2007, del consultorio 1 de la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. de Tuxpan, Ver., fueron 3,504, en la gráfica no. 1 se expresan las 10 principales patologías y el número de pacientes que las padecen. Encontrándose en un 17.7% la rinofaringitis como primera patología con 623 casos, le sigue hipertensión arterial con un 16.5% equivalente a 581 pacientes, y diabetes mellitus con un 15.1% que corresponde a 530 pacientes, el 10.6% con 373 padece gastritis, el 9.5 % con 334 pacientes, infección de vías urinarias; el 8.5% con 301 pacientes, gastroenteritis; el 7.9% con 280 pacientes, dislipidemias; el 5.1% con 182 casos, lumbalgia; el 4.7 % con 166 casos, osteoartrosis; y el 3.82% con 134 casos, parasitosis intestinal. Figura 3.

**FIGURA 3.- Morbilidad del consultorio # 1 de la Clínica Hospital del ISSSTE,  
Tuxpan, Ver. Año 2007.**



## 6.2 PIRAMIDE POBLACIONAL

La pirámide poblacional del consultorio 1 de la Clínica Hospital ISSSTE, de Tuxpan, Ver., asciende a 514 derechohabientes, representa una población predominantemente joven con baja natalidad y mortalidad. Los menores de 5 años representan un porcentaje del 2.7% con 14 pacientes y el masculino 3.3% con 17 pacientes.

Los menores de 20 años corresponden al 14.9% con 77 pacientes del sexo masculino y el 11.2% con 58 pacientes del sexo femenino.

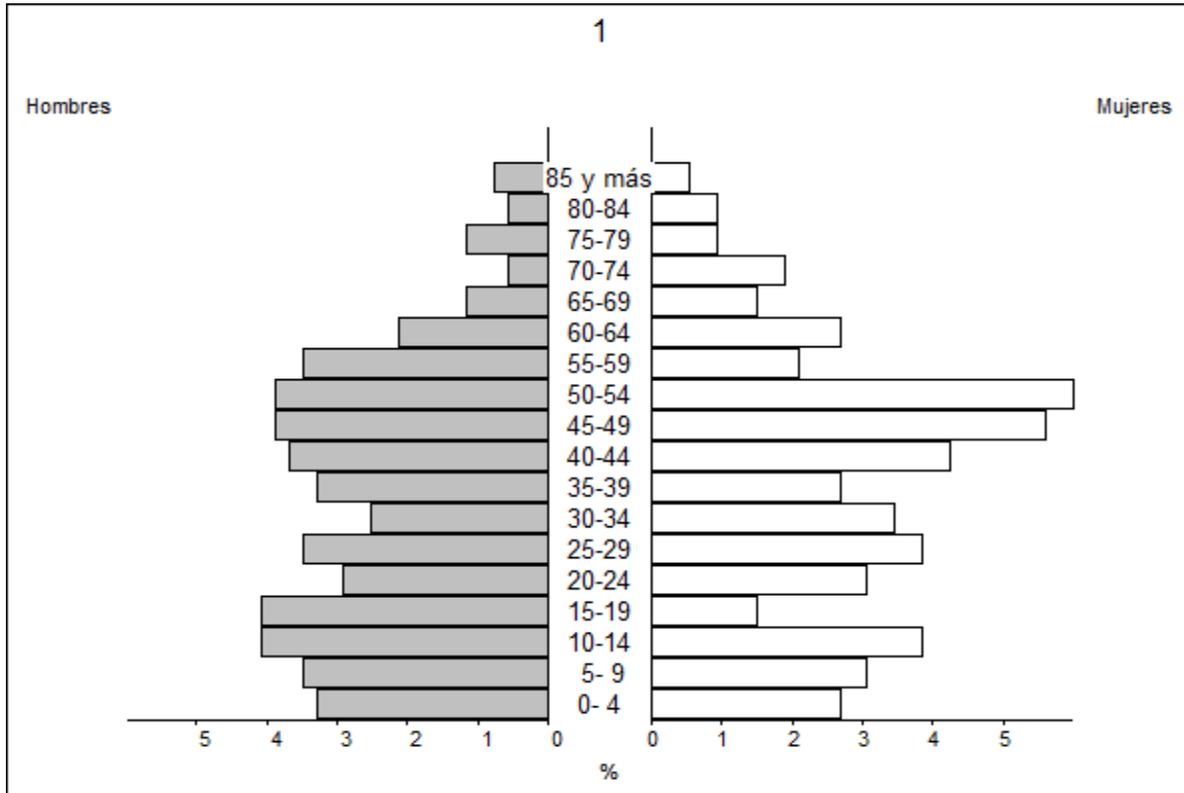
La población adulta (de 15 a 60 años) representa el 64.1% en total con 330 pacientes, predominando el sexo femenino con 32.8% y el masculino con 31.3%.

El rubro de 20 a 44 años representa el 33.4% con 172 pacientes de los cuáles el 17.5% con 90 pacientes son del sexo femenino y el 15.9% con 82 pacientes son del sexo masculino.

El mayor número de pacientes lo tenemos en las edades de 20 a 54 años, con un 52.9% que corresponde a 272 pacientes, siendo del sexo femenino el 29.18% con 150 pacientes y el sexo masculino el 23.7 % con 122 pacientes, que corresponde a más de la mitad del total de la población estudiada, los pacientes mayores de 60 años equivalen al 15.1 % con 78 pacientes, correspondiendo al sexo masculino el 6.4 % con 33 pacientes y el femenino al 8.7 % con 45 pacientes.

El menor número lo tenemos en las edades de 85 años en adelante con un total del 1.35 %, de los cuáles el 0.58 % son del sexo femenino con 3 pacientes y el 0.77 % son del sexo masculino con 4 pacientes. Figura 4.

**Figura 4. Pirámide de población**



### **6.3 SEXO**

Se obtuvo información de 125 familias que corresponden a 514 familiares, de los cuales 264 son del sexo femenino con el 51.4%, y 250 del sexo masculino que corresponde al 48.6%.

### **6.4 EDAD**

La edad promedio es de 36 años, el individuo mayor tuvo 94 años y el menor 6 meses.

### **6.5 ESCOLARIDAD**

En la tabla 4 se observa la escolaridad de los 514 pacientes, observando una escolaridad promedio de 8.7 años, siendo la primaria, la más elevada.

**Tabla 5. Escolaridad en años**

<b>ESCOLARIDAD EN AÑOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	46	8.9
1	19	3.7
2	15	2.9
3	16	3.1
4	5	1.0
5	7	1.4
6	94	18.3
7	10	1.9
8	10	1.9
9	81	15.8
10	8	1.6
11	9	1.8
12	58	11.3
13	9	1.8
14	16	3.1
15	89	17.3
16	12	2.3
17	10	1.9
<b>Total</b>	<b>514</b>	<b>100</b>

## 6.6 PARENTESCO

En cuanto al parentesco los resultados que se encontraron de los 514 pacientes fue que el mayor porcentaje con el 40.3% corresponde a los hijos, el 24.7% a la madre, y el 19.3% al padre, como se observa en la tabla 5.

**Tabla 6. Parentesco**

<b>PARENTESCO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Hijo	207	40.3
Madre	127	24.7
Padre	99	19.3
Nieto	37	7.2
Nuera	7	1.4
Hermanos maternos	7	1.4
Sobrinos maternos	7	1.4
Abuelos maternos	7	1.4
otros	7	1.4
Yerno	6	1.2
Abuelos paternos	3	.6
<b>Total</b>	<b>514</b>	<b>100</b>

## 6.7 FACTORES DE RIESGO

Los principales factores de riesgo detectados son la diabetes mellitus con el 36.8%, hipertensión arterial con el 35.7% y en tercer lugar la obesidad con un 29%, el resto de los factores se muestran en la tabla 6.

**Tabla 7. Factores de riesgo**

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Diabetes mellitus	105	36.8
Hipertensión arterial	102	35.7
Obesidad	83	29
Enfermedades del corazón	30	10.5
Alcoholismo	28	9.7
Otro tipo de cáncer	22	7.7
Enfermedad cerebro vascular	18	6.7
Cáncer cervicouterino	19	6.6
Asma	14	4.8
Violencia intrafamiliar	11	3.8
Cáncer de mama	7	2.4
Insuficiencia renal	7	2.4
Riesgo ocupacional	7	2.4
Discapacidad	7	2.4
Tabaquismo	6	2.1
Enfermedades psiquiátricas	5	1.7
Cáncer de próstata	4	1.4
VIH /SIDA	1	.3
Hepatitis B y C	1	.3
TBP	1	.3
Desnutrición	1	.3
Anorexia	0	0
Otras farmacodependencias	0	0

## 6.8 ESTADO CIVIL

De las 125 familias entrevistadas, el 71.2% son casados; el 9.6% son viudos o viven en unión libre, el 6.4% son solteros y el resto son divorciados. Tabla 7.

**Tabla 8. Estado civil de las parejas**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Casados	89	71.2
Unión libre	12	9.6
Viudos	12	9.6
Solteros	8	6.4
divorciados	4	3.2
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100</b>

## 6.9 ESTRUCTURA FAMILIAR

Dentro del tipo de familia por su composición se encuentra con un porcentaje del 80% la familia nuclear, que corresponde a 100 familias, el resto de la clasificación representadas esquemáticamente en la Tabla 8.

**Tabla 9. Estructura de la familia**

<b>TIPO DE FAMILIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Nuclear	100	80.0
Extensa	12	9.6
Monoparental	10	8.0
Equivalentes familiares	0	0.0
Persona que vive sola	3	2.4
<b>TOTAL</b>	<b>125</b>	<b>100.00</b>

## 6.10 ETAPAS DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

De acuerdo a la etapa del ciclo vital de la familia, con un porcentaje del 35.2% se encuentran en etapa de expansión, el 28% en dispersión, el 22% en independencia y el resto de la clasificación se presenta en la Tabla 9.

**Tabla 10. Etapas del ciclo vital de la familia**

<b>ETAPAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Matrimonio	1	0.8
Expansión	44	35.2
Dispersión	35	28.0
Independencia	28	22.4
Retiro	17	13.6
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100</b>

## 6.11 OCUPACIÓN

La ocupación de la familia marcó que el 22.4% son estudiantes de pre-escolar a posgrado, en segundo lugar con el 20.6% son amas de casa, y con el 17.5% son profesionistas. Tabla 10.

**Tabla 11. Ocupación del Familiar**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Estudiante (pre-escolar a posgrado)	115	22.4
Ama(o) de casa (hogar)	106	20.6
Profesional	90	17.5
Empleado	50	9.7
Servicios diversos	30	5.8
Menor de edad (menores de 4 años)	26	5.1
Jubilado / pensionado	20	3.9
Desempleado	17	3.3
Campesino	14	2.7
Obrero	12	2.3
Técnico	9	1.8
Comerciante	9	1.8
Estudia y trabaja	5	1.0
Artesano	2	0.4
Conductor de auto (chofer)	2	0.4
Empresario	2	0.4
Directivo	2	0.4
Subempleado	1	0.2
Artista	1	0.2
Otras ocupaciones	1	0.2
<b>Total</b>	<b>514</b>	<b>100</b>

## 6.12 EDAD DE LOS PADRES

La edad de los padres que arrojó la CEBIF-4 a través de las 125 cédulas aplicadas, es la mínima de la madre de 21 años y del padre de 23 años, la edad máxima es de 94 y 84 años respectivamente, como se observa en las tablas 11 y 12.

**Tabla 12. Edad de la madre**

<b>AÑOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>AÑOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
21	1	0.8	53	2	1.6
22	1	0.8	54	6	4.8
26	2	1.6	56	2	1.6
27	2	1.6	57	3	2.4
28	1	0.8	58	3	2.4
29	1	0.8	59	1	0.8
30	2	1.6	60	4	3.2
32	2	1.6	61	1	0.8
33	1	0.8	62	2	1.6
36	2	1.6	63	1	0.8
37	2	1.6	64	2	1.6
38	5	4.0	65	1	0.8
39	1	0.8	66	1	0.8
40	3	2.4	67	2	1.6
41	2	1.6	69	2	1.6
42	2	1.6	70	2	1.6
43	2	1.6	71	3	2.4
44	6	4.8	72	1	0.8
45	3	2.4	73	3	2.4
46	1	0.8	76	1	0.8
47	8	6.4	77	1	0.8
48	4	3.2	79	2	1.6
49	3	2.4	81	2	1.6
50	10	8	83	1	0.8
51	2	1.6	85	1	0.8
52	5	4	94	1	0.8
			<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100</b>

**Tabla 13. Edad del padre**

<b>AÑOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>AÑOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
23	1	0.8	54	3	2.4
27	1	0.8	55	5	4
29	1	0.8	56	1	0.8
30	1	0.8	57	2	1.6
31	3	2.4	58	8	6.4
32	2	1.6	59	2	1.6
37	4	3.2	60	8	6.4
38	3	2.4	61	2	1.6
39	1	0.8	63	1	0.8
40	3	2.4	64	2	1.6
41	3	2.4	66	4	3.2
42	5	4	67	2	1.6
44	4	3.2	68	2	1.6
45	3	2.4	69	2	1.6
46	5	4	71	1	0.8
47	4	3.2	73	2	1.6
48	4	3.2	74	1	0.8
49	3	2.4	75	3	2.4
50	5	4	76	1	0.8
51	3	2.4	77	3	2.4
52	4	3.2	78	2	1.6
53	2	1.6	81	1	0.8
			84	2	1.6
			<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100</b>

## 7.- DISCUSIÓN

La aplicación de las Cédulas de Identificación Familiar fue satisfactoria, para cubrir una muestra de la población del consultorio No. 1, se identificaron datos importantes para conocer el perfil de la población, la pirámide refleja una proporción en mujeres de edad reproductiva y productiva; el grupo menor de 5 años corresponde al 6%; habiendo un incremento en la población de 5 a 19 años, con un 20.2%, por lo que es importante establecer programas de orientación y educación sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual, esquema de vacunación en adolescentes, prevención de adicciones, y orientar el desarrollo individual por los cambios que se presentan de la adolescencia hacia la adultez, en el grupo de 20 a 54 años se tiene al 52.9% de la población lo que nos orienta a enfatizar los programas de salud reproductiva (planificación familiar, control del embarazo, riesgo reproductivo, control prenatal, detección oportuna de de cáncer cervicouterino y mama), prevención o detección de enfermedades crónico degenerativas, promoción de actividad física, higiene dental y salud mental.

Un grupo importante de pacientes es el de 45 años y más, donde hay un total de 207 pacientes (40.2%), por lo que es importante la prevención, detección oportuna y control de las enfermedades crónico degenerativas, integrarlos a grupos del adulto mayor, para aumentar los conocimientos de la población en los cambios físicos y orgánicos que se presentan en la edad adulta, contar con redes sociales y trabajar en conjunto con el equipo de salud.

Con el reporte diario de la consulta del médico familiar se obtiene que el número total de consultas otorgadas en el año 2007 fue de 3504, obteniendo de ellas las 10 principales causas de morbilidad. De las que figura en primer lugar las infecciones de vías respiratorias altas, seguidas de las enfermedades crónico degenerativas, como son hipertensión arterial y diabetes mellitus.

El grado escolar que se reporta en mayor porcentaje en éste estudio es de 6 años continuos, que corresponde al nivel primaria, tomando como inicio escolar a partir del primer año de primaria.

Conocer los factores de riesgo de las familias es muy importante, para dar prioridad a las medidas preventivas y retardar la aparición de estas enfermedades, dentro de los principales factores de riesgo se tiene en primer lugar a la diabetes mellitus, segundo lugar la hipertensión arterial, tercer lugar la obesidad, cuarto lugar enfermedades cardiovasculares, es recomendable investigar la cobertura de atención, que se hace a estos padecimientos, para mejorar estos factores de riesgo en beneficio de las familias estudiadas. El alcoholismo es un importante factor de riesgo, ocupando el quinto lugar en las familias encuestadas, y requiere de una gran participación por parte del médico familiar y de una actualización constante en los nuevos tratamientos de estas enfermedades.

Con respecto al estado civil, predomina el matrimonio, con el 71.2%, la unión libre y los viudos el 9.6%, solteros el 6.4% y divorciados el 3.2%, son pocas las familias donde falta la pareja pero se deben de tomar en cuenta para la formación de grupos de apoyo a estas familias.

El miembro de familia que contestó la encuesta fue la mujer, probablemente porque es quien demanda la consulta con mayor frecuencia, ya sea por enfermedad o por acompañar a un miembro de su familia.

En lo referente a la estructura familiar la mayoría de las familias son nucleares con el 80%, la familia extensa el 9.6%, familia monoparental el 8% y solo el 2.4% vive sola.

En el ciclo vital de las familias hay un predominio en la etapa de expansión con el 35.2%, le sigue la familia en etapa de dispersión con el 28%, en etapa de independencia el 22.4%, en etapa de retiro el 13.6% y en matrimonio el 0.8%. En la

etapa de retiro y muerte se deberá preparar a la familia para los eventos naturales que puedan presentarse. Considerando que la fase de expansión es fundamental en la formación de los hijos, es adecuado orientar en esta fase a los padres con la finalidad de dar valores que puedan transmitir a sus hijos. También se observa que la etapa de dispersión representa un gran número de familias en las cuales los hijos se encuentran asistiendo a la escuela o están laborando en vías de formar nuevos hogares al relacionarse con nuevas parejas.

En el rubro de ocupación predomina la de estudiante (de pre-escolar hasta posgrado) con el 22.4%, en segundo lugar la de ama de casa con el 20.6% y en tercer lugar los profesionistas con el 17.5%.

## **8.- CONCLUSIONES**

Al concluir este estudio se logró el objetivo deseado, que era conocer las características sociodemográficas de los núcleos familiares atendidos en el consultorio 1 de la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. de Tuxpan, Ver. Lo ideal sería que el médico familiar aplique los tres principios básicos de la medicina familiar (continuidad de la atención, enfoque de riesgo y estudio de familia), ya con el conocimiento que actualmente se tiene mediante los resultados obtenidos a través de la CEBIF-4, se debe encausar a realizar acciones de educación para la salud, específicas de acuerdo a la problemática real del consultorio. De acuerdo a la pirámide de población se identificó que la gran mayoría de los derechohabientes se encuentra entre los 20 y 65 años de edad, por lo tanto se deben implementar programas prioritarios encaminados a la detección y prevención de enfermedades crónico degenerativas, salud reproductiva, prevención y control de adicciones, promoción de actividad física, salud dental y mental.

Las mujeres sobresalen en número por lo que se debe hacer énfasis en la realización de papanicolaou y la exploración de mama. También debe destacarse que es una población en edad reproductiva por lo que se debe dar orientación sobre las enfermedades de transmisión sexual, SIDA, métodos anticonceptivos, riesgo reproductivo y cuidados durante el embarazo, embarazo en adolescentes.

Conocer las 10 principales causas de morbilidad de los núcleos familiares atendidos en el consultorio 1 de la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. de Tuxpan, Ver. Permite llevar a cabo medidas preventivas aplicando el nivel de prevención de Leavell y Clark.

En la unidad de salud donde realicé este estudio, ya se cuenta con diferentes programas preventivos, los cuáles se deben incrementar y algunos otros iniciar. En la unidad están establecidos los siguientes clubes:

- Club del hipertenso
- Club del diabético
- Club del climaterio
- Club del adulto mayor

Se deben fomentar estos grupos de apoyo, y dentro de estos clubes tener un control estricto del peso mediante detecciones del índice de masa corporal de los pacientes, hacer más detecciones rápidas de diabetes por medio del destrostix y de hipertensión con monitoreo de la toma de presión arterial, detectar cifras altas de lípidos en sangre, dar a conocer por medio de pláticas las enfermedades de transmisión sexual y como prevenirlas, insistir siempre en cambios en el estilo de vida. Privilegiando la relación médico, paciente, familia y comunidad. Estos grupos deben tener su control mediante tarjetas que monitoreen periódicamente el avance o el retraso de los resultados obtenidos, tratando de manejar incentivos con los pacientes mediante diplomas o establecer estrategias donde éstos pacientes que logren sus metas sean, a su vez ejemplo y capacitadores de otros que aún no las logran, el plazo de los resultados

debe ser en corto tiempo, máximo un periodo de 6 meses de no lograr resultados satisfactorios el paciente pasará a una segunda etapa de reestructuración y control.

Este tipo de programas se pueden establecer en forma temporal o permanente de acuerdo a la habilidad y estrategias que logre llevar el médico participante, habiendo siempre un registro de las actividades realizadas y de los resultados obtenidos.

El equipo de salud y especialmente el médico familiar, deben estar siempre actualizados en las patologías que puedan presentarse en el ciclo vital de la familia, capacitarse ampliamente en temas que necesite la población estudiada con el fin de otorgar una atención integral a las familias, aplicando las normas oficiales mexicanas tanto de la diabetes, hipertensión, cáncer cervicouterino, de cáncer de mama, etc. Donde se definen los procedimientos y acciones para la prevención, detección diagnóstico y tratamiento tendientes a disminuir la incidencia de estas enfermedades y establecer programas de atención médica idóneos a fin de lograr un control efectivo del padecimiento, reducir sus complicaciones, limitar el daño y disminuir la mortalidad.

Este es un trabajo que brinda una contribución a la sociedad y al médico mismo por identificar los problemas que se presentan como más imperantes de atención y en los cuales se deben de basar las estrategias y programas que se realicen para la atención integral de una sociedad dinámica y de cambio. Con esta investigación se siembra la inquietud de realizar más investigaciones basadas en el MOSAMEF, para obtener así un modelo que sea realmente adecuado para el estudio de las familias y apto para la aplicación en la práctica diaria del médico familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Turabian JL. Cuadernos de medicina de familia y comunitaria. Ed. Díaz Santos, Madrid España, 1996, p. 3-7,15-17.
- 2.- Irigoyen CA, Morales LH. Modelo sistemático de atención médica familiar: (MOSAMEF). Cap. 11 en Nuevos fundamentos de medicina familiar. Ed. Medicina Familiar Mexicana. México, 1999, p. 154-169.
- 3.- Suárez RV. Aplicación del modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF) en el microescenario. Tesis. Curso de Especialización en Medicina Familiar. Facultad de Medicina, UNAM. México, 2007, p. 1-7.
- 4.- Zurro MA, Cano JF. Manual de atención primaria. Ed. Elsevier, Madrid España, 2003, Vol. 1, 5ª Edición, p. 4-7.
- 5.- Sidney LK. APOC- Grupo de trabajo en atención primaria orientada a la comunidad, 2005, p. 1-3. Disponible en URL: <http://www.apoc-copc.org/historia.htm>, 3 pantallas 7 de abril 2008.
- 6.- Frenk MJ, Roblado VC, Nigenda LG, Ramírez CC, Galván MO; Ramírez AJ, Políticas de formación y empleo de médicos en México: 1917-1988. Ed. Salud Pública. México, 1990; 32; p. 440-448.
- 7.- Martínez HA. Aplicación del modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF) en el microescenario. Tesis. Curso de Especialización en Medicina Familiar. Facultad de Medicina, UNAM. Tlalnepantla, Estado de México, 2005, p. 6- 8.
- 8.- Irigoyen CA. Gómez CF. Modelo sistemático de atención médica familiar ¿piedra de roseta para la medicina familiar? Arch. Med. Fam. 2000; 2 (1), p. 5-6.

- 9.- Gómez CFJ, Irigoyen CA, Ponce RE, Material Didáctico. Curso de Metodología de la Investigación para tesis. Curso de Especialización en Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM 2008.
- 10.- Vallejo FJ, Altisent TR, Diez EJ, Fernández SC; Faz GG, Granados MM, Lago DF. Perfil profesional del médico de familia. Atención primaria. 1999, 23 (4). p. 124-125.
- 11.- Fernández OM, Gómez CF, Irigoyen CA, Membrillo LA, Ponce RE, Quiroz PJ. I.- Elementos esenciales de la medicina familiar, vol.7 sup. 1: 2005 p. 13-14, II.- Conceptos básicos para el estudio de la familias, vol. 7 supl.1: 2005 p. 15-19, III Código de bioética en medicina familiar, vol.7 supl.1:2005:p. 21-23.
- 12.- Farfán SG, Romero PA, Hernández GJ. Estudio de la salud familiar. Cap.4 Programa de actualización continua en medicina familiar, Ed. Intersistemas, México, 1999, p.11-16.
- 13.- Medidas de Tendencia Central. Disponible en URL: [http://es.wikipedia.org/wiki/Medidas\\_de\\_tendencia\\_central](http://es.wikipedia.org/wiki/Medidas_de_tendencia_central), 10 pantallas 7 de Abril 2008.
- 14.- Foz GG, Gofin J, Montaner G. Atención primaria orientada a la comunidad. Ed. Elsevier, Madrid, España, 2003, p. 347-362.
- 15.- Diagnóstico situacional y de salud.2005. Clínica Hospital ISSSTE, Tuxpan, Ver.
- 16.- Organización mundial de médicos familiares: WONCA.1977, disponible en URL: <http://www.cimfweb.org/> 10 de Febrero 2008.
- 17.- Atención primaria orientada a la comunidad: APOC. <http://www.apoc.copc.org/>
- 18.- Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, enmendada en la 52ª Asamblea General. Edimburgo, Escocia. Octubre 2000.

- 19.- Plan Único de Especializaciones Médicas en Medicina Familiar. Facultad de Medicina UNAM. División de estudios de posgrado e investigación de subdivisión de especialidades médicas. México, DF, 2000.
- 20.- Gallo FJ, grupo de trabajo de SEMFYC: perfil profesional del médico de familia. Atención primaria, 1995; 16(1): p. 5-6
- 21.- López SS. Actuación del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. Revista Médica del IMSS. México, 1995, p. 33-34.
- 22.- Hennen BK. El ciclo vital de la familia y la orientación anticipada en medicina familiar, guía práctica, Ed. Mc. Graw Hill, 1983, p. 28-30.
- 23.- Código de bioética para el personal de salud, 2002, doc. Disponible en URL: <http://www.saludtabgob.mx/binarios/investigacion/>
- 24.- Irigoyen CA. Nuevo diagnóstico familiar. Ed. Med. Fam. Méx. 1ª edición, 2005, p. 31-45.
- 25.- Ponce RE, Gómez CF, Irigoyen CA. El tamaño de la muestra para proporciones mayores de mil elementos. Arch. Med. Fam. 2007; 14 (2): p. 44-53
- 26.- De la Revilla L, Bailon E, Moreno A, Fleitas L, Alcaine CF. Un nuevo enfoque de la enseñanza de la atención familiar en el programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Med. De Fam. 2001, 2 (1), p. 61-68
- 27.- Ruelas E. Bases conceptuales de la calidad de atención a la salud, cuaderno de divulgación científica, No. 29, 1997, p. 3-5
- 28.- Díaz J, Rosa B, León R. El perfil de la práctica del médico de familia. Rev. Cubana Med. Gen. Inter. Vol. 23, La Habana, 2007, p. 1-7.
- 29.- Irigoyen CA, Morales LH, MOSAMEF. Bases conceptuales. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Ed. Med. Fam., México, 2000, p.1-5