



# 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 DE MEDICINA FAMILIAR SAN ANTONIO  
ABAD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, D.F.*

*CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE RIESGO  
DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO  
NÚMERO 9 TURNO VESPERTINO DE LA CLÍNICA  
DE MEDICINA FAMILIAR SAN ANTONIO ABAD  
EN LA CIUDAD DE MÉXICO, D.F.*

**TRABAJO QUE PARA OBTENER  
EL DIPLOMA DE:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DRA. MARIA DEL ROSARIO QUINTANAR MORENO**



ISSSTE

MEXICO, D.F.

2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE RIESGO DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL  
CONSULTORIO NÚMERO 9 TURNO VESPERTINO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA  
FAMILIAR SAN ANTONIO ABAD EN LA CIUDAD DE MÉXICO. D.F.

DIRECTOR DE TESIS

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and strokes, positioned centrally below the text 'DIRECTOR DE TESIS'.

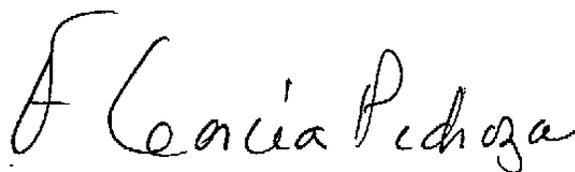
DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE RIESGO DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL  
CONSULTORIO NÚMERO 9 TURNO VESPERTINO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA  
FAMILIAR SAN ANTONIO ABAD EN LA CIUDAD DE MÉXICO. D.F.

**AUTORIZACIONE**

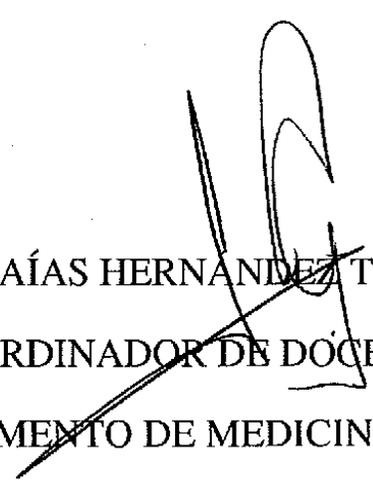


DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



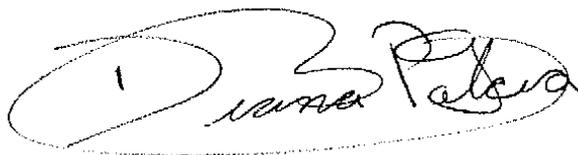
DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDRAZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE RIESGO DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL  
CONSULTORIO NÚMERO 9 TURNO VESPERTINO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA  
FAMILIAR SAN ANTONIO ABAD EN LA CIUDAD DE MÉXICO. D.F.



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

CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE RIESGO DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL  
CONSULTORIO NÚMERO 9 TURNO VESPERTINO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA  
FAMILIAR SAN ANTONIO ABAD EN LA CIUDAD DE MÉXICO. D.F.



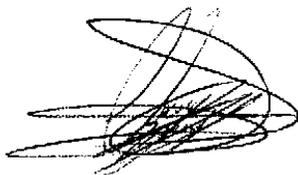
DRA. DIANA PATRICIA BERNAL GAMA

DIRECTORA

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR

“SAN ANTONIO ABAD”

I.S.S.S.T.E



DRA. VIRGINIA MENESES TORRES

JEFE DE ENSEÑANZA

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR

“SAN ANTONIO ABAD”

I.S.S.S.T.E

Dedicatoria:

Humildemente le dedico éste trabajo a mi segunda casa la Universidad Nacional Autónoma de México con todo mi amor, respeto y agradecimiento ya que si ella no hubiera abierto sus puertas para recibirme y abrigarme yo no podría tener este logro, gracias.

## Agradecimientos:

Tengo muchas cosas que agradecer, este trabajo es una de las cosas maravillosas que han ocurrido en mi vida, nací en una familia no convencional, alegre, juguetona, feliz, libre, mi madre Dolores, mi papi Arnulfo, mis hermanos Soco, Arnulfo, Lola, Clara, Susana, Emma que tanto me apoya y me enseña, y Ramón, Mis sobrinos, quienes saben que tan importantes son para mi, mis dos hijos Diego y Margarita, mi esposo Guillermo que tanta paciencia me tiene, mis compañeros de trabajo, Mi asesor de Tesis Dr. Francisco Clavelina por su paciencia y su apoyo, sin el no estaría con la sonrisa que tengo en este momento.

Tuve muchos maestros inteligentes que me guiaron a los cuales estoy agradecida por que no me hicieron el camino fácil y me enseñaron a ser tenaz y a encontrar la salida, para lograr mis objetivos, aun cuando creí que no la tenía, entre a estudiar a esta grandiosa Universidad Nacional Autónoma de México solo me resta decir mil gracias amada Universidad y mil gracias vida.

## SUMMARY.

It is a study of Clinical Investigation and Epidemiologist in Public Health, of Retrospective and Cross- Sectional study. A survey was applied in a Population of the Cuauhtémoc Delegation of the Federal District in the Primary Care Unit “San Antonio Abad” of the Institute of Social Security Services of the Workers of the State (I.S.S.S.T.E). From January to December of year 2007, in the Mexican United States N=609, n 1= 352 female, n2=357 male with an age between minors of a year to 87 years. Prevalence of current office attendee was 1,729; n 3= 287 healthy patients (16.6%), n4= 1442 ill patients who are the 83.4%; with a degenerative chronic disease.

## RESUMEN.

Es un estudio de Investigación Clínica y Epidemiológica en Salud Pública, de tipo Retrospectivo y Transversal. En una población de la Delegación Cuauhtémoc del Distrito Federal; en la Clínica de Medicina Familiar “San Antonio Abad” del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E). De Enero a Diciembre del año 2007 en la República Mexicana. Donde N=609, n 1= 352 mujeres, n 2 = 257 hombres, con una edad entre menores de un año a 87 años de edad, donde la Prevalencia de consultas fue de 1,729; n 3 = 287 pacientes sanos que son el 16.6%, n4= 1,442 pacientes enfermos que son el 83.4% que padecen una Enfermedad Crónico Degenerativa.

## ÍNDICE:

	NÚMERO DE PÁGINA
PORTADA .....	I
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS .....	II
AUTORIDADES DE LA UMF. SAN ANTONIO ABAD .....	IV
DEDICATORIA .....	VI
AGRADECIMIENTOS .....	VII
SUMARY .....	VIII
1.0 Marco Teórico .....	1
1.1 Atención Primaria de Salud (APS).....	1
1.1.1 Antecedentes de APS .....	1
1.1.2 Definición de Atención Primaria de Salud .....	2
1.1.3 Objetivos de la Atención Primaria de Salud .....	3
1.1.4 Atención Primaria Sanitaria.....	4
1.1.5 Los cuatro Objetivos Básicos de la APS.....	5
1.2 El Médico Familiar	
1.2.1 Antecedentes .....	6
1.2.2 La Medicina Familiar y su Historia .....	7
1.2.3 Definición de la Medicina Familiar .....	9
1.2.4 Objetivos del Médico Familiar .....	9
1.2.5 Perfil del Médico Familiar .....	10
1.2.6 Actividades del Médico Familiar.....	13
1.2.7 Atención a la Familia .....	14
1.2.8 Atención Comunitaria.....	15
1.2.9 Actividades del Médico Familiar .....	17
1.2.10 Docencia e Investigación del Médico Familiar .....	18
1.2.11 Función del Médico Familiar .....	20
1.2.12 Administración Sanitaria .....	21
1.3 Antecedentes de Atención Primaria Basada en la Población.....	22

1.3.1	Definición de Atención Primaria Orientada a la Comunidad.....	23
1.3.2	Fundamentos del APOC.....	24
1.3.3	Origen y Desarrollo, Histórico del APOC.....	25
1.3.4	Pasos Metodológicos del APOC.....	28
1.3.5	Investigación y Epidemiología.....	29
1.3.6	Estadística.....	29
1.3.7	Equipo de Trabajo.....	30
1.3.8	Condiciones y Consideraciones Médicas de Importancia en la Investigación Médica.....	30
1.3.9	Funciones del APOC.....	31
1.3.10	La Metodología del APOC.....	31
1.4 (MOSAMEF) Modelo Sistemático de Atención Familiar		
1.4.1	Antecedentes del MOSAMEF.....	33
1.4.2	Definición y Fundamentos.....	34
1.4.3	Propósitos del MOSAMEF.....	34
1.4.4	Etapas del MOSAMEF.....	35
	a) Diagnóstico .....	35
	b) Análisis de la Situación.....	36
	c) Priorización e Problemas.....	36
	d) Estrategias y Modelos.....	37
	e) Desarrollo del Proyecto.....	37
	f) Evaluación de Resultados .....	38
1.4.5	El MOSAMEF y el Médico Familiar.....	39
1.4.6	Perspectivas del MOSAMEF.....	40
	-Premisas y Parámetros que contienen el MOSAMEF que Ayudarán al Diagnóstico de la Atención de Medicina Familiar al Diagnóstico de la Atención de Medicina Familiar.....	41
	-Clasificación de Estructura de la Familia.....	43
	-Etapas del Ciclo Vital .....	43
	-Agar Familiar.....	44

	-Factores Económicos.....	44
	-Índice de Marginación Familiar.....	44
	-Redes de Apoyo .....	44
	-Características de la Clínica de Medicina Familiar San Antonio Abad.....	44
2.0	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	45
3.0	JUSTIFICACIÓN .....	45
4.0	OBJETIVOS	
	4.1OBJETIVO GENERAL.....	48
	4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	48
5.0	HIPÓTESIS.....	48
6.0	MATERIAL Y MÉTODOS .....	49
	6.1 TIPO DE ESTUDIO .....	49
7.0	DISEÑO.....	50
	7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO .....	50
	7.2 MUESTRA.....	51
	7.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	51
	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	51
	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	52
	7.4 VARIABLES.....	52
	7.5 METODO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	59
	7.6 MANIOBRAS PARA CONTROLAR LOS SESGOS.....	61
	7.7 PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO.....	61
	7.8 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE BASE DE DATOS .....	61
	7.9 CRONOGRAMA.....	61
	7.10 RECURSOS HUMANO, MATERIALES Y FINANCIEROS .....	62
	7.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	62
8.0	RESULTADOS .....	64
9.0	DISCUSIÓN .....	92
10.0	CONCLUSIÓN.....	95

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	98
ANEXOS	
INFORME DIARIO DE LABORES MÉDICO .....	101
CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF).....	102

# CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE RIESGO DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO NÚMERO 9 TURNO VESPERTINO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR SAN ANTONIO ABAD EN LA CIUDAD DE MÉXICO, D.F.

## **1. Marco Teórico:**

### **1.1 Atención Primaria (APS)**

#### **1.1.1 Antecedentes de (APS)**

El Sistema de Salud y la práctica de medicina han tenido como objetivo primordial la cura de la enfermedad, por lo que han dirigido sus esfuerzos únicamente al perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para el tratamiento de las patologías establecidas, prestando poca o nula atención a su prevención, conservación y promoción de la salud<sup>(1)</sup>, es decir, se ha estudiado más la enfermedad en sí que la prevención per se.

El despedazamiento de la medicina general en los últimos años se ha venido sucediendo en forma común al través de de la génesis de más y más especialidades que finalmente lo único que hacen es fragmentar al individuo y a la pérdida de ver al individuo en forma integral<sup>(1)</sup>

La evolución genética de las especies tiene que ver con la conformación física y mental del ser humano, esto se afirma por las siguientes razones y consideraciones:

El objetivo primordial de la conferencia de la Organización Mundial de Alma-Ata en la URSS el día 12 de septiembre de 1978 tuvo por objeto determinar la necesidad de tomar acciones urgente por parte de todos los gobiernos, profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo de la salud y por parte de la comunidad Mundial, para fundamentar efectos de promoción de la salud y proveer a todas las personas del mundo<sup>(3)</sup>

Es evidente el aumento de costos que lo único que hacen es dificultar el acceso a los más elementales sistemas sanitarios de salud; lo que refleja un retraso en servicio en la población atendida y dificulta los adelantos que podrían realizarse en bien de la comunidad.

La población demanda cada vez más y mejores servicios de salud, sin embargo los recursos tanto físicos como materiales no son suficientes para lograr un crecimiento que permita cubrir las necesidades de la misma. <sup>(1)</sup>

Un sistema sanitario basado en la eficacia, eficiencia del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades es totalmente insuficiente e injusto para la población, quien tiene derecho a vivir con salud, en términos propiamente de salud tanto individual como colectiva, ya que no se prevé el costo de la propia enfermedad y el tratamiento de la secuela parcial o permanente del individual, lo que resulta muy riesgoso y costoso para los países <sup>(1)</sup>

El fin de mejorar los sistemas nacionales de salud es cambiar en fondo y forma el sistema de salud iniciando con la transformación de sus profesionales <sup>(1)</sup>

### **1.1.2 Definición de Atención Primaria de la Salud.**

*“La salud debe estar al alcance de todos”*

Según la O.M.S., U.N.I.C.E.F. de Alma-Ata. Se refiere a la atención basada en la metodología y tecnología práctica, con un fondo científico y social al alcance de todos los individuos y sus familias que constituyen la comunidad a un costo accesible y alcanzable que tiene por objeto desarrollar un sistema sanitario integral y de desarrollo social y económico de la comunidad <sup>(1)</sup>

Se puede decir que la AP es un movimiento de la medicina general enfocado a la medicina familiar.

Es el primer contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema Nacional de Salud; llevando lo más cerca posible la atención de salud a su lugar de residencia y trabajo, constituyendo el primer elemento de una asistencia sanitaria permanente. <sup>(1)</sup>

Se debe mejorar la calidad de vida de la población mundial, mediante la proporción de una atención más integral y de calidad en medicina familiar tomando como uno de los principales instrumentos la medicina preventiva antes que la curativa, o bien la intervención

adecuada para evitar el progreso de la patología evitando lo más posible la secuela manejando la historia natural de la enfermedad (Neuman,1993).<sup>(2)</sup>

### **1.1.3 Objetivos de la Atención Primaria a la Salud.**

La salud es un derecho humano por lo tanto el objetivo prioritario social en todo el mundo debería ser la preservación de la misma y su acción requiere de acciones enérgicas tanto económicas, como sociales y del sector sanitario, esto se afirma en la conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud de Alma – Ata y define a la salud como un estado completo de bienestar físico psicológico, social <sup>(3)</sup> y espiritual.

La desigualdad existente en el estado de salud de los individuos, la falta de oportunidad de vivir en un estado saludable con un buen estado biológico, psicológico, social, espiritual, entre un país y otro, ya sea por política, o por problemas sociales, y/o económicos o por intereses creados de algunos poderosos es inaceptable, por tanto, esta problemática implica a todo el mundo de manera común. <sup>(3)</sup>

El orden internacional tanto económico como social es de importancia básica para poder lograr de manera conjunta el derecho a la salud para todos, y establecer la diferencia en el estado de salud existente ya sea entre países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. La protección de la salud entre la población es esenciales para mantener un buen desarrollo económico, social, que contribuyan a una mejora calidad de vida <sup>(3)</sup>

La salud es un derecho y una obligación para todos los individuos, por lo tanto todos tenemos la obligación de involucrarnos y participar en forma individual y conjunta a la elaboración de estrategias para planificar e implementar la atención sanitaria<sup>(3)</sup>

La responsabilidad de proteger la salud entre los habitantes de su población es una responsabilidad común de los gobiernos; y el medio de conseguirlo por parte de la provisión de necesidades sanitarias y sociales adecuadas. El objetivo principal de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial, es la promoción de la salud para

todos los habitantes del mundo, y un nivel de salud que les permita llevar a cabo una vida productiva social y económicamente. La atención primaria es la parte fundamental para conseguir este objetivo debiendo ser parte de un espíritu de desarrollo y justicia social. <sup>(3)</sup>

#### **1.1.4 ATENCIÓN PRIMARIA SANITARIA:**

1.- Refleja las condiciones políticas del país y de sus comunidades así como su nivel sociocultural y económico, esto se basa en la investigación social, biomédica así como de servicios sanitarios y en la aplicación de resultados aunados a la experiencia en Salud Pública <sup>(3)</sup>

2.- El enfoque está dirigido hacia los principales problemas sanitarios actuales de la comunidad, por lo tanto, proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y de rehabilitación. <sup>(3)</sup>

3.- Debe incluir: acciones enfocadas a educación, promoción y prevención de salud con acciones sobre los diferentes problemas sanitarios prevalentes en las diferentes comunidades debiendo incluir el estudio comunitario para poder crear métodos de preventivos y de control de enfermedades; el suministro de agua potable, alimentos, y alimentación de la comunidad, incluyendo además el saneamiento básico; asistencia médica materno infantil, medicina reproductiva por medio de planificación familiar, el uso de medicina preventiva por medio de inmunización contra las principales enfermedades endémicas y epidémicas, provisión de medicamentos esenciales <sup>(3)</sup>

4.-Debe incluirse, al sector sanitario, a todos los sectores relacionados con diferentes aspectos del desarrollo nacional comunitario, como, agricultura, ganadería, las tierras de cultivo, sistemas de riego, industria alimenticia, los servicios públicos, de vivienda, las comunicaciones y transportes entre otros <sup>(3)</sup>

5.- Requiere de un autodesarrollo comunitario e individual, con planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria de salud, utilizando al máximo los recursos locales y nacionales disponibles; al través de la participación de la comunidad. <sup>(3)</sup>

6.- Debe haber sistemas de interconsulta integrados, funcionales y apoyados, con una visión a mejorar e integrar la atención sanitaria al servicio de todos los individuos dando una prioridad a los que más lo necesiten <sup>(3)</sup>

7, Mediante los profesionales sanitarios, tanto médico como paramédico que incluye a médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares asistentes sociales, entre otros, así como los tradicionales médicos de cabecera, y con formación para ejercer, en forma conjunta un equipo de salud con un solo fin; de complementar las necesidades sanitarias de la comunidad<sup>(3)</sup>

En todas las naciones se debería formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción en vistas a mantener y conservar la atención primaria sanitaria como parte de un sistema nacional de salud integrado. Es por esto que se debe tener los recursos económicos y políticos necesarios para implementar estos programas.<sup>(3)</sup>

Considerando que todos los países se deberían unir en un espíritu de fraternidad para promover la atención primaria sanitaria a toda la población del mundo ya que la repercusión del estado de salud de una población nos afecta y beneficia directamente a todos. Este es un objetivo conjunto de la O.M.S/ UNICEF sobre la atención primaria que constituye una base sólida para el futuro desarrollo y establecimiento de la atención primaria sanitaria y por ende el crecimiento y desarrollo mundial.<sup>(3)</sup>

En la conferencia Internacional sobre la Atención Primaria a la Salud se hizo un llamado enérgico y efectivo para establecer una acción nacional y mundial que tenga como objetivo el de desarrollar e implementar la atención primaria a la salud en todo el mundo, con vocación de cooperación y en consonancia con el nuevo orden económico internacional. La conferencia trato de amalgamar a todos los países con un solo fin de colaboración, e introducir, desarrollar y mantener la atención primaria a la salud.<sup>(3)</sup>

### **1.1.5 Los cuatros objetivos básicos de la APS son:**

- 1.- La accesibilidad y necesidad de cubrir a todos los individuos de la población del mundo<sup>(4)</sup>
- 2.- El compromiso, de integrar a la población en forma individual para el sostenimiento de un estado de salud.<sup>(4)</sup>
- 3.- Las acciones de salud que se tomen deben ser intersectoriales.<sup>(4)</sup>

4.- Es importante tomar en cuenta el costo-eficacia y tecnología en función de los recursos de los que se dispone. <sup>(4)</sup>

La atención primaria es la base de impulso y desarrollo para ejecutar programas preventivos y de promoción a la salud, por encontrarse dentro del sistema sanitario de salud, al cual la población tiene acceso de manera directa y en donde el médico tiene un lugar de respeto y sus consejos son valorados y aceptados. <sup>(5)</sup>

## **1.2 El Médico Familiar.**

### **1.2.1 Antecedentes:**

- a) Al término de la 2ª. Guerra mundial surge la inquietud y la necesidad de realizar cambios en el sistema de salud, a mediados de los años sesenta comenzó la reestructuración de la instrucción médica de la época en vistas de un nuevo modelo de atención del médico general, entendiéndose como un profesional entrenado y orientado hacia la atención integral y continuada de las personas. <sup>(8)</sup>
  
- b) Se podría decir que en el desarrollo de la Medicina Familiar existen cuatro etapas fundamentales, que obligan a tal cambio; la primera fase ha sido la subvaloración del trabajo del médico general y familiar; la segunda fase corresponde a la formación médica insuficiente y la necesidad de otorgar una mejor preparación en el postgrado; tercera fase, se reconoce a la Medicina Familiar como una rama autónoma de la medicina, con un campo específico de investigación y docencia; la cuarta y última fase es el reconocimiento a la Medicina Familiar como disciplina médica científica. <sup>(5)</sup>
  
- c) La medicina familiar es la especialidad médica que constituye las actividades médicas fundamentadas en tres ejes:
  - I) Continuidad
  - II) Acción anticipatoria
  - III) Estudio de familia.

- I) Continuidad: como la palabra dice se debe realizar una continuidad, según la perspectiva que comprenda aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema horizontal que permite observar y dar un seguimiento al proceso salud-enfermedad de los individuos independientemente de edad, sexo, naturaleza o estadio de la enfermedad, que permita otorgar el tratamiento adecuado, administrar los recursos médicos, familiares y comunitarios adecuados para crear el resultado más óptimo. <sup>(7)</sup>
  
- II) Acción Anticipatoria: La acción anticipatoria trata de dar un enfoque al riesgo de la enfermedad según sus características y su historia natural, esta acción identifica la probabilidad de las características de los individuos y su medio ambiente que intervengan en un proceso morboso. <sup>(7)</sup>
  
- III) Estudio de Familia: El estudio de familia ayuda a la comprensión acerca del medio que rodea al individuo mismo, es por ello que es necesario observar al individuo como un conjunto de la unidad bio-psico-social-espiritual con relación a su medio ambiente, esto constituye una parte fundamental en el desarrollo de la vida de cualquier ser humano señalando así a la familia como una célula del grupo social. en el que el proceso salud- enfermedad incluye una serie de factores tanto en su estructura, función y cultura que favorecen o limitan el engranaje de los roles dentro de la misma familia implican la función de la misma, por lo tanto esto es fundamental tomarse en cuenta y tomarlo como parte de la salud individual y/o familiar que tiene como consecuencia un impacto posterior en la sociedad. <sup>(7)</sup>

### **1.2.2 La Medicina Familiar y su Historia.**

La historia de la medicina familiar data desde el final de la 2ª. Guerra Mundial y en México se considera desde el año de 1954; el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) es el pionero pues fue precisamente el sitio en donde nació la inquietud de

reorganizar un sistema de atención médica nuevo que identificara una la renovación de la figura del médico general, por lo que realiza cambios en su estructura y en el tipo de atención, formando un nuevo modelo de médico dándosele el nombre de “Médico Familiar”, por lo que en el año 1971 se reconoce y nace la residencia en Medicina Familiar, por lo que la Facultad de Medicina, UNAM la reconoce como especialidad Médica en el año de 1974. De tal manera que es entonces que es reconocida como Especialidad Médica. (Breviario y nuevos fundamentos)

En 1961 Ken White demostró en Ecology of medical care, que la atención primaria se sitúa en un lugar privilegiado, ya que es el único profesional dentro del sistema sanitario preparado para dar atención y tratar a toda la población de la comunidad sin limitarse sólo a los enfermos que demanden un servicio hospitalario o especializado. Lo anterior da la ventaja al sistema de salud de poder establecer un diagnóstico poblacional de salud dirigido a la comunidad y tratar de mejorar el nivel de salud, creando un ambiente mas sano. <sup>(8)</sup>

Es muy importante señalar que el primer departamento de medicina familiar en toda Latinoamérica es precisamente en la facultad de medicina de la UNAM y se inaugura el 13 de noviembre de 1975. <sup>(5)</sup>

A partir de 1980, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaria de Salud (SSA) se unen al compromiso de formación de especialistas en Medicina Familiar. <sup>(5,6)</sup>

Y en Noviembre de 1988 se forma y nace El Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar. <sup>(5,6)</sup>

El Colegio Mexicano de Medicina Familiar se funda en 1994, el cual esta conformado por 19 asociaciones de Medicina Familiar en todo el país. <sup>(5,6)</sup>

La Confederación Iberoamericana es considerada en el año 1996. <sup>(5)</sup>

El crecimiento de la importancia de la Medicina Familiar trae como consecuencia la formación de la Academia de profesores de Medicina Familiar A.C. es constituida en 1999 y en la actualidad es miembro de la Internacional Federación of Primary Care Resarch Networks. <sup>(6)</sup>

Debemos hacer mención en la importancia que el Colegio Mexicano ingresa a tomar parte formal como un país titular al Colegio Mundial del gremio – WONCA en el año 2002. <sup>(5)</sup>

### **1.2.3 Definición de Medicina Familiar.**

El concepto de Medicina Familiar no es simple; diversos autores y en diferentes épocas, han tratado realizando esfuerzos por entender su esencia, su integración depende de una gran variedad de ideas; por lo que se comprende a la Medicina Familiar como una disciplina académica, por lo tanto es una especialidad médica que constituye un modelo de atención a la salud. <sup>(9)</sup>

El médico familiar es el profesional encargado de proporcionar una atención integral y continua a todo individuo que requiera asistencia médica en el primer nivel de atención además puede solicitar apoyo de otros profesionales de salud que prestan sus servicios cuando sean requeridos. El médico familiar está capacitado para atender a cualquier individuo que requiera atención médica sin importar condición alguna, sin limitaciones a diferencia de los especialistas que limitan su accesibilidad a una determinada patología. <sup>(5,8)</sup>

Según Irigoyen, la medicina familiar es la especialidad de varias disciplinas médicas como pediatría, ginecología y obstetricia, medicina interna, cirugía, psiquiatría, psicología, que combinadas con las ciencias biológico – clínicas pone al médico en un lugar privilegiado en el papel de la atención al paciente, capaz de solucionar los problemas de diferente índole que preservará un estado de salud.<sup>(9)</sup>

### **1.2.4 Objetivos del Médico Familiar.**

El médico familiar es el profesional encargado de atender médicamente a los individuos y a sus familias que tiene como objeto crear un impacto en la comunidad a la cual pertenece sin tomar en cuenta ninguna condición humana. Es tan competente que puede proporcionar la mejor y la más completa atención que el individuo requiera tomando en cuenta su medio ambiente al través de su cultura, nivel socioeconómico, psicológico y espiritual. Es responsable además de otorgar una atención integral y continuada en función a las necesidades de salud optimiza los recursos disponibles para la comunidad a la cual proporciona sus servicios <sup>(8)</sup>

El médico familiar es un clínico comprometido que comprende y asume la importancia de la familia, entiende y valora el impacto que tiene una enfermedad o discapacidad en el seno

familiar estudia y entiende los roles que tienen que sustentar cada miembro de la familia frente a un estado nosológico de tal manera que debe estudiar su forma de intervención de acuerdo a su propia capacidad <sup>(5)</sup>

El médico de familia es el profesional de salud responsable de coordinar los recursos sanitarios existentes, encargado de orientar a la familia y por ende a la comunidad con una visión netamente clínica. <sup>(8)</sup>

El médico familiar está capacitado para trabajar en equipo y en diferentes ámbitos, tanto en la docencia como en la investigación con calidad. <sup>(8)</sup>

El médico familiar organiza y enmarca las prioridades de salud según su importancia y el impacto social de las mismas utilizando funciones, de docencia, formación continua e investigación con el fin de mejorar su competencia profesional, para elevar el nivel científico de la atención primaria. <sup>(5)</sup>

El médico familiar comprende que la epidemiología clínica es parte de su función diaria, y del impacto individual, familiar, de la comunidad se refleja en la misma sociedad. <sup>(5)</sup>

Por lo tanto, reconoce y toma la rienda de su propia responsabilidad sobre la salud tanto del individuo como de su comunidad, participa en los problemas sanitarios con el fin de mejorar el nivel de salud. <sup>(5)</sup>

### **1.2.5 Perfil del Médico Familiar.**

El médico familiar es el profesional de salud de primer contacto, con excelencia clínica que posee la destreza necesaria para otorgar procedimientos manuales o de consulta médica (el reconocer al paciente en sus necesidades preventivas, diagnósticos clínicos oportunos, y en ocasiones adelantarse a ellos aplicando estrategias para evitar la instalación de procesos morbosos, la realización de cirugía menor y procedimientos invasivos, experto en la consulta externa, con atención continua con acceso a la intervención intradomiciliaria y, comunitaria, con acceso al hogar del paciente, a la atención hospitalaria y de urgencias, es el médico encargado de estudiar y atender a los grupos poblacionales en forma directa y/o indirecta, con o sin factores de riesgo, (es decir toda la población sin distinción de condición alguna, de cualquier clase social sin importar edad, sexos, lugar de nacimiento, o

bien si pertenece o no a su comunidad, con enfermedad o sin ella etc. ) , integrador de las ciencias biológicas, psicológicas y sociales en forma integral, tomando en cuenta aspectos humanos, educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación en forma íntegra, intercesor y abogado, orientador del paciente, Gerente de los recursos de salud, con amplio liderazgo, conocedor de la realidad nacional, controlador del impacto de sus acciones y de sus limitaciones, interesado en comprender el contexto de la problemática, buscador de soluciones plausibles y costo-efectivas, capaz de resolver los problemas sanitarios iniciando con signos síntomas aislados hasta la complejidad derivadas de diversos diagnósticos de los diferentes padecimientos, experto en la relación médico - paciente - familia - comunidad, comprometido consigo mismo y con su trabajo; comprensivo, y enérgico, cuando el caso así lo amerite, médico humanista con una alto nivel profesional, técnico, investigador y académico permanentemente actualizado, en sí un amante de la salud. <sup>(8)(10)</sup>

La característica principal del médico familiar es su compromiso de preservar la salud de las personas, para lo que debe tener un amplio conocimiento sobre la promoción de la salud y la prevención, retomando como base la responsabilidad y recobrando el respeto de los médico de antaño, con función de educador del paciente que deposita su confianza en el, promoviendo así la importancia del auto cuidado, haciéndolo partícipe del equipo de salud y dándole al paciente la importancia que merece <sup>(8)</sup>

Para brindar una atención de calidad la práctica del médico familiar se fundamenta en el respeto a la vida y a la dignidad del paciente y su familia, destacando una actitud de servicio y de protección evitando cualquier tipo de discriminación, y abuso <sup>(8)</sup>

Con el fin de realizar la búsqueda del beneficio a su paciente, con un amplio respeto a su autonomía, con la utilización consentimiento informado, tratando de explicar en forma sencilla y clara utilizando un lenguaje claro y conciso además de respetuoso por el principio de equidad en la toma de decisiones y en la distribución de recursos. <sup>(8)</sup>

La descripción del médico familiar, con fines prácticos, se enmarca en cinco áreas de acción profesional las cuales son:

1ª. La principal es la de brindar una atención clínica generalizada y de calidad al individuo que así lo solicite, que abarque desde medicina preventiva hasta la curativa y/o atención de secuelas tempranas o tardías con el fin de evitar lo más posible el siguiente paso del proceso de la enfermedad, para así brindar un mejoramiento en la calidad de vida o limitación del daño.

2ª. Área corresponde a la atención familiar.- a ella corresponde la atención a la familia propiamente dicha, la intervención del médico familiar debe tener un impacto tal que, el médico de familia es el cuidador de la salud física y mental de la familia para esto se deben crear lazos afectivos a la misma para brindar una mejor alternativa en el desarrollo de los miembros, tanto física, biológica, psicológica, social y espiritual.

3ª. Área de atención a la comunidad.- es el encargado de estudiar las estrategias para concientizar, por medio de campañas a los individuos, de lo importante que es cuidar y preservar su salud, optimizando los recursos con estrategias de acuerdo al conocimiento que debe tener de su comunidad.

4ª.- Área de docencia e investigación.- esta corresponde directamente al estudio constante acerca de su comunidad, estudiando los resultados que obtenga y creando alternativas para mejorar la calidad de salud en las familias optimizando sus propios recursos.

5ª.- Área de apoyo.- en el área de apoyo en la que se incluyen varias acciones de la práctica del médico familiar que forma parte de su actividad diaria, en ella, su acción puede ser individual o en equipo, en esta área se incluye la coordinación con otros profesionales, lo que trae como consecuencia la formación equipo de trabajo multidisciplinario, la utilización de los sistemas de registro e información, la gestión de recursos, la administración sanitaria, y la garantía de la calidad entre otros. <sup>(8)</sup>

Cabe destacar que la responsabilidad del médico familiar se extiende a la asistencia de enfermedades agudas y crónicas de manera integral, ya sea de carácter programado o urgente; favoreciendo la accesibilidad del individuo, a la consulta como en su domicilio según sea el caso. <sup>(8)</sup>

La intervención del médico familiar se realiza en todas las etapas del ciclo vital, tanto en el cuidado de la salud, o mediante actividades de promoción, prevención, curación y

rehabilitación de la misma, iniciando con la elaboración de la historia clínica completa y pruebas complementarias, que permita realizar un diagnóstico precoz y oportuno individualizado de los factores de riesgo en personas sanas calculando los riesgos y en su momento también con pacientes enfermos según sea el caso. <sup>(8)</sup>

La atención del individuo como unidad bio-psico-social y espiritual tiene como objeto destacar la capacidad médico familiar como un experto en integrar todas las dimensiones biológicas psicológicas, sociales y espirituales, en un solo conjunto, sin perder la noción de sus propias cualidades humanas que lo hagan digno de confianza del paciente y del personal a su cargo en una relación inter-personal; para así poder intervenir directamente, cuando se le solicite consejo en los cuidados de salud, con el fin de brindar apoyo necesario en caso del sufrimiento del paciente y su familia. <sup>(8)</sup>

### **1.2.6 Actividades del Médico Familiar:**

Establecer un clima de cordialidad y confianza en la entrevista clínica la cual debe ser encaminada a determinar los problemas de salud teniendo la sensibilidad suficiente para detectar el medio ambiente que vive el paciente y si es necesario poder dar alternativas de modificación de estilos de vida conveniente para cada paciente y evitar el riesgo de que ellos conlleve <sup>(8)</sup>

En el marco de la relación médico paciente, el médico tiene que destacar la competencia para manejar situaciones difíciles; como el ser portador de noticias, agradables, desagradables y ser mesurado para comunicar un fallecimiento, la pérdida de algún órgano o miembro, la comunicación de alguna enfermedad incurable, secuelas irreversibles, o ayudar a la adaptación de la familia ante un paciente envejeciente, o el nacimiento de un hijo con algún tipo de malformación o bien el médico debe tener entendimiento en las diferentes reacciones que el familiar del paciente o el mismo paciente puede presentar, es decir, el médico tiene la obligación de medir con antelación las reacciones que pueden provocar sus palabras ante estos hechos. <sup>(8)</sup>

Para el médico familiar es importante una historia clínica completa, que especificando

aspectos somáticos, psicológicos y socio familiares, con un adecuado interrogatorio y semiología registrando los datos de la exploración física detallada, que sea una verdadera guía para integrar un diagnóstico adecuado, solicitando los estudios de laboratorio y gabinetes adecuada para la consulta y de forma secuencial. <sup>(8)</sup>

El medico familiar deberá realizar una la historia clínica orientada especialmente a la identificación de los factores de riesgo personales y/o familiares.

El clínico familiar otorga consulta de urgencia, y programada atiende problemas agudos más frecuentes, como de las enfermedades crónicas de mayor prevaencia, prestando atención a la rehabilitación de los pacientes en general, sin importar las implicaciones diagnósticas y/o terapéuticas importantes. <sup>(8)</sup>

Contar con el conocimiento informado del paciente con el fin de continuar con la colaboración de otros especialistas, y continuar atendiendo al paciente en forma integral. <sup>(8)</sup>

Atención a la mujer en el nivel primario, en atención a medicina preventiva y reproductiva con los conocimientos y habilidades para poder asumir el control del embarazo normal, y realizar un diagnóstico precoz de enfermedades en el embarazo, y puerperio, control de crecimiento y desarrollo del niño sano del cáncer cervicouterino y mamario entre otros. <sup>(8)</sup>

Atención integral oportuna al adolescente, en un ambiente clínico, y reforzamiento psicológico, con apoyo en educación sexual, orientación a la madre adolescente. <sup>(8)</sup>

El médico familiar debe tener conocimientos de tanatología para estar preparado en caso del requerimiento de pacientes en situación Terminal en coordinación con las unidades especializadas. <sup>(8)</sup>

Atención al paciente adulto mayor en su contexto familiar, y en coordinación con unidades interdisciplinarias. <sup>(8)</sup>

Dar prioridad a los programas de salud <sup>(8)</sup>

### **1.2.7 Atención a la familia:**

El médico familiar es la piedra angular para diagnosticar e intervenir como profesional de la salud problemática familiar generada por la enfermedad ya sea física como mental. Debiendo ser un elemento neutro para todos los miembros de la familia, ya que de ello depende su capacidad como terapeuta, de tener continua actividad de observación, recurrir

a otros profesionales cuando la dimensión del problema rebasa sus límites de competencia. Estimulara a las familias la autonomía y a su auto cuidado para fomentar la salud física y mental de sus miembros. <sup>(8)</sup>

La base de la medicina familiar es un triángulo formado por el paciente en particular, la familia a la cual pertenece y el médico este trinomio es fundamental para crear un ambiente de salud propiamente dicho. Pero si alguno de los participantes no desea cooperar con un rol adecuado también puede contribuir a la instalación de una enfermedad, perturbadora de síntomas, y hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas (como el uso del tabaco, alcohol, o trastornos de enfermedades nerviosas o mentales). <sup>(8)</sup>

La familia en su ciclo vital, se encuentra frecuentemente sometido a crisis, derivadas de su propia estructura como crecimiento y maduración de sus miembros por elementos externos, como la enfermedad o la muerte. De cómo resuelva la familia estos eventos dependerá su estabilidad y comportamiento futuro. <sup>(8)</sup>

Dentro de las acciones del médico familiar está la de recopilar información sobre la estructura y composición familiar, sintetizada a través de la estructura llamada genograma el cual permitirá resaltar los antecedentes patológicos familiares, la ocupación, edo. civil de cada uno de miembros de la familia, escolaridad. Identificando así los sistemas de registro y favoreciendo la atención familiar, creando historias familiares e identificando problemas de familia. <sup>(8)</sup>

Frente a los problemas de salud agudos y crónicos de la una comunidad, el médico familiar investigará si hay factores de riesgo que indique el peligro de una desadaptación familiar que afecta directamente al desarrollo normal de la familia, y deberá buscar alternativas para el tratamiento y resolución del problema, buscará asesorar y apoyar a quienes así lo necesiten orientando a los posibles cuidadores según el caso. Ante problemas de violencia intrafamiliar deberá valorar la existencia de disfunciones familiares y buscará asesorías profesionales doctas en el tema para canalizar a personas de la familia en riesgo. <sup>(8)</sup>

### **1.2.8. Atención a la Comunidad.**

Según Julian Tudor Hart 1981 en A new kind of doctor. Proponía que se debía construir

grupos de médicos generalistas responsables en salud de su comunidad. <sup>(8)</sup>

Conocer la comunidad proporciona las armas suficientes para detectar los problemas que la misma enfrenta, así como de los recursos con los que cuenta y los problemas sanitarios que constantemente enfrenta esta panorámica proporciona al médico familiar crear prioridades y otorgar las acciones necesarias que resuelvan los problemas locales de salud de mayor importancia. <sup>(8)</sup>

La Organización Mundial de la Salud refirió que la atención primaria constituye la función central del sistema de atención a la salud, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Y en 1981 Sidney Kark afirma en “community oriented primary care” que la atención primaria orientada a la comunidad sufrió una metamorfosis con la desafortunada separación entre la medicina comunitaria y la atención primaria, no habiendo razón alguna para que la atención deba limitarse al tratamiento y cuidado de los pacientes en forma individual. <sup>(8)</sup>

La especialidad de Medicina Familiar como profesión médica ya regulada nace en España en el año de 1978 uno de sus cometidos se definió en el Real Decreto <sup>(8)</sup>

El médico familiar debe manejar conceptos básicos de epidemiología, estadística, demografía, sociología, economía y antropología, que le permita desarrollar una atención orientada a la comunidad. El conocimiento de metodologías de planificación sanitaria, de análisis de necesidades y de recursos, métodos y de priorización, planificación de programas y metodologías de evaluación sanitaria y económica <sup>(8)</sup>

Tomando en cuenta lo anterior nos enfrentamos a un problema esencial de la formación del médico familiar, y es su capacidad de uso de recursos y la efectividad de sus acciones. <sup>(8)</sup>

El médico familiar debe tener ciertas características como un sentimiento de responsabilidad sobre la salud de la comunidad en su conjunto, poseer un sentido de anticipación, ha de reconocer los factores determinantes del estado de salud y prevención de la enfermedad. <sup>(8)</sup>

Se debe reconocer que la responsabilidad no es exclusiva de su práctica profesional ni del

sistema sanitario. Debe considerarse el derecho de la comunidad a participar en el proceso de atención a la salud y en la definición de los problemas comunitarios, y ser capaz de coordinarse con los recursos de otros sectores distintos del sanitario.<sup>(8)</sup>

Por lo tanto debe asumir la limitación de los recursos, que obliga al análisis de prioridades en la utilización de los recursos y de tomar la decisión de los programas comunitarios a llevar a cabo.<sup>(8)</sup>

### **1.2.9 Actividades del Médico Familiar:**

El médico familiar inicia con el estudio de la distribución y determinantes de los problemas de salud prioritarios que enfrenta la comunidad a la cual pertenece, para ello deberá recopilar y presentar todos los datos de los que disponga sobre dicha comunidad para delimitarla y observar sus características, lo cual le pondrá en una posición que le permita identificar de manera lógica y objetiva las principales problemática y necesidades de la comunidad.<sup>(8)</sup>

El estudio de comunidad le servirá al médico familiar para conocer la existencia de todos los recursos comunitarios con los que cuenta lo mismos que podrán estar a su alcance para ser utilizados en el proceso terapéutico de la salud comunal y así con optimización de los mismos colaborar en su puesta en marcha y en la asesoría que le sea solicitada, con actitud de responsabilidad y respeto a la autonomía de la dinámica comunitaria.<sup>(8)</sup>

Deberá diseñar programas comunitarios con metodología rigurosa para planificar y desarrollar las actividades de los mismos programas, priorizando sus intervenciones de acuerdo a su importancia para con la comunidad y valorar si debe haber modificaciones en su técnica operativa.

Para facilitar su trabajo es necesario llevar a cabo acciones educativas en vistas a la promoción de la con participación de los miembros de la comunidad, quienes van a ejecutar la acción en su propio beneficio.<sup>(8)</sup>

### **1.2.10 Docencia e Investigación del Médico Familiar.**

El médico de familia debe estar consciente de que tanto la investigación constante de su comunidad con el estudio de la mismas es vital para un buen desarrollo de la misma es decir la de acuerdo a su capacidad de su investigación en las funciones de docencia e investigación en los equipos de salud de atención primaria, y cuyo desarrollo práctico ha dado una mejoría cualitativa y cuantitativa de la investigación realizada llevará como resultado una mejor formación, prestigio científico y ejercicio profesional. <sup>(8)</sup>

La función primordial del médico familiar es prepararse constantemente para enfrentar las necesidades para el desarrollo de actividades continuas de su formación como profesional y así brindar una atención actualizada a nivel de el mantenimiento de salud y limitación de la enfermedad.

En resumen las distintas facetas de sus actividades como médico docentes pueden resumirse en las siguientes formas:

- a) Autoformación, y actualización de acuerdo a sus necesidades individuales.
- b) Debe estar consciente que la formación continuada dentro del equipo de atención estará en constante actualización y podrá modificarse día a día para cubrir de la mejor manera las necesidades individuales y colectivas detectadas por el equipo de salud.
- c) Docencia a otros profesionales que permita una integración del equipo de salud más sólida y siempre con el fin de proporcionar el mayor beneficio al propio paciente y a su comunidad.

Esta actividad de aprendizaje es muy valiosa, ya que obliga al docente a revisar sus propios métodos de práctica médica y sus modalidades corresponden a la docencia de pregrado y docencia de postgrado <sup>(8)</sup>

La necesidad de contestar en forma satisfactoria las interrogantes que surgen en su ejercicio profesional cotidiano y de cubrir las lagunas que surgen sobre el conocimiento propio ejercicio de la especialidad el conocer y manejar la historia natural de la enfermedad y manejar los factores psíquicos y sociales que afectan el proceso y en ocasiones que lo agravan el manejo del conocimiento que permitirá la elección de la terapia a seguir, o bien la elección del servicio al que se enviará para procurar un pronto restablecimiento, o bien el

tipo de estudio clínico de apoyo necesario, para seguir el protocolo ideal desde la atención primaria son las causas para las cuales el médico familiar debe estar actualizado y docto. Estas son las razones y las causas que permitirán recuperar el puesto y el prestigio profesional que merecen los nuevos médicos, hechos que el médico familiar tienen consciencia y por ello es un médico investigador y mejor preparado para poder llevar a cabo su labor de la mejor manera. <sup>(8)</sup>

Dentro de las actividades del médico familiar deben destacarse ciertas actividades cotidianas y personales como la realización de lectura continua, tanto de consulta como crítica de los diferentes trabajos de investigación, desarrollar su observación de todo lo sujeto a investigación de tal manera que le permita desarrollar o bien colaborar con otros profesionales de su equipo. <sup>(8)</sup>

Debe permanecer en constante actualización por lo que debe estar pendiente de los diferentes cursos, seminarios, congresos, y sesiones clínicas, diplomados, maestrías o doctorados que se otorgan por parte de las instituciones de salud, y asistir en forma regular. Si es requerido deberá participar en las actividades docentes dirigidas a personal de pregrado, enfermería, y personal clínico y para clínico entre otros.

Desarrollar actividades docentes, como tutorías a los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria <sup>(8)</sup>

El médico familiar debe manejar el trabajo en equipo, la gestión de recursos y administración sanitaria, el sistema de registro y la calidad están relacionados, en forma estrecha con su actividad como médico familiar <sup>(8)</sup>

El médico familiar deberá tener actitud de respeto hacia los otros profesionales del equipo, conocimiento de sus roles, de respeto hacia sus opiniones y puntos de vista diferentes, reconocer sus limitaciones personales, e interés por el trabajo desarrollado por los otros profesionales. Asumiendo la división funcional del trabajo en los protocolos y programas que se realizan en el centro de trabajo y trabajar la resistencia al cambio. <sup>(8)</sup>

El conocimiento y la conciencia del médico familiar reflejarán la dinámica del trabajo en equipo en atención a optimizar las funciones encaminadas a la población para otorgar una atención integrada. <sup>(8)</sup>

El trabajo del médico familiar aporta beneficios tanto propios como profesionales para los usuarios tales como: el trabajo del médico proporciona al paciente una atención de calidad y mas completa; proporciona mejor satisfacción profesional a los miembros del equipo; Deberá prevenir la duplicidad de esfuerzos en el equipo de trabajo; ubicara en el enfoque del paciente como unidad biopsicosocial y la realización de las funciones de todos y cada uno de los miembros del equipo de trabajo de la atención primaria. <sup>(8)</sup>

La participación del médico familiar en la sociedad es tan importante y competente que puede participar con su experiencia en la conformación de normas oficiales y procedimientos que regulen el funcionamiento del equipo de salud. También esta capacitado para intervenir en las reuniones de los equipos de salud de atención primaria en sus centros de trabajo, esta capacitado para elaborar objetivos de trabajo. Y propicia la participación de diferentes profesionales en la planificación, evaluación y ejecución de actividades específicas de su área de trabajo. <sup>(8)</sup>

### **1.2.11 Función del Médico Familiar.**

Entre todas las actividades de investigación y docencia debe organizar el tiempo diario de tal manera que pueda desarrollar diversas funciones, deberá ser clínico y evitar pruebas de laboratorio y/o gabinete innecesarias, evitar la polifarmacia lo más posible y valerse de ejercicios no farmacológicos pero si terapéuticos en pacientes tales como dietas, ejercicio entre otros; utilizar principios activos de reconocida eficacia, aceptados por la comunidad científica, procurar ser lo menos invasivo en sus tratamientos, no realizar practicas innecesarias en el paciente, monitorizar la evolución de los pacientes en situación de baja laboral o invalidez provisional, adecuando la duración de las mismas al proceso que las originó. Colaborar con el coordinador del equipo en aquellos aspectos de gestión que le sean solicitados. <sup>(8)</sup>

De todas las actividades que lleva a cabo el médico familiar debe manejar a la perfección los sistemas de registro de información diaria que respondan a las necesidades de las actividades de su equipo y de las propias. Esto es vital para poder tomar decisiones sobre

ya sea el equipo de salud o sobre la problemática operante en su comunidad: para llevar a cabo esta recolección de datos se hará en forma diaria y se mantendrá actualizado el registro de morbi-mortalidad <sup>(8)</sup>.

Deberá clasificar los padecimientos registrados según su frecuencia.

### **1.2.12 Administración Sanitaria.**

El campo laboral del médico familiar esta en el sistema sanitario público, que en nuestro país es el Sistema Nacional de salud (SNS). <sup>(8)</sup>

El Sistema Nacional de Salud es un organismo de servicios cuya misión primordial es prestar asistencia sanitaria a toda la población. Como todo, este organismo debe ser demostrar su eficacia y eficiencia para poder mantenerse vigente y parte de esta vigencia depende de un manejo adecuado de los recursos para obtener un producto con la mejor relación costo-beneficio, máxime en los momentos de crisis económica en que el mundo se encuentra y/o se encuentra. Ya que una adecuada conciencia es que constantemente se están desarrollando técnicas de gestión y administración sanitarias, cuyo conocimiento para el profesional de atención primaria es de utilidad y de suma importancia para la aplicación adecuada de sus funciones. <sup>(8)</sup>

El médico familiar debe trabajar con actitud positiva, tiene que estar consciente en que los recursos son siempre limitados y que el uso inadecuado implica perdidas que tarde o temprano provocaran problemas y desviación de recursos por lo tanto hay que priorizarlos, sin perder de vista, que los recursos con los que se cuentan son generados por la misma población y que la equidad de los mismos en el ejercicio de la profesión es básico para todos los pacientes y se debe impedir el utilizarlos para otro fin. <sup>(8)</sup>

El trabajo que se realiza el médico familiar en atención primaria implica que su objetivo no sólo es el de prestar asistencia sanitaria a la población, si no que debe brindar una atención de calidad. <sup>(8)</sup>

Definición de calidad: Provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo: siempre teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando adhesión y la satisfacción del usuario. <sup>(8)</sup>

Para comprender si el trabajo que realizamos es de calidad, se debe analizar y monitorizar todas las acciones que se emprenden. <sup>(8)</sup>

Es importante recordar que la garantía de calidad ha de ser un proceso continuo y que todo hasta lo que se hace bien se puede mejorar. <sup>(8)</sup>

El médico familiar debe estar capacitado para reconocer que el trabajo no es una actividad estrictamente personal, si no que tiene una gran dimensión social que hacen necesarias las actividades de garantía de calidad; es importante entender que no es perfecto y debe estar capacitado para aceptar la opinión de la población en sí que con comentarios ira indicando los parámetros que podrían ser cambiados o bien puede ser un elemento importante para determinar la calidad de la atención prestada ; aceptar que el trabajo del médico familiar puede ser evaluado por otros profesionales, así como estar dispuesto a ser auditado por otros compañeros. <sup>(8)</sup>

Para poder otorgar un servicio de calidad no se debe perder de vista que al paciente se le debe hablar en forma concisa y no utilizar tecnicismos, y si es posible preguntarle lo que ha entendido y no preguntarle que si entendió, pues con frecuencia el paciente contesta afirmativamente aunque no haya comprendido las indicaciones, y si es posible el médico debe hablar con el mismo lenguaje que el paciente, esto quitara barreras de comunicación entre uno y otro, por lo que deberá asegurarse que el paciente antes de aceptar cualquier tipo de tratamiento, entienda la decisión que ha de tomar. No se debe perder de vista que el médico familiar es eso un trabajador digno de una familia y no debe obstaculizar de ninguna manera la atención que le toca otorgar.

### **1.3 Antecedentes de Atención Primaria Basada en la Población.**

Las últimas dos décadas han sido testigos de amplios cambios de nuestro sistema de asistencia sanitaria. Han surgido nuevas tecnologías diagnósticas y avance terapéuticos. Al mismo tiempo, las dudas sobre la eficacia de algunas tecnologías, la preocupación por los crecientes costos de la asistencia sanitaria, el número en aumento de individuos sin seguro sanitario o sin acceso a la asistencia, el interés creciente de comunidades y compañías, han dado lugar a cambios en la organización y en la distribución de los servicios de asistencia sanitaria. <sup>(11)</sup>

Los médicos familiares tendrán que ampliar el módulo tradicional médico - paciente y adquirir conocimientos y habilidades para desarrollar una práctica clínica basada en la población<sup>(11)</sup>

De hecho los médicos familiares realizan muchas actividades que sirven de apoyo a la comunidad de los políticos, consumidores y profesionales. Por su carácter de medicina de primer nivel epidemiológicamente la medicina familiar puede dar una atención excepcional a los individuos y a sus familias.<sup>(11)</sup>

### **1.3.1 Definición Atención Primaria Orientada a la Comunidad.**

La atención primaria orientada a la comunidad (APOC) se ha definido de formas diferentes. Se supone como una transformación de la medicina, que abarca desde la atención a un paciente en forma inicial al que atiende también a poblaciones o categorías mayores, estas dos estrategias se deben complementar, al mismo tiempo que los médicos intentan mejorar la salud del individuo, también están al cuidado de la población, intentando mejorar el resultado de sus intervenciones a nivel epidemiológico.<sup>(11)</sup>

La medicina comunitaria esta orientada al cuidado sanitario de la comunidad, desarrollo sanitario centrado en grupos de población más que de individuos en forma particular. Es el alimento principal de la medicina comunitaria, la administración sanitaria y el concepto de medicina social la cual es una ciencia que estudia las condiciones sociales sanitarias de una población, que establece relaciones causales; dicho de otra manera es una ciencia normativa que establece normas a adaptar con criterios fijos, alimentada de tres aspectos en relación salud/sociedad.<sup>(12)</sup>

La atención primaria orientada a la comunidad (APOC) es una metodología que ayuda al desarrollo de los postulados de la O.M.S. para con la población en relación a la Atención Primaria de la Salud citada en (Alma - Ata)<sup>(13)</sup>

La APOC requiere de la existencia de un servicio de Atención Primaria, y necesita de profesionales interesados en ampliar su ejercicio médico general, con aplicación a la práctica de Salud Comunitaria con un impacto primordial a la atención a la comunidad.<sup>(13)</sup>

La APOC se interesa por la información generada en la comunidad porque trabaja para la misma, la analiza y la aplica de forma directa sobre esa misma comunidad a través de

acciones realizadas por el propio equipo de salud, es una epidemiología local, y específica.<sup>(13)</sup>

Aunque la APOC implica otras actividades además de la práctica clínica individual y su directriz esta siempre dirigida a la comunidad, no debe suponer una sobrecarga de la agenda de los profesionales, sino una retroalimentación de los servicios hacia los objetivos de salud de la comunidad.<sup>(13)</sup>

### **1.3.2 Fundamentos de la APOC**

La APOC Atención Primaria Orientada a la Comunidad, une sus bases conceptuales y metodológicas junto con las nuevas concepciones de la Atención Primaria que se crean a partir de la década de 1950. En la mitad del siglo XX existían orientaciones y experiencias inamovibles en la práctica médica, como la historia marca que en 1920 Dwson en Gran Bretaña crea informes, en 1921 ya había una actividad como tal por parte de John Grant en Pequín, y la experiencia de Sidney L. Kark en Sudáfrica desde 1940, pero el cambio real y reconocido por la O.M.S.(Organización Mundial de la Salud) ocurre durante su constitución en 1948 que inician los cambios sustanciales en la concepción de los servicios de salud.<sup>(13)</sup>

La nueva Atención Primaria nace como un intento de reintegrar una atención ya muy fragmentada existente en los sistemas sanitarios de salud y la cual tendía a seguir perdiéndose entre las súper especializaciones y en la tecnología con costos cada vez mayores con presupuestos ya, inalcanzables de acuerdo a los salarios de la población, haciendo inanalizable el consultar a un médico especialista con una atención aislada e individual de un médico generalista.<sup>(13)</sup>

No se debe perder de vista la medicina comunitaria se alimenta de la administración sanitaria y la medicina social<sup>(12)</sup>

La nueva Atención primaria tiene como objetivo inicial, una visión comunitaria, que oriente y resuelva los principales problemas de salud con la participación activa de la comunidad.<sup>(13)</sup>

Es por eso que en 1985 la medicina comunitaria se fusiona como una sola especialidad a la medicina preventiva, salud pública y medicina social, que analiza, racionaliza además de reorganizar los servicios de salud, manteniendo una perspectiva poblacional y no individual.<sup>(12)</sup>

Considerando la declaración de Alma - Ata (O.M.S., 1978) la Atención Primaria es una parte integral del desarrollo social y económico global de la comunidad. <sup>(13)</sup>

El problema principal radica en que la aplicación práctica de la Atención Primaria tiene una enorme dificultad de comprender, aceptar y aplicar un método clínico integrado que involucre a los individuos y a sus familias como una estrategia poblacional (Atención Primaria dirigida a la Comunidad), que según Starfield en 1992 dificulta a la escasa experiencias de la atención primaria con orientación comunitaria. <sup>(13)</sup>

### **1.3.3 Origen y Desarrollo Histórico del APOC.**

APOC atención primaria orientada a la comunidad surge a mediados del siglo XX como un proceso de prestación de servicios en la práctica de atención primaria; en 1940 en Sudáfrica se inicia con un trabajo de Sidney y Emily Kark a partir de las expresiones prácticas del desarrollo de la medicina comunitaria. Este proceso se inició con la propuesta de una metodología práctica y experimentada que permita integrar un método clínico de Atención primaria (A.P) la cual propone una metodología práctica y experimentada que permite superar el problema de integrar el método clínico (Atención Primaria dirigida a los individuos y las familias) con la estrategia poblacional (Atención Primaria dirigida a la Comunidad). <sup>(13)</sup>

La formación de un centro de salud comunitario en el que los servicios prestados combinaran con la atención curativa, preventiva que a través de la atención individual, familia y la comunidad, llevando a cabo el diagnóstico individual, familiar y comunitario. <sup>(13)</sup>

Esa integración en la práctica médica familiar de Durban para con la salud comunitaria fue posible gracias a la creación del modelo de centro de salud comunitario, bajo los auspicios del Instituto de Salud Familiar y Comunitaria, y llegó a extenderse en toda Sudáfrica. <sup>(13)</sup>

Sudafricanos deciden extender su experiencia en el centro de salud comunitario de Hadas y en la Universidad hebrea de Jerusalén. Para la segunda mitad de la década de 1970 y hasta 1980 hay una tendencia aumentar programas de APOC para diferentes subgrupos de la Afines de la década de 1950, Sidney y Emily Kark y otro grupo de profesionales comunidad. <sup>(13)</sup>

Para la década de 1960 – 1970 en Estados Unidos destaca la existencia de la APOC la cual se aplicadas en áreas rurales y en los guetos, con resultados alentadores. En 1983 la Organización de la conferencia sobre APOC en Washington, generó la formación de grupos de trabajo que analizaron diversas experiencias en Estados Unidos, y para 1984 se llegó a la conclusión de recomendar la aplicación en toda la Atención Primaria y no sólo en áreas marginadas. En las décadas de 1980 y 1990 se publican varios artículos referidas al significado y aplicabilidad de la APOC, a la formación y entrenamiento de los profesionales y a las aplicaciones prácticas de la metodología en diversos países. El desarrollo de experiencias va en aumento hacia finales del siglo XX, en Cuba y Canadá se institucionaliza el APOC, mientras que en otros países se comparten conceptos y métodos, pero no se conceptualizan <sup>(13)</sup>

La atención Primaria individual y familiar con la atención comunitaria, esta diseñada para la atención y preservación de la salud comunitaria y suele implicar la existencia de algunos parámetros como: <sup>(13)</sup>

La atención médica primaria debe tener como característica primordial la accesibilidad global, continua con coordinación a otros servicios; esta atención es la responsable de mantener la salud individual y de la comunidad; para poder llevar a cabo esto los profesionales de la salud deben desarrollar un interés en la extensión de su ejercicio profesional y debe practicar la salud comunitaria; es por esto que es de su competencia la localización e identificación de las necesidades de planificar los servicios y evaluar los efectos del servicio prestado, se debe tomar en cuenta las características del servicio de atención primaria son las que están emanado nuevas concepciones. <sup>(13)</sup>

Es de suma importancia tomar encuentra la accesibilidad a los servicios, que deberá incluir una localización del equipo accesible en la propia comunidad con la consecuente destrucción de toda barrera que impida el ejercicio para la cual la APOC fue creada, tomando en cuenta situación geográfica, recursos económicos, lingüísticos etc., culturales religiosos, políticos entre otros incluye la localización del equipo en la propia comunidad no se debe perder de vista que las enfermedades mentales están en aumento por lo que es importante incluir el APOC en los mismos y en problemas sociales. <sup>(13)</sup>

Hay partes fundamentales dentro de la atención primaria orientada a la comunidad como la

integración de las funciones sanitarias en la prestación de los servicios a la comunidad: a los cuales pertenece la atención curativa, preventiva, rehabilitadora y promoción de la salud. Así como la coordinación de la atención otorgada por los servicios necesarios del sistema sanitario, junto con la coordinación de los servicios según la etapa de la vida. <sup>(13)</sup>

El trabajo de un equipo de salud multidisciplinario, la movilidad del equipo dentro y fuera del centro de salud que vinculan con la comunidad, como la atención de salud en el domicilio, la escuela, entre otros. <sup>(13)</sup>

Los servicios que integran la APOC son y serán los responsables de la salud (y sus determinantes) de todos y cada uno de los miembros de la comunidad, y esta diseñada tanto para los que demandan sus servicios como para los que no la soliciten. <sup>(14)</sup>

Metodológicamente, la APOC es un proceso continuo, sistemático de identificación diseñado para detectar las necesidades de salud de la comunidad, que facilite la toma de decisiones adecuada y se pueda dar prioridad a la planificación, implementación y evaluación de esa intervención, con el fin de permitir la realización de una evaluación de la situación de salud en la comunidad requerida. <sup>(13)</sup>

La metodología para el desarrollo de la APOC, necesitan de la síntesis de sus elementos conceptuales ya mencionados con antelación; entre ellos se citaran los siguientes:

- Citar la definición y características de la población.
- Ya delimitada la población, la misma que será el blanco para ejecutar la acción de la APOC, de tal manera que la determinación y evaluación tanto de las necesidades de salud como de la efectividad de la intervención puedan ser accesibles.
- Es fundamental no perder de vista que el método epidemiológico y las habilidades clínicas en conjunto definirán las necesidades de salud comunitarias y determinara la evaluación de las acciones individuales y conjuntas.
- Los programas comunitarios; servirán para evaluar y abordar de forma sistemática los problemas de salud identificados como prioritarios.
- Las acciones encaminadas a lograr la participación de la comunidad estarán presentes en todas las etapas del proceso. <sup>(13)</sup>

El ciclo de la APOC tiene como uno de sus elementos básicos la planificación basada en las necesidades de la población y se parece al procedimiento diagnóstico individual, pero con un tinte que semeja al comunitario. Es decir con una evaluación inicial del problema, diagnóstico, tratamiento, seguimiento del problema y evaluación del tratamiento preciso. <sup>(13)</sup>

#### ***1.3.4 Pasos Metodológicos del APOC:***

Los pasos metodológicos del ciclo de la APOC siguen una orden de planificación por los diferentes programas de salud con características específicas y consisten en:

- a) Una evaluación previa de la comunidad, que permita identificar a la comunidad para poder priorizar con mayor facilidad los principales problemas que enfrenta la salud comunitaria
- b) Ya descrito el problema de la comunidad y bien diagnosticado se enlistaran en base a la importancia optimizando las prioridades.
- c) Entonces si se ejecutara la decisión de intervenir sobre la problemática de salud y se establecerá la intervención más adecuada.
- d) Se deberá planificar el programa elegido para la intervención en vistas a la resolución de la problemática elegida por prioridad.
- e) Se ejecutara dicho programa e vistas a la resolución del problema

- f) Se establecerá una vigilancia estricta en la ejecución de dicho programa y se observara aparte del desarrollo del mismo los resultados que se van obteniendo en forma paulatina
- g) Lo anterior permitirá proseguir con el mismo programa o bien, modificarlo o en su caso suspenderlo y/o cambiarlo
- h) Si es necesario se reevaluará la situación de salud de la comunidad de tal manera que se pueda reiniciar el ciclo, si es necesario. <sup>(13)</sup>

### ***1.3.5 Investigación y epidemiología.***

Sin investigación no puede existir la APOC pues constituye una de las bases de la acción para llevar a cabo una continua retroalimentación del ciclo. La evaluación que se desprende de la misma genera información útil para otros equipos que posteriormente evaluará la efectividad de las intervenciones. Los métodos en la APOC pueden ser cuantitativos como cualitativos. <sup>(13)</sup>

La epidemiología en la APOC es básica, la información generada por la comunidad, deberá ser analizada en el servicio de atención primaria y su aplicación será directa se puede decir que es una epidemiología local, específica y pragmática. <sup>(13)</sup>

### ***1.3.6 Estadística***

Para una correcta aplicación de la asistencia sanitaria con una base poblacional, es necesario manejar eficazmente gran cantidad de información, la cual debe ser orientada y sistematizada; por lo que resulta imprescindible que el médico familiar tenga habilidades básicas para utilizar técnicas de manejo de los datos que están sucediendo. <sup>(11)</sup>

### ***1.3.7 Equipo de trabajo.***

Los médicos familiares de hoy en día están tienen una visión de trabajo en equipo y están capacitados para formar grupos de trabajo que faciliten la tarea de ejercer como parte integral del equipo de las diferentes organizaciones dedicadas a complementar esta labor. Por lo tanto, para practicar y proyectar en forma eficaz una medicina basada en la población, es de vital importancia integrar capacidad de funcionar de igual modo como parte del equipo de asistencia sanitaria y no sólo como prestador de servicios individual. <sup>(11)</sup>

Profesionales de la salud pública, educadores sanitarios y recursos comunitarios. La adecuada coordinación de estos grupos requiere de un liderazgo y de una habilidad de comunicación excelente. <sup>(11)</sup>

### ***1.3.8 Condiciones y consideraciones médicas de importancia en la investigación médica.***

I.- consideraciones éticas y sociales.- en estas áreas se considera la equidad, el acceso a la información, la defensa, protección, respeto individual y a la población; la distribución de los recursos, la atención a la población y a los individuos con la responsabilidad correspondiente y con una actitud de servicio, y en forma complementaria. Coincidiendo con el espíritu de la medicina familiar, que plantea la asistencia en el contexto de la comunidad y la salud. <sup>(11)</sup>

II.- Las evidencias en la medicina son prácticas filosóficas integradas en evidencias; y la recopilación de experiencia individuales y de elección de pacientes, al cual le corresponde un proceso de cuatro pasos que incluye: la formulación de cuestionarios y la búsqueda de información previa basada en los estudios publicados, la valoración de validez de la información y el estudio de la fuente de acceso y la aplicación de la misma: <sup>(11)</sup>

En resumen, se puede decir que la APOC es una estrategia de asistencia sanitaria basada en la población que puede y de hecho ayuda, al médico familiar a equilibrar sus obligaciones

con cada paciente, con las de la sociedad en conjunto. La atención primaria orientada a la comunidad se propuso hace décadas como un medio práctico para integrar los principios de la medicina comunitaria y de salud pública en la prestación de la Atención Primaria. <sup>(11)</sup>

Las estructuras de la APOC son similares y se debe destacar que se parecen similares a las utilizadas por los programas de mejora continua de la calidad. <sup>(11)</sup>

### ***1.3.9 Funciones de la APOC.***

Como ya se ha mencionado la APOC surge como un modelo de atención poblacional <sup>(11)</sup>

Es un modelo de asistencia sanitaria que resulta un instrumento elemental para el médico familiar que equilibra sus funciones para con el paciente y por ende o con impacto social. <sup>(11)</sup>

Es un modelo tan completo que no se puede olvidar que para llevar a cabo este, el médico familiar está obligado a realizar todas sus acciones con un parámetro ético y de consentimiento informado que ayude a abordar la asistencia sanitaria y de la comunidad, responsabilidad que se le ha conferido en una forma conjunta. <sup>(11)</sup>

Si hablamos de un mundo ideal la APOC fue creada para intentar erradicar la enfermedad propiamente dicha y adelantarnos al riesgo, en lugar de llegar solamente al diagnóstico y al tratamiento como se ha venido haciendo desde hace décadas. <sup>(11)</sup>

El APOC fue creado para obtener con facilidad resultados en el ejercicio de la atención primaria. Su característica primordial es que debe ser un conjunto de elementos que hagan un todo, con toda su gama de servicios que satisfagan las necesidades poblacionales, dentro de esta gama debe incluirse además de los fines éticos la accesibilidad a los servicios que maneja con coordinación a la misma asistencia cuando sea necesario, además de ser una fuente de información cuando sea requerida. <sup>(11)</sup>

### ***1.3.10 La metodología de la APOC***

La metodología de la APOC incluye todos los pasos que den facilidad para identificar y abordar los problemas de salud de la población en general y para ello no podemos perder de vista los cuatro elementos necesarios para su desarrollo, que servirán para enmarcar las

características de la población a estudiar; la identificación del problema; definir la intervención de la acción elegida adaptada a las características propias de la misma comunidad, y control absoluto de los efectos de tal intervención. <sup>(11)</sup>

Como médicos familiares no se puede perder de vista que este procedimiento debe abarcar a toda la población en general, y dentro de esta misma están todos aquellos individuos que no usuarios del equipo de salud que se oferta, y otros lo hacen de manera irregular, por lo que es de vital importancia que el médico tenga acceso a las listas nominales de los individuos de esa comunidad con el correspondiente estudio socio demográfico, y todos aquellos elementos que caracterizan a esa población como tal incluyendo la perspectiva y la forma de abarcar a los individuos que habitan en la misma y no son usuarios del programa de salud existente. <sup>(11)</sup>

Después de identificada la población de acuerdo a sus propias características individuales el médico familiar podrá identificar las necesidades y establecer las prioridades de salud, además será capaz de evaluar los riesgos, con el fin de dar paso seguido, a la planificación y adaptación , según sea el caso, de estrategias de salud, y la forma de abordarlas, observar el curso del programa elegido con el fin de obtener la información más fidedigna al mismo tiempo de crear un estado de salud ideal para esa población. <sup>(11)</sup>

Una de las estrategias primordiales de información es la utilización de encuestas basadas en los estudios previos, esto permitirá acceder a las personas que no utilizan o no se acercan al los grupos de salud y obtener información lo mas fidedigna posible y lo más completa ya que es importante que se hayan desarrollado las técnicas de seguimiento de los métodos adecuados para la evaluación apropiados antes de iniciar la intervención. <sup>(11)</sup>

Para finalizar el ciclo de la APOC será capaz de evaluar el programa. La observación y codificación de la información recopilada permitirá evaluar el proceso como los resultados. Estas valoraciones finales facilitarán la evaluación de la intervención y el efecto obtenido y deseado. <sup>(11)</sup>

Es sabido que la intervención de los métodos del APOC para mejorar las condiciones de salud mundial es aceptable, sin embargo existe gran resistencia en diferentes partes del mundo a ser adoptada. <sup>(13)</sup>

Se puede decir que este modelo de atención es el programa encargado de la integración

individuo – familia – comunidad, es el modelo responsable de una población definida en la cual se aplican programas de promoción, prevención mantenimiento y control de la salud, y en su caso el tratamiento, limitación del daño y en su caso la rehabilitación con una amplia visión de la medicina comunitaria. Es así como se integra la atención médica individual y de familia y la relaciona con la salud publica La APOC es el corazón del tratado de Alma – Ata que constituye un proceso sistemático con la flexibilidad suficiente para adoptar los principios y adaptar las metodologías a la realidad y a los recursos económicos de la comunidad a la que sirve. <sup>(14)</sup>

## **1.4 (MOSAMEF)**

### **Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar**

#### **1.4.1 Antecedentes**

##### *MOSAMEF*

El Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar (MOSAMEF) se define como un conjunto de procedimientos (administrativos, clínicos y operativos) que fundamentan el desarrollo de las actividades del Médico Familiar. <sup>(16)</sup>

Diseñado por un grupo de de profesores del Departamento de Medicina Familiar hacia el año 1995 en la Universidad Nacional Autónoma de México, con el fin de crear un modelo que representase un esquema de atención sistemático a las familias que sirviese como modelo a los alumnos de la especialidad de Medicina Familiar en especial para los alumnos provenientes del instituto de Seguridad y Servicio al Servicio Trabajadores del Estado <sup>(15)</sup>

Al año 2000 se habían aplicado en más de 100 trabajos especialistas en Medicina Familiar. Se ha comprobado que la base conceptual del MOSAMEF, no agota el tema, si no es una introducción a los principios que sustenta la especialidad en Medicina Familiar, <sup>(15)</sup>

Se puede decir que el médico familiar es un generalista especializado del primer nivel de atención al cual acuden, reciben, acepta y atiende a toda persona que solicita atención de salud inclusive pacientes sanos, al contrario de otros médicos especialistas que limitan el acceso a sus servicios en función a las características del que lo demande tales como edad, sexo y/o patología de los pacientes entre otros. <sup>(15)</sup>

El médico familiar atiende al paciente en el amplio contexto individual con impacto hacia

la comunidad de la que forma parte sin tener en cuenta la nivel socioeconómico, raza, religión, cultura o clase social, el cual tiene que tener la consciencia de asumir una responsabilidad de competencia a fin de proporcionar una atención integral de acuerdo a la necesidad de cualquier individuo en forma personal y familiar considerando su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En resumen se responsabiliza personalmente de prestar atención integral y continuada de sus pacientes. <sup>(15)</sup>

### **1.4.2 Definición y Fundamentos**

Se le llama MOSAMEF al Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar que está constituido por la unión de procedimientos administrativos, clínicos y operativos, basados en el desarrollo de las actividades del médico familiar, y cuyo enfoque a la práctica de la Medicina Familiar tiene tres elementos fundamentales:

- a) El estudio de la familia
- b) La continuidad de la atención
- c) La acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo. <sup>(15)</sup>

Lo que trae como consecuencia el nacimiento del MOSAMEF el cual se funda como una incógnita a despejar de tres interrogantes fundamentales, para los especialistas de medicina familiar:

- 1.- El ¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familiar?
- 2.-¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?
- 3.-¿Cómo identificar las necesidades de atención a la salud de las familias? <sup>(15)</sup>

### **1.4.3 Propósito del MOSAMEF**

El propósito específico del MOSAMEF es que el médico familiar realice con una guía metodológica para un diagnóstico del estado de salud de las familias a las que atiende, con el fin de brindar una atención más completa de acuerdo a las características específicas de su comunidad con un ambiente epidemiológico entre otros. Lo que constituye una evaluación demográfica de las familias mediante la descripción de su estructura, clasificación

tipológica, etapa en el ciclo vital familiar, y los elementos económicos y sociales constituyen algunos de los componentes del diagnóstico de salud familiar. <sup>(15)</sup>

El análisis adecuado del MOSAMEF es una fuente inagotable de información la cual puede ser consultada con facilidad ya que presenta las características de la familia, que constituye un perfil diagnóstico e historia familiar aunado a la evaluación demográfica y sociocultural que facilita al médico familiar y a su equipo de salud, crear estrategias específicas dirigidas a la prevención, entre otras disciplinas; además ofrece la oportunidad para realizar proyectos de investigación que den un uso más eficaz de los recursos que existan para la resolución de los problemas sanitarios, además facilitará las estrategias de atención a la comunidad y la evaluación de las mismas. <sup>(15) (16)</sup>

#### **1.4.4 ETAPAS DELMOSAMEF**

##### **El MOSAMEF consta de varias etapas:**

##### **a) Diagnóstico.**

La génesis de el MOSAMEF se encuentra precisamente en el establecimiento del diagnóstico que iniciaría con una descripción de elementos que lo constituyen y que unidos en la práctica del médico familiar facilitará la planeación y toma de decisiones que favorecen los objetivos de la medicina familiar. <sup>(16)</sup>

Para lograr un adecuado diagnóstico es necesario realizar una cuantificación de la población bajo su cuidado como:

- El Expedientes Clínicos es vital en el apoyo que ampliara el horizonte clínico y familiar de la población.
- Se aplicara la Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF). Que proporcionará en su análisis un diagnóstico de salud de la población estudiada.
- hay dos formas de hacer una Pirámide Poblacional, que es de vital importancia en la aplicación del MOSAMEF el cual se puede tomar de dos maneras, la primera es realizar un recuento de todos los expedientes clínicos inscritos en el área de influencia del médico familiar y cuantificar por grupos de edad y género, o bien se realizará por grupos de edades

a todos los miembros de las familias encuestadas en la (CEBIF).

La estructura del MOSAMEF deberá tomarse muy en cuenta ya que constituye una parte fundamental del estudio y en ella deberá incluirse:

- Recursos humanos, físicos, servicios y materiales.
- Laboratorio y gabinete.
- Sistema de referencia y contra referencia.
- Redes de apoyo extra institucional.

Perfil epidemiológico y problemas de salud.

- para poder describir un perfil epidemiológico es elemental detectar la frecuencia en la que se presenta una enfermedad por lo cual los motivos principales de de consulta dictaminarán la pauta a seguir por medio del médico familiar por lo que debe tomar en cuenta ciertos parámetros para tratar de controlar tal o cual padecimiento, como edad, sexo, obesidad, historia familiar, estados nutricionales etc. <sup>(16)</sup>

## **b) Análisis de la situación.**

En el análisis de la situación se situaran las características propias de la población, es de capital importancia visualizar todo el parámetro de salud de la misma para poder respaldar su ejercicio profesional y determinar los principales problemas a resolver, y como es posible el mantenimiento de la salud en los individuos de la misma sociedad. <sup>(16)</sup>

## **c) Priorización de problemas.**

El papel de las Normas Oficiales está diseñado para preservar un estado de salud basada en la experiencia y la historia por medio de investigaciones previas en la práctica clínica, por tal motivo deben seguirse y anotarse en el expediente clínico para tener como resultado la aplicación de problemas prioritarios, lo que permitirá una evaluación de la operación de los mismos programas, estas aplicaciones se medirán por ciertos parámetros de los cuales destacan las metas a realizar, se estudiaran los indicadores, frecuencias, tasas y porcentajes.

<sup>(16)</sup>

Las Normas Oficiales que destacan son:

- Salud reproductiva y planificación familiar
- Atención al niño y a la madre

- Atención a enfermedades infectocontagiosas
- Atención de enfermedades crónico degenerativas
- Atención a la violencia intrafamiliar
- Control del niño sano, etc. <sup>(16)</sup>

Que tendrá como resultado deseado la detección de aciertos y errores en la aplicación de la norma y los resultados obtenidos determinaran la elección y la aplicación de los programas prioritarios. La información obtenida se utilizará con el fin de elegir o planear, estrategias dirigidas a la mantención de un adecuado estado de salud con lo mejoría de una adecuada práctica profesional. <sup>(16)</sup>

#### **d) Estrategias y modelos.**

La principal estrategia es diseñar un proyecto dirigido exclusivamente al la solución de problemas prioritarios y específicos identificado previamente.

Posteriormente se procederá a la realización de la investigación tomando en cuenta las siguientes líneas de la misma como son: metodología, la clínica, la educación para la salud, los servicios, y el sistema de salud.

La recopilación de los resultados irá evaluando las intervenciones tanto clínicas, como administrativas, y operativas, entre otras y determinaran si son efectivas para la solución de los problemas detectados. <sup>(16)</sup>

#### **e) Desarrollo del proyecto.**

Es la esta etapa en la que se llevara a cabo el proyecto deseado.

El MOSAMEF tiene como objetivo incidir en los campos de acción implementado por la carta de Ottawa en la segunda conferencia Interracial de promoción a la salud, los cuales tienen por objeto:

- I. Reorganizar los servicios de salud.
- II. Intervenir en el mejoramiento de las habilidades personales en relación con los estilos de vida en forma particular.
- III. Mejorar las condiciones del “medioambiente”.
- IV. Crear políticas para el mejoramiento de la salud.

V. Establecer acciones comunitaria en salud. <sup>(15)</sup>

### **f) Evaluación de resultados.**

Una de las características más importantes del médico familiar es su responsabilidad en general y tiene plena conciencia de ello, por tal motivo se esfuerza por comprender el estado de salud de su población, entiende que la atención primaria es la base para establecer desarrollar e impulsar los programas de actividades preventivas y promocionales de salud, por ser el primer nivel de atención a la salud y el más accesible para el paciente, el único medio que no le pone trabas para incorporarse a los sistemas de salud. <sup>(15)</sup>

La atención médica familiar primaria tiene un sin fin de campo de investigación y nuevo campo de acción como médico familiar; en el campo de la visión aún queda mucho trayecto por caminar en el mundo de la estrategia para llevar la salud a todos los hogares de las familias de la comunidad <sup>(15)</sup>

Las estrategias que permitan el uso racional de los recursos que permitan el mejoramiento en la atención en los consultorios de medicina familiar es muy importante, por lo que se evaluará desde el tiempo de espera del paciente, el archivo clínico debe ser ágil y efectivo, es muy importante el empleo de un vocabulario simple y claro de fácil entendimiento por parte del funcionario que esta frente al paciente; en cada caso se debe valorar la derivación justificada a la especialidad según requiera el padecimiento del paciente y el establecer una comunicación adecuada entre el mundo de especialistas y el médico familiar creando así un sistema de atención médica completa ya que el médico familiar es el encargado de integrar nuevamente al paciente como ser individual y así brindar una atención de mayor calidad. <sup>(15)</sup>

Hay un Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS); este programa puede considerarse como un antecedente del MOSAMEF, la promoción de la salud es ayudar a los pacientes y las comunidades a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar. <sup>(15)</sup>

### **1.4.5 El MOSAMEF y el Médico Familiar.**

Como ya se dijo con antelación el médico familiar es el profesional especialista en ser el único médico capaz de atender a los individuos y a sus familias, en una comunidad determinada con impacto en la misma, y ser el medio de enlace entre el mundo de las especialidades y súper-especialidades para con el individuo en sí siendo el integrador de ese mundo y el mundo individual e integrado, capaz de establecer en forma personal programas que le permitan crear un estado de salud ideal, o bien para limitar el daño del padecimiento según su cronicidad. Es el único médico que llega al hogar propiamente dicho de aquel individuo que no ha solicitado el servicio sanitario pero que requiere de la influencia de un buen estado de salud y que requiere información de cambios de hábitos que permitan el restablecimiento de la salud o el control adecuado y menos invasivo de una enfermedad dada o prevención a los miembros de la familia para evitar una enfermedad de características hereditarias o bien por malos hábitos de la familia o la comunidad entre otras cosas. <sup>(15)</sup>

En las características de un buen médico familiar está desarrollar las siguientes cualidades: Ser ante todo saber usar la clínica, ser científico, consejero imparcial, ser un buen asesor, educador, trabajador, receptivo, accesible, empático, cálido, sistemático, racional, respetuoso, comunicativo, con actitud de búsqueda y de servicio, con deseo de superación, que coordina la asistencia, preocupado por el paciente y por su propia formación. <sup>(15)</sup>

La reforma de salud es un tema de actualidad en todo el mundo, la discusión sobre las reformas de salud, hay tres elementos que marcan las presentes reformas:

- El costo del proceso de atención en salud.
- La problemática de acceso a la atención médica.
- La percepción de los usuarios del tipo de intención que prevalece en salud y su calidad. <sup>(15)</sup>

Un modelo ecológico de la salud, ve a la medicina como una institución de la sociedad que tiene como objetivo primordial la recuperación de la salud de los pobladores de una

comunidad<sup>(15)</sup>

White propone un modelo de salud con una visión ecológica de asistencia médica; modelo que tomó como base el nacimiento del El MOSAMEF cuyos elementos primordiales parten de un estado de salud natural que se ve afectado por problemas micro-ambientales tanto físico como social; el acceso a los servicios de salud que pueden dar paso a los servicios de medicina preventiva, o bien curativa y de rehabilitación; sin perder de vista la historia familiar del paciente en forma individual que son afectados por su historia familiar o factores hereditarios; además la intervención de la cultura y de los estilos de vida que irán afectando y pueden acelerar el proceso de enfermedad o procesos degenerativos etc. <sup>(15)</sup>

#### **1.4.6 Perspectivas del MOSAMEF.**

Según Shires, el MOSAMEF constituye la quinta esencia de la medicina familiar debiendo incluir un proceso de:

- Una actualización periódica y constante.
- La evaluación operativa.
- Y el establecimiento de estrategias para la solución de problemas de salud y anticipación del daño. <sup>(15)</sup>

Tomando en cuenta los programas de calidad como: la identificación de características de la comunidad a estudiar, el señalamiento puntual de los problemas de salud de la población, la modificación de los problemas detectados, principalmente a desviaciones en la práctica asistencial, y el seguimiento del impacto de la intervención. <sup>(15)</sup>

El corazón del MOSAMEF es la atención médica familiar basada en la comunidad que logre constituir en un modelo eficaz para los médicos familiares que laboran en instituciones de salud, pero no solo para ese sector, sino para los médicos que realizan práctica privada y son responsables también de una población. <sup>(15)</sup>

## **Premisas y parámetros que contiene el MOSAMEF que ayudarán al diagnóstico de la atención de medicina familiar**

La función de la familia es prodigar alimentación protección, cuidado y afecto a todos los miembros de la misma

La familia está diseñada para prodigar atención en salud a sus miembros, dar seguimiento, manejo médico, tratamientos caseros en primer instancia, o bien la búsqueda de la mejoría en caso de enfermedad, enriquecerse con su participación en los grupos de detección de padecimientos crónico degenerativos planificación familiar, esquemas de vacunación, y cuidado de la salud de la comunidad en su caso, como por ejemplo si hay una enfermedad endémica o epidémica crear los medios para no propagar la enfermedad o bien para protegerse de la misma, y la creación de un ámbito seguro. etc.

Por otra parte en el ámbito psicológico, es obligación de las familias cumplir con un rol ya asignado, crear funciones de socialización, cuidado, afecto, respeto de todos los miembros tanto para darlo como para recibirlo, reproducción y estatus.

Dar frente a los problemas que vayan suscitándose dentro del ámbito familiar y la intervención.

### **EDAD:**

La edad se define como el tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta un momento determinado de su vida, o también se le llama edad a los diferentes periodos en los que se divide la vida. <sup>(19,20)</sup>

### **NOMBRE:**

Se le llama nombre al signo que distingue a una persona de las demás en sus relaciones jurídicas y sociales, consta del nombre propio y del nombre de familia o apellido <sup>(21)</sup>

### **PARENTESCO:**

Parentesco es el vínculo jurídico que existe entre las personas que descienden de un mismo progenitor, por consanguinidad, o bien corresponde a los lazos sanguíneos entre el marido y los parientes de la mujer y viceversa. <sup>(21)</sup>

### **OCUPACIÓN:**

Ocupación, se refiere al trabajo, empleo que se desarrolla <sup>(19)</sup>

#### **ESCOLARIDAD:**

Años de estudio, grado máximo escolar alcanzado de un individuo

#### **ESTADO CIVIL:**

Situación jurídica de una persona física considerada desde el punto de vista del derecho de familia y que hace referencia a la calidad de padre, de hijo, casado, de soltero <sup>(20)</sup>

#### **MATRIMONIO:**

Se denomina canónico al matrimonio celebrado con arreglo al Código de Derecho Canónico, // es el contraído con sujeción a las normas establecidas por la legislación civil relativa.

Según el Artículo 130 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos dispone que el matrimonio es un contrato civil y que este y los demás actos del estado civil de las personas, son de la exclusiva competencia de los funcionarios y autoridades del orden civil, en los términos prevenidos por las leyes, teniendo la fuerza y validez que las mismas le atribuyen <sup>(20)</sup>

#### ***UNIÓN LIBRE:***

Acción de unir o unirse libremente <sup>(19)</sup>

#### ***DIVORCIO:***

Disolución legal del matrimonio que deja a los cónyuges en aptitud de contraer otro matrimonio (art. 266 a 291 del Código Civil para el Distrito Federal). En algunos regímenes matrimoniales, se comprende dentro del término divorcio a la mera separación de cuerpos, sin disolución del vínculo. <sup>(20)</sup>

#### ***VIUDEZ***

Persona cuyo cónyuge ha fallecido, mientras no contraiga nuevo matrimonio. <sup>(20)</sup>

#### ***SOLTERO:***

Persona que no ha contraído matrimonio <sup>(20)</sup>

## **CLASIFICACIÓN DE ESTRUCTURA DE LA FAMILIA:**

La clasificación de la estructura familiar depende de sus integrantes y de sus lazos de consanguinidad, por lo que se clasificara:

**Nuclear.-** es la familia constituida por padre, madre e hijos.

**Simple.-** esta constituida por padre, madre y hasta 3 hijos

**Numerosa.-** es cuando el número de hijos rebasa a 4 hijos

**Binuclear.-** es cuando ha habido una unión previa y uno o ambos cónyuges aportan hijos de la unión anterior.

**Extensa.-** familia nuclear mas algún otro miembro de la familia con lazos consanguíneos.

**Familia monoparental.-** tiene una estructura en donde se basa en la presencia de una sola figura como jefe y puede ser el padre, la madre o uno de los hijos que asume un rol específico.

**Y la familia monoparental ampliada.-** es cuando aparte existe otra persona viviendo en la familia sin lazos consanguíneos <sup>(70)</sup>

## **ETAPAS DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA**

Se refiere a la dinámica que ejecutan los sistemas familiares en tiempos determinados y que funda una organización predeterminada establecida jerárquicamente durante el ciclo evolutivo de la familia. Y consta de cinco etapas. <sup>(21)</sup>

1.- **Etapa de matrimonio.-** a esta etapa corresponde la unión de dos personas que se unen en matrimonio civil, religioso o unión libre

2.- **Etapa de expansión.-** esta etapa marca la llegada del primer nuevo miembro de la familia. <sup>(21)</sup>

3.- **Etapa de dispersión.-** inicia cuando el primer hijo entra a la escuela <sup>(21)</sup>

4.- **Etapa de independencia.-** inicia cuando el primer vástago se ausenta de casa, ya sea por estudios, matrimonio, trabajo, independencia y termina cuando el último hijo abandona la casa. <sup>(21)</sup>

5.- **Etapa de retiro y muerte.-** o nido vacío, que inicia con la salida del último hijo, o bien con la muerte de alguno de los cónyuges <sup>(21)</sup>

## **APGAR FAMILIAR:**

Escala para valorar la función familiar.

## ***FACTORES ECONÓMICOS***

Se refiere a la administración prudente de los bienes. <sup>(19)</sup>

## ***INDICE DE MARGINACIÓN FAMILIAR,***

En el Distrito federal el salario mínimo es de \$52,59 diario para el Distrito Federal

## **REDES DE APOYO**

El estudio se realizó en pacientes del ISSSTE, solo un porcentaje también cuenta con otros servicios incluyendo al IMSS. (Instituto Mexicano del Seguro Social), seguros particulares, o bien hay quien se apoya en la secretaria de salud, o en hospitales como nutrición, entre otros.

## **Características de la Clínica de Medicina Familiar San Antonio Abad:**

Divididas en tantas de Hospitales El I.S.S.S.T.E cuenta con clínicas y hospitales divididos en 4 zonas en la Ciudad de México y en su área Metropolitana que dan servicio a toda la derecho- habiencia que así lo demande y su cobertura en la ciudad se divide en 4 zonas y Estado de México

- a) **Zona Norte.-** en la cual esta incluida de la Clínica San Antonio Abad, esta zona cuenta con 11 Clínicas de Medicina Familiar 27 consultorios auxiliares distribuidos en el área correspondiente; cuenta además con una estancia temporal para enfermos del estado, un Hospital Regional, un Hospital General, 3 clínicas de especialidades un centro de cirugía ambulatoria y un centro de apoyo diagnostico.
- b) **Zona Sur.-** cuenta con 11 Clínicas de Medicina Familiar 9 Consultorios auxiliares, un Hospital Regional, un Hospital de Especialidades, una Clínica de Especialidades, una Clínica de Medicina Física y Rehabilitación.

c) **Zona Poniente.**- cuenta con 6 consultorios auxiliares; 13 clínicas de medicina familiar, 2 clínicas de especialidades, y 2 Hospitales Generales

d) **Zona Oriente.**- cuenta con 6 Clínicas de Medicina Familiar, Un Hospital Regional, Un Hospital General, una clínica de especialidades.

La clínica San Antonio Abad se encuentra ubicada en la Zona Norte del I.S.S.S.T.E. de la Ciudad de México D.F. ésta unidad cumplió 46 años de fundada, fue inaugurada en 1963 considerándose en esa época la primera clínica de especialidades, llamada en aquel entonces “ Clínica Obrero Mundial “ por diferentes motivos permaneció sin dar atención durante casi 6 años, la clínica deja de atender a su población por afectación a su cimentación por construcción de nuevos edificios en el 24 de Octubre de 1970 y fue reinaugurada el 22 de noviembre de 1984, el 19 de Septiembre de 1985 debido al movimiento telúrico sufrido en la Ciudad de México fue cerrada, reabriendo sus puertas nuevamente el 2 de mayo de 1986; ésta Clínica tiene una población adscrita de 20,145 pacientes, los cuales están divididos en 10 consultorios y dos turnos. De los cuales se estudiara a la población adscrita al consultorio número 9, el cual tiene 2,014 pacientes asignados de 3 colonias aledañas las cuales son Artes Graficas, Álvaro Obregón y La Cruz.

## **2. Planteamiento del Problema.**

En la Unidad de Medicina Familiar San Antonio abad de la Ciudad de México, Distrito Federal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado del consultorio número 9 del turno vespertino, se desconocen las características de las familias que se atienden y se desconoce las causas de demanda de la consulta.

### **3. Justificación.**

En el consultorio número 9 del turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar San Antonio Abad del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se desconoce cuantas familias están adscritas, sus características, causas de consulta, factores de riesgo y causas de morbilidad; información necesaria para saber que

acciones deben implementarse, los programas de prevención y de las condiciones de vida que imperan en esta comunidad en específico, para ello debemos crear una pirámide poblacional, la cual tiene el propósito de crear nuevas estrategias para el mejoramiento de la atención en el servicio.

Los resultados obtenidos tendrán como propósito conocer a las familias de la comunidad a cargo, y sus características, es decir, se iniciará con una pirámide poblacional, y las primeras causas de consulta que dará un parámetro para utilizar programas y crear los proyectos necesarios y objetivos que incidan en la salud de los pacientes, en la prevención, en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se reflejara en un mejoramiento de la salud, apoyando a la población con concientizar en el cambio de hábitos nocivos para la salud en los pacientes de el consultorio 9 del turno vespertino de la Unidad Médica Familiar de San Antonio Abad del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. De tal manera que se favorezca una labor eficaz, lo que al través del tiempo tendrá un impacto positivo en la salud de las familias y la comunidad de este consultorio.

En esta unidad de Medicina Familiar contamos con un archivo clínico, un departamento de vigencia de derechos, un laboratorio de análisis clínicos elementales, un departamento de enseñanza, un departamento de epidemiología, un departamento de recursos humanos, un consultorios exclusivo de geriatría, un consultorio para salud reproductiva, una farmacia, un equipo de intendencia, otro de mensajería, el apoyo de un podólogo, psicólogo, trabajadoras sociales, y un equipo de rehabilitación, un departamento de estadística, hojas, expedientes, y acceso para poder realizar está investigación.

Se realizó previamente un conteo aleatorio simple de Enero a Diciembre de toda la clínica en donde se tomó 15 causas de patología mensuales de todos los consultorios de la misma lo que sumó un total de 180 pacientes tomados del informe diario (SM 10) de todos los médicos de la clínica San Antonio Abad y de ambos turnos lo que da un parámetro de salud de la unidad donde se realizó el presente estudio dato que ayuda a conocer a las familias de la unidad y en específico las del consultorio 9 turno vespertino lo que dará una visión más amplia de la comunidad en general lo que permite concretar en esta muestra las 10 principales causas de consulta general en donde n=180.

**Tabla 1:** Muestreo aleatorio Simple de las principales causas de visita médica en todos los consultorios de la Clínica San Antonio Abad en donde n=180

Patología	No. De casos	Porcentaje
Hipertensión Arterial	65	36%
Diabetes Mellitus	17	9 %
Hipertensión asociada a otra patología	11	6%
Enfermedades Mentales o Nerviosas	7	4%
Síndrome Metabólico	7	4%
Dislipidemias	7	4%
Nefropatía	5	3%
Osteoartritis	4	2%
Fracturas	3	2%
Artropatías	3	2 %
Otras	51	28 %
Total	180	100%

## **4. OBJETIVOS:**

### **4.1 Objetivo General**

Identificar las características y las principales causas de consulta de las familias adscritas al consultorio número nueve del turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar San Antonio Abad del ISSSTE en la Ciudad de México Distrito Federal.

Identificar los factores de riesgo de los pacientes que acuden a consulta al consultorio número nueve, turno vespertino de la clínica de medicina familiar San Antonio Abad.

Aplicando el MOSAMEF en su etapa diagnóstica a los pacientes del consultorio

### **4.2 Objetivo Específico.**

- Determinar número de consulta de primera vez y subsecuentes, en el lapso de Enero - Diciembre del 2007
- Determinar las principales causas de consulta en lapso de Enero a Diciembre del 2007
- Realizar una pirámide poblacional de la comunidad a tratar.
- Identificar los tipos de familia según su estrato y etapas del ciclo
- Identificar la media educacional de la familia
- Identificar la ocupación y desarrollo laboral de las familias.
- Identificar los principales factores de riesgo de las familias.
- Identificar aspectos demográficos, edad sexo y ocupación de los integrantes de las familias.
- Identificar los factores económicos, vivienda y escolaridad de los integrantes de las familias. Con el fin de observar los aspectos socio demográficos de los individuos de una población

**5.-Hipótesis:** Dado que el presente trabajo es de carácter descriptivo no requiere de hipótesis.

## **6.- Material y Métodos.**

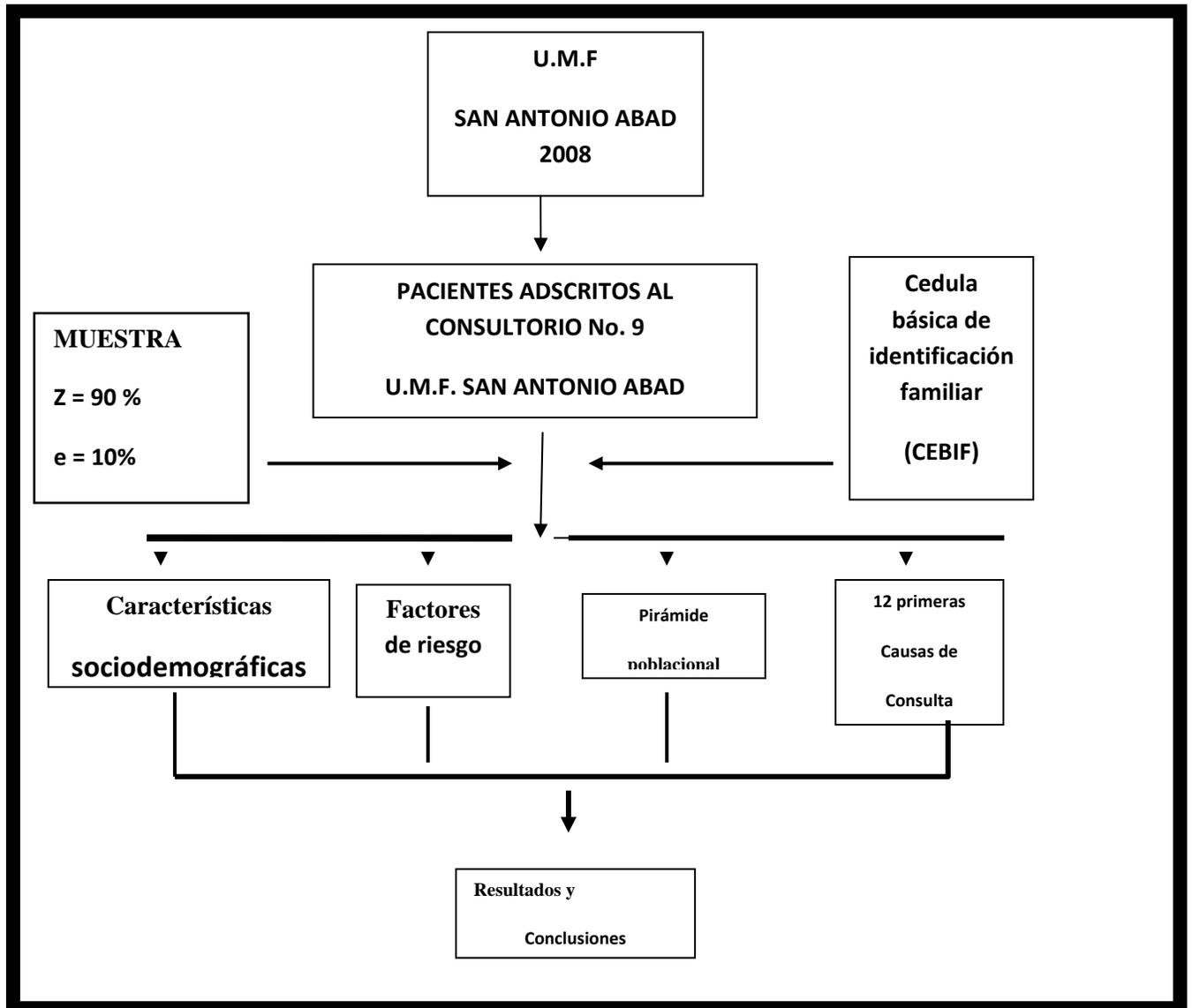
### **6.1 Tipo de Estudio**

Observacional, Descriptivo, Transversal, Retrospectivo, Prospectivo

- 1.- **Observacional:** Porque no interfiere el investigador en el fenómeno a estudiar.
  
- 2.- **Descriptivo:** Porque se incluye una sola población, midiendo a esta sus variables con el fin de describir.
  
- 3.- **Transversal:** Porque las variables se medirán una sola vez permitiendo conocer la situación en su momento.
  
- 4.- **Retrospectivo:** porque la información ya se produjo y las variables a estudiar serán las primeras causas de consulta de Enero a Diciembre del 2007
  
- 5.- **Prospectivo:** porque también se reunirá información nueva para completar el estudio.

## 7. DISEÑO:

### 7.1 Diseño del Estudio.



Es de la población inscrita, la usuaria, y la adscrita al consultorio no. 9 de la clínica San Antonio Abad, de ella, se escogieron 147 familias al azar, que desearan participar en el presente estudio, la población que arrojó las encuestas se contaron el no. De individuos que conformaron todas estas familias siendo 609 en total.

## **7.2 Muestra**

**Tamaño de la muestra 147 encuestas:  $z = 90\%$ ,  $e = 10\%$ ,  $p = .70$ ,  $q = .30$**

## **7.3 Criterios de inclusión exclusión y eliminación**

### **- Criterios inclusión:**

- 1.- Que sean derechohabientes del ISSSTE.
- 2.- Usuarios del consultorio 9 y 10 de la UMF San Antonio Abad.
- 3.- Ambos sexos.
- 4.- Personas mayores de edad.
- 5.- Que acepten cooperar en el estudio.
- 6.- Diagnósticos claros legibles y de certeza anotados en el informe diario del médico (SM-10).

### **- Criterios exclusión.**

- 1.- Que no sean derechohabientes.
- 2.- No adscritos al consultorio No, 9 y 10 de la UMF San Antonio Abad
- 3.- Que no acepten participar en el estudio.
- 4.- Que no cumplan con los criterios de inclusión.

## **-Criterios de eliminación.**

1.- Encuestas incompletas.

2.- Que en la hoja de informe diario (SM 10) existan diagnósticos no claros, no legibles, diagnósticos de estudio o no de certeza.

## **7.4 Variables.**

En el siguiente cuadro se especifican el número de variables, las variables, valores de de las variables o códigos y escala.

Numero	Nombre de la variable	Valor de la variable	Tipo de variable	Escala
1	Estado civil de los cónyuges	Casados Unión libre Divorciados Viudos Solteros	Cualitativa	Nominal
2	Parentesco familiar	Madre Padre Hijo Hija	Cualitativa	Discontinua
3	Número de hijos	Niños de 0 a 365 días	Cualitativa	Continua

	R.N. – 1 año			
4	Número de hijos 1- 4 años	Niños de 1 a 4 años	Cualitativa	Continua
5	Número de hijos 5 -10 años	Niños de 5- a 10 años	Cualitativa	Continua
6	Número de hijos 11- 19 años	Adolescentes de 11 a 19 años	Cualitativa	Continua
7	Número de hijos 20 o más años	Jóvenes de 20 o mas años	Cualitativa	Continua
8	Con parentesco	Consanguíneo	Cualitativa	Discontinua
9	Sin parentesco	No consanguíneo	Cualitativa	Discontinua
11	C.E. Familia Extensa	Ascendente      Descendente	Cualitativa	Discontinua
12	C.E. Familia monopaternal	Simple	Cualitativa	Discontinua
13	Etapa del ciclo vital de familia	Matrimonio	Cualitativa	Discontinua

14	Etapa del ciclo vital de la familia	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro	Cualitativa	Discontinua
15	Factores económicos	No. De personas que contribuyen al ingreso familiar	Cuantitativa	Discontinua
16	F.E. casa	Propia Financiamiento Rentada Prestada	Cuantitativa	Discontinuas
17	F.E. Agua entubada intradomiciliaria	No. De casas con agua entubada	Cuantitativa	Nominal
18	F.E. Automóviles	No. De automóviles por familia	Cuantitativa	Nominal
19	F.E. Teléfono	No. De casas con línea telefónica	Cuantitativa	Nominal
20	F.E: computadora	No. De familias con computadora	Cuantitativa	Nominal
21	F.E. Hijos en escuela pública	No. De hijos en escuela pública	Cuantitativa	Nominal
22	F.E. Hijos en escuela	No, de hijos en escuela	Cuantitativa	Nominal

	privada	privada		
23	F.E. Hijos con becas	No. De hijos con becas	Cuantitativa	Nominal
24	Desarrollo comunitario servicio de agua potable	No. Casas con agua potable	Cuantitativa	Nominal
25	D.C. Servicio de drenaje subterráneo	No. De casas con drenaje subterráneo	Cuantitativa	Nominal
26	D.C. Servicio de energía eléctrica	No. De casas con energía eléctrica	Cuantitativa	Nominal
27	D.C. Servicio telefónico	No. De casas con servicio telefónico	Cuantitativa	Nominal
28	D.C Servicio de alumbrado público	No. De casas con alumbrado público	Cuantitativa	Nominal
29	D.C. Con pavimentación	No. De casas con pavimentación	Cuantitativa	Nominal
30	D.C. Con Banquetas	No. De casas con banquetas	Cuantitativa	Nominal
31	D.C. Con servicio de transporte público	No. De casas con servicio de transporte público	Cuantitativa	Nominal
32	D.C. Con vigilancia	No. De casas con vigilancia	Cuantitativa	Nominal
33	I.S.M.F. Ingreso económico familiar	<1 salario mínimo 1-2 salarios min 3-4 salarios min 5-6 salarios min	Cuantitativa	Nominal

		>7 salarios min		
34	No. De hijos dependientes económicos	Sin hijos Un hijo 2 hijos 3 o más hijos	Cuantitativa	Nominal
35	Escolaridad materna	Sin instrucción Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Post-primaria	Cualitativa	Continua
36	Hacinamiento	3 o más personas 1 a 2 personas	Cualitativa	Nominal
37	Factores de riesgo Diabetes M.	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
38	Hipertensión Arterial	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
40	Enfermedades del corazón	Antecedente en la familia	Cualitativa	Discontinua
41	Cáncer cervico-uterino	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
42	Cáncer de mama	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua

43	Cáncer de próstata	Antecedentes en Familia	Cualitativa	Discontinua
44	Otros cáncer	Antecedentes en Familia	Cualitativa	Discontinua
45	Insuficiencia renal	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
46	Enfermedad cerebro-vascular	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
47	Asma	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
48	Sida/VIH	Antecedente en la familia	Cualitativa	Discontinua
49	Otros ETS	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
50	Hepatitis B y C	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
51	TB Pulmonar	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
52	Desnutrición	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
53	Obesidad	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
54	Anorexia Bulimia	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua

55	Tabaquismo	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
56	Alcoholismo	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
57	Otras fármaco- Dependencias	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
58	Violencia intra- Familiar	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
59	Enfermedades Psiquiátricas	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
60	Riesgo Ocupacional	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
61	Discapacidad	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
62	Datos Demográficos Parentesco	Parentesco con la familia encuestada	Cualitativa	Discontinua
63	D.D. Edad	Edad en años cumplidos	Cuantitativa	Continua
64	D.D. Sexo	1. masculino 2. Femenino	Cualitativa	Nominal
65	D.D. Escolaridad	Años cumplidos de estudio	Cuantitativa	Continua

66	D.D. Ocupación	Ocupación de los miembros de la familia	Cualitativa	Discontinua
67	Pirámide poblacional	Por grupo de edad	Cuantitativa	Nominal
68	Pirámide poblacional	Por sexo Masculino y femenino	Cualitativo	Nominal
69	Causas de consulta	Enfermedades más frecuentes de la población a estudiar por grupo etario y sexo	Cualitativas	Nominal

## 7.5 Método para la recolección de la información.

La información se obtiene a través de:

- De la cédula básica de identificación familiar (CEBIF).
- Hoja de informe diario de labores del médico (SM-10).
- Expedientes clínicos.

Se solicitó permiso a las autoridades de la unidad médico familiar San Antonio Abad para realizar la aplicación de (CEBIF) a los pacientes pertenecientes a este consultorio.

Se acudió al servicio de Estadística y se solicitó los informes diarios del médico (SM10) del consultorio 9 turno vespertino de Enero a Diciembre del año 2007 en un lapso de los primeros 15 días del mes de Junio del 2008, del cual se tomaron los siguientes datos:

- 1.- Registro de expediente clínico
- 2.- La edad del usuario.
- 3.- Si el paciente es de primera vez o subsecuente
- 4.- Se enlistaron los diagnósticos anotados en el informe diario
- 5.- Ya que se tuvo esa información, durante los siguientes 15 días del mes de junio se separó a la población por género; se dividió en pacientes de 1ª vez y subsecuente, en forma mensual y se anotaron las primeras causas de consulta anotadas en la SM-10 (o informe diario).
- 6.- Se le informó a los pacientes la finalidad de la encuesta, se les invitó a participar y se aplicó la CEBIF, de las siguientes formas.,

- 1ª. Al momento de la consulta si era posible.
- 2ª. Se anota la dirección y el teléfono del paciente y se le pide permiso para llamarle a su domicilio vía telefónica y formular las preguntas de la CEBIF.
- 3ª. En una, el paciente era médico familiar y ella sola llenó el formato
- 4º. La enfermera en turno, ayudó a llenar los datos de identificación de los pacientes de la población asignada, facilitando así el desarrollo del proyecto.
- 6ª. Una compañera médico familiar me ayudó con algunas CEBIF que le aplicó a los pacientes de mi población.

- 7.- La pirámide poblacional se obtuvo de la CEBIF.

## 7.6 Maniobras para controlar sesgos.

Se reconoce que hay sesgo de información, debido a que las personas encuestadas son las que aportan la información, considerando que se debe confiar en ellas.

Sesgo de selección: debido a la naturaleza no aleatoria de los individuos seleccionados.

## 7.7 Procedimiento estadístico.

La información se analizó con medidas de estadística descriptiva, medidas de tendencia central y resumen

## 7.8 Diseño y construcción de base de datos.

Se efectuó la recolección de datos de la CEBIF

## 7.9 Cronograma.

ACTIVIDADES	JUNIO	JUL. AGOSTO	SEPT. OCT, 2008
Marco Teórico	X	X	
Material y Métodos	X	X	
Recolección de datos	X	X	
Análisis de resultados		X	
Integración del reporte			X
Final			X
Entrega del trabajo			X

## **7.10 Recursos Humanos, materiales y financieros.**

El material que se utilizó: papelería (hojas, lápices, plumas de colores, fotocopias, marcadores, diurex, correctores), servicio de fotocopiado, muebles de oficina computadora, impresora cartuchos de tinta para impresora.

Material Humano: capturista, investigador, y asesor de tesis.

## **7.11 Consideraciones éticas.**

Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México.

En base a la ley General de Salud en su artículo 17 fracción I, que a la letra dice:

1.- Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza intervención alguna o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta<sup>(17)</sup>

Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52<sup>a</sup> Asamblea general, Tokio, Japón, 2004.

Declaración de Helsinki de la *Asociación Médica Mundial*. En esta declaración de Helsinki de la *Asociación Médica Mundial adoptada* por la 18<sup>a</sup> Asamblea Médica Mundial en junio de 1964 y enmendada por la 29<sup>a</sup> Asamblea Médica Mundial en Tokio Japón, en octubre de 1975, en la 35<sup>a</sup> Asamblea Médica Mundial en Venecia Italia en octubre de 1983 , en la 41<sup>a</sup> A.M.M. Hong Kong, septiembre de 1989, 48<sup>a</sup>

Asamblea general en Sudáfrica, octubre de 1996, la 52<sup>a</sup> Asamblea general en Edimburgo, octubre del 2000, y en Washington en 2002, la declaración de Helsinki establece los principios éticos que sirven para orientar a los médicos y otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.<sup>18</sup>

La investigación médica debe ser por el bienestar de los seres humanos, y su propósito primordial es en vistas a un mejoramiento en los procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos comprendiendo desde la génesis de la patología.<sup>18</sup>

La investigación médica debe estar sujeta a normas éticas que promueven el respeto la integridad, de los seres humanos y protegen la salud y salvaguardan los derechos humanos; ya que los investigadores deben conocer y manejar los requisitos éticos, legales y jurídicos que conlleva la investigación en seres humanos, es deber del investigador la preservación de la salud, la protección de la vida, la protección de la intimidad del paciente y la dignidad del mismo, los principios de la investigación deben ser científicamente abalados y aceptados, con un apoyo bibliográfico concienzudo, cuidando del medio ambiente, por lo que la investigación médica debe llevarse a cabo por personas científicamente aptas y calificadas, siempre bajo la supervisión de médicos competentes, del ramo, sin perder de vista los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el paciente.<sup>(18)</sup>

Debe formularse un protocolo experimental.

Debe fundamentarse en las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación.<sup>(18)</sup>

Se debe evaluar todo tipo de riesgo desde antes de empezar la investigación, además el objetivo debe ser mayor que el riesgo.<sup>(18)</sup>

La investigación solo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que se realiza podrá beneficiarse de los resultados.

Los individuos a estudiar deben ser voluntarios e informados.

Debe respetarse el derecho de los participantes a proteger la integridad física y mental así como su personalidad.

El individuo debe recibir información adecuada acerca de los objetivos y métodos de la investigación antes de iniciar la misma.<sup>(18)</sup>

## RESULTADOS:

Se realizó un estudio en la clínica San Antonio Abad del Instituto Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en el consultorio número 9 turno Vespertino en la Ciudad de México, Distrito Federal en donde se aplicaron 147 Cédula Básica de Información (CEBIF), esta cédula se aplicó a los pacientes que acudieron al consultorio y que permitieran formar parte de este estudio, las 147 CEBIF, equivalen a 147 familias adscritas al consultorio No. 9 cuyos resultados se explicarán a continuación:

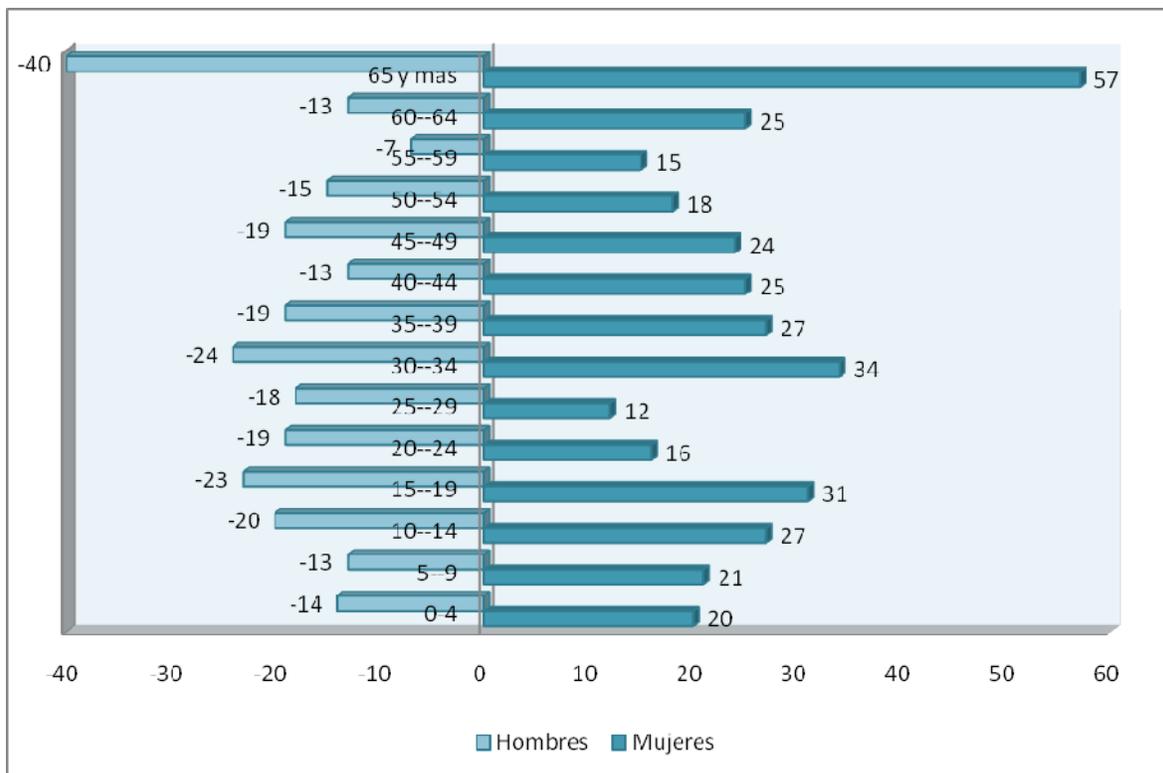
La población reclutada en dicha cédula tuvo como resultado un total de 609 personas, distribuidas en 147 familias, lo que corresponde como una muestra de la población total de usuarios del consultorio 9; el número total de pacientes adscritos al mismo es de; 2,014 pacientes; el estudio realizado correspondió a un aproximado del 30% de la población total (609 sujetos), 352 (57.8) son mujeres de las cuales tres son menores de un año; y 257 (42.2%) son hombres de estos, cuatro son niños menores de un año; se realizó una pirámide poblacional con ambos grupos de edad en donde n=609 su distribución se explica en la Tabla Número 2, y en la Figura 1 se presenta la pirámide poblacional de dicha muestra y en la figura No. 2 se expresa en porcentaje dividido entre hombres y mujeres y el promedio de la población.

Esta muestra de 609 individuos corresponde al 30% de la población total de 2014 pacientes adscritos a dicho consultorio.

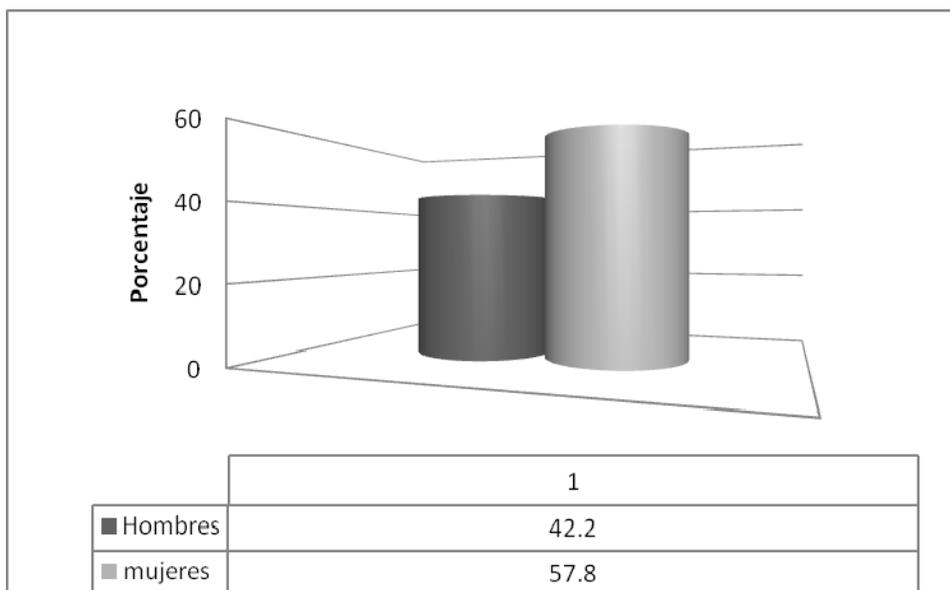
**Tabla No. 2:** representa la muestra poblacional de la clínica San Antonio Abad, consultorio No. 9, es el equivalente al 30% de la población total adscrita a ese consultorio, en donde n=609

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	PORCENTAJE
-1000	3	4	7	1%
1-4	17	10	27	4%
5-9	21	13	34	6%
10-14	27	20	47	8%
15-19	31	23	54	9%
20-24	16	19	35	6%
25-29	12	18	30	5%
30-34	34	24	58	9%
35-39	27	19	46	8%
40-44	25	13	38	6%
45-49	24	19	43	7%
50-54	18	15	33	5%
55-59	15	7	22	4%
60-64	25	13	38	6%
65-+	57	40	97	16%
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>257</b>	<b>609</b>	<b>100%</b>

**Figura 1:** Muestra de la Pirámide Poblacional del consultorio número 9 de la Clínica de Medicina Familiar San Antonio Abad, tomada de la CEBIF en donde n=609



**Figura No. 2:** muestra el porcentaje de la pirámide poblacional el consultorio no. 9 del consultorio no. 9 de la clínica de medicina Familiar San Antonio Abad.



Se revisaron los Informes Diarios del Médico (SM-10) del consultorio No. 9 de Enero a Diciembre año 2007 y se observó la frecuencia de consulta mensual resultados que se detallan en la tabla número 3:

**Tabla 3:** En esta tabla se presenta gráficamente y en forma mensual el número de consultas otorgadas en el lapso de enero a Diciembre del 2007 en la CMF San Antonio Abad en donde n= 3,423

Mes	1ª. Vez	%	Subsecuente	%	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Enero	54	1.6%	51	1.4%	23	0.7%	82	2.4%	105	3%
Febrero	152	4.0%	156	4.5%	122	3.6%	186	5.0%	308	9%
Marzo	141	4.0%	158	4.6%	100	2.9%	199	5.8%	299	9%
Abril	114	3.3%	84	2.5%	79	2.3%	119	3.5%	198	6%
Mayo	217	6.3%	154	4.5%	125	3.7%	246	7.1%	371	11%
Junio	186	5.4%	166	4.8%	116	3.3%	237	6.9%	352	10%
Julio	165	4.8%	137	4.0%	92	2.7%	210	6.0%	302	9%
Agosto	256	7.5%	170	5.0%	136	4.0%	290	8.5%	426	12%
Septiembre	221	6.5%	104	3.0%	98	2.9%	227	6.6%	325	10%
Octubre	185	5.0%	176	5.0%	117	3.4%	244	7.1%	361	11%
Noviembre	87	2.5%	57	1.7%	54	1.6%	90	2.6%	144	4%
Diciembre	108	3.1%	124	3.6%	69	2.0%	163	4.8%	232	7%
Total	1,886	55%	1,537	45%	1,131	33%	2,292	67%	3,423	100%

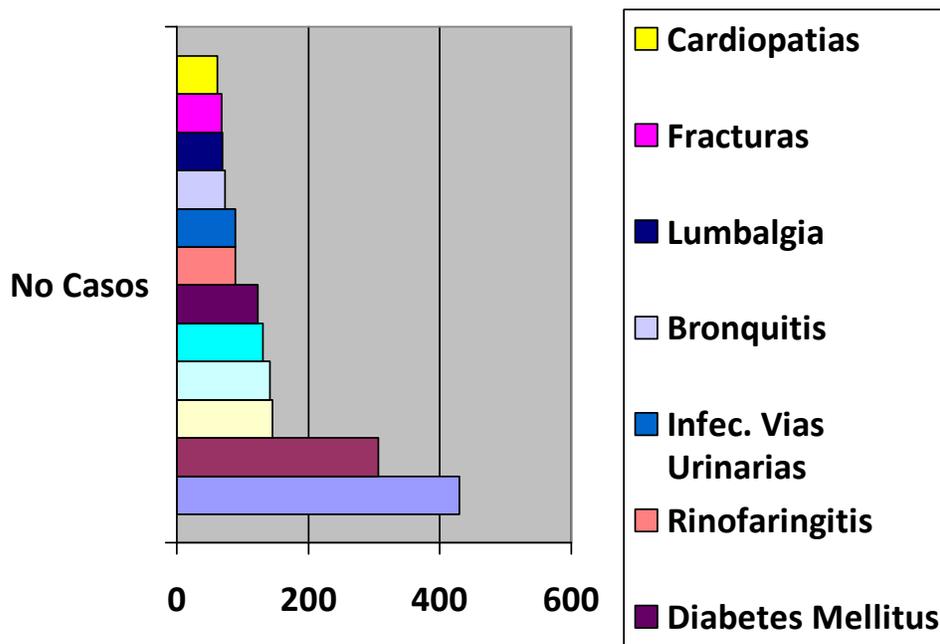
Las principales Causas de Consulta se ilustran en la tabla número 4, se consideró el primer diagnóstico anotado en el informe diario de labores del médico (formato SM-10), los padecimientos se tomaron en cuenta como la consulta tal y como fue anotada, en la revisión antes descrita no se incluyeron como enfermedades crónico degenerativas en general ya que las cifras se elevarían considerablemente y habría cambios significativos en la frecuencia de las patologías que a continuación se describen, los resultados son los expuestos en la tabla no. 2, por lo que se hará un paréntesis, para mencionar que la suma de 207 consultas que corresponden al 6% del total de las consultas otorgadas se destacan las siguientes patologías: hiperlipidemia, retinopatías, artritis, neuropatías, nefropatías, pie diabético, síndrome metabólico y Diabetes Insulino Requirente, en este mismo orden.

Además se observó también que el diagnóstico de obesidad ocupó el 1.2% de los diagnósticos de primera instancia, pero en los diagnósticos de 2ª y tercera instancia aumentó considerablemente. La siguiente tabla muestra los 12 principales motivos de consulta en el consultorio No. 9 turno Vespertino de la clínica de medicina familiar San Antonio Abad, del I.S.S.S.T.E. en la Ciudad de México, D.F.

**Tabla No. 4:** En esta tabla se ilustra la causa por la cual acudió la población usuaria a consulta en ella se describe las 12 primeras causas de atención médica en el consultorio 9 de la CMF San Antonio Abad, n = 3,423

Causas de consulta	No. De Casos	Porcentaje
Hipertensión Arterial	430	12.6%
Faringitis	306	8.9%
C. Sano	146	4.3%
Historia Clínica	141	4.1%
DM-HAS	131	3.8%
Diabetes Mellitus	123	3.6%
Rinofaringitis	89	2.6%
Infec.de Vías Urinarias	89	2.6%
Bronquitis	74	2.2%
Lumbalgia	70	2.0%
Fracturas	68	1.98%
Cardiopatías	62	1.8%
Subtotal	1,729	50.5%
Total	3,423	100%

**Grafica 3:** En la siguiente Gráfica se observa el comportamiento de la consulta con respecto a las 12 primeras causas de consulta y atención médica en la CMF. San Antonio Abad en el consultorio número 9



Del análisis de la CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF) podemos decir que se realizaron 147 cédulas en el consultorio no. 9 de la Clínica San Antonio Abad como una muestra de la población adscrita a ella; de los cuales se entrevistaron a los pacientes que acudieron a consulta y que permitieron la aplicación de la Cédula Básica de Identificación Familiar de ellas se sustrajo la siguiente información:

De la población estudiada hay 244 padres de familia, cuya edad osciló entre los 24 y los 85 años de edad, en los cuales el 1% de parejas pertenece al grupo de edad de los 24 a 29 años, esta población está prácticamente constituida por grupo de edad de 45 a 49 años con un porcentaje del 13%, seguida de parejas de 35 a 39 y de 65 a 69 años de edad con un

porcentaje ambas del 12%, los grupos de edad paterna se ilustran en la tabla No. 5

**Tabla No.5:** En esta tabla se ilustra la frecuencia por grupos edad, a los padres de familia de la población estudiada en la muestra del CEBIF del consultorio no. 9 de la clínica San Antonio Abad.

Edad	FRECUENCIA DE EDAD EN LAS MADRES	FRECUENCIA DE EDAD EN LOS PADRES	TOTAL	PORCENTAJE
24-29	2	2	4	1 %
30-34	11	9	20	8 %
35-39	16	12	28	11.4 %
40-44	12	8	20	8 %
45-49	17	14	31	13%
50-54	11	12	24	10%
55-59	13	6	19	8%
60-64	18	9	27	11%
65-69	18	10	28	11.4%
70-74	12	13	25	10.%
75-79	6	3	9	4.0%
80-84	3	6	9	4.0%
85 +	1		1	0.2%
TOTAL	140 57%	104 43%	244	100%

La ocupación de los jefes de familia son en su mayoría empleados de los cuales el 27.6 % son empleados oficinistas, a los técnicos les corresponde el 3.7% aquí se encuentran los laboratoritos, técnicos en educación y auxiliares en enfermería entre otros, el 5.3 % pertenecen a la policía, y el 13.6% de esta población tiene por lo menos una licenciatura profesional, sin embargo se debe recalcar que estos últimos no todos prestan sus servicios al servicio del estado, unos lo hacen a nivel particular y otros a otras dependencias de tipo privado, el 2% desarrolla algún tipo de oficio, el 2.9 % se dedican al comercio, formal e informal, taxistas y choferes tienen una frecuencia de 2.5%, los pensionados y jubilados

que aportan económicamente a las familias es de 21.8% muchos de ellos constituyen el sostén de su hogar, y por último el 18.9% se dedican al hogar, y en un porcentaje mínimo estas últimas, algunas hacen negocios informales o se subemplean, y otras continúan estudiando, los resultados se detallan en la tabla no. 6.

**Tabla No. 6:** en esta tabla se ilustra la ocupación de los padres de familia de la muestra tomada para el consultorio no. 9 de la clínica san Antonio abad. En donde n=243

Actividades	Mujeres	Hombres	Total	Porcentaje
Hogar	47	0	47	18.9%
Jubilados	26	27	53	21.8%
Policías	1	12	13	05.3%
Profesionales	15	18	33	13.6%
Oficio	0	5	5	02.0%
Técnicos	4	5	9	03.7%
Chofer	0	6	6	02.5%
Comercio	3	4	7	03.0%
Empleados	43	24	67	27.6%
Desempleados	1	3	4	01.6%
Total	140	104	244	100%

El nivel de estudio de los padres de familia estudiados fue el siguiente: cinco (2%) progenitores carecen de instrucción escolar, no saben leer ni escribir, de estos pertenecen cuatro al género femenino, y un al masculino, tres más estudiaron un año, dos mujeres y un hombre, estos sumados con 12 padres más no terminaron la instrucción primaria lo que corresponde al 9 % de los padres. 39 (16%) Padres de familia tienen la instrucción primaria, cinco iniciaron la primaria pero no la concluyeron, 72 (29%) padres de familia tienen la secundaria terminada y otros terminaron una carrera técnica 48 (19.7%) padres tienen una licenciatura, o bien, especialidad por lo menos, de los cuales el 2% de la población total tiene nivel académico de maestría y algunos mas doctorado, estos

resultados se detallan en la tabla número 7.

**Tabla No. 7:** En esta tabla se presenta el resultado del grado de escolaridad de los padres de familia de acuerdo a la muestra tomada del CEBIF, realizado en la clínica de medicina familiar San Antonio Abad en donde n=244.

ESCOLARIDAD EN AÑOS	FRECUENCIA EN ESCOLARIDAD MATERNA	FRECUENCIA EN ESCOLARIDAD PATERNA	Total	Porcentaje
Nula	4	1	5	2%
1	2	1	3	1%
2	2	1	3	1%
3	4	----	4	2%
4	2	1	3	1%
5	1	3	4	2%
6	23	16	39	16%
7	--	1	1	0.4%
8	2	2	4	2%
9	24	21	45	18%
10	5	-----	5	2.0%
11	5	5	10	4.0%
12	38	20	58	23%
13	3	1	4	2%
14	1	3	4	2%
15	3	1	4	2%
16	4	9	13	5%
17	2	2	4	2%
18	13	13	26	10.6%
21	2	3	5	2%
TOTAL	140	103	244	100%

De los resultados obtenidos, se observa que las madres son las que brindaron la información necesaria del CEBIF, es decir, que de 147; 97 (66%) de las cuales las madres de familia proporcionaron la información, 33 (22%) otorgadas por los padre, 15 (10%) de los hijos, y 2 en 1.4% la información fue brindada por otro familiar.

En tabla número 8 se muestra la población en General tuvo una edad desde los 3 meses a los 88 años de edad, la moda 24.5 y la de los hombres de 18.4 en esta tabla n=147.

**Tabla no. 8:** en esta tabla se ilustra el número de embarazos ocurridos por familia en las parejas estudiadas en la muestra de la población realizada en la clínica de medicina Familiar San Antonio Abad.

No. De embarazos	Frecuencia de embarazos por familia	Porcentaje
0	5	3 %
1	22	15 %
2	34	23%
3	34	23%
4	21	14%
5	15	10%
6	4	3%
7	6	4.0%
8	3	2.0%
10	1	1%

11	1	1%
12	1	1%
Total	147	100%

### ESTADO CIVIL DE LOS CÓNYUGES:

El estado civil de las 147 familias a las que se les aplicó la CEBIF tuvo la siguiente frecuencia casuística ilustrada en la tabla no. Siete, de las familias mexicanas de la población del consultorio no. 9 se puede decir que tienen en promedio 3 hijos por familia, estos datos se ilustran en la tabla no. 9.

**Tabla No. 9:** Muestra la frecuencia en del estado civil de los padres de familia encuestados en la CEBIF realizada a los pacientes del consultorio 9 en donde n=147

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casados	89	60.5%
Unión Libre	8	5%
Divorciados o Separados	21	14%
Viudez	20	13.6%
Solteros	9	6.5%
Total	147	100%

Los años de unión conyugal va de un año a una pareja que cumplió 57 años de matrimonio con un promedio de años de 26.4%, los resultados se ilustran en la tabla no. 10 en esta tabla n=97

**Tabla No.10:** en esta tabla se ilustra el número de años que las parejas estudiadas han permanecido en unión conyugal, la pareja que más años tiene juntos es de 57 años, datos obtenidos de la CEBIF tomada de la Clínica San Antonio Abad.

Años de unión conyugal	Frecuencia	Porcentaje
0 – 4	5	6%
5 – 9	8	8%
10 – 14	15	15%
15 – 19	9	9%
20 – 24	13	13%
25 -29	5	6%
30 – 34	16	16%
35 – 39	3	3%
40 – 44	5	6%
45 – 49	7	7%
50 – 54	7	7%
55 – 60	4	4%
Total	97	100%

## CLASIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Dentro de la Clasificación de la Estructura Familiar que se viven dentro de la muestra de la población estudiada se puede observar que el un 41% de las mismas aún viven bajo el tipo de familia nuclear, y el 12% lo hace bajo la clasificación de extensa monopaternal, las clasificaciones encontradas, descifradas de manera detallada se encuentran en la tabla número 11, en ésta tabla n=147

**Tabla No. 11:** En esta tabla se observa la clasificación de la estructura familiar que impera en el consultorio No. 9 de la C.M.F. S.A.A.

Tipo de Familia	Frecuencia Total	Porcentaje
NUCLEAR		
Simple	60	41%
Numerosa	4	3%
Ampliada	12	8%
Binuclear	2	1%
Reconstruida	4	3%
EXTENSA		
Ascendente	8	5%
Descendente	17	12%
MONOPATERNAL		
Simple	13	9%
Ampliada	6	4%

PERSONAS QUE VIVEN SOLAS	9	6%
VARIANTE FAMILIAR	12	8%
TOTAL	147	100%

### ETAPAS DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA:

Etapas del Ciclo Vital de la Familia, la frecuencia de la etapa en la que se encuentra la muestra poblacional estudiada en el consultorio número 9 de la C.M.F. S.A.A. está ilustrada en la tabla número 12 en donde se muestra el momento en que la distribución familiar se encuentra, en esta tabla n=147

**Tabla No. 12:** en esta tabla se muestra la etapa en la que se encuentra cada familia estudiada en el consultorio No. 9 de la C.M.F. S.A.A.

ETAPAS	TOTAL	PORCENTAJE
MATRIMONIO	0	0%
EXPANSIÓN	6	4%
DISPERSIÓN	43	29%
INDEPENDENCIA	67	46%
RETIRO	31	21%
TOTAL	147	100%

## APGAR FAMILIAR (TAMIZ)

El Apgar no puede tomarse como una calificación de funcionalidad real ya que es algo totalmente subjetivo pues es el sentir en ese momento de la persona que accede a la realización del cuestionario de la CEBIF, el resultado obtenido se explica en la tabla no. 12, en la cual n= 147:

Apgar familiar según la perspectiva del interlocutor que accedió a la encuesta del CEBIF realizado en la Clínica San Antonio Abad.

Calificación del apgar	Frecuencia	Porcentaje
10	64	43.5%
9	27	18%
8	19	13%
7	14	9.5%
6	9	6%
5	1	1%
4	2	1%
3	4	3%
2	5	3%
1	1	1%
0	1	1%
Total	147	100%

### Factores económicos:

Los Factores Económicos, se determinan de acuerdo al número de salarios que se aporta de la gasto familia, hay familias que viven de un salario, en ocasiones es el salario de una persona jubilada, quien continúa siendo el sostén de la familia los resultados se encuentran descritos en la tabla número 13 que a continuación se describe en donde n=147

**Tabla No. 13:** en ésta tabla se ilustra la frecuencia que tienen las familias para aportar medios económicos para el sostén y el funcionamiento de las familias estudiadas en el consultorio No. 9 de la Clínica San Antonio Abad.

Personas que contribuyen al gasto familiar según su frecuencia	Frecuencia	Porcentaje
1 salario	43 familias	29%
2 salarios	71 familias	48%
3 salarios	16 familias	11%
4 salarios	14 familias	10%
5 salarios	2 familia	1%
6 salarios	1 familia	1%
Total	147 familias.	100%

En cuanto a la adquisición de vivienda el 71% de los entrevistados manifestaron que poseían vivienda propia con todos los servicios, el 7% manifestó que estaban pagando su propiedad por medio de un financiamiento, el 12% refiere que rentan su morada, y el 10% de la población manifestó que vive en casa prestada por algún pariente obsérvese el comportamiento ilustrado en la tabla número 14, en donde n=147.

**Tabla No. 14:** en ésta tabla se muestra las condiciones en cuanto a casa habitación que prevalece en los usuarios del consultorio No. 9 de la Clínica San Antonio Abad

Factores económicos	Frecuencia	Porcentaje
Casa propia	105	71%
Financiamiento	10	7%
Rentada	18	12.0%
Casa prestada	14	10%
Total	147	100%

De las 147 familias que se estudiaron, todas refirieron tener teléfono, y todos los servicios públicos de agua entubada, luz, etc. En la tabla número 15 se reportan los resultados de esta entrevista, en donde n=147.

**Tabla No. 15:** En ésta tabla se ilustra los servicios que cuenta cada casa habitación de las 147 familias estudiadas en el consultorio número 9 de la Clínica San Antonio Abad.

Servicios	Frecuencia	Porcentaje
Teléfono intradomiciliario	147	100%
Agua entubada	147	100%
Agua potable	147	100%

Drenaje subterráneo	147	100%
Energía eléctrica	147	100%
Servicio telefónico	147	100%
Alumbrado público	147	100%
Pavimentación	147	100%
Banquetas	147	100%
Serv. de transporte público	147	100%
Vigilancia	147	100%

El uso de automóvil en las familias del áreas de influencia de este consultorio el reporto que el 77% de ellas no posee vehículo automotor, el 21% tiene un automóvil, y solo el 2% posee 2 automotores, ver tabla no. 16

**Tabla No. 16:** muestra la frecuencia con que las familias del consultorio no. 9 de Clínica San Antonio Abad poseen automóviles.

Automóviles	Frecuencia de familias que cuentan con automóviles	Porcentaje
0	113	77
1	31	21%
2	3	2%

3	0	0
Total	147	100%

Se puede decir que los niños y jóvenes que estudian en ésta comunidad del consultorio 9 estudian en su mayoría en el régimen público como se ilustra en la tabla No. 17 en donde n=56

**Tabla No. 17:** en ésta tabla se ilustra el total de niños y jóvenes de las familias que conformaron el estudio del consultorio No. 9 de la Clínica San Antonio Abad, en las cuales se ocurre su desarrollo a nivel académico.

Informe sobre escuela de los hijos	Frecuencia
Escuela pública	33
Escuela privada	19
Becados	4
Total	56

### Redes Sociales de Apoyo:

De las 147 CEBIF, se entrevistó a las familias ya mencionadas y estos pacientes nos reportaron que cuando tienen necesidad de apoyarse en su salud, recurren primeramente a sus padres y abuelos y a sus hijos antes que a otro familiar, esto ocurre en aproximadamente el 26 % de las ocasiones, los resultados de esta investigación se observan en la tabla número 18, en esta misma tabla se ilustra a todas las familias que además de contar con el servicio del I.S.S.T.E que es el común denominador de los pacientes que se

estudiaron apoyan en el instituto, también hay pacientes que tienen seguros de gastos mayores, la tabla no 18 muestra las redes de apoyos sociales que los miembros de estas 147 familias utilizan.

**Tabla No. 18:** En ésta tabla se ilustra el apoyo que los pacientes tienen cuando se enferman y las personas con las que cuentan en un caso de enfermedad incapacitante, en la segunda parte se ilustran a los pacientes que además del I.S.S.S.T.E otros servicios de salud.

Los pacientes se apoyan cuando se enferman en:	Frecuencia	Porcentaje
Padres y abuelos	14	10 %
Parejas	38	26 %
Amigos o vecinos	13	9 %
Hijos mayores	38	26 %
Servicios públicos	2	1 %
No requiere	30	20%
Padres y Parejas	5	3 %
Hijos y Parejas	7	5 %
Total	147	100%
Derechohabientes del I.S.S.S.T.E	147	100%

Derechohabientes también del I.M.S.S.	14	
Derechohabientes que solicitan atención a la secretaría de salud	1	
Derechohabientes que tienen en su empleo gastos médicos mayores	2	
Derechohabientes que se apoya de servicio privado	9	
Total	26	

Por pertenecer a la Ciudad capital y a una zona muy cerca del centro de la misma difícilmente cuentan con todos los servicios públicos por tal motivo todas las familias de los encuestados con el CEBIF cuentan con todos los servicios del desarrollo comunitario.

En la siguiente tabla se muestra las enfermedades heredofamiliares de mayor importancia que acaece en el seno de la familia se observa en detalle en la tabla no. 19

**Tabla No. 19:** la siguiente tabla enmarca los factores de riesgo que impera en las familias encuestadas en el CEBIF en el consultorio número 9 de la clínica S.A.A.

FACTORES DE RIESGO	Padre	Madre	Hijos	Abuelos	Tíos	Total
DM	26	24	7	70	36	163
HIPERTENSION ARTERIAL	28	36	8	54	13	139

ENFERMEDAD CORAZON	10	9	4	30	9	62
CANCER CERVICOUTERINO	0	3	1	5	4	13
CANCER DE MAMA	1	1	0	1	7	10
CANCER PROSTÁTICO	0	0	0	3	2	5
OTRO CANCER	1	1	0	12	17	31
INSUFICIENCIA RENAL	3	1	1	8	2	15
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	2	2	1	0	0	5
ASMA	1	4	11	2	5	23
SIDA/VIH	0	0	1	0	1	2
OTRAS E.T.S.	0	0	0	0	0	0
HEPATITIS B Y C	1	1	4	1	0	7
TB. PULMONAR	0	0	0	2	2	4
DESNUTRICION	1	1	1	0	0	3
OBESIDAD	20	43	29	21	25	138
ANOREXIA/BULIMIA	0	0	0	0	0	0
TABAQUISMO	17	14	23	10	19	83
ALCOHOLISMO	10	3	1	5	4	23
OTRAS FARMACODEPENDENCIAS	1	0	2	1	2	6

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	11	4	5	2	4	26
ENF. PSIQUIATRICAS	1	4	0	3	2	10
RIESGO OCUPACIONAL	12	2	6	0	4	24
DISCAPACIDAD	5	11	6	9	6	37
SIN ANTECEDENTES	0	0	0	0	0	7

### DATOS DEMOGRÁFICOS:

Los datos demográficos de la familia están conformados por 6 características en el CEBIF y guardan relación con la demografía de las 147 encuestas realizadas. De ellas podemos decir que el total de la suma de los familiares fue en total 609, cuyos parentescos se distribuyeron de la forma siguiente:

**Tabla no. 20:** en esta tabla se ilustra la cantidad total de miembros que viven bajo el mismo techo en las familias del consultorio No. 9 de la Clínica San Antonio Abad, en donde n=609

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Madre	137	22.5%
Padre	112	18%
Hijo	218	35.8%
Nuera	10	1.6%
Yerno	8	1%

Nieto	67	11%
Hermanos Maternos	19	3%
Hermanos Paternos	5	0.8%
Sobrinos Maternos	6	0.9%
Sobrinos Paternos	4	0.6%
Primo Materno	1	0.16%
Primo Paterno	2	0.3%
Abuelos Maternos	7	1.0%
Abuelos Paternos	3	0.5%
Otros	10	1.6%
Total	609	100%

El nivel educacional de las familias encuestadas en la cédula son las siguientes: debo hacer hincapié de las 38 personas con educación nula ya que en ellas se encuentran descritas los menores de recién nacidos a menores de 5 años que entran a la escuela primaria el resto se encuentra descrito en la tabla número 21:

**Tabla No. 21:** La escolaridad de los miembros de la familia de la muestra tomada de los pacientes que acuden a consulta en la Clínica San Antonio Abad es la siguiente:

Años de escolaridad en años	Frecuencia	Porcentaje
Educación Nula	38	6.2%
1	15	2.4%
2	5	0.8%
3	16	2.6%
4	14	2%
5	26	4%
6	72	11.8%
7	8	1.3%
8	13	2%
9	90	14.7%
10	17	2.8%
11	25	4%
12	116	19%
13	15	2.4%
14	9	1.5%
15	9	1.5%
16	28	4.6%

17	17	2.8%
18	62	10%
19	3	0.5%
21	1	0.1%
22	6	0.9%
29	1	0.1%
Total	609	100%

La edad de los pacientes que aquí se estudiaron están ilustrados en la pirámide poblacional antes ya descrita, por lo tanto ya no se detendrá en repetir estos datos estos datos se ilustran en al tabla número 2.

La ocupación de los miembros de las familias se ilustra en la tabla número 22.

**Tabla No. 22:** La ocupación de los miembros de cada familia se ilustra en la tabla siguiente

OCUPACIÓN	FRECUENCIA OCUPACIÓN	Porcentaje
Amas de casa	75	12%
Jubilado/pensionado	80	13%
Desempleado	19	2.5%

Menor de 4 años	36	6%
Estudiante	150	24.6%
Estudia y Trabaja	9	1.5%
Obrero	7	1.1%
Chofer	11	1.8%
Técnico	22	3.6%
Empleado	64	10.5%
Profesional	78	12.8%
Artista	1	0.16%
Comerciante	10	1.6%
Empresario	4	0.65%
Servicios diversos	30	4.9%
Otras ocupaciones	2	0.32%
Total	609	100%

## DISCUSIÓN:

Como podrá observarse el trabajo realizado es una práctica que permitió profundizar en el interior de los pacientes y su entorno familiar, además es muy enriquecedor saber que el paciente está complacido con la atención que recibe de su médico, pues todos los que estuvieron involucrados sin excepción; que se les pidió contestasen el cuestionario, accedieron de buen grado, permitiendo el llenado de las CEBIF sin la menor dificultad e incluso se me permitió, de alguna manera, el acceso al interior de su domicilio y a su vida.

Cuando les llamaba por vía telefónica siempre tuvieron tiempo para cooperar con el estudio, e incluso si no se encontraban en su domicilio cuando llamaba a la siguiente consulta me informaban el horario en el que esperarían mi llamado.

Hubo pacientes que se ofrecieron ir casa por casa para que el estudio fuera mejor y se pudiese hacer el trabajo con menos dificultad,.

Además se ofrecieron varios pacientes a acudir a la casa del médico para ayudarlo ya sea por la computadora, o bien, se pusieron a disposición para acudir con sus vecinos y familiares con el fin de facilitar la realización de un buen trabajo.

Se tomaron 147 familias al azar y se les aplicó cédulas básicas de familia, y se observó con grata sorpresa que accedieron a participar en este estudio en forma entusiasta lo que permitió una comunicación más estrecha médico paciente, pues el paciente va a ver a su médico con mayor confianza creando una mayor empatía.

En cuestión de la investigación se observó que en los meses de mayor afluencia o productividad a la consulta del año 2007 ocurrió en el mes de agosto, en este mes acudió el 7.5% de pacientes de primera vez, las mujeres son las personas que más acuden a la consulta, esto se da a conocer con la frecuencia de asistencia al servicio médico el cual fue de un 67 % contra el 43 % que lo hicieron los hombres, ya que probablemente, debemos entender que en esta sociedad el hombre debe tomar en cuenta el factor de padre de familia y responsable directo del gasto familiar, dejando en segundo término su salud, esta premisa debería investigarse con mayor profundidad. Se realizó un recuento de la población el cual

tuvo el siguiente comportamiento: el 22% es mayor a los 60 años, es decir, que el comportamiento de esta muestra poblacional está declinada hacia las personas envejecientes; hay más adultos mayores dentro de la población y por ende, la frecuencia de las enfermedades corresponderá a enfermedades crónico degenerativas, lo que se traduce a un gasto muy elevado para el Instituto y el País,

Desde el punto de vista de economía se podría decir: que la suma de la población de edad mediana, y madura o adultos jóvenes (de 20 a 59 años) corresponde a un 50% de la población; actualmente es la que está económicamente activa y constituye el sostén familiar, si esto continúa así la economía mundial, en algunos años, estaría en manos de un 23 % que corresponde a los adolescentes actuales cuyas edades actuales oscilan de 10 a 19 años de edad.

Con lo anterior se debe hacer un paréntesis para reiterar el peligro en el que se encuentra esta comunidad en cuestión de salud y economía ya que los índices de herencia de enfermedades crónica degenerativa que la población presentó, aunado a los índices de obesidad y sedentarismo están creando menores de edad que se espera fallezcan en edades tempranas, esta es la causa por la cual actualmente hay niveles de salud disminuida, ya que como se muestra en la gráfica 1, la frecuencia de patología hipertensiva, diabetes, y la asociación de diabetes e hipertensión etc., de ellos el 1,2% tiene diagnósticos de obesidad el cual es un factor precipitante para acelerar los procesos morbosos degenerativos aunque como el estudio solo tomó en cuenta el 1er diagnóstico, pero si se hace un estudio exhaustivo este promedio aumentaría en forma escandalosa, pues la obesidad se está encontrando a todas las edades y por ende también las enfermedades de ésta índole se están presentando a menor edad.

El nivel educacional de los padres de familia es bastante bajo, ya que estamos hablando que en su mayoría los padres de familia no rebasan la preparatoria, y otro tanto solo estudió la secundaria, esto complica las cosas y explica que la calidad de vida que las familias es muy limitado; los salarios devengados por familia no son lo suficiente para tener una buena calidad de vida y si los tienen no saben como usarlos.

La edad de los padres de familia oscila entre los 39 años y 64 años de edad lo que se

traduce en que la población tiene en su mayoría pacientes en edad madura y tercera edad lo en relación a los nacimientos ocurridos por año esto es muy desproporcional.

Dentro de la frecuencia de las 12 principales causas de consulta quiero hacer un paréntesis, para hablar de la Historia Clínica, la anotación de este motivo de consulta es muy frecuente por que hay pacientes que acuden por primera vez a consulta solo para abrir expediente, en otras ocasiones se realiza este documento para pacientes los que no se les ha realizado y constituye un elemento importante para su tratamiento. En muchas ocasiones no se encontró algún padecimiento y a otros se les envía a laboratorio, si así lo ameritaba, para diagnosticar alguna enfermedad hereditaria, y si estos resultan negativos, se asienta como sano.

La primera causa de enfermedad es la hipertensión arterial tanto en el estudio de los pacientes del consultorio 9 como en la muestra piloto de todos los consultorios y en el mismo muestreo se observa la importancia de enfermedades crónicas degenerativas.

La segunda causa de consulta corresponde a enfermedades de vías respiratorias altas, debemos tomar en cuenta que dado las características propias de la Ciudad de México, además de ser la más poblada, tiene niveles de contaminación sumamente elevados.

Al vivir en la Ciudad Capital es difícil no contar con todos los servicios públicos, agua entubada, y calles pavimentadas, todos los entrevistados tienen teléfono, la mayoría de ellos no cuenta con automóvil por lo que utilizan, seguramente, de el servicio de transporte público.

A pesar de que la mayoría de los pacientes refieren tener casas propias, la mayoría de ellos han fincado sus viviendas sobre un mismo terreno perteneciente a sus familias de origen, o bien en casas grandes adaptadas para vivir en pequeños departamentos parcialmente independientes o casas familiares .El 80 por ciento de la población vive con dos salarios mínimos en promedio y de acuerdo al número de miembros de familia es insuficiente, por lo que se considera como un factor precipitante dietas ricas en carbohidratos por su fácil acceso, o por falta de educación y nivel académico, por ejemplo todavía hay pacientes que ingieren agua de la llave sin hervirla.

## CONCLUSIONES:

En conclusión, como ya vimos el grueso de los pacientes que se atienden en el consultorio cuentan con muchas carencias que podrían precipitar un mal estado de salud, el instituto en la actualidad nos tiene trabajando en ínfimas condiciones, por escasos de medicamentos, y de recursos, materiales de curación, etc.

Creo que el país y sus gobernantes no tienen idea real del tipo de especialistas de la talla de los médicos familiares, ya que tienen una visión sólo de numérica, ya que se enfocan al número de consultas otorgadas por hora día productividad y no califican la eficacia y eficiencia para con el paciente, haciendo a un lado en realidad la salud de la derechohabiente: se trata de cumplir con los programas de gobierno sin lograr un buen estado de salud poblacional.

Además hay otra situación, ya que los propios médicos del segundo nivel, nos tratan de degradar a incapacitólogos, es decir, que ellos creen que nuestro trabajo no es respetable, y nos envían pacientes para que seamos nosotros los que hagamos incapacidades, sin que para ello intervengamos en el diagnóstico, o tratamiento.

No se han dado cuenta que sin la calidad de médicos de 1er nivel ellos tenderían a la sobrepoblación.

El Instituto sólo quiere que se atiendan pacientes casi sin recursos, actualmente se nos está poniendo todo tipo de trabas para el buen desarrollo de nuestro trabajo, además del tiempo insuficiente a los pacientes.

Yo propongo utilizar los recursos del Instituto a su máxima potencia, ya está entendido que hay carencias pero tenemos la obligación de buscar alternativas porque la salud no espera, y tenemos la obligación de usar todos los recursos a nuestro alcance como esta población es una población de personas de edad en su mayoría, tenemos que anticiparnos al proceso patológico, en primer lugar debemos invertir tiempo de consulta en explicarle al paciente su patología para ello estamos obligados a escuchar como habla nuestro paciente y con sus propias palabras explicarle lo que tratamos de decir, para corroborar que el mensaje que

tratamos de dar fue entendido en su totalidad.

Debemos hacer hincapié en lo importante de la dieta y ejercicio. Explicar el motivo por el cual sugerimos las dietas bajas en grasas y ricas en carbohidratos y ricas en fibras naturales.

Facilitar el camino a un mejor estado de salud, convenciéndolos que no porque tienen herencia tienen que padecer la enfermedad de sus antepasados, haciéndoles conciencia de que son padres de familia y que está en sus manos tener hijos sanos, y hacerlos conscientes de que los padres son los responsables de que sus hijos estén obesos y si es posible enviarlos a servicios de nutrición, especialmente a la madre para enseñarle la forma de comer y preparar los alimentos no solo de ella sino de toda la familia.

Monitorizar por medios de estudios de fácil accesos a los pacientes en riesgo, además debemos darles más apoyo psicológicos, para detectar y canalizar los estados de stress para evitar factores predisponentes que desencadenen estados morbosos,

Observar con atención nuestros menores de edad, jóvenes, adultos, con estados de sobrepeso y obesidad, canalizarlos a nutrición, como ahora los juegos de mayor éxito son los de computadora, y la televisión, debemos dar alternativas de juegos en donde el niño y el adolescente se muevan con jugar reata o a la cuerda, o escondidas entre otros lo que servirá que los padres se integren con sus hijos en un ambiente cordial, explicándoles que de tal manera, los hijos van a crecer y no se les está disfrutando como familia y que estos, algún día se irán.

Enseñarles la forma de comunicación con sus hijos, creando una conciencia de que los niños no requieren de golpes castigos o maltratos para obedecer, que es más fácil comunicarse con ellos a través de la palabra, pero el médico debe dar alternativas pues esto también es parte de la medicina del médico de familia.

Si el médico de familia se sensibiliza podrá observar la dinámica familiar en el momento de la consulta y con sutileza podrá sugerir algunos cambios para ayudar a la integración familiar creando conciencia.

Lo anterior servirá para una mayor integración familiar, pues actualmente los jóvenes viven

un estado de soledad que en muchas ocasiones les esta llevando al suicidio o a contraer enfermedades terribles como la anorexia y la bulimia, la drogadicción sida, promiscuidad sexual etc. enfermedades que en su mayoría inician por soledad, falta de cuidado, etc.

Ser más sensibles y observar como el paciente se siente y digo observar porque el paciente con mucha frecuencia no es congruente en su diálogo para con su comunicación corporal, es decir, el médico comprende que algo no está bien y el paciente asegura que si lo está, sin embargo, no debemos perder de vista que nuestro trabajo como médicos familiares, es el más noble, el mas asertivo, el menos invasivo, el más científico ya que manejamos una gran gama de situaciones biológicas-psicológicas-sociales-espirituales, que harán que el paciente salga lo más airoso posible.

Propongo que en la carrera de medicina se ahonde más en este tipo de estudios epidemiológicos, y en la intervención psicológicas ya que es muy frecuente que el paciente llegue en estados de estrés, duelos, colapsos psicológicos entre otros. Y los servicios de urgencias o el medico familiar en muchas ocasiones no sabe como intervenir en estados de crisis con éste tipo de pacientes.

Creo que es muy importante que el médico familiar tenga espacios para relajarse realmente al alternar con 24 personalidades diferentes diarias lo cual es muy desgastante, pero ese es el medio del desarrollo de nuestro trabajo, por lo que es importante crear programas de saneamiento mental y psicológico para el personal médico y paramédico de las clínicas de salud, lo cual no debe ser muy costoso pues si el médico familiar conoce las técnicas de autorelajación, manejo del estrés, es importante ver nuestro trabajo en forma positiva, el abrazarlo con respeto y degustarlo.

Dentro de los tres principios de medicina familiar es vital ver al individuo y a su familia en forma integral bajo todos sus aspectos bio-psico-social, espiritual y el estudio de su medio ambiente tomando en cuenta sus antecedentes histórico, anticiparnos a los procesos morbosos de acuerdo a su historial familiar para evitarlos pues tenemos la suerte de que estos pacientes sean cautivos de nuestro consultorio y darles seguimiento en forma individual y como parte de una familia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Martín Z A, Cano P J F; Atención Primaria cap: 1 Atención Primaria de la Salud quinta edición vol:1 Ed. Elsevier, pag. 3-15
  
- 2.- Argímon P J M , Peray B J L; Atención Primaria; cap: 19 Análisis de la Situación de Salud pag: 327 – 344.
  
- 3.- Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud Alma- Ata, URSS. Del 6 al 12 de septiembre de 1978. pag 1 - 3
  
- 4.- Yeps D C E; La Atención Primaria en Salud, como Escenario Para la formación médica y la transformación social. Ed Atrera/vol:18 /No.2 / junio2005 pag: 225-234.
  
- 5.- Irigoyen C A E; capítulos 8,9 y 10 Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar 3ª Edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana, México, 2007 p.p. 125-169
  
- 6.- Departamento de Medicina Familiar, Breviario de Acontecimientos Relevantes de la Medicina Familiar en México;  
  
Disponible en URL: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/bremf/1-9.htm>.  
5/07/2008.
  
- 7.-¿Qué es la Medicina Familiar?  
  
Disponible en URL: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/quemf/1-8.htm>.  
5/07/2008.
  
- 8.- Gallo V F J, Altisent T R, Díes E J, Fernández S C, F I G G, Granados M M I, y Lago D F;

Perfil Profesional del Médico de Familia.

Atención Primaria. Vol 23 No. 4 15 de marzo 1999 pag: 236 -248

9.- Irigoyen C A, Gómez C F J.

Fundamentos De Medicina Familiar cap 10 de la quinta edición Internacional Editorial MFM 1978 pag: 143- 149.

10.- Medicina Familiar – Wikipedia la enciclopedia electrónica libre;

Disponible en: mhtml:file\Medicina Familiar –Wikipedia, la enciclopedia libre.mht.  
14/06/08

11.- Taylor RB; M.D. Medicina de Familia Principios y Práctica.

Sexta edición cap 6 ed Masson Elsevier pag 44-50

12.- Turabián J L; Cuadernos de Medicina de Familia y Comunitaria.

Cap 1 Ed Diaz de Santos,S.A. pag 1-36

13.- Foz G G, Gofin J, Montaner G I.

Atención Primaria Orientada a la Comunidad cap20 p.p. 345-364.

14.- Revista Panamericana de Salud Pública.

Atención Primaria Orientada a la Comunidad: Un Modelo de Salud Pública en la Atención Primaria.

Rev Panam Salud Pública vol. 21 No.2-3 Washinton Feb/Mar. 2007

15.- Irigoyen C A, Morales L H ;

Cap 11 Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: MOSAMEF

Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar Ed MFM 2007 pag. 151-169

16.- Gómez CFJ, Irigoyen CAE, Ponce RER. Material didáctico del Curso de Metodología de la Investigación para Tesis. Curso de Especialización en Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM 2008.

17.- Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud; México, 1987.

18.- Declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial; Tokio, 2004.

19.- Conferencia Mundial de WONCA; Seattle EEUU, 2006.

20.- Historia del ISSSTE.

Disponible URL: [http:// www.issste.gob.mx/issste/historiaissste.html](http://www.issste.gob.mx/issste/historiaissste.html).

29/9/2008



ANEXO 2



**CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)**  
 Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A, Terán Trillo M. 15-Oct-2007

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

FACTORES DEMOGRÁFICOS	
Número de Hijos:	Si viven otras personas en el hogar: ¿Cuántas y cuáles?
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RN a un año _____</li> <li>▪ 1 a 4 años _____</li> <li>▪ 5 a 10 años _____</li> <li>▪ 11 a 19 años _____</li> <li>▪ 20 o más años _____</li> <li>Total _____</li> </ul>	<p><b>Con parentesco familiar.</b> ( abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueras, yernos )                      Num. _____, Especifique: _____</p> <p><b>Sin parentesco familiar.</b> ( compadres, amigos, servicio doméstico, huéspedes )                      Num. _____, Especifique: _____</p>

Clasificación Estructural de la Familia	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nuclear                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Simple ( )</li> <li>Numerosa ( )</li> <li>Ampliada ( )</li> <li>Binuclear ( )</li> <li>Reconstruida ( )</li> </ul> </li> <li>▪ Extensa                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Ascendente ( )</li> <li>Descendente ( )</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monoparental                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Vive en casa de la familia de origen ( )</li> <li>Simple ( ) Ampliada ( )</li> <li>La familia de origen vive en casa de la familia monoparental ( )</li> </ul> </li> <li>▪ Equivalentes familiares ( )</li> <li>▪ Persona que vive sola ( )</li> </ul>

Etapa del Ciclo Vital de la Familia	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Matrimonio o unión conyugal ( )</li> <li>▪ Expansión ( )</li> <li>▪ Dispersión ( )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Independencia ( )</li> <li>▪ Retiro ( )</li> </ul>

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

FACTORES ECONÓMICOS			
Vivienda		Si	No
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de personas que contribuyen al Ingreso familiar: _____</li> <li>▪ Casa:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Propia ( )</li> <li>Financiamiento ( )</li> <li>Rentada ( )</li> <li>Prestada ( )</li> </ul> </li> <li>▪ Agua entubada intradomiciliaria ( )</li> <li>▪ Automóviles: 0, 1, 2, 3 o más _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Teléfono ( ) ( )</li> <li>▪ Computadora ( ) ( )</li> <li>▪ Num. de hijos en escuela pública. ( ) ( )</li> <li>▪ Num. de hijos en escuela privada. ( ) ( )</li> <li>▪ Num. de hijos con becas ( ) ( )</li> </ul>		
Desarrollo Comunitario			
	Si	No	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Serv. de agua potable ( ) ( )</li> <li>▪ Drenaje subterráneo ( ) ( )</li> <li>▪ Energía eléctrica ( ) ( )</li> <li>▪ Servicio telefónico ( ) ( )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alumbrado público ( ) ( )</li> <li>▪ Pavimentación ( ) ( )</li> <li>▪ Banquetas ( ) ( )</li> <li>▪ Serv. de transp. público ( ) ( )</li> <li>▪ Vigilancia ( ) ( )</li> </ul>		



DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA						
	Nombre	Parentesco	Edad	Sexo 1= mujer 2= hombre	Escolaridad en años	Ocupación
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

*\*Escriba en el margen izquierdo un asterisco ( \* ) junto al nombre de la persona que responde el cuestionario  
Si el grupo familiar tiene más de 10 integrantes, anexe sus datos en una hoja adicional.*

Códigos para los datos demográficos de la familia

Parentesco	Grupos de Ocupaciones	Edad en años
01 = Madre	01 = Ama(o) de casa (hogar)	Meses = años
02 = Padre	02 = Jubilado / pensionado	0 = 0.000
03 = Hijo	03 = Desempleado (sin trabajo remunerado ni por cuenta propia)	1 = 0.083
04 = Nuera	04 = Subempleado (vendedor informal, ambulante, etc.)	2 = 0.166
05 = Yerno	05 = Menor de edad (menores de 4 años)	3 = 0.250
06 = Nieto	06 = Estudiante (pre-escolar hasta posgrado)	4 = 0.333
07 = Hermanos maternos	07 = Estudia y trabaja	5 = 0.416
08 = Hermanos paternos	08 = Campesino	6 = 0.500
09 = Sobrinos maternos	09 = Artesano	7 = 0.583
10 = Sobrinos paternos	10 = Obrero	8 = 0.666
11 = Primos maternos	11 = Conductor de auto, camioneta o camión (chofer)	9 = 0.750
12 = Primos paternos	12 = Técnico (electricista, carpintero, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.)	10 = 0.833
13 = Abuelos maternos	13 = Empleado (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.)	11 = 0.916
14 = Abuelos paternos	14 = Profesional (maestros, médicos, sacerdotes, arquitectos, ingenieros, abogados, enfermeras, psicólogos, etc.)	12 = 1.000
15 = Bisabuelos maternos	15 = Artista (músico, escultor, pintor de arte, escritor, poeta etc.)	
16 = Bisabuelos paternos	16 = Comerciantes establecidos (tiendas o negocios formales con 1 a 5 trabajadores o familiares a sueldo)	
17 = Otros: amigos, compadres, familiares lejanos, etc.	17 = Empresario (dueño de comercios, organizaciones, industrias o servicios establecidos legalmente)	
	18 = Directivo (ejecutivos, gerentes, directores, etc.)	
	19 = Servicios diversos (gestor, mesero, soldado, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, trabajadora doméstica, etc.)	
	20 = Otras ocupaciones no especificadas	