



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

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

UNIDAD SEDE:

CLÍNICA HOSPITAL “B” TEHUANTEPEC, OAXACA.

TÍTULO:

**“CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS FAMILIAS QUE ASISTEN AL
SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA HOSPITAL, PINOTEPA
NACIONAL OAXACA.”**

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

PRESENTA:

DRA. ROSA MARÍA LÓPEZ ROSADO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS FAMILIAS QUE ASISTEN AL SERVICIO
DE URGENCIAS DE LA CLINICA HOSPITAL, PINOTEPA NACIONAL OAXACA.”**

PRESENTA:

DRA. ROSA MARÍA LÓPEZ ROSADO

Autorizaciones

**Dr. Fidel Martínez Morgan
Director de la clínica hospital “B” ISSSTE,
Tehuantepec, Oaxaca**

**DR. JAVIER LEÓN NOYOLA
Jefe de Enseñanza de la Clínica Hospital “B”,
Tehuantepec, Oaxaca.**

**DRA. ANA MARÍA NAVARRO GARCÍA
Asesora de Tesis
Profesora del Departamento de Medicina Familiar,
Facultad de Medicina,
UNAM**

“CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS FAMILIAS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA HOSPITAL, PINOTEPA NACIONAL OAXACA.”

PRESENTA:

DRA. ROSA MARÍA LÓPEZ ROSADO

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
Jefe del Departamento de Medicina Familiar,
Facultad de Medicina,
UNAM.

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
Coordinador de Investigación del
Departamento de Medicina Familiar,
Facultad de Medicina,
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
Coordinador de Docencia del
Departamento de Medicina Familiar,
Facultad de Medicina,
UNAM

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, porque su presencia me motiva a seguir adelante, y me impulsa a desarrollar y desempeñarme como mejor ser humano y profesionalista cada día de mi vida.

A los asesores del Departamento de Medicina Familiar de la UNAM, que nos dieron el taller de “Investigación en Medicina Familiar”, quienes vencieron horas de viaje y sembraron en mi mente y corazón la semilla de la investigación y el aprendizaje.

A mi asesora, Silvia M. Landgrave, que con su brillante conocimiento, sus horas de paciencia y compañía en mis estudios, fue la mejor brújula en el infinito camino de la investigación.

A todos mis amigos y amigas, quienes me brindaron su apoyo incondicional en todo momento.

A mi madre María Rosado, y mi padre, Juan López Santiago, que otorgó a mi vida su ejemplo de valentía, fortaleza y coraje por estudiar.

La muerte fue un factor que marcó esta investigación, perdí a mi padre a mitad de este trabajo, y en lugar de ensombrecer mis días, su espíritu me impulsó a seguir adelante.

Y por último, dedico estas letras a la energía divina, Dios, que otorga un matiz de fe y esperanza a mi vida.

INDICE GENERAL		Pags.
1	Marco teórico.....	1
1.1	Antecedentes de la Medicina Familiar en México.....	1
1.2	ALMA ATA.....	4
1.2.1	Principios de ALMA ATA.....	6
1.3	Atención primaria de salud (APS).....	7
1.3.1	Definición de APS.....	7
1.3.2	Características de la APS.....	10
1.3.3	Áreas de acción de la APS.....	10
1.3.4	La conferencia de RIGA (OMS 1991).....	11
1.4	Atención Primaria Orientada hacia la Comunidad APOC..	11
1.4.1	Elementos principales de la APOC.....	12
1.5	Papel del médico familiar.....	13
1.6	Modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF).....	15
1.6.1	Fundamentos del MOSAMEF.....	16
1.6.2	El MOSAMEF y la medicina familiar.....	19
1.6.2.1	El MOSAMEF y el médico familiar.....	20
1.6.3	Perspectiva del MOSAMEF.....	22
1.6.4	Etapas del MOSAMEF.....	24
1.7	Planteamiento del problema.....	27
1.8	Justificación.....	27
1.9	Objetivo general.....	28
1.9.1	Objetivo específico.....	28
1.10	Breve síntesis de Pinotepa Nacional.....	29
1.10.1	Panorama General de la Ciudad de Pinotepa Nacional...	29
2	Metodología.....	32
2.1	Tipo de estudio.....	32
2.2	Diseño del estudio.....	32
2.3	Población, lugar y tiempo.....	32
2.4	Muestra.....	33
2.5	Criterios de inclusión.....	33
2.5.1	Criterios de exclusión.....	33
2.5.2	Criterios de eliminación.....	33
2.6	Variables.....	33
2.7	Instrumentos de recolección.....	36
2.7.1	Organización de la CEBIF.....	36
2.8	Método de recolección.....	37
2.9	Análisis estadístico.....	37

2.10	Recursos humanos, materiales y financiación.....	37
2.11	Consideraciones éticas.....	37
3	Resultado.....	39
4	Discusión.....	49
5	Conclusiones.....	50
6	Bibliografía.....	52
	Anexos.....	55

1 MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DE LA MEDICINA FAMILIAR EN MEXICO

Los orígenes de la medicina familiar en México pueden buscarse desde el año de 1953, época en que el Instituto Mexicano del Seguro Social estaba en pleno crecimiento. La atención de la medicina general se encontraba en una etapa de pobre organización. Los médicos tenían poco conocimiento de los problemas de sus pacientes y se abusaba de la visita domiciliaria. Ante esta situación, un grupo de médicos que laboraba en dicha institución, en Nuevo Laredo Tamaulipas, planteó la posibilidad de estructurar el sistema de atención familiar inició un ensayo dirigido a valorar su propuesta. En 1954, el IMSS presentó, en un seminario de seguridad social, celebrado en Panamá, un trabajo denominado "El médico de la familia", basado en la experiencia obtenida. En esta propuesta se delimitaban las características de las acciones que este profesional debería desarrollar, sobresaliendo el hecho de que atendería núcleos de población bien determinados y que trabajaría en equipos de médicos.

En 1955, el IMSS dio su aprobación para explorar en forma más amplia el sistema médico familiar en dos clínicas del Distrito Federal.

Los elementos más notables que se introdujeron fueron, adscripción de una población definida, sin importar la edad o sexo.

A finales de los años cincuentas el sistema había mostrado sus bondades y se había extendido a todas las unidades del IMSS en el país; sin embargo, introdujo una variante: la subdivisión del médico familiar de adultos y médico familiar de menores. Casi veinte años habrían de transcurrir para regresar al esquema anterior, es decir, al del médico familiar que se hace cargo de la atención de todos los miembros de la familia, sin importar la edad, el sexo o el padecimiento.

Ante este panorama, y con la necesidad de formar médicos especialistas en medicina familiar, el IMSS elaboró un programa académico que inició en 1971 con treinta y dos alumnos, bajo la modalidad de residencia médica en el D.F. El programa se desarrolló originalmente en una sede y tuvo una duración de dos años; con el tiempo el programa se ha extendido y modificado.

En 1974, la Facultad de Medicina de la UNAM otorgó a la categoría de especialidad, y el reconocimiento universitario. El consejo técnico de la Facultad de Medicina de la UNAM aprobó en 1975 la creación del Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria, primero en su tipo en Iberoamérica. En 1977, la Escuela de Medicina de la Universidad de Nuevo León inició su propio programa académico para la formación de médicos familiares.

A partir de 1978, la Facultad de Medicina de la UNAM en acuerdo con las autoridades de las instituciones de salud: Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con el propósito de evaluar la factibilidad de desarrollar un curso de especialización en medicina familiar formaron grupos de discusión.

Sin embargo en el ISSSTE por ser clínicas de nueva creación, desde el inicio funcionaron con el sistema Médico Familiar. En todas las sedes del primer nivel se incorporó el concepto de Unidad académica de Medicina Familiar y se han ido extendiendo.

En 1990 se convocó a todas las instituciones asistenciales y educativas del país al primer taller institucional para la revisión de Normas mínimas en medicina familiar en el Centro Médico la Raza del IMSS, aquí se definió el perfil del médico familiar y los requisitos mínimos de los programas académicos de formación. De esta manera se aseguraba la calidad y la excelencia académica del desarrollo de esta disciplina.

En 1994 existían en el país más de trece mil quinientos médicos familiares. Durante el período de 1988 a 1993, el Consejo Mexicano ha certificado a 682 especialistas, lo que equivale, aproximadamente, al 5% del total de médicos familiares de México. En 2002 se abrió en la Academia Nacional de Medicina el primer sitio para Medicina Familiar, el cual fue ocupado por el Arnulfo Emanuel Irigoyen Coria^{1,2}.

El ISSSTE surge en México el primero de Enero de 1960, inicia con clínicas de primer nivel de atención, también clínicas de especialidades, para 1977 se forman brigadas de atención domiciliarias por el personal de enfermería que realizaba programas de atención domiciliaria en comunidades marginadas.

En respuesta a la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención, se inaugura la clínica Dr. Ignacio Chávez el diez de septiembre de 1979, primera clínica de Medicina Familiar, su programa fue brindar atención especial al individuo y su familia, independiente de la edad, sexo ó padecimiento que cubriera los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, dando una atención integral basada en una estrecha relación médico paciente, promoción y mantenimiento de la salud, detección oportuna de factores de riesgo, identificación de problemas que requirieran atención en el segundo nivel y tercer nivel.

En 1980 se realiza el primer curso de Medicina Familiar en la sede: se comisiona a Elsa Ortega Treviño, profesora del Depto. de Medicina Familiar de la UNAM y a Celia Josefina Pérez Fernández, para asistir a la Universidad de Western Ontario Canadá, dándoles clases el célebre filósofo de la Medicina Familiar Ian McWhinney.

En 1987 ingresan todas las clínicas de medicina general al sistema de medicina familiar. El ISSSTE elabora estrategias como son: nuevos modelos de atención médica familiar, el modelo preventivo de Salud Familiar, y programas de integración de los niveles de atención con el fin de fortalecer la práctica de la Medicina Familiar y hacerla más resolutiva¹.

La medicina familiar es practicada por un profesional: que es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite atención médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario. El médico familiar es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario de otros profesionales o especialistas que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de la edad, sexo y o diagnóstico.

El médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Debe ser un médico clínicamente competente, a fin de dar respuesta a las necesidades de atención que necesita el individuo³.

1.2 ALMA ATA

En Alma Ata⁴, ciudad ubicada en Kazajstán, antigua URSS, en 1978, se realizó la conferencia de Alma-Ata, que define la atención primaria de la salud como "Asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptable, puesta al alcance de TODOS los individuos y las familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en cada una de sus etapas de desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema Nacional de Salud, del que constituye la función principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Virtualmente todas las naciones representadas se comprometieron con el objetivo "Salud para Todos en el año 2000".

Además, ratificaron la amplia definición de la OMS de la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Para lograr el ambicioso objetivo de salud para todos, las naciones del mundo con la OMS, UNICEF y las principales agencias financieras, se comprometieron a trabajar por la cobertura de las

necesidades básicas de la población con un planteamiento integral y progresista denominado Atención Primaria de Salud (APS).

Muchos de los principios de la atención primaria de salud fueron tomados de China y de diferentes experiencias de programas de Salud basados en la Comunidad, no gubernamentales, pequeños y pocos conocidos, de Filipinas, América Latina y otros países.

La íntima conexión de muchas de estas iniciativas con movimientos políticos reformistas explica en parte por qué los conceptos subyacentes en la APS han recibido tanto críticas como elogios por su carácter revolucionario⁵.

Los diez puntos de la declaración engloban sus principios básicos y tienen como objetivo principal establecer un pliego, que engloba estrategias, objetivos y recomendaciones a los gobiernos a nivel internacional con el fin de construir un nivel aceptable de salud para todo el mundo usando de mejor forma los recursos mundiales, para obtener un sistema pleno de Atención Primaria de la Salud.

Cito textualmente del documento original de mencionada declaración: “El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de gran importancia para poder conseguir de manera completa la salud para todos....La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo”.

En su camino, la Declaración de ALMA ATA⁴, ha despertado rechazo y elogio, principalmente, porque sus bases están inspiradas en “una distribución más justa de los recursos” y además sus principios para obtener una adecuada Atención Primaria de la Salud, “implican apoyo formal por parte de los gobiernos” y propone “una mayor cantidad de recursos sanitarios para la mayor parte desatendida de la población”.

En la práctica, tres décadas después de ser ratificada el ALMA ATA, la historia reporta algunas experiencias exitosas. En los años ochentas, en Mozambique y Nicaragua, se llevaron a la realidad iniciativas contempladas en el protocolo de ALMA ATA.

Estos éxitos se debieron principalmente por la presencia de un deseo político de responder a necesidades básicas de salud de toda la población, participación y organización popular activa, y aumento de igualdad social y económica.

Sin embargo, el éxito de la lucha estos dos países por obtener un nivel de salud justo para sus poblaciones, fue temporal y derribado por las élites políticas y gobiernos que se opusieron a la filosofía de dicha declaración, de anteponer las “luchas populares por la salud”.

Los principios del ALMA ATA fueron interpretados por las esferas de poder, como una amenaza por “querer poner primero a los últimos” fue sabotada y desmantelada principalmente por el propio sistema internacional de salud pública.

Como base vertebral del trabajo, y parte fundamental de la investigación que se ha realizado, se expone lo siguiente: .

1.2.1 Principios que contemplan el protocolo de ALMA ATA.

1.-Como se menciona al principio, “la salud, es un estado de completo bienestar físico, mental, social, y no sólo la ausencia de enfermedad”.

2.-La existente desigualdad en el estado de salud de las personas, en especial de países desarrollados y en vías de desarrollo, es inaceptable política, social y económicamente.

3.- La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social.

4.- Las personas tienen el derecho de participar colectivamente en su atención sanitaria.

5.-La atención primaria de la salud es la clave para conseguir un nivel de salud adecuado, como parte del espíritu de justicia social del desarrollo.

6.-La atención primaria de la salud, forma parte integral del sistema sanitario del país, como total del desarrollo social y económico de la comunidad.

7.-La atención primaria de la salud incluye también educación sobre problemas sanitarios prevalentes, está basada en la aplicación de resultados apropiados de la investigación social, implica a todos los sectores relacionados, requiere y promueve un autodesarrollo comunitario e individual al máximo, dando prioridad a los más necesitados.

8.-Hace un llamado a todos los gobiernos a movilizar recursos a favor de estrategias y políticas para establecer la atención primaria sanitaria.

9.- Invita a todos los países a cooperar.

10.-Establece por último, luchar por un nivel aceptable de salud para el año 2000, destinando los recursos en estrategias de salud, en lugar de gastar en recursos militares.

1.3 ATENCION PRIMARIA DE SALUD (APS)

1.3.1 DEFINICIÓN

La conferencia de Alma-Ata define a la Atención Primaria^{5,6,7,8} de Salud como: Asistencia sanitaria, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de TODOS los individuos y las familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en cada una de sus etapas de desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Representa el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria⁶.

La APS es la atención sanitaria esencial, basada en la práctica, de la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible

universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un costo que la comunidad y el país lo puedan soportar, a fin de mantener en cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria el máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continúa.

La APS refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, desarrollándose a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre la salud pública.

Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios más relevantes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición; adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia materna e infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; apropiado tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales.

Implica, además del sector sanitario, a todos los partes relacionadas y los diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimenta, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores.

Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria sanitaria como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin, será necesario movilizar los recursos del país y utilizarlos racionalmente.

La Conferencia sobre Atención Primaria de Salud realiza un llamamiento para una acción nacional e internacional urgente y efectiva a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y, particularmente, en los países en vías de desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden internacional. Urge, por parte de los gobiernos, la OMS, UNICEF y de otras organizaciones nacionales e internacionales, así como por parte de organizaciones no gubernamentales, agencias de financiación, todos los profesionales sanitarios y la comunidad mundial, de mantener la el compromiso nacional e internacional hacia la atención primaria sanitaria y canalizar un soporte técnico y financiero cada vez mayor, particularmente en los países en vías de desarrollo. La Conferencia convocó a todos los foros mencionados para colaborar en introducir, desarrollar y mantener la atención primaria de salud, de acuerdo con la filosofía y contenido de esta declaración⁵.

La APS es el caballo de Troya de la práctica médica. El modelo médico admite dentro de sus murallas a este caballo de cuadra porque parece inofensivo, incluso gracioso; pero, cuando duermen dentro del caballo sale el “ejército armado” con un inesperado poder de cambio.

Los principios de la APS han sido aceptados dentro de los sistemas sanitarios internacionales.

1.3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA APS^{5,6,7,8}

_Justicia Social e Igualdad.

_Autorresponsabilidad.

_Solidaridad Internacional.

_Aceptación de un concepto amplio de salud.

Estas características tienen cuatro facetas diferentes:

1.- Es un conjunto de actividades. Al menos en educación sanitaria, nutrición adecuada, agua potable y saneamiento, atención materno-infantil, inmunización, prevención y control de enfermedades endémicas, básico de los problemas de salud, provisión de los medicamentos esenciales.

2.-Es un nivel de atención. Primer contacto de la población con los cuidados sanitarios profesionales. Más del 90 por 100 de los problemas de salud de la población es atendida en el primer nivel.

3.- Es una estrategia. Debe ser accesible, atenta a las necesidades de la población integrada funcionalmente, basada en la participación comunitaria, costo-eficaz y caracterizada por la colaboración de sectores sociales.

4.-Es una filosofía. Justicia social, igualdad, solidaridad internacional, autorresponsabilidad y aceptación de un sentido amplio del concepto de salud.

1.3.3 ÁREAS DE ACCIÓN DE LA APS.

Los objetivos de la política en salud para todos en el año 2000 pueden resumirse brevemente en cuatro áreas: (Pinilla Palleja 1990).

1. Promoción de hábitos saludables de vida: ejercicio, integración social, y alimentación.

2. Prevención de riesgos ambientales y otras condiciones para la protección de la salud: reducción de riesgos biológicos, físicos, químicos, laborales y accidentes.
3. Mejora del sistema de atención: cobertura sanitaria, atención primaria de salud, atención especializada, materno-infantil, bucodental, salud mental, tercera edad y medicamentos.
4. Recursos para la política Salud para todos en el año 2000: recursos humanos, participación comunitaria, cooperación intersectorial e investigación.

1.3.4 LA CONFERENCIA DE RIGA (OMS 1991)⁴

En 1988 se estaba casi a la mitad de camino entre la conferencia de Alma Ata y el año 2000. La OMS, UNICEF y otras partes interesadas decidieron que era el momento adecuado para examinar lo sucedido desde Alma Ata y las perspectivas del 2000. La reunión se celebró en Riga, capital de la Ex república Latvia de la URSS en 1988.

Lo que dio lugar a un documento de fondo, titulado *“De Alma Ata al año 2000 y más allá”*.

Previamente se había presentado un documento de fondo, titulado *“De Alma Ata al año 2000: reflexiones a medio camino sobre los progresos realizados y las perspectivas”*. Sus conclusiones fueron transmitidas en mayo de 1988 a la asamblea Mundial de la Salud.

1.4 ATENCION PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD APOC⁹⁻¹³

APOC (Community-Oriented Primary Care) es un modelo práctico cuyo propósito es racionalizar, organizar y sistematizar los recursos sanitarios existentes

mediante intervenciones que reflejen los principios contenidos en la declaración de ALMA-ATA.

El modelo de APOC surgió en la década de 1940 como una extensión de la medicina familiar, gracias al trabajo de dos médicos de familia, S. KARK y E-EKAR en una zona rural de Sudáfrica. Los conceptos básicos y la metodología se desarrollaron gracias a la aplicación conjunta de la epidemiología, de las ciencias sociales y del comportamiento. La aplicación de esta modalidad de APS en Sudáfrica quedó interrumpida por la política de *apartheid*, lo que resalta la relación existente de entre la dimensión de justicia social de este modelo y el ambiente político en que se aplica. Posteriormente, en el Centro de Salud comunitaria de la escuela de Salud Pública y Medicina Comunitaria Hadassach y la Universidad Hebrea de Jerusalén, en Israel, se continuo de desarrollando el Marco conceptual y metodológico de la APOC.

La APOC es un proceso continuo en el cual se implementa la atención primaria en una población determinada según sus necesidades, mediante la integración planificada de las acciones de salud pública y la práctica de la atención primaria.

Los servicios de APOC se responsabilizan por la salud (y sus determinantes) de todos los miembros de la comunidad tanto de los que utilizan sus servicios como los que no los utilizan. Esta es la diferencia con respecto a la atención primaria a tradicional orientada a la curación que solo responde al tratamiento de los síntomas y de sus enfermedades.

1.4.1 ELEMENTOS PRINCIPALES DE LA APOC⁸⁻¹³.

La estructura de APOC comprende varios elementos y condiciones:

- a) Una población definida, con base geográfica o con ciertas características comunes como los alumnos de una escuela, los trabajadores de una fábrica o los afiliados a una clínica o centro de salud en todos los casos abarca a todos los miembros de la población.
- b) Una clínica de UMF

- c) Un equipo multidisciplinario, según los recursos disponibles;
- d) Acceso libre a los servicios, sin barreras económicas fiscales, de género, religiosas, culturales o políticas.
- e) Un equipo de trabajo que conjugue habilidades clínicas, epidemiológicas y de ciencias sociales y del comportamiento;
- f) La movilización del equipo de trabajo fuera de las instalaciones de la clínica para poder evaluar directamente los determinantes físicos y sociales de la salud y los recursos microambientales y comunitarios.
- g) La participación comunitaria (individual y colectiva) en las actividades del cuidado y mejora de la salud; el comportamiento, las actitudes y las creencias están estrechamente relacionadas con las decisiones de las personas respecto a su salud.

Este enfoque hace posible que el equipo de salud conozca a los miembros de la comunidad de los que es responsable. La población cubierta constituye el denominador a partir del cual se calculan las tasas de enfermedades y de cobertura y se realiza el monitoreo demográfico.

Para cumplir con sus objetivos, la APOC necesita compartir sus acciones con otros sectores mediante una coordinación intersectorial, ya que los servicios de salud no pueden responder por sí solos a todas las necesidades de la población.

En los países donde como estrategia de salud se ha aplicado el APOC (América latina, España y Cuba) los resultados obtenidos han sido satisfactorios.

1.5 PAPEL DEL MEDICO FAMILIAR.

La responsabilidad del médico en la práctica de la APOC supera la responsabilidad clínica tradicional sobre los pacientes que demandan atención para extenderse a toda su población asignada. Como clínico, tiene las funciones clásicas de atención curativa, preventiva, educativa y rehabilitadora. Sus

capacidades diagnósticas y terapéuticas deben complementarse con sus conocimientos y habilidades en el enfoque psicosocial y en establecer una relación de confianza con participación de los pacientes en las decisiones que afectan a su salud y en el desarrollo de su autorresponsabilidad. Frecuentemente los pacientes desconocen la naturaleza y las causas de su enfermedad, su forma de reaccionar ante las expectativas de los servicios de salud. Las técnicas de tratamiento y la comprensión de estos aspectos deben constituir un requisito para la formación del médico de atención primaria en APOC.

El médico de familia, el pediatra, enfermera y el trabajador social constituyen el núcleo básico del equipo del APOC. Es imprescindible también en APOC el apoyo de personal con funciones administrativas y de recepción. La incorporación de otros profesionales depende de los problemas específicos de salud de cada comunidad y de los recursos disponibles. El pediatra, cuando existe dentro del equipo de APOC es considerado como el médico en edad infantil – y en ocasiones adolescente- y debe tener la misma dimensión comunitaria en su práctica que el médico de familia. El epidemiólogo o técnico de salud pública no suele estar disponible de tiempo completo para un solo equipo sino que es un profesional de apoyo para varios equipos de una sola área o distrito. Su función de asesoramiento –a tiempo completo o a tiempo parcial- es considerada esencial para el equipo de APOC. El odontólogo (según los países), el psicólogo o psiquiatra, la comadrona o el médico obstetra o ginecólogo pueden o no estar incluidos en el equipo de atención primaria pero, en cualquier caso, cuando trabajen en el ámbito de la atención primaria se beneficiarán claramente (ellos y sus comunidades de referencia de una orientación comunitaria de su práctica)⁸.

La práctica docente y la investigación deben ser partes integrales de los servicios de salud. Si se quiere dar la jerarquía apropiada a la APS. Ambos elementos son esenciales para poder mejorar el estado de salud de la población y la formación de profesionales.

Desde el punto de vista de la salud el envejecimiento de las poblaciones, las migraciones de las zonas rurales a las urbanas y la transición epidemiológica – con la creciente incidencia de enfermedades crónicas y la emergencia de enfermedades infecciosas – constituyen desafíos a la capacidad de los servicios de salud de dar respuesta a las necesidades cambiantes en los niveles local, regional y nacional. Por otra parte, la reforma de los sistemas de salud – con la atención generada entre los servicios públicos y privados -, el aumento en los costos de los servicios por el uso de tecnologías avanzadas y las demandas de los gremios de profesionales conforman una realidad en la cual el mejoramiento de la salud de la población no siempre se considera una meta.

Los estudios llevados a cabo por la OPS sobre el papel de la APS y la declaración sobre la renovación de la APS aprobada por el consejo directivo de la organización ofrecen nuevas oportunidades para el cambio.

En conclusión, en el modelo de APOC⁸⁻¹³, los servicios de salud asumen la responsabilidad de salud de una población definida, en la cual se desarrollan programas de promoción, prevención y mantenimiento de esta, además del tratamiento de las enfermedades. Así la APOC integra la atención clínica individual y familiar con la salud pública. Ésta refleja el “espíritu de ALMA ATA”⁴ y constituye un proceso sistemático que tiene la flexibilidad suficiente para adoptar los principios y adaptar las metodologías a la realidad y los recursos locales del equipo de salud y de la comunidad⁹.

1.6 MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR (MOSAMEF)^{14,15}.

El célebre caso de la piedra de Rosetta, descubierta en su valor científico por Champollión en 1828, se constituyó en pieza clave para descifrar los jeroglíficos egipcios. Este suceso puede ser tomado como ejemplo de lo que pudiera significar para la medicina familiar, la aplicación del llamado Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF) diseñado por un equipo de profesores del

Departamento de Medicina Familiar, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México¹⁰. Fue dado a conocer desde 1995 en la tercera edición del libro Fundamentos de Medicina Familiar, la motivación inicial para desarrollar el modelo fue presentar en forma de protocolo un esquema de estudio sistemático de las familias, dirigido a los alumnos del curso semi presencial de especialización en medicina familiar en diplomado de postgrado efectuado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la UNAM. Hasta el año 2000 lo han aplicado más de 100 especialistas en medicina familiar en el país.

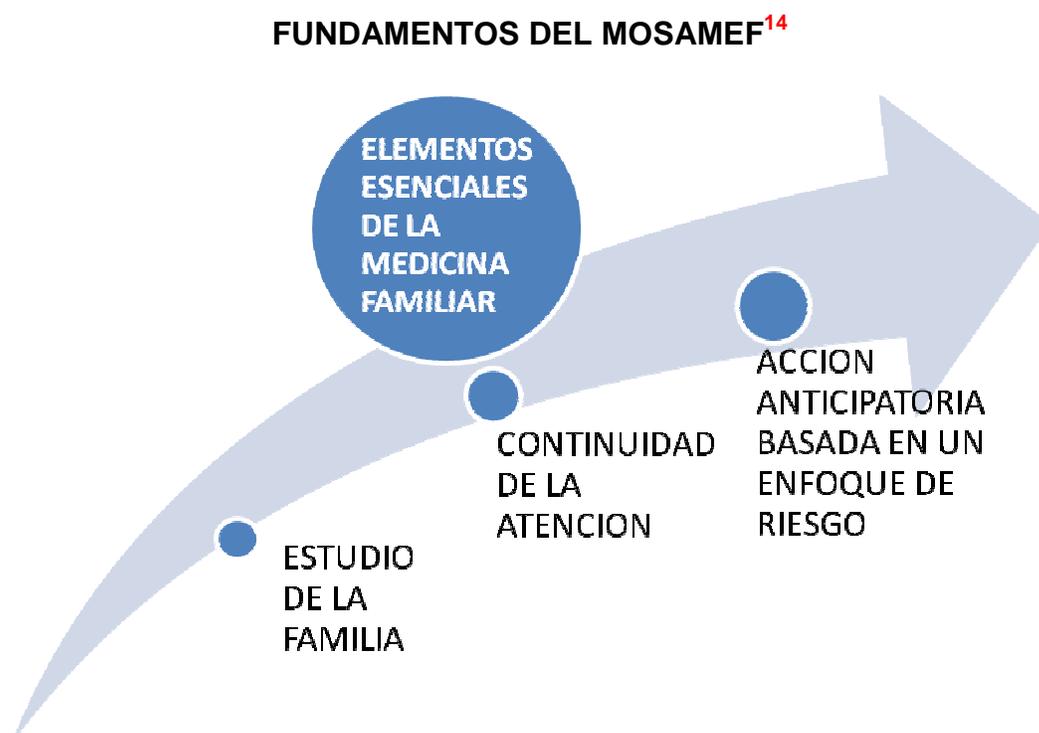
1.6.1 FUNDAMENTOS DEL MOSAMEF¹⁴

El MOSAMEF se origina a partir de 3 preguntas fundamentales:

¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familiar?

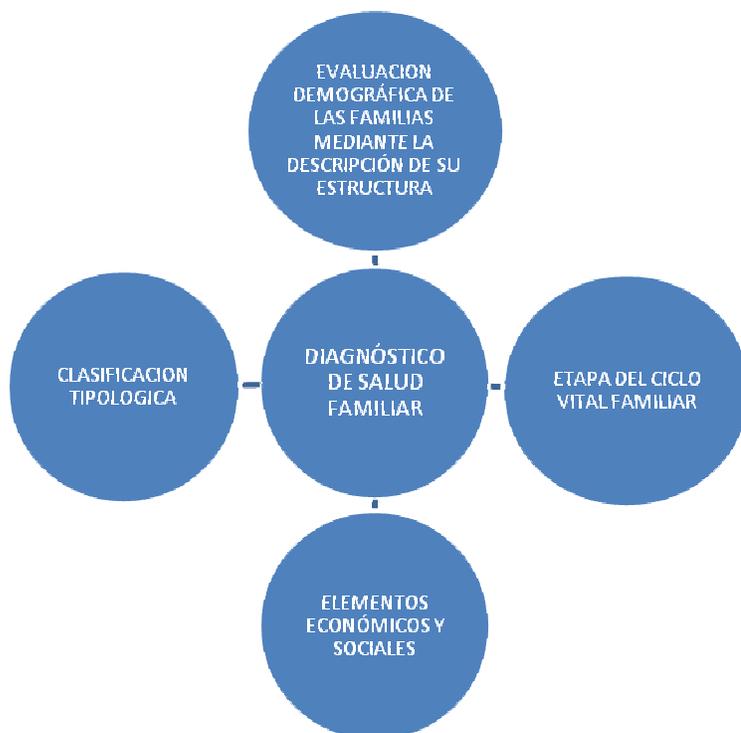
¿Cómo identificar las necesidades de atención a la salud de las familias?

¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?



Con base de estas premisas, las actividades que el médico familiar debe realizar requieren de una guía metodológica que propicie el diagnóstico del estado de salud de las familias que requieren sus servicios.

GUÍA METODOLÓGICA QUE UTILIZA EL MÉDICO FAMILIAR PARA EL DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LAS FAMILIAS



El análisis de la patología que con mayor frecuencia se presenta en las familias constituye, el perfil de morbilidad que aunado a la evaluación demográfica de las familias, facilita al médico de familia y a su equipo de trabajo en el diseño y ejecución de estrategias específicamente a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

s ofrece la
ltidisciplinario
a solución de
cas para un

En los países desarrollados donde los programas de medicina familiar han tenido varias décadas de desarrollo, se reconoce el primer nivel de atención como el marco ideal para impulsar y desarrollar programas de actividades de promoción de la salud preventivas y terapéuticas, por tratarse del nivel del sistema de salud donde la población accede de manera directa y continua, siguiendo con frecuencia las orientaciones de su médico.

La promoción de salud cuyos múltiples beneficios pudieran resumirse en dos cualidades sustantivas del ejercicio médico: incremento de la calidad de vida de los miembros de la familia, disminución de los costos de la atención de salud, el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo de salud, pero sobre todo es un nuevo tipo de relación con el paciente, ya que la promoción de la salud, el ejercicio de medidas eficaces de prevención y la práctica satisfactoria de acciones terapéuticas sobre patologías identificadas, sólo se podrá efectuar con el apoyo específico de la familia y así aceptar la responsabilidad de su propio bienestar.

La atención primaria es el marco ideal para impulsar y desarrollar un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud, por tratarse del nivel dentro del sistema sanitario donde la población de manera directa y suele respetar los consejos de su médico.

El médico familiar tiene que esforzarse por entender el entorno de las enfermedades más frecuentes que ocurren en su población, comprometerse más con la persona que con un cuerpo de conocimientos o grupo de enfermedades y, observar permanentemente a sus pacientes como población en riesgo.

Es necesario un uso racionalizado de los recursos para mejorar la atención en los consultorios de medicina familiar, desde el tiempo de espera, agilización del uso del archivo clínico, derivaciones justificadas al segundo y tercer nivel y en general una atención médica de mayor calidad que le permita promover y mantener la salud de sus familias.

Para lograr estos propósitos el médico familiar debe conocer con detalle la estructura de las familias que están bajo su cuidado, las características de la pirámide poblacional que la conforman, las patologías más frecuentemente tratadas así como la demanda de servicios que se ejerce en su consultorio, para desarrollar una eficaz labor, lo que a través del tiempo tendrá un impacto positivo en la salud familiar del consultorio de la unidad de medicina familiar y del sistema de salud del país. El MOSAMEF¹⁴ pretende incidir en mayor o menor medida en cada uno de los cinco campos de acción planteados por la carta de Ottawa producto de la Segunda Conferencia Interracial de Promoción de la Salud, la cual señala que a fin de mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en cinco campos de acción:

- reorientar los servicios de salud
- mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida
- crear “medioambientes” saludables.
- elaborar políticas explícitas para la salud
- reforzar la acción comunitaria en salud.

Al identificar concretamente las características biopsicosociales de las familias que están bajo su cuidado, el médico familiar podrá implantar medidas eficaces de prevención y promoción de la salud en su consultorio de medicina familiar. Con lo que hará efectivas las premisas de: estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria para llegar a realizar diagnósticos precoces en las diversas patologías, así como eficientes cuidados en la salud de las familias.

1.6.2 EL MOSAMEF Y LA MEDICINA FAMILIAR:

En 1991¹⁵ se organizó una reunión de expertos, con el propósito de señalar las actividades que desarrollan los médicos familiares. La reunión se celebró en Perugia, Italia en mayo de 1991; con la participación de 17 médicos de familia de diferentes países. El objetivo del encuentro fue la elaboración de un documento que marcara la contribución de los médicos de familia en la consecución de los objetivos de “Salud para todos en el año 2000”.

El grupo de trabajo de la OMS debatió la situación en los distintos países y elaboró unas conclusiones explícitas:

La medicina de familia es la base de los servicios de salud que más apoyará la consecución de los objetivos de “Salud para Todos”

1. El médico de familia posee un papel vital como agente de cambio dentro de los complejos sistemas de salud, no sólo por su papel de “portero del sistema” (gatekeeper), sino también por ser el de abogado de la salud de sus pacientes.
2. La medicina de familia es para cualquier país, la base más adecuada de su sistema sanitario.
3. La creación de departamentos universitarios de medicina de familia o de atención primaria de salud (o el refuerzo de los existentes) es vital para el desarrollo de una medicina de familia efectiva.
4. El reconocimiento de la medicina de familia como una disciplina específica, con una identidad propia y un claro perfil, es un requisito previo para realizar una investigación, formación y educación efectivas.

Desde hace más de 25 años Varela Rueda había señalado que: *“Debe fomentarse la concepción científica de la práctica médica con la idea fundamental de la salud de la familia y el bienestar de la comunidad. El estudio longitudinal del núcleo familiar tiene que ser central en la actuación del especialista en medicina familiar”*.

1.6.2.1 EL MOSAMEF Y EL MÉDICO FAMILIAR¹⁵:

La función primaria del médico familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes y educarlas para prevenir, la posibilidad de futuras enfermedades. El especialista de familia debe cumplir esta función dentro de un sistema social cada vez más complejo, caracterizado por patrones cambiantes de

la enfermedad y las expectativas respecto de la salud, además del desarrollo tecnológico tan amplio.

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

En el modelo de atención primaria a la salud (la práctica médica familiar) tiene como condición anticiparse al daño y actuar sobre los factores a los que está expuesto cada miembro de la población, es decir, usar un modelo anticipatorio basado en diagnosticar los riesgos a que está sujeta una población específica mediante la identificación de los factores de riesgo a y o que está expuesto cada miembro de la población.

La acción consecuente es tratar de modificar esos factores de riesgo.

El médico de familia debe poseer las siguientes cualidades: ser buen clínico, científico, consejero diagonal, asesor, educador, trabajador, receptivo, accesible, empático, sistemático, racional, respetuoso, comunicativo, con actitud de búsqueda, con afán de superación, que coordina la asistencia, preocupado por el paciente y preocupado por su propia formación.

El médico familiar debe de tener una sólida formación clínica que le permita prestar una atención efectiva y eficiente en la cual la relación médico-paciente ocupe un lugar privilegiado en su práctica diaria

Deberá ser un profesional que trabaje en equipo para orientar de forma integral los problemas de salud de sus pacientes a través de la entrevista clínica, utilizando los métodos diagnósticos y terapéuticos adecuados, programando y evaluando el proceso y aceptando la participación comunitaria.

Se reconocen por expertos cinco áreas de acción del médico familiar⁶:

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

Los médicos son en un sentido los mayordomos de los recursos de salud de la sociedad. Es importante reconocer que el médico familiar está en una posición inmejorable para administrar de manera óptima los recursos de salud.

1.6.3 PERSPECTIVAS DEL MOSAMEF¹⁵

EL MOSAMEF visto desde una óptica integral viene a ser un equivalente de los denominados:

- Community-oriented primary care
- Population-based family practice
- Practice of community oriented primary health care
- The ecology of medical care.

El MOSAMEF¹⁵ comparte sus principios con el denominado Modelo Ecológico de Asistencia Médica, propuesto por White, sus elementos esenciales parten de que la salud es un estado natural que se ve afectado por innumerables factores entre los que destacan:

- a) El microambiente y macroambiente (físico y social)
- b) El acceso a los servicios de salud (niveles de atenciones preventivas, curativas y de rehabilitación).

- c) Factores hereditarios
- d) Estilo de vida (actualmente de primordial importancia para la comprensión y manejo de patologías crónico-degenerativas).

La filosofía de este modelo ecológico de la salud, señala a la medicina como una institución de la sociedad que tiene como tarea primordial recuperar la salud de las poblaciones, ya sea por medio de la curación o mediante la prevención de factores que pudieran generar enfermedades. De esta manera en el mundo desarrollado se ha motivado prestar una atención médica orientada hacia la prevención, y no solo para corregir el daño desde una perspectiva individual.

Partiendo de que la continuidad a decir de Shires, se constituye en la quintaesencia de la medicina familiar la aplicación del MOSAMEF, deberá incluir un proceso de:

- Actualización periódica
- Evaluación operativa
- Establecimiento de estrategias para la solución de problemas de salud y anticipación al daño.
- Deberá responder a los programas de calidad total que incluyen casi siempre cuatro fases:
- Identificación de características de la comunidad a estudiar
- Señalamiento puntual de los problemas de salud de la población.
- Modificación a los problemas detectados, principalmente a acciones en la práctica asistencial

Seguimiento del impacto de la intervención

La atención médica familiar basada en la comunidad, espíritu del MOSAMEF es deseable que se logre constituir en un modelo eficaz para los médicos familiares que laboran en instituciones de salud, pero no solo para ese sector de médicos, sino aún para los médicos que realizan práctica privada y también son responsables de una población¹¹.

1.6.4 ETAPAS DEL MOSAMEF¹⁴

❖ Diagnóstica

Objetivo: realizar una descripción de los elementos que influyen en la práctica profesional del médico familiar para la planeación y toma de decisiones que favorezcan el logro de los objetivos esenciales de la medicina familiar.

- Población bajo su cuidado profesional
- Pirámide poblacional
- Diagnóstico de salud y riesgo
- Expedientes clínicos
- Infraestructura
- Recursos humanos, físicos, servicios y materiales
- Laboratorio y gabinete
- Sistema de referencia y contrarreferencia.
- Redes de apoyo extrainstitucional.
- Perfil epidemiológico y problemas de salud.

- Diez primeras causas de morbilidad.
- Diez primeras causas de referencia.
- Análisis de la Situación.
- Priorización de problemas.
- ❖ **Objetivo:** evaluar la aplicación de las NOMs y los resultados de la aplicación de los programas prioritarios.
- ❖ **Estrategia:** Investigación basada en la práctica clínica.
- ❖ **Diagnóstico** de la aplicación de NOMs.
- ❖ **Evaluación de la operación** de los programas prioritarios para la salud:
 - Materno-infantil.
 - Planificación familiar.
 - Control del embarazo
 - Lactancia materna
 - Control del niño sano
 1. Inmunizaciones
 2. Estado nutricional
 - a) Desnutrición
 - b) Obesidad
 - Desarrollo psicomotor

❖ **Enfermedades infecciosas**

- IRAS.
- EDAS.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- VIH/SIDA.

Enfermedades crónicas

- Diabetes mellitus.
- Hipertensión arterial.
- Artritis reumatoide

❖ **Enfermedades degenerativas**

- Cáncer cérvico uterino.
- Cáncer mamario.
- Cáncer de próstata.
- Cáncer gástrico.
- Cáncer pulmonar.

1.7 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención primaria y el APOC forman parte integral del sistema sanitario de cada país, consolidándose así el primer nivel de atención que refleja condiciones económicas, socioculturales y políticas del país y sus comunidades. Considerando que sus objetivos principales eran salud para todos en el año 2000 como una filosofía de justicia social, igualdad, solidaridad internacional, autorresponsabilidad y aceptación de este concepto.

El MOSAMEF^{14,15} comparte principios con el modelo ecológico de asistencia médica que tiene como tarea primordial recuperar la salud de la población, mediante la prevención o anticipación, por lo que se ha desarrollado este modelo, para prestar una atención médica orientada a la prevención.

Debido a que se desconocen las características epidemiológicas, la pirámide poblacional, el perfil familiar y los factores de riesgo de los derechohabientes que acuden al consultorio de urgencias de la clínica hospital del ISSSTE de Pinotepa Nacional Oaxaca, por lo que es necesario realizar este trabajo, y asumir la responsabilidad de mantener una población saludable, para lo cual se desarrollan programas de promoción, prevención y mantenimiento de la salud.

1.8 JUSTIFICACION

Con este proyecto de investigación, y ante el hecho que en el servicio de urgencias de la clínica-Hospital de Pinotepa Nacional, Oaxaca del ISSSTE, no se cuenta con antecedentes o estudios que especifiquen las características de las familias, y factores de riesgo, es necesario que en el servicio de urgencias, se investigue y reconozca el índice de marginación, el estado de salud-enfermedad de las familias, la escolaridad, tipología familiar, ciclo vital familiar, etapas de la familia y enfermedades más frecuentes que se presentan (claro está, siempre teniendo la visión de lo que es la APS y la APOC) desarrollo comunitario, con el propósito de implementar acciones y programas de prevención en la comunidad asignada.

A los derechohabientes del ISSSTE que cuentan con los beneficios de la seguridad social, nunca se les ha tomado en cuenta como un grupo social definido para ser estudiados desde el punto de vista biopsicosocial salud-enfermedad, factores de riesgo etc.

Por las razones expuestas la aplicación de este modelo (MOSAMEF) es de gran importancia, para la práctica que desempeña el médico de familia, ya que con los resultados se podrán planear estrategias de trabajo acordes a las necesidades reales de la población, y así obtener datos valiosos para la optimización de los recursos de esta Institución, y tratar de mejorar la atención a nuestros trabajadores y sus familias derechohabientes del ISSSTE.

Es importante recordar los tres principios básicos de la medicina familiar en este micro escenario:

- Estudio de la Familia.
- Continuidad en la Atención.
- Acción Anticipatoria de los factores de riesgo.

1.9 OBJETIVO GENERAL.

Identificar las características generales de los usuarios del servicio de urgencias de la Clínica Hospital “B”, en Pinotepa Nacional, Oaxaca, ISSSTE. A través el MOSAMEF en su etapa diagnóstica.

1.9.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la tipología familiar más frecuente que acude al servicio.
- Identificar factores de riesgo en las familias usuarias.
- Identificar redes de apoyo que tienen las familias.
- Identificar las enfermedades crónico- degenerativas
- Identificar factores socioeconómicos.
- Identificar ciclo vital familiar.

1.10 BREVE SÍNTESIS HISTÓRICA DE PINOTEPA NACIONAL^{20,26}

1.10.1 PANORAMA GENERAL DE LA CIUDAD DE SANTIAGO PINOTEPA NACIONAL OAXACA.

Pinotepa es una población muy antigua. Su nombre en lengua náhuatl se compone de “PINOLLI”, que significa “casa desmoronada”, polvo; “TEPETL” que significa “cerro” y “pan”, que significa “hacia”. En mixteco se le nombra “ÑUOCO” que significa; “pueblo de 20 gentes”.

En la colonia le llamaron “Pinotepa Del Rey, después de la Independencia se le cambió por; “Pinotepa del Estado”, y en el siglo XX se le puso “Pinotepa Nacional”.

Pinotepa, se ubica entre los límites de Oaxaca y Guerrero, región conocida como “la Costa Chica”, cuenta aproximadamente con 45 mil habitantes, y es un centro de convergencia de los mixtecos, Tacuates, Amuzgos, Afromestizos, y como cultura dominante, los mestizos.

La región se caracteriza como un puente importante cultural y comercial, fronterizo con el Estado de Guerrero. En esta región la presencia de la población femenina es predominante, en un porcentaje aproximado de 23 mil sobre 21 mil hombres que pueblan esta ciudad (según el INEGI).

A nivel educativo, Pinotepa, cuenta con 17 primarias, 18 escuelas secundarias, 6 escuelas de nivel medio superior, 3 centros, un Instituto Tecnológico, y dos normales superiores.

Y en educación superior, la Universidad de la Mixteca y la Universidad Pedagógica para maestros, destacan sobre una academia comercial, que imparte cursos de belleza, secretariado y computación. Cabe mencionar, que en sus diversas comunidades, existe una primaria bilingüe, centros comunitarios de educación primaria, y una telesecundaria.

La alimentación infantil resulta un factor fundamental para evaluar la salud de la población.

Con base a las encuestas que realizó el Instituto Nacional de Geografía e Informática en el año 2000, sabemos que el 80 por ciento de los niños en edad preescolar y escolar, desayuna licuados de leche, fruta y pan, mientras que el 20 por ciento de ellos acude a los centros educativos sin tomar ningún alimento.

Los problemas que ocurren con mayor frecuencia en los centros escolares, son; la falta de preparación de algunos maestros en un 27 por ciento, y en un 22 por ciento, la suspensión de clases es frecuente, debido a reuniones o paros de los profesores.

Por otra parte, los servicios de salud disponibles en la comunidad son los siguientes: hospital del ISSSTE que cuenta con los servicios de consulta externa, odontología, hospitalización y servicio de urgencias, las especialidades de otorrinolaringología, traumatología y ortopedia, pediatría, ginecología, medicina interna y cirugía.

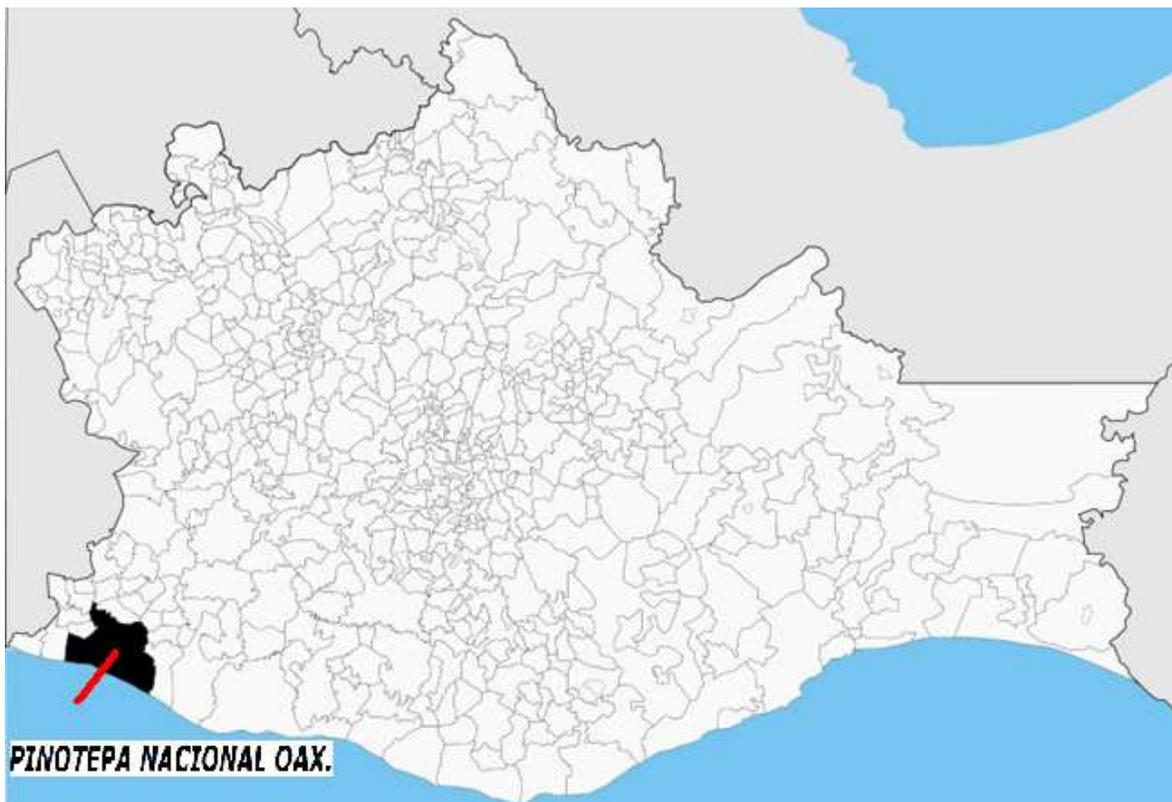
Las referencias se realizan al hospital, Presidente Juárez de la ciudad de Oaxaca, siendo los servicios más solicitados los auxiliares de diagnóstico y tratamiento, ginecología, neurología, nefrología, oftalmología, cardiología, urología, dermatología, alergología y endocrinología.

También están; el Hospital Regional de la Secretaría de Salud, la Unidad Familiar del IMSS, el Centro de Salud urbano, y la Unidad de enfermería militar, así como cuatro sanatorios particulares, la mayoría ubicados en el centro de la población, y también cabe mencionar la Unidad básica de rehabilitación del DIF.

Es importante señalar, que la medicina tradicional juega un papel muy importante en la región, 15 parteras y 30 médicos tradicionales, curanderos, hueseros, hierberos, atienden a un porcentaje importante de la población.

Algunas de las enfermedades más comunes entre la población, son de carácter respiratorio e intestinales, debido a que los arroyos que atraviesan esta región están muy contaminados.

Por otra parte, las características generales de las viviendas son de un solo piso en un 80 por ciento, y construidas con material de concreto, adobe y tejas. A nivel cultural, Pinotepa cuenta sólo con una biblioteca pública, una casa de la cultura, y algunas unidades deportivas. La población es económicamente activa y predomina el sector primario.

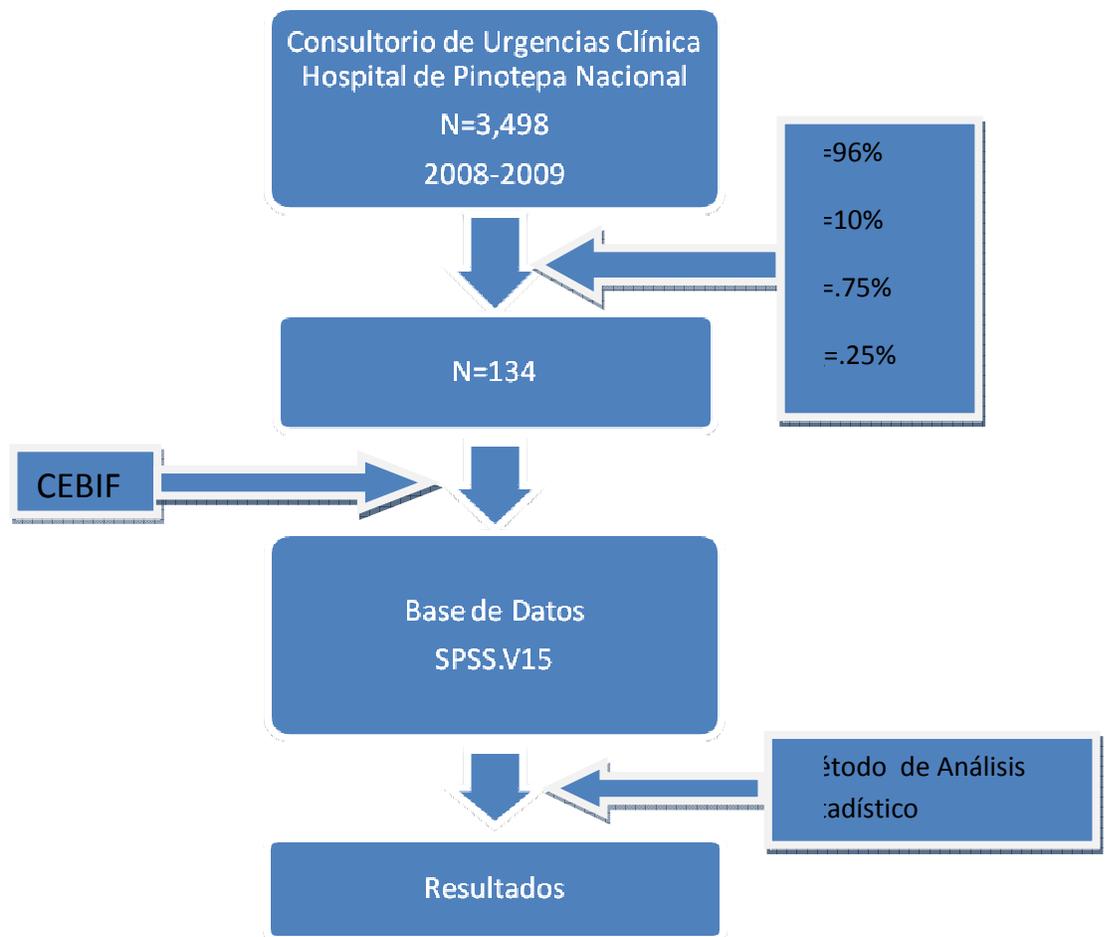


2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudio

Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo.

2.2 Diseño del estudio



2.3 Población, lugar y tiempo

El estudio se realizó en el consultorio de urgencias de la clínica hospital "B", del ISSSTE de Pinotepa Nacional, se le aplicó la Cédula Básica de Identificación Familiar, durante los meses julio-agosto de 2009.

2.4 Muestra

La muestra fue no aleatoria, no representativa y se tomo un tamaño muestral de 134 pacientes, con un nivel de confianza de 96%, error de 10% y $p = .75$, $q = .25$. (POBLACIÓN FLOTANTE, NO CAUTIVA) no teniendo una población adscrita fija, se tomó una muestra de 134 pacientes.

2.5 Criterios de inclusión

- Derechohabientes con vigencia de derechos
- Sin distinción de sexo
- Mayores de 18 años
- Que aceptaron responder la encuesta

2.5.1 Criterios de exclusión

- Derechohabientes que no estaban vigentes en sus derechos médicos al momento de la aplicación del cuestionario.
- Pacientes que no aceptaron contestar el cuestionario en forma completa.

2.5.2 Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas
- Que el paciente no desee concluir el interrogatorio
- Que se den de baja por la institución
- Que se cambien de clínica

2.6 Variables

Definición conceptual y operativa de las variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALORES QUE ADQUIERE LA VARIABLE.
EDAD	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació hasta el momento.	Cuantitativa. Absoluta.	De 0 a N años
SEXO	Conjunto de caracteres orgánicos que en cada especie distinguen el macho de la hembra.	Cualitativa. Nominal.	1.- Masculino 2.- Femenino

RELIGION	Conjunto de creencias, normas morales y prácticas rituales relacionadas con la divinidad. Virtud que mueve a dar culto a Dios.	Cualitativa Nominal.	1.- Católica 2.- Evangélica 3.-Mormón 4.-Testigos de Jehová 5.- Otra
OCUPACIÓN	Acción y efecto de ocupar. Actividad o trabajo en que se emplea el tiempo. Empleo, cargo, oficio.	Cualitativa.	1.-Ama de casa. 2.-jubilado 3.-desempleado 4.subempleado 5.-estudiante 6.- campesino 7.-artesano 8.- obrero, 9.-conductor de auto (chofer) 10.- Técnico, empleado, profesional 11.-Artista 12.- comerciante establecido 13.- empresario 14.-directivo, 15.- servicios diversos, 16.-otras ocupaciones no especificadas.
ESCOLARIDAD	Nivel de estudios concluidos. Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Cualitativa	1.- Preescolar. 2.- Primaria. 3.- Secundaria. 4.- Bachillerato. 5.- Profesional. 6.- Maestría. 7.- Doctorado. 8.- Otros.
SALUD REPRODUCTIVA	Es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.	Cuantitativa. Cualitativa.	1.-GESTA. 2.- PARA. 3.- ABORTOS. 4.-CESÁREAS. 5.-PLANIFICACION FAMILIAR.
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Cualitativa	1.-Soltero. 2.- casado. 3.- unión libre. 4.- divorciado. 5.- Viudo. 6.- Años de unión conyugal.
FACTORES DEMOGRÁFICOS	Son los factores relativos a los aspectos y modelos culturales,	Cuantitativas	1.-Número de hijos. 2.- Otras personas que vivan en el hogar.

	creencias y actitudes y sus características de población, natalidad, morbilidad.		
CLASIFICACION ESTRUCTURAL DE FAMILIAS	Es la distribución y orden que guardan los núcleos familiares.	Cualitativa. Nominal. Discreta.	1.-Nuclear (simple, numerosa, ampliada, binuclear, reconstruida), 2.-Extensa (ascendente, descendente). 3 Mono parental (simple, ampliado). 4. Equivalentes familiares. 5.- Persona que vive sola.
CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS:	Es la serie de etapas o fases que se suceden en una familia a través del tiempo, desde su creación hasta su disolución.	Cualitativa. Nominal. Discreta.	1.-Matrimonio. 2.- Expansión. 3.-Dispersión. 4.- Independencia. 5.- Retiro y muerte.
FACTORES ECONÓMICOS	Son los factores que afectan el poder de compra de los patrones de gastos de la comunidad.	Cuantitativa	ingreso familiar en pesos al mes o salarios mínimos y los otros son factores o características de la vivienda. 1.-No. Personas que contribuyen al ingreso familiar. 2.- Casa (propia, prestada, rentada, financiamiento). 3.- Agua entubada. 4.-Automóviles. 4.-Teléfono. 5.- Computadora.
DESARROLLO COMUNITARIO	Se refiere a un crecimiento sostenido en la situación de las familias desde los puntos de vista económico, social, político y cultural. Es decir, el mejoramiento de la calidad de vida de éstas personas en todos los aspectos.	Cualitativa	1.-Servicios de agua potable. 2.- Drenaje. 3.-Energía eléctrica. 4.- Servicio telefónico. 5.- Alumbrado público. 6.- Pavimentación. 7.- Banquetas. 8.-Transporte público. 9.-Vigilancia.
MARGINACIÓN FAMILIAR	Fenómeno estructural múltiple que valora dimensiones, formas e intensidades de exclusión en el proceso de desarrollo y disfrute que viven las familias dentro de una sociedad, en los aspectos de educación, vivienda, ingresos monetarios, etc.	Cualitativa.	1.-Ingreso económico familiar. 2.-Número de hijos dependientes económicamente. 3.-Escolaridad materna. 4.-Hacinamiento (número de personas por dormitorio).
FACTORES DE RIESGO	Son características o circunstancias	Cualitativa. Nominal.	1.-Diabetes. 2.- Hipertensión. 3.- Enfermedades del corazón. 4.-

FAMILIAR	detectables en un grupo familiar, asociadas con una probabilidad mayor de experimentar una enfermedad o accidente.	Discreta.	CaCu. 5.-Ca Mama. 6.-Ca prostático. 7.- Enfermedad Cerebro vascular. 8.- Asma. 9.- VIH 10.-SIDA/VIH. 11.-Otras ETS. 12.- HEPATITIS. 13.- Tuberculosis Pulmonar.14.- Obesidad. 15.- Desnutrición. 16.- Anorexia/ bulimia. 17.- Tabaquismo. 18.- Alcoholismo. 19.- Otras farmacodependencias. 20.- Violencia intrafamiliar. 21.- Enfermedades Psiquiátricas. 22.- Riesgo ocupacional. 23.- Discapacid
APOYO DE CUIDADORES	Es la ayuda que se brinda a un individuo que no pueda valerse por sí mismo.	Cualitativa	N Familiares que proporcionan cuidados.

2.7 Instrumento de recolección

La CEBIF fue diseñada por los profesores del Departamento de Medicina Familiar de la UNAM, en el año de 1997, y está integrada por 126 variables, dentro de once áreas de información relacionadas con el estudio básico de la familia (ver anexo uno).

Cabe señalar, que la medicina familiar, tiene el objetivo de realizar un diagnóstico de salud e identificar los motivos más frecuentes de consulta.

2.7.1 Organización de la CEBIF

- Identificación (5 variables)
- Salud reproductiva familiar (19 variables)
- Factores demográficos de la familia (16 variables)
- APGAR familiar (5 variables)
- Factores económicos de la familia (18 variables)
- Índice simplificado de marginación familiar (4 variables)
- Redes sociales y de apoyo a la familia (18 variables)
- Factores de riesgo (patología familiar) (30 variables)
- Atención a la salud del niño (8 variables)
- Apoyo de cuidadores (4 variables)

2.9 Método de recolección

La aplicación de la CEBIF, se realizó durante los meses de julio y agosto del 2009 en el servicio de urgencias de la Clínica Hospital del ISSSTE de Pinotepa Nacional, Oaxaca, con la previa autorización de los investigadores del Departamento de Medicina Familiar y las autoridades de la Clínica Hospital, se decidió aplicar las cédulas en el consultorio de urgencias, hospitalización y en ocasiones en la sala de espera del servicio de urgencias, aplicando como promedio cuatro al día, con una duración de 20 a 30 minutos por cada persona entrevistada.

La aplicación del cuestionario fue realizado por la autora de este trabajo.

Se construyó una base de datos para la información obtenida, utilizando el programa estadístico SPSS versión 5, haciendo la aclaración que se realizaron dos bases de datos, una del paciente que se entrevisto y otra de la familia.

2.10 Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo, con medidas de tendencia central, dispersión y de resumen.

2.11 Recursos humanos, materiales y financieros

El propio investigador aplicó la CEBIF con la técnica de entrevista dirigida. Los recursos materiales que usó fueron:

Lápices, hojas blancas, gomas de borrar, plumas, perforadora, engrapadora, clips, laptop propia, software estadístico, impresora, marcadores, plumones, impresora.

En cuanto al financiamiento estuvo a cargo del propio investigador.

2.12 Consideraciones Éticas

Se realizó este trabajo de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos; contenidos en la “Declaración de Helsinki”, de la Asociación Medica Mundial,

enmendada en la 52° Asamblea General Mundial, Edimburgo, Escocia, 2000; además se apega al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en México, el cual se apega al título segundo, capítulo uno, artículo 17, categoría 1 que dice: “ investigación sin riesgo”. Debido a que los individuos que participaron en el estudio, únicamente aportaron datos a través de la entrevista y se revisaron expedientes clínicos, hojas de consulta diaria de pacientes, lo cual no provoca daños físicos ni mentales.

La declaración de Ginebra de la asociación médica mundial señala el deber del médico con las palabras “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y en el código internacional de ética médica se declara que:

“el médico debe actuar solamente en interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la fortaleza mental y física de aquel”.

El propósito de la investigación biomédica en seres humanos debe ser; mejorar los procedimientos diagnósticos terapéuticos y preventivos y la comprensión de la etiología y la patogenia de las enfermedades.

En el campo de la investigación biomédica debe hacerse una distinción fundamental entre la investigación médica cuyo fin es esencialmente diagnóstico o terapéutico para un paciente, y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y que no tiene valor diagnóstico terapéutico directo para la persona sujeta a la investigación.

Debe subrayarse que las normas descritas son solo una guía para los médicos de todo el mundo. Los médicos no están exentos de las responsabilidades penales civiles y éticas bajo la ley de sus propios países.

3. RESULTADOS

Se aplicaron 134 cédulas, sin embargo los resultados que a continuación se describen es de 130, debido a que las cuatro cédulas faltantes los derechohabientes no quisieron concluir la entrevista.

La media de edad de las madres entrevistadas fue de 39 años, con una desviación estándar de 10.78 y un mínimo 18 y máximo de 78, mientras que la edad de los varones fue de 42 años, con una desviación estándar de 11.15 y un mínimo de 21 y máximo de 75.

La escolaridad de la mayoría de madres analizadas en promedio fue de 12 años, con una desviación estándar de 5.66 y de los padres la media fue de 13, con una desviación estándar de 5.45.

El estado de civil de los cónyuges reporta que el 79,2% están casados, y el 9,2% en unión libre. Los años de matrimonio en las parejas fueron de 15 años.

En la variable de planificación familiar, se encontró que el método predominante fue la salpingoclasia bilateral, en un 28,5% y sin método el porcentaje fue de 50,8%, el DIU de 6,2%, los hormonales orales registran un porcentaje de 3,1%, el preservativo en un porcentaje de 3,4.

En relación a la salud reproductiva, se encontró que la media de embarazos fue de 3, con una desviación estándar de 2.07, con un porcentaje de 27%. La media de partos reportados fue 2 con una frecuencia de 25 en un porcentaje de 27, 2 .y una desviación estándar de 2.078.

.Con relación a los abortos, la frecuencia fue de 1 en un porcentaje de 58,1, de 2 y 3 abortos, en un porcentaje de 19,4.

En cuando a cesáreas realizadas, la frecuencia fue de 47 mujeres, que reportan un porcentaje de 100.0

De los pacientes encuestados predomino el sexo femenino con 76% y el masculino con el 30%.

Clasificación estructural de la familia.

Se encontró que predomina la familia nuclear simple en un porcentaje de 48,8, y la nuclear numerosa, en un 35,0, mientras la ampliada se da en un porcentaje de 12,2. En relación a la familia extensa se encontró que fue más frecuente la ascendente, en un 68,0 y la descendente en un 32,0. Y en la clasificación estructural de la familia, persona que vive sola, se encontró una frecuencia de 12 con un porcentaje de 9,2.

Ciclo vital de la familia.

Se encontró que la etapa más frecuente del CVF, fue de dispersión en un porcentaje de 69,3 y la de expansión en un porcentaje de 11,8, de independencia de 7,9.

En relación al número de personas que contribuyen al ingreso familiar, los datos arrojan que son 2 personas, es decir la pareja, en un porcentaje de 59,2, y de una sola persona en un porcentaje de 35,4.

Factores económicos

La mayoría de las familias cuenta con casa propia, en un porcentaje de 93,8, y rentada en un porcentaje de 6,2, que el agua que tiene en su domicilio es entubada en un porcentaje de 56,9 y de pozo, en un 43,1.

Respecto a vehículos particulares, más de la mitad cuenta con un coche propio, en un porcentaje de 86,1;% y el 89,2% con una línea telefónica; y un 97.% con computadora todos tienen energía eléctrica y drenaje subterráneo en un porcentaje de 100,0%.

En cuanto a la educación de los hijos, la mayoría asiste a escuela pública, con una frecuencia de 88% dando un porcentaje del 67,7. El número hijos en escuela privada, es muy bajo, y registra una frecuencia de 5 con un porcentaje de 3,8.

La mayoría de familias tiene alumbrado público, pavimentación, banquetas, servicios de transporte público y vigilancia en un porcentaje de 100.

Ingreso económico familiar

Respecto a los ingresos económicos que perciben las familias, donde más de la mitad son maestros, los datos arrojan que su sueldo es de, más de 7 salarios mínimos, en un porcentaje de 36,2 y de cinco a seis salarios mínimos, en un 30,0, de 3 a 4 salarios mínimos en un 30,0 y de uno a dos salarios mínimos, en un porcentaje de 3,8.

Los hijos que dependen económicamente de sus padres, es de dos hijos en un porcentaje de 31,5, y de tres o más hijos, en un porcentaje de 30,0. La situación de hacinamiento, reporta: de una a dos personas, en un porcentaje de 92,3, de tres o más personas, 7,7.

Redes sociales y de apoyo

Los datos indican que en un porcentaje de 85,4 se apoyan en su pareja, y en un porcentaje del 6,9 en sus hijos mayores, mientras que padres y abuelos ocupan un porcentaje del 2,3. Todas las familias entrevistadas acuden al ISSSTE.

Persona que vive sola se reportó una frecuencia de 12 con un porcentaje de 9%.

Enfermedades crónicas degenerativas

En este rubro los datos señalan que la diabetes mellitus ocupa un porcentaje de 50, en los padres, siguiendo la hipertensión arterial, en un porcentaje de 35,7, mientras que la insuficiencia renal reporta un porcentaje del 7,1, y las enfermedades del corazón quedan en un porcentaje del 3,6. Y en relación a los hijos, se encontró que el asma ocupa un porcentaje del 44,4.

En relación con los abuelos, la enfermedad más común, sigue siendo la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, enfermedades del corazón, cáncer, y enfermedades cerebro vascular.

Enfermedades infecciosas

Se encontró la tuberculosis pulmonar, en un porcentaje de ,8 y en el papá, las ETS, en un porcentaje de 33,3 la hepatitis; en los abuelos la TB pulmonar en un 2,3; en tíos SIDA VIH en un porcentaje de ,8.

Trastornos de la nutrición

Los datos reflejan que la madre, padre, hijos y abuelos, reportan obesidad, predominando en primer lugar de porcentaje la obesidad y en segundo lugar la desnutrición.

Factores de riesgo, patología familiar

El tabaquismo reporta un porcentaje de 3,1; el alcoholismo en un porcentaje de 8, la violencia intrafamiliar en .8, enfermedades siquiátricas en un porcentaje de 3,1.

Atención de la salud del niño

Se encuentran las IRAS, en un porcentaje del 10,8, y las EDAS en un porcentaje de ,8. La aplicación de vacunas en niños de 0 a 5 años, se encontró que el esquema se completó adecuadamente en un porcentaje de 100,0. El estado nutricional en niños de 0 a 5 años, se reporta normal, en un porcentaje de 60,0, y de obesidad, en un porcentaje de 6,9.

Apoyo de cuidadores

Los datos arrojaron que un 69,8 por ciento no cuida a algún familiar enfermo y el 30,2 por ciento, dijo sí cuidar a algún familiar enfermo. En su mayoría la persona que proporciona los cuidados es el hijo en un 52,0 por ciento a su madre en un porcentaje del 36,0; en un 16,0 a la suegra; a la bisabuela en un 12,0, a los nietos en 4,0, y a la abuela en 8,0.

El principal motivo por el que necesitan cuidado, es por enfermedad en un porcentaje de 10,0; y el segundo, por edad avanzada, en un 7,7, el tercero, por viudez, en un porcentaje de 1,5.

Detección de CACU

Los datos arrojan que la mitad de las mujeres sí acuden a detección oportuna de CACU en un 50%, y el otro 50 % no lo hace.



Fuente: CEBIF n.130 Familias

Detección de cáncer de mama anual

Sí acudieron a detección de cáncer de mama en un 31,5% y no acudieron un 68,5%. En un porcentaje de 98,5%, los datos de las pruebas resultaron negativos para CACU y de mama.

APGAR familiar

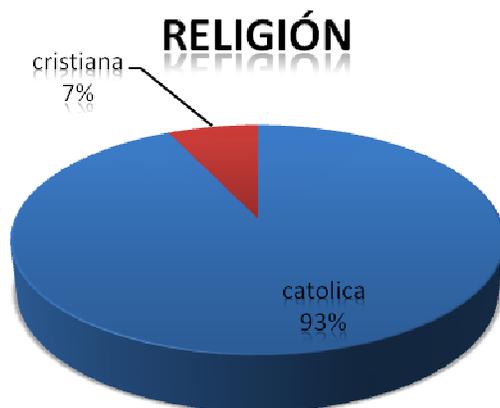
En el APGAR familiar: la mayoría de pacientes entrevistados contestaron positivamente a la ayuda que reciben de sus familiares.

La calificación final del APGAR reporta 10, con un porcentaje del 89,2% y la clasificación reporta de 7 a 10 (apoyo alto), con un porcentaje de 89,2%.

Clasificación de la familia por el índice simplificado de marginación familiar

Se encontró que la mayoría de familias encuestadas reporta de 0-3 sin evidencia de pobreza un porcentaje de 63% y de 3.5-6 pobreza familiar baja en un porcentaje de 33%.

Con respecto a la religión que profesan son católicos en un 92%. otra religión como la cristiana un porcentaje de 7%.



Con relación a realizar ejercicio se encontró que solo un 25% lo realizan al aire libre y un 75% no lo realiza.



Recreación: su tiempo libre lo dedican a estar en su casa.

CALIFICACIÓN FINAL DEL APGAR FAMILIAR

VALIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	1	,8
5	13	10,0
10	116	89,2
TOTAL	130	100,0

Fuente: CEBIF n.130 Familias.

CLASIFICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR

VÁLIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-3 Escaso o nulo apoyo	1	,8
4-6 Apoyo medio	13	10,0
7-10 Apoyo alto	116	89,2
TOTAL	130	100,0

Fuente: CEBIF n. 130 Familias.

ÍNDICE SIMPLIFICADO DE MARGINACIÓN FAMILIAR (ISMF)

VÁLIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-3 Sin evidencia de pobreza	83	63,8
3.5-6 Pobreza familiar baja	43	33,1
6.5-10 Pobreza familiar alta	4	3,1
TOTAL	130	100,0

Fuente: CEBIF n.130 Familias.

CLASIFICACIÓN ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA NUCLEAR

VÁLIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Simple	60	46,2
Numerosa	43	33,1
Ampliada	15	11,5
Binuclear	5	3,8
TOTAL	123	94,6
PERDIDOS	7	5,4
SISTEMA		
TOTAL	130	100,0

Fuente: CEBIF n 130 Familias.

CLASIFICACIÓN ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA EXTENSA

VÁLIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ascendente	17	13,1
Descendente	8	6,2
TOTAL	25	19,2
PERDIDOS	105	80,8
SISTEMA		
TOTAL	130	100,0

Fuente: CEBIF n 130 Familias.

ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

VÁLIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Matrimonio o unión conyugal	6	4,6
Expansión	15	11,5
Dispersión	88	67,7
Independencia	10	7,7
Retiro	8	6,2
TOTAL	127	97,7
PERDIDOS SISTEMA	3	2,3
TOTAL	130	100,0

Fuente: CEBIFn 130 Familias.

NÚMERO DE PERSONAS QUE CONTRIBUYEN AL INGRESO FAMILIAR

VÁLIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	46	35,4
2	77	59,2
3	5	3,8
4	2	1,5
TOTAL	130	100,0

Fuente: CEBIF 130 Familias.

ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS

VÁLIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	78	60,0
Desnutrición	2	1,5
Obesidad	9	6,9
TOTAL	89	68,5
Perdidos Sistema		31,5
TOTAL	41	100,0
	130	

Fuente: CEBIF 130 Familias.

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE MORBILIDAD EN EL CONSULTORIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA HOSPITAL DEL ISSSTE, DE PINOTEPA, NACIONAL, OAXACA

NUMERO PROGRESIVO	CAUSA	TOTAL DE CASOS
1	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	1946
2	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	976
3	GASTROENTERITIS AGUDA	711
4	ACCIDENTES Y VIOLENCIA	180
5	OTITIS MEDIA AGUDA	130
6	VARICELA	109
7	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	70
8	ASMA	70
9	DIABETES MELLITUS	60
10	LITIASIS RENOURETERAL	60

Fuente: hojas diarias de consulta

CALIFICACIÓN FINAL DEL APGAR FAMILIAR

Fuente: CEBIF n.130 Familias.



4. DISCUSIÓN

En el presente estudio efectuado en el consultorio de urgencias de la clínica hospital de Pinotepa Nacional, Oaxaca se encontró que los usuarios cuentan con el beneficio de la seguridad social con un nivel socioeconómico medio con un ingreso de 5 a 6 salarios mínimos, laborando en la mayoría de los casos la pareja, lo que hace que cuenten con casa propia y todos los servicios de urbanización; predomina el sexo femenino en relación con el masculino, la edad promedio oscila entre los 20 y los 30 años siendo la mayoría maestros de educación primaria pertenecientes al IEEEEPO.

Las enfermedades que se encontraron en orden de frecuencia fueron las infecciones respiratorias agudas, seguidas de las infecciones urinarias y las diarreas, ocupando también un lugar los accidentes y violencia; seguidas de las enfermedades crónico-degenerativas.

Comparándolas a nivel local, estatal y nacional vemos que conforman el mismo patrón de morbilidad general en México.

En general el perfil de las familias conforma una población económicamente activa, son jóvenes, por lo tanto el ciclo vital más frecuente fue el de dispersión, predominó el sexo femenino, con un nivel de estudios profesional “maestros del IEEEEPO”. Las familias en su mayoría son nucleares, modernas.

La percepción del derechohabiente sobre el trato y la comunicación recibidos por el médico fue excelente a pesar de haber realizado las encuestas en un consultorio de urgencias y en algunas ocasiones en hospitalización, la atención fue satisfactoria.

Así mismo en esta investigación se encontró que las enfermedades crónicas degenerativas tienen un patrón similar a nivel local, estatal y nacional predominando los mismos factores de riesgo.

En base a lo anterior es necesaria una atención rápida y adecuada, orientando a las familias hacia una cultura de prevención de las enfermedades para así lograr una mejor calidad de vida como individuo, familia y sociedad.

El compromiso fundamental del médico familiar es el dar una atención eficiente, conocer a las familias y a la comunidad donde presta sus servicios para la conservación e integridad del derechohabiente.

5. CONCLUSIONES

En el presente estudio efectuado en el consultorio de urgencias del ISSSTE de la Clínica Hospital de Pinotepa Nacional, Oaxaca, participaron pacientes que eran maestros pertenecientes al IEEEEPO.

Los pacientes entrevistados son una población heterogénea que reside en localidades aledañas a Pinotepa, Nacional, todos ellos con derecho a la seguridad social y con un nivel socioeconómico que los clasifican con un nivel de pobreza de acuerdo al ISMF; sin evidencia de pobreza, con 83% y pobreza familiar baja 17%, teniendo ingresos de cinco salarios mínimos o más.

Cabe destacar que la mayoría de las personas consultadas son maestros y que el grupo se comporta de acuerdo a las expectativas nacionales.

En el estudio se visualizó que prevalece el sexo femenino, en comparación con el sexo masculino, que la edad promedio es de 30 a 40 años, población productiva con una escolaridad promedio de 12 años y/o más con un nivel de estudios elevado, pues un alto porcentaje son profesionistas.

Las familias estudiadas en su mayoría son nucleares, modernas, con un promedio de tres hijos, que tienen las edades de entre 5 a 10 años; en relación al ciclo vital familiar la mayoría se encuentra en fase de dispersión.

Dentro del rubro de salud reproductiva, se puede observar que la madre sigue siendo quien lleva el control de la natalidad, y el método más utilizado es la obstrucción tubárica bilateral. Se comprobó la prevalencia de los factores de riesgo comunes, a los grupos con estatus socioeconómico medio.

Es importante implementar programas de detección de Ca Cu y cáncer de mama ya que aún existe cierto tabú en las mujeres para la realización de estas enfermedades.

También hacer hincapié en fomentar el ejercicio físico y las actividades recreativas con el fin de conservar la salud; así reforzaremos y estaremos aplicando lo que es la esencia de la medicina familiar, como es el estudio de las familias con anticipación al riesgo y continuidad.

Las limitaciones con las que me encontré, son las siguientes: por el tipo de servicio algunas veces tuve que esperar al paciente a que se recuperara o a realizar la entrevista en hospitalización, otras en la sala de espera del servicio de urgencias.

Durante la investigación²⁵ que realicé pude notar que la mayoría de las personas entrevistadas apreció el tiempo que les dediqué para aplicarles el cuestionario, lo que dio como resultado una buena relación médico-paciente-familia.

Con base a los objetivos generales que menciono en este trabajo, se cumplieron los objetivos generales del mismo.

6. BIBLIOGRAFIA

- 1) Soberon AG. Testimonios 1988: especialidades médicas. Edit. Fondo de Cultura Económica. México 1989 Vol. IV, TII.
- 2) Programa Único de Especializaciones Médicas, Edit. UNAM, México 2007.
- 3) URL: <http://www.medicinabiofisica.net/admin/ficheros/1155027435.pdf>. consultada abril 2009. con 11ventanas.
- 4) Martín ZA. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Edit. Elsevier, 5ºed., Barcelona, pp:1-18.
- 5) Gallo FJ, Altisent TR, Diez EJ, Fernández SC, Foz I GiG, Granados MMI, Lago DF. Perfil profesional del médico de familia. Aten Primaria 1999; 23(4):236-242.
- 6) Garza T, Ramírez AJM, Gutiérrez HRF. Relación de colaboración médico-paciente-familia. Arch Med Fam 2006; 8(2):57-62.
- 7) Turabian JL. ¿Qué es la atención primaria? En: Turabian JL Cuadernos de medicina familiar y comunitaria. Una introducción a los principios de medicina de familia. Edit Díaz de Santos, 1ºed. Barcelona, Cap.1.
- 8) Turabian JL. Atención primaria orientada hacia la comunidad (APOC). En: Turabian JL Cuadernos de medicina familiar y comunitaria. Una introducción a los principios de medicina de familia. Edit Díaz de Santos, 1º ed. Barcelona, Cap.
- 9) Goldberg BW. Atención primaria basada en la población. En: Martín ZA. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Edit Masson 4ºed. 1996, Barcelona, 351-364.
- 10) Goldberg BW. Atención primaria basada en la población. En: Martín ZA. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Edit Masson 6ºed. 2006, Barcelona, pp: 44-52.

- 11) Gofin J. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de modelo de salud publica en la atención primaria. Rev Panam Salud Pub 2007; 21(2-3):177-180.
- 12) Argimon PJM, De Peray BJL. Análisis de la situación de salud. En: Martin ZA. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Edit Masson 6°ed. 2006, Barcelona, pp
- 13) Irigoyen CEA, Morales LH. Modelo sistemático de atención médica familiar: MOSAMEF. En: Irigoyen CEA. Nuevos fundamentos de medicina familiar. Edit. Medicina Familiar Mexicana, 2°, Mé xico Cap 11, pp: 152-169.
- 14) Irigoyen CAE. EL modelo sistemático de atención médica familiar. ¿Piedra Rosetta para la medicina familiar.?. Arch Med Fam 2000; 2(1): 5-6.
- 15) Irigoyen CAE, Morales LH. MOSAMEF: Bases conceptuales. Edit. Medicina Familiar Mexicana, 2000, México.
- 16) Santacruz VJ. La familia como unidad de análisis. Rev Med IMSS 1983; 32:
- 17) 1°Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. Elementos esenciales de la medicina familiar. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Arch Med Fam 2005; 7(supl.1):13-14.
- 18) Declaración de Helsinki, de la Asociación Medica Mundial, enmendada en la 52°Asamblea General Mundial, Edimburgo, Escocia , 2000.
- 19) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en México, título segundo, capitulo uno, artículo 17 1983; pp11-13.

- 20) Rodríguez MJ. plan pastoral parroquial y Parroquia de Santiago apóstol Pinotepa Nacional. Diócesis de Puerto Escondido Oaxaca. Centro de Estudios Ecuménicos A: C. 2008, México, pp:
- 21) Bernal LI. Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. Rev Cubana MD Gral. Integr 2004; 20(3): 1-9.
- 22) Flores MO. La Investigación en medicina familiar. Rev Med Fam (Caracas) 2004; 12(1):9-12.
- 23) Gómez CJF. Irigoyen CAE. La pobreza, generadora de enfermedad en el ámbito familiar. Arch Med Fam 2000, 2(2):35-37.
- 24) INEGI Cuadernos estadísticos del gobierno del estado de Oaxaca 1994.
- 25) Ocampo BP. La investigación científica en la práctica clínica del médico familiar. Arch Med Fam editorial 2006; 8(2)53.

ANEXOS

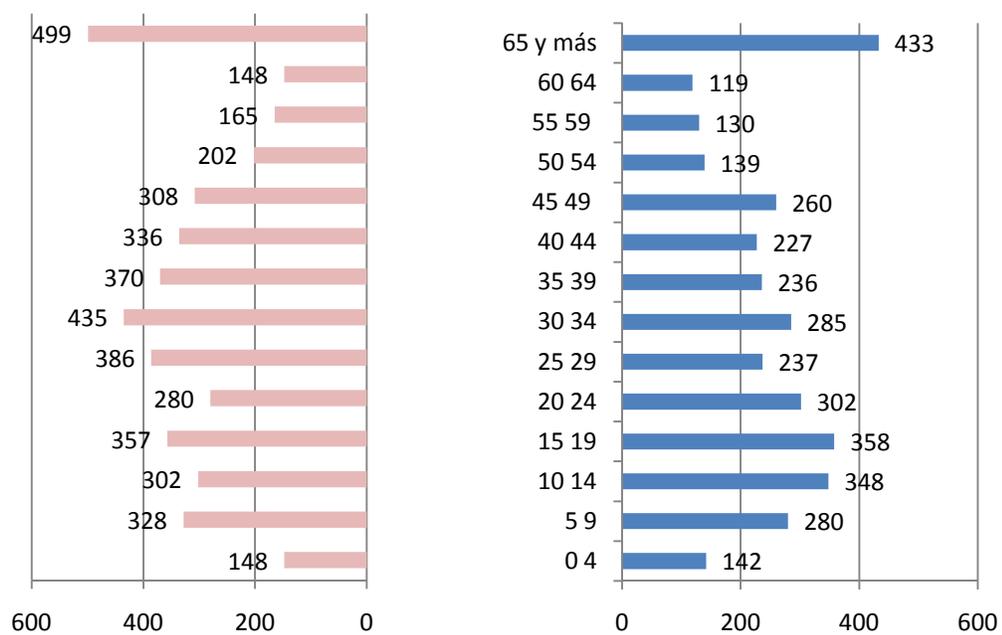
PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LA CLÍNICA HOSPITAL DEL ISSSTE SANTIAGO PINOTEPA NACIONAL, OAXACA

2009

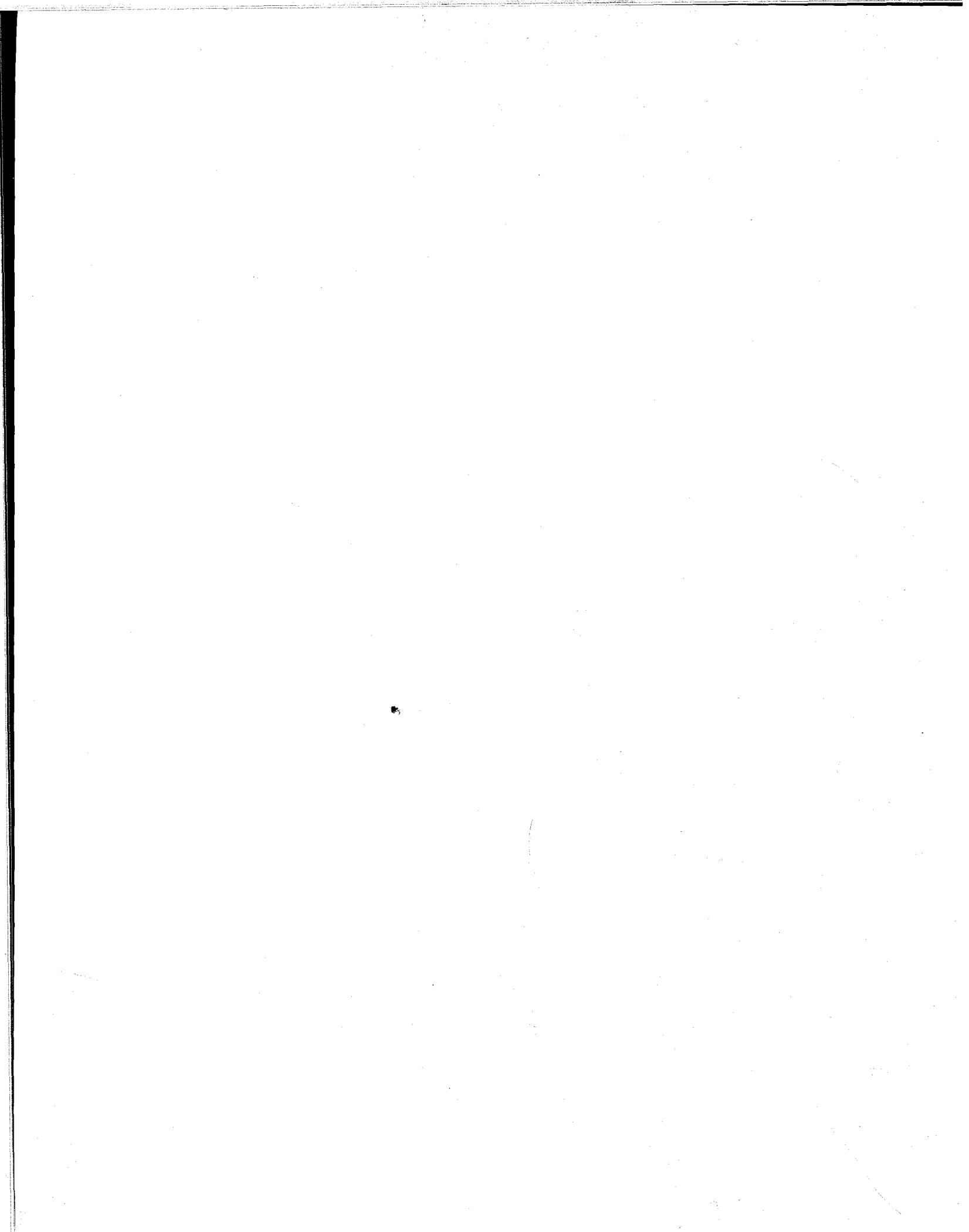
MUJERES

HOMBRES

EDAD



Población total 7760





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: _____						
				SALUD REPRODUCTIVA						
	Edad	Ocupación	Esc. (años)	A.G.O.				PF.		Método
				G	P	A	C	Embarazo		
Madre								Si	No	
Padre								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"> ▪ RN a un año _____ ▪ 1 a 4 años _____ ▪ 5 a 10 años _____ ▪ 11 a 19 años _____ ▪ 20 o más años _____ ▪ Total _____ 	<p>Con parentesco familiar. (abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueras, yernos) Num. _____, Especifique: _____</p> <p>Sin parentesco familiar. (compadres, amigos, servicio doméstico, huéspedes) Num. _____, Especifique: _____</p>
Clasificación Estructural de la Familia	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nuclear <ul style="list-style-type: none"> Simple () Numerosa () Ampliada () Binuclear () Reconstruida () ▪ Extensa <ul style="list-style-type: none"> Ascendente () Descendente () 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monoparental <ul style="list-style-type: none"> Vive en casa de la familia de origen () Simple () Ampliada () La familia de origen vive en casa de la familia monoparental () ▪ Equivalentes familiares () ▪ Persona que vive sola ()
Etapa del Ciclo Vital de la Familia	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matrimonio o unión conyugal () ▪ Expansión () ▪ Dispersión () 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Independencia () ▪ Retiro ()

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

Índice Simplificado de Marginación Familiar		
Indicadores	Categorías	Punt.
Ingreso económico familiar	< 1 salario mínimo	4
	1-2 salarios mínimos	3
	3-4 salarios mínimos	2
	5-6 salarios mínimos	1
	> 7 salarios mínimos	0
Número de hijos dependientes económicos	3 ó más hijos	2.5
	2 hijos	2
	1 hijo	1
	ningún hijo	0
Escolaridad materna	Sin instrucción	2.5
	Primaria incompleta	2
	Primaria completa	1
	Post-primaria	0
Hacinamiento (número de personas por dormitorio)	3 o más personas	1
	1 a 2 personas	0
Total		

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

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

c= en control sc=sin control

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

APOYO DE CUIDADORES

¿Algún miembro de su familia proporciona cuidados continuos a alguna persona enferma? No ____ Si ____

¿Quién proporciona los cuidados? _____

¿A quién le proporciona los cuidados? _____

¿Cuál es el motivo o la enfermedad por el que necesita cuidados? _____

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

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

Número	Nombre	Parentesco	Edad	Sexo		Escolaridad en años	Ocupación
				1= mujer	2= hombre		
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(♀) de casa (hogar)	Meses = años 0 = 0.000 1 = 0.083 2 = 0.166 3 = 0.250 4 = 0.333 5 = 0.416 6 = 0.500 7 = 0.583 8 = 0.666 9 = 0.750 10 = 0.833 11 = 0.916 12 = 1.000
02 = Padre	02 = Jubilado / pensionado	
03 = Hijo	03 = Desempleado (sin trabajo remunerado ni por cuenta propia)	
04 = Nuera	04 = Subempleado (vendedor informal, ambulante, etc.)	
05 = Yerno	05 = Menor de edad (menores de 4 años)	
06 = Nieto	06 = Estudiante (pre-escolar hasta posgrado)	
07 = Hermanos maternos	07 = Estudia y trabaja	
08 = Hermanos paternos	08 = Campesino	
09 = Sobrinos maternos	09 = Artesano	
10 = Sobrinos paternos	10 = Obrero	
11 = Primos maternos	11 = Conductor de auto, camioneta o camión (chofer)	
12 = Primos paternos	12 = Técnico (electricista, carpintero, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.)	
13 = Abuelos maternos	13 = Empleado (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.)	
14 = Abuelos paternos	14 = Profesional (maestros, médicos, sacerdotes, arquitectos, ingenieros, abogados, enfermeras, psicólogos, etc.)	
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)	
	FUENTES DIVERSAS - (gestor, mesero, soldado, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, trabajadora doméstica, etc.)	
	20 = Otras ocupaciones no especificadas	

HOJA DE REGISTRO DE DATOS GENERALES

1.- Edad _____ años DONDE NACIO?

Marque con una X la respuesta correspondiente.

2.- Escolaridad:

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Preparatoria ()
- Licenciatura ()
- ✓ Carrera Técnica ()
- No realizo estudios ()

3.- Estado Civil:

- Casada ()
- Soltera ()
- Divorciada ()
- Viuda ()
- Unión Libre ()

4.- Ocupación:

- Labores del Hogar ()
- Empleada ()
- Campesina ()
- Estudiante ()
- Profesionista ()

5.- A QUE RELIGION PERTENECE? CATOLICA(SI () . NO. ()
CATOLICA
OTRAS: CUAL?

6.- Usted hace algún tipo de ejercicio, sí() Cuál. NO. ()

7.- ¿QUE HACE EN SU TIEMPO LIBRE, ?

8.- TOMA ALCOHOL, (SI() . NO() . DE CUAL?