

11226
20/205



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

División de Estudios Superiores
FACULTAD DE MEDICINA
Hospital General de Zona No. 29 Aragón I M S S

LA MEDICINA FAMILIAR COMO SUGERENCIA
PARA LA PRACTICA MEDICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER RECONOCIMIENTO
UNIVERSITARIO COMO ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. RUTH VAZQUEZ ROMAN



México, D. F.

1986.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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.

S U M A R I O

PAGS.

1.- INTRODUCCION.....	1
2.- DISEÑO DE INVESTIGACION.....	2
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
4.- JUSTIFICACION.....	5
5.- MARCO TEORICO.....	6
6.- OBJETIVOS.....	7
7.- HIPOTESIS.....	8
8.- MATERIAL Y METODOS.....	9
9.- RESULTADOS.....	10
10.- CONCLUSIONES.....	48
11.- BIBLIOGRAFIA.....	53

INTRODUCCION

Para conocer y comprender los procesos de salud-enfermedad de los últimos años es necesario conocer los mecanismos sociales que la generan .

El proceso de desarrollo capitalista en México hacia la industrialización llevó consigo una "modernización" en las áreas urbanas ; Creación de infraestructuras para dicho desarrollo, capacitación tecnológica, centros de enseñanza superior, implantación de una medicina tecnologicada e individualista en mayor apoyo sobre otras etc. Todos los que vivían en medio urbano de alguna manera sintieron el desarrollo, pero las poblaciones campesinas quedaron al margen y contribuyeron para ese desarrollo desigual. Entender esto es comprender el fracaso de la medicina especializada, que sus signos críticos se observan en el desempleo y en la insuficiencia para dar salud a la población . La medicina familiar viene a ser una alternativa en estos momentos conyunturales para la problemática de salud, através de menos gastos y más eficiencia, y dadas las características de las patologías de nuestra población.

DISEÑO DE INVESTIGACION

TEMA:

LA MEDICINA FAMILIAR COMO SUGERENCIA PARA
LA PRACTICA MEDICA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante estos últimos años se vislumbra que la capacidad médica en términos tanto cualitativos como cuantitativos, no han respondido de una manera efectiva a las necesidades de salud en el país, quedando con ello que las clases sociales con más altos ingresos son las que se han beneficiado en el sector salud, y sobre todo en las áreas urbanas. Estos servicios de salud están constituidos por lo que conocemos la medicina altamente especializada, por lo cual podemos decir que nuestro modelo de salud ha sido copiado de los modelos que se dan en los países llamados desarrollados. Un nuevo enfoque es que hay que buscar un modelo que se adapte más a las necesidades de la población, principalmente para las clases sociales más desfavorecidas económicamente, para lo cual se requiere de un tipo de medicina que pueda solucionar más su patología social. Es por esto que gran parte de la infraestructura médica debe dar más apoyo a la medicina familiar, ya que esta como especialidad joven no se le ha dado la importancia que puede tener como solución al problema de salud men

cionado . El problema a investigar radica en analizar modelos anteriores en términos de calidad y cantidad y proponer a la medicina familiar como un modelo más eficiente a nuestras necesidades de salud. Esto se va demostrar en un análisis de caso en que gran parte de las patologías vistas a nivel de las diferentes especialidades, son las mismas que se presentan a nivel de medicina familiar, por lo tanto pudiendose resolver gran parte de estas por la medicina familiar.

JUSTIFICACION

Escogí este tema , porque dadas las características históricas y conyunturales del país, las experiencias en este último periodo nos enseñan que - en México la práctica médica tiene que canalizarse hacia formas específicas de nuestro medio , es decir no ser tan dependientes y poder atender a grandes sectores de la población . Por lo que este estudio va enfocado a este interés , el de conocer más nuestras necesidades patológicas y no importar -- prácticas médicas del extranjero . Lo mismo que - las políticas de salud , las cuales deben ser aplicadas a un estado benefactor social.

MARCO TEORICO

Por lo regular la mayor parte de este tipo de investigaciones ,recurren al método empírico(encuestas, entrevistas,estadísticas,observación) y descuidan lo que es el aspecto teórico.

En este trabajo se va recurrir al método empírico,- apoyado en un marco sociológico,es decir que la política de salud ha sido parte de un proceso histórico donde en determinados momentos recurre más a intereses de carácter político que de la propia salud y - que estan inmersos en toda una problemática social- que hay que delucidar.

El proceso salud-enfermedad es una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales,producto de sus condiciones reales de trabajo y vida.

El proceso salud-enfermedad se encuentra por tanto - vinculado a la forma en que los seres humanos producen y se reproducen. De esto se desprende que la causa e implicaciones del proceso salud-enfermedad- deben buscarse en última instancia en la estructura- y organización de la sociedad,es decir en el ámbito de lo social ,aun cuando aquello se manifieste en -- forma concreta en seres humanos.

OBJETIVOS:

- 1.- Conocer las enfermedades más frecuentes en el -
HGZ No. 29 IMSS. Y como causa principal de con-
sulta de las diferentes especialidades de medici-
na interna, ginecología, pediatría y medicina fa-
miliar.
- 2.- Conocer el funcionamiento de medicina familiar -
dentro del IMSS, en términos administrativos y -
médicos.
- 3.- Conocer los antecedentes y perspectivas de la me-
dicina familiar en México.

HIPOTESIS**CENTRALES O PRINCIPALES:**

- 1.- Gran parte de las enfermedades que prevalecen--- en nuestra población pueden ser atendidas a ni - vel de medicina familiar.
- 2.- La medicina familiar, resulta ser más eficiente- para resolver nuestra problemática de salud en - nuestro país. En relación a las otras especia- lidades aplicadas como modelo actual del sector- salud.

HIPOTESIS ALTERNAS

- 1.- La medicina familiar resulta ser más eficiente y menos cara que la medicina altamente especializada.
- 2.- La medicina familiar es una solución para mejo - rar la crisis actual de salud con que cursa el - País.

MATERIAL Y METODOS:

- 1.- Se realizó recopilación de la información en el departamento de codificación del HGZ no. 29 San Juan de Aragón IMSS. De las principales causas de morbilidad vistas en la C.E. de las especialidades de medicina interna, ginecología, pediatría, observadas en los meses de agosto, septiembre y octubre de 1985, se agrupan en cuadros que comprenden; Número de casos, sexo, porcentaje. Se realizan esquemas gráficos de las mismas.

- 2.- Se realizó recopilación de la información en el mismo departamento, de las primeras diez causas de morbilidad observadas en medicina interna, así como las diez primeras causas de morbilidad observadas en la C.E. de medicina familiar en un periodo que comprende de 1o. de junio a 30 de noviembre -- de 1985.

RESULTADOS

La periodización a estudiar y que interesa describir y entender, es la época moderna, y esta se contempla con la formación del capitalismo industrial en México.

Durante el periodo de la postrevolución se peleaba por darle al país un nuevo carácter con sus luchas entre grupos en pugna.

La revolución mexicana tomó su aspecto más acabado durante el Cardenismo. La creación del ejido, la educación popular, el acceso de los trabajadores a mejorar sus condiciones de vida, y el estado como impulsor de desarrollo, creando, impulsando y expropiando. Toda la fuerza del estado estaba centrada en su corporativismo de clase, estas luchas llevaban una marcada orientación nacionalista.

En el aspecto de salud, en 1936 se creaban los servicios de higiene industrial, para proteger la salud de los servicios sanitarios ejidales cooperativos.

La implantación del servicio médico social de los pasantes de medicina en las zonas rurales.

En 1937 la creación de la secretaría de asistencia, y el 31 de diciembre de 1937 la fusión de las anti-

guas beneficencias públicas y privadas del D.F. y el departamento autonomo de asistencia social infantil. Se planteó el control de alimentos y bebidas, se prohibió transitoriamente el expendio de bebidas alcoholicas en zonas ejidales. Se dió inicio a la lucha contra enfermedades transmisibles como oncocercosis, sífilis, paludismo, tuberculosis lepra, y otras . Se constituyó la comisión nacional de la habitación, dependientes del departamento de salud. En 1938 la creación e impulso de la oficina general de higiene social y medicina ejidal, que declaraba en ese año beneficiar a 7,500.000 campesinos otorgandoles; La atención médica quirúrgica, e inclusive el sistema de los servicios coordinados de salud pública se reorganizó y entendió en todas las entidades federativas , por lo que se celebra el segundo congreso nacional de higiene rural.

Entre otras acciones y programas, cabe hacer destacar la creación en 1938 de la escuela de medicina rural bajo la inspiración de Miguel Othón de Mendizabal, así como el apoyo a la industria farmaceutica nacional. El impulso de la lucha contra la tuberculosis la atención a los leprosos, la celebración del congre

so de medicina del trabajo y de la habitación obrera.

Como se puede apreciar en materia de salud y en gran parte de los programas, beneficiaban tanto a los trabajadores del campo como de la ciudad. Así como fué importante la prevención de las enfermedades más comunes.

Todas estas garantías de beneficencia social para los trabajadores fué producto de la revolución Mexicana ya que durante el Porfirismo esto era inexistente.

Se había mencionado al principio que la culminación de la revolución mexicana se dió durante el Cardenismo. Eso no quiere decir no haya puesto las bases económicas y políticas para el posterior desarrollo capitalista, pero sí podemos decir que existió un cambio de estrategia y del modelo de desarrollo. Así tenemos que tener en cuenta que para el período de Avila Camacho el rumbo del modelo de desarrollo va a ser diferente. El estado facilita las inversiones extranjeras sobre todo la Estadunidense, es así como todas las facilidades se dan al capital privado-- desde la infraestructura hasta el sometimiento de la

clase trabajadora a salarios mínimos, logrando una --
 superexplotación del trabajo con altas ganancias.
 Algunas medidas que se habían logrado durante el Car--
 denismo, serán atacadas; Como el control rígido de --
 los sindicatos, la educación socialista, el descuido --
 sobre el campo, la guerra fría. Y el país sacrificaba
 el agro en aras del desarrollo industrial urbano.
 En materia de salud recobraban importancia las ac--
 ciones diferenciadoras ya que estos servicios se o--
 frecen solo a ciertos grupos sociales, los directa --
 mente vinculados al proceso industrial. Así la medici--
 na sigue las pautas de la experiencia Norteamericana
 y en el primer lustro de los años cuarenta se da i--
 nicio a las residencias médicas, siguiendo el esque--
 ma Flexneriano (Modelo de formación médica puesto en
 práctica a partir del informe elaborado por Flexner --
 en 1911 con el patrocinio de la fundación Carnegie.
 Que tiene como propósito principal la formación de
 superespecialistas cuyo destino es el hospital so--
 fisticado y que perciben a los pacientes fragmenta--
 dos en órganos y sistemas, por haber sido educados en
 el paradigma biológico-individualista curativo que--
 ha dominado la práctica médica occidental desde prin--
 cipios de siglo.

En 1943 se fundó el hospital infantil de México --

Organizado según el modelo Norteamericano, y se crean otras instituciones como Cardiología y Nutrición y se unen asistencialmente con salubridad.

Se recobra la tradición hospitalaria de la colonia reelegando los aspectos de salud que durante el Cardenismo se había extendido en el campo y ciudad.

El 1942 se crea el seguro social, que en un principio se enfrenta ante la falta de presupuesto y a consideraciones de índole político. Otro problema para sus instalaciones era el cobro de cuotas a obreros y patronos, fué hasta 1944 cuando el IMSS pudo iniciar con sus funciones.

Podemos decir que desde Ayala Camacho hasta el régimen de Diáz Ordáz el llamado desarrollo estabilizador tuvo sus bases firmes. Este modelo del desarrollo del Capitalismo dependiente iniciado en 1940, tuvo un desarrollo acelerado de crecimiento en zonas urbanas, este crecimiento fué cuantioso pero desigual, ya que todas las industrias más fuertes invertían en áreas como el Distrito Federal, Monterrey, Guadalajara, mientras que otras zonas del territorio quedaban en el olvido y durante este periodo se habló mucho de un "milagro mexicano" de un crecimiento económico en similitud con los países desarrollados. El sistema político mexicano no cambió en su forma

si no en sus acciones, en cuanto a una comparación con el periodo Cardenista, el gobierno se volvió -- déspota y cerrado ,la corrupción se generó en todos los ámbitos, en los presupuestos asignados tanto a las empresas del estado como a sus secretarías, robando presupuestos y asignando gente sin escrúpulos profesionales. Los canales de protesta a través de partidos políticos, prensa, radio, etc. Estaban cerrados, solo existía el PRI.

En lo que se refiere a la salud, después de 1940 hasta 1969 en términos generales fué un crecimiento acelerado de los servicios médicos de las instituciones de seguridad social , así como la extensión de una red hospitalaria del SSA, que finalmente quedó inconclusa.

Las campañas de inmunización fueron privilegiadas sobre el resto de la medicina preventiva.

La persistencia de introducir servicios médicos al campo mediante programas diversos, y de esta forma la atención a la salud se volvió casi exclusivamente -- curativa por medio de servicios médicos prestados en hospitales, con excepción de las campañas de inmunización, no se recurrió al resto de recursos preventi-

vos. Los servicios no personales fueron prácticamente ignorados en la política de salud, a excepción de -- algunas como; La campaña contra el paludismo, la erradicación de la viruela en 1932, la yodación de la sal .

En 1965 con fin de establecer mecanismos interinstitucionales de coordinación se crea la comisión coordinadora en salud pública y seguridad social, formada por la SSA, el IMSS, y el ISSSTE y cuyos objetivos eran;

- a.- Disponer de mecanismos de planeación y programación nacionales .
- b.- Evitar la duplicación de servicios con el consiguiente aumento del costo global de la atención médica.
- c.- Lograr mayor eficacia en el uso de los recursos
- d.- Aumentar la capacidad de los servicios y ampliar la cobertura a la población, que carece de servicios de atención de la salud.

El modelo de desarrollo del que hablabamos, empezó a resentir los efectos del fracaso en lo social, ya que el desempleo y subempleo eran muy notorios y las migraciones campo-ciudad alarmantes. La distribución de la riqueza muy desigual. Los sectores medios eran de-

de los más alarmantes, y el sector obrero era duramente reprimido.

Esos descontentos se empezaron a resentir en los sectores medios y sobre todo en los centros de enseñanza superior, donde enjuiciaban al régimen. Recuerde el movimiento médico de 1965, y poco después el movimiento en la Universidad de Morelia, hasta el movimiento popular estudiantil de 1968. Aquí podemos ver que el modelo de salud llevado a cabo ya venía en franca decadencia, así la cantidad de egresados, ya no podían todos entrar a trabajar, quedando la mayor parte como desempleados profesionales. Así los movimientos estudiantiles de 1968, no fué un movimiento contra una crisis económica, aunque se vislumbra, fué un movimiento político, es decir contra el poder despótico del estado.

En el período 1968-1982, para subsanar los errores cometidos en materia de salud, lo que sucede es la creación y fusión de secretarías de salud en 1971. Se expide una ley contra el medio ambiente en 1974. Podemos decir que en la crisis del modelo de desarrollo primero la precede una crisis política, para después caer en una grave crisis económica de la que no

hemos podido salir. Durante el período presidencial de Echeverría, se quiso tomar cierta rectoría del estado que ya se había perdido, sobre todo en el poder económico, se dió paso a la reforma política, para subsanar el movimiento de 1968, pero se empiezan a dar las primeras devaluaciones producto del poder y chantaje del poder privado para ceder beneficios a esta.

Es hasta con López Portillo donde la crisis económica cobra su verdadera cara con las bajas del petróleo así como la deuda externa y la corrupción. Se presiona por parte de la burguesía Mexicana para implantar un poder político centrado en las doctrinas de libre cambistas de Milton-Freedman. Así en materia de salud, algunas instituciones se han visto más afectadas que otras, por las medidas del gobierno por reducir su presupuesto sobre todo de aquellas que están subsidiadas solo por el estado, como también la pérdida del poder adquisitivo, en gran parte de la población que incide en la morbilidad como en el precio cada vez más desorbitado en las -- medicinas, siendo así a estas alturas podemos hablar de la franca crisis de un modelo de salud impuesto-

desde 1940.

LA MEDICINA FAMILIAR EN MEXICO.- Aparece en 1953 en Tamaulipas en que se empieza a manejar este concepto, fué la respuesta a nevesidades primero de una institución y toma una forma tal que en 1954 es posible presentar esto dentro de un congreso de seguridad social en Panamá, realizandolo el I.M.S.S. A finales de 1950 se descide en el IMSS que se dividiera la atención a la población de los médicos familiares para mayores y médicos familiares para menores. Al principio no habían recursos humanos, por lo que se ocupan médicos generales, estos se ven obligados a practicar medicina familiar. En 1968 se conforma la asociación mexicana de medicina familiar - que agrupa a médico generales, y en 1970 logra su incorporación a nivel mundial, se alcanza una estabilidad y viene una revisión de servicios de esta diciplina. En 1971 se crea el primer año de residencia En 1974 se otorga apoyo por parte de la UNAM por reconocimiento de esta especialidad.

Podemos decir que la medicina familiar aparece como un intento de remediar los males de los programs de salud especializada, sobre todo el darse cuenta de --

ciertos gastos innecesarios que no se adecuaban a la salud de sus derecho habientes. Había que pensar en un modelo de salud más eficiente en términos de calidad y costos. Por lo que apuntan algunas experiencias ,hubo que reconocer que el enorme volumen de presupuestos que había canalizado para desarrollar los servicios hospitalarios y la atención especializada en realidad había beneficiado a una proporción relativamente pequeña de pacientes. Se realizaron entonces los primeros intentos de extender sus acciones a la comunidad a la que se le dió un carácter asistencial y que significaron esfuerzos particulares de cierto grupos de médicos preocupados por problemas específicos, como los programas de recuperación domiciliaria, conque se pretende abatir los costos de hospitalización , así también como las consultas del especialista que además de ser parciales, eran frías, y las consultas que se intentan con el médico familiar es de romper el hielo y resultar más humanas.

RESULTADOS DEL ANALISIS DE LA CONSULTA OBTENIDO EN
HGZ- 29 ARAGON

Observamos que en la consulta externa de Neumatología, las principales causas son: Enfermedad articular degenerativa, que ocupó el primer lugar en la consulta externa, siguiendo otros padecimientos como, otros trastornos articulares no especificados (hidrartrosis, derrame articular, hemartrosis, — reumatismo poliarticular). Las otras que siguen en frecuencia son: Gota, lumbalgias, artropatías periféricas.

En el servicio de Traumatología, los padecimientos más seguidos y frecuentemente observados son: Fractura de radio y — cúbito, pie plano y fractura de húmero.

En Urología la primera causa de consulta fué: Hiperplasia — de próstata, y ésta en su mayoría es quirúrgica, aquí el campo del médico familiar sería de detección y envío directo a cirugía (especialista). Otras observadas en el mismo servicio son: Litiasis renoureteral, estenosis uretral, orquitis y epididimitis, ésta última entraría dentro de un manejo no — quirúrgico y finalmente tuberculosis renal.

En Oftalmología encontramos que la primera causa fué: trastornos de la refracción que entraría principalmente en el —

campo de acción de Optometría. Fuera de ésta las demás causas fueron: Conjuntivitis, cuerpo extraño en ojo, blefaritis, estrabismo; Estas en su mayoría pueden ser controladas por Medicina Familiar.

En Ginecología las principales patologías encontradas son: trastornos de la menstruación, prolapsos genitales, enfermedades inflamatorias, hemorragia precoz del embarazo, leiomioma uterino.

En Angiología tenemos a: Varices de Miembros inferiores, flebitis y tromboflebitis, hallazgos no específicos en sangre (aquí se reportan algunos análisis de sangre como aumento de la glucosa u otras alteraciones).

En Neumología principalmente encontramos: asma bronquial, bronquitis crónica y neumoconiosis.

En Endocrinología como primera causa: diabetes mellitus y otras causas son: Hipotiroidismo, tirotoxicosis, bocio simple, obesidad.

En gastroenterología las más frecuentes que se reportan son: afección intestinal mal definida, colelitiasis, trastornos -

digestivos funcionales, amebiasis, ulcera duodenal.

En Cardiología se observan las principales enfermedades como: Enfermedades isquémicas del corazón, hipertensión arterial, cardiopatía reumática, disrritmia cardiaca, osteocondropatías.

En Dermatología se observan las siguientes patologías más — frecuentes como: dermatitis por contacto, y otros eczemas, prurigo y afecciones afines, dermatofitosis, enfermedades de glandulas sebaceas, urticarias.

Las principales causas de morbilidad observadas en la consulta externa de medicina familiar en un período de 6 meses, de Junio a Noviembre de 1985, son las observadas en el Cuadro No. dentro de las cuales podemos ver padecimientos que son similares a las que se presentan en la consulta externa de medicina interna, (ver Cuadro No. 16).

Sin embargo en los datos reportados dentro de éste trabajo — habría que comparar el grado de afección ó el estadio de una enfermedad en los pacientes que se presentan a la consulta — externa ya sea de medicina familiar ó de medicina interna, — lo cual ameritaría realizar otro trabajo de investigación.

En relación al Cuadro No. 15 que abarca la consulta externa de medicina interna, podemos ver que los motivos de consulta son las mismas patologías mencionadas anteriormente.

Y en Ginecología se observa como padecimientos frecuentes - incluidos trastornos de la menstruación y prolapso genital. En Pediatría observamos principalmente afecciones gastrointestinales y problemas de vías respiratorias.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA MORBILIDAD EN LA

C.E. DE: REUMATOLOGIA

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES.	M	F	No. de casos.	1a. véz.	subse- cuenta.	%
1.- ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA.-----	97	354	451	101	350	47.2%
2.- TRANSTORNOS ARTICULARES NO ESPECIFICADOS.-----	201	69	270	90	180	28.3%
3.- GOTA.-	108	49	157	59	98	16.4%
4.- LUMBALGIAS-	33	15	48	20	28	5%
5.- ARTROPATIAS PERIFERICAS.-----	18	10	28	19	9	2.9%
TOTAL.-----	457	497	954	389	665	99.3%

* FUENTE.- Datos obtenidos del departamento de codificación del HGZ. No. 29 ARAGON IMSS.

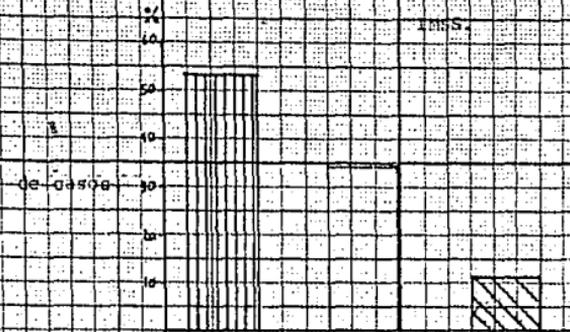
INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA MORBILIDAD OBSERVADA
 EN C.E. DE : TRAUMATOLOGIA

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES.	M	F	No. de casos	1a. Véz	subse- cuenta.	%
1.- FRACTURAS DE RADIO Y CUBITO.-	102	24	126	100	26	53.6
2.- PIE PLANO-	42	40	82	52	30	34.8%
3.- FRACTURA DE HUMERO.-	17	10	27	17	10	11.4%
TOTAL-----	161	74	235.	169	66	99.8%

* FUENTE.- Datos obtenidos del departamento de codificación del
 HGZ No. 29 Aragón I.M.S.S.

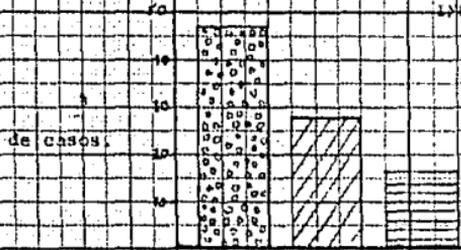
cuadro No. 2

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS PRINCIPALES PATOLOGIAS OBSERVADAS EN LA C.E. DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA. DE H.C.Z. No. 29 ARAGON



- Fracturas de radio y cubito
- Pie plano
- Fracturas de hueso

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS PRINCIPALES PATOLOGIAS OBSERVADAS EN LA C.E. DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA. DE H.C.Z. No. 29 ARAGON



- Enfermedad articular degenerativa
- Transformos articulares no especificados
- Gota
- Lumbalgias
- Artritis pluriartic.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA MORBILIDAD OBSERVADA

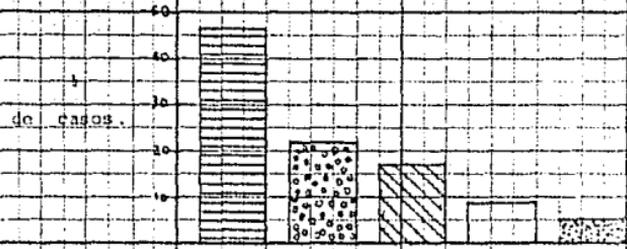
EN LA C.E. DE: UROLOGIA

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES.	M	F	No. de casos.	1a. vez.	subse- cuente.	%
1.- HIPERPLASIA DE PROSTATA.-----	169		169	106	63	46.6%
2.- LITIASIS RENOURETERAL.--	52	28	80	50	30	22.3%
3.- ESTENOSIS URETRAL.-----	62		62	41	21	17%
4.- ORQUITIS Y EPIDIDIMITIS.--	32		32	22	10	8.8%
5.- TUBERCULOSIS RENAL.-----	12	7	19	10	9	5.2%
TOTAL.-----	327	35	362	229	133	99.9%

* FUENTE.- Datos obtenidos del departamento de codificación del HGZ no. 29 Aragón I.M.S.S.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS OBSERVADAS EN LA C.E.

DE URONOGÍA DEL H.C.4. No. 29 INSS.



-  HIPERPLASIA DEL PRÓSTATA.
-  LITIASIS RENAL.
-  ESTENOSIS URETRAL.
-  ORQUITIS Y EPIDIDIMITIS.
-  TUBERCULOSIS RENAL.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA MORBILIDAD DE LA

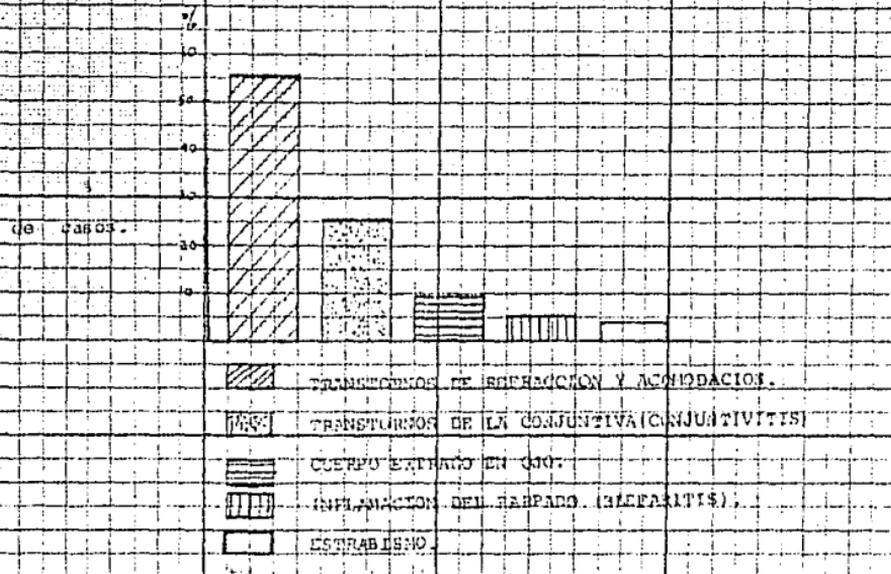
C.E. DE : OFTALMOLOGIA

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES.	M	F	No. de casos.	1a. Véz.	subse- cuentes.	%
1.- TRANSTORNOS DE REFRACCION Y ACOMODACION.-----	520	425	945	624	321	55.5%
2.-TRANSTORNOS DE LA CONJUNTIVA. (CONJUNTIVITIS).-310	310	124	254	134	120	25.4%
3.- CUERPO EXTRA- NO EN OJO.-----	112	42	154	142	12	9%
4.- INFLAMACION DEL PARPADO. (BLEFARITIS).---52	52	45	97	80-	17	5.6%
5.- ESTRABISMO-	35	41	76	45	30	4.4%
TOTAL-----	1029	677	1706.	1026	500	99. 9%

*FUENTE- Datos obtenidos del departamento de codificación del HGZ no. 29 ARAGON. IMSS.

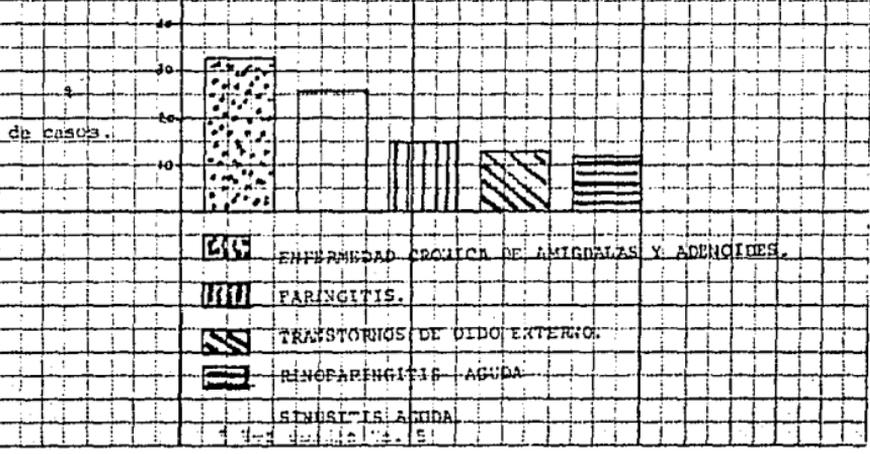
INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS OBSERVADAS EN LA C.E. DE

OPHTALMOLOGIA DE HGZ. Nº. 29 ARAGÓN. 1955.



INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS OBSERVADAS EN LA C.E.

DE O.R.N.G. DEL HGZ. Nº. 29 ARAGÓN. 1955.



INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA MORBILIDAD OBSERVADA EN
LA C.E. DE: OTORRINOLARINGOLOGIA

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES	M	F	No. de casos	1a. vez	subse- cuente.	%
1.- ENFERMEDAD CRO- NICA DE AMIGDALAS Y ADENOIDES.	109	220	329	79	250	32%
2.- FARINGITIS	171	103	274	74	200	26.8%
3.- TRANSTORNOS DE OIDO EXTERNO.-	98	56	154	102	52	15%
4.- RINOFARINGITIS AGUDA -	60	71	131	78	53	12.8%
5.- SINUSITES AGUDA.-	70	64	134	100	34	13%
TOTAL.-----	508	514	1022.	433	589	99.6%

* FUENTE; Datos obtenidos en el departamento de codificación
del HGZ no. 29 ARAGON IMSS.

Centro No. 5

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA MORBILIDAD OBSERVADA EN LA

LA C.E. DE : GINECOLOGIA

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES.	M	F	No. de casos.	1a. vez.	subse- cuenta.	%
1.- TRANSTORNOS DE LA MENSTRUACION--		508	508	302	206	28.6%
2.- PROLAPSO GENITAL-		403	403	300	103	22.7%
3.- ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE CUELLO UTERINO, VULVA, VAGINA-		347	347	217	130	22.4%
4.- HEMORRAGIA PRECOZ DEL EMBARAZO.---		261	261	200	61	14%
5.- LEIOMIOMA UTERINO-	252		252	222	30	14%
TOTAL-----		1771	1771.	1241	530	100 %

* FUENTE.- Datos obtenidos del departamento de codificación del

HGZ No. 29 Aragón, IMSS.

Cuadro No. 6

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA MORBILIDAD OBSERVADA

EN LA C.E. NEUROLOGIA

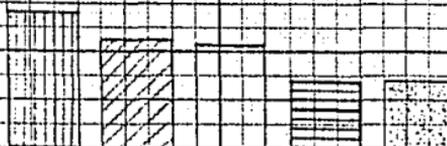
PATOLOGIAS MAS FRECUENTES.	M	F	No. de casos.	1a. vez.	subse-cuenta.	%
1.- EPILEPSIAS.-	92	53	145	92	53	78.8%
2.- TRANSTORNOS DEL NERVIO FACIAL-	10	16	26	16	10	14.1%
3.- JAQUECAq-	4	9	13	5	8	7%
TOTAL-----	106	78	184.	113	71	99.9%

* FUENTE- Datos obtenidos en el departamento de codificación del HGZ no. 29 ARAGON IMSS.

Cuadro No. 7

PRINCIPALES PATOLOGIAS OBSERVADAS EN LA C.E. DE GINECOLOGIA. DEL HGZ. No. 29 ARACOF. IMSS.

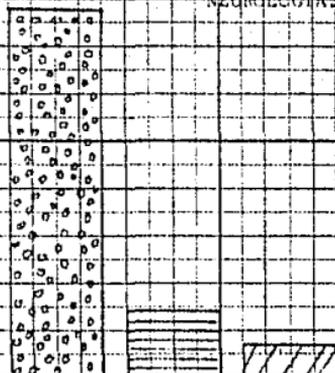
de casos



-  Transitorios de la menstruación
-  Pruriso genital.
-  Eris. inflamatorias de cuello uterino, vulva, vagina.
-  Hemorragia puerperal del embarazo
-  Lesiones uterinas.

PRINCIPALES PATOLOGIAS OBSERVADAS EN LA C.E. DE NEUROLOGIA. DEL HGZ. No. 29 ARACOF. IMSS.

de casos



-  EPILEPSIAS
-  TRANSTORNOS DEL NERVIIO FACIAL.
-  JAQUECA.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA MORBILIDAD OBSERVADA EN LA

C. E. DE : ANGIOLOGIA

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES	M	F	No de casos.	1a. vez.	subse- cuentes.	%
1.- VARICES DE MIEMBROS INFERIORES.-----	112	222	334	232	102	80.3%
2.- FLEBITIS Y - TROMBOFLEBITIS.-	31	19	50	42	8	11.3%
3.- HALLAZGOS NO ESPECIFICOS EN- EXAMEN DE SANGRE-	41	15	55	35	20	13.5%
TOTAL.-----	184	256	440.	309	130	100 %

* FUENTE.- Datos obtenidos del departamento de codificación del HGZ

No. 29 Aragón, IMSS.

Cuadro No. 8

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA MORBILIDAD OBSERVADA EN LA

C. E. DE : NEUMOLOGIA

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES.	M	F	No.de casos.	1a vez.	subse-cuentes.	%
1.- ASMA BRONQUIAL	96	73	169	52	117	52%
2.-BRONQUITIS - CRONICA.-----	52	37	89	17	72	27.6%
3.- NEUMOCONIOSIS	55	9	64	10	54	19.9%
TOTAL-----	203	119	322.	79	243	99.5%

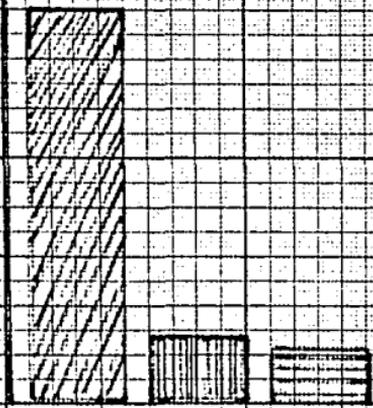
* FUENTE.- Datos obtenidos del departamento de codificación del HGZ

No. 29 Aragón, IMSS.

Cuadro No. 2

PRINCIPALES PATOLOGIAS OBSERVADAS EN LA C.E.
DE ANGIOLOGIA DE H.C.Z. No. 29 ARAGÓN, INSS.

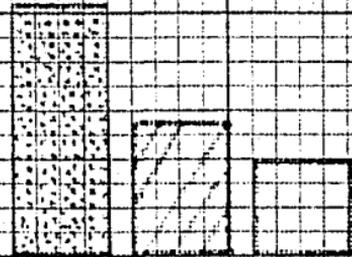
de casos.



- Várices de miembros inferiores.
- Fiebricitis y Tromboflebitis.
- Hallazgos no específicos en el examen de hemuro.

PRINCIPALES PATOLOGIAS OBSERVADAS EN LA C.E.
DE NEUMOLOGIA DE H.C.Z. No. 29 ARAGÓN, INSS.

de casos.



- ASMA BRONQUIAL.
- BRONQUITIS CRÓNICA.
- NEUMOCONIOSIS.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA MORBILIDAD OBSERVADA EN LA

C. E. DE : ENDOCRINOLOGIA

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES.	M	F	No. de casos.	1a. vez.	subsecuentes.	%
1.-DIABETES MELLITUS.-----	201	295	496	176	320	73.8%
2.-HIPOTIROIDISMO ADQUIRIDO.--	10	45	55	30	25	8.1 %
3.TIROTOXICOSIS CON O SIN BOCIO-	18	38	56	30	26	8.3%
4.-BOCIO SIMPLE-	18	27	45	12	33	6.6%
5.- OBESIDAD.-	11	9	20	18	2	2.9%
TOTAL-----	258	414	672.	266	406	99.7%

* FUENTE.- Datos obtenidos del departamento de certificación del HGZ

No. 29 Aragón, IMSS.

Cuadro No. 10

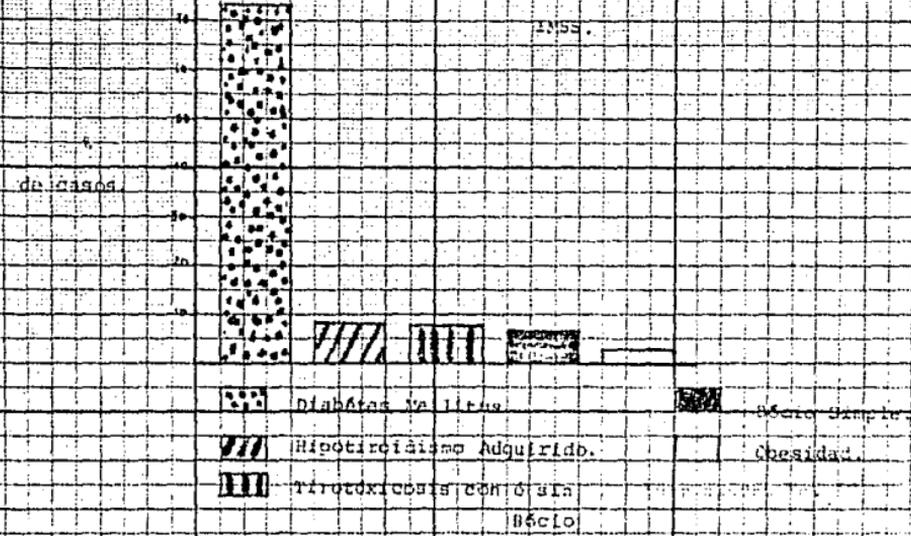
INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA MORBILIDAD EN LA C. E.

DE : GASTROENTEROLOGIA

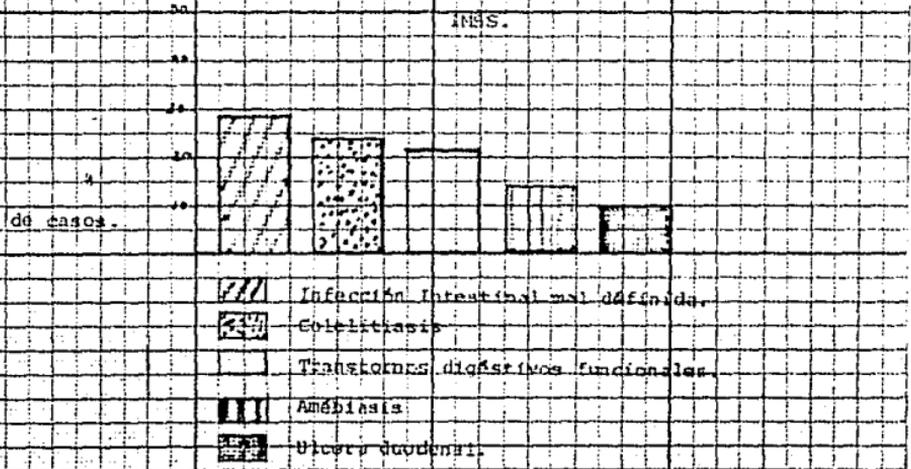
PATOLOGIAS MAS FRECUENTES.	M	F	No. de casos.	1a. vez	subse- cuente.	%
1.- INFECCION INTESTINAL MAL-DEFINIDA.-----	22	15	37	27	10	28.6%
2.-COLELITIASIS.-	14	18	32	28	4	24%
3.-TRANSTORNOS DIGESTIVOS FUNCIONALES.-----	17	11	28	14	14	21.7%
4.- AMEBIASIS.-	12	7	19	12	7	14.7%
5.-ULCERA DUODENAL.--	8	5	13	7	6	10%
TOTAL,-----	73	56	129.	88	41	99 %

* FUENTE.- Datos obtenidos del Departamento de Codificación del HGZ
No. 29 ARAGON, IMSS.

PRINCIPALES ENDOCRINOLOGÍAS OBSERVADAS EN LA C.E.
DE ENDOCRINOLOGÍA DE H.G.I. No. 29 BRAGÓN



PRINCIPALES PATOLOGÍAS OBSERVADAS EN LA C.E.
DE GASTROENTEROLOGÍA DE H.G.I. No. 29 BRAGÓN



CARDIOLOGIA

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES	M	F	No. de casos.	1a. véz.	subse- cuentes.	%
1.-ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON.-----	335	226	561	201	360	41%
2.-HIPERTENSION ARTERIAL.-----	151	280	431	121	310	31.6%
3.-CARDIOPATIA REUMATICA INACTI- VA.-----	106	200	306	16	290	22.4%
4.- DISRITMIA - CARDIACA.-----	20	16	36	10	26	2.6%
5.-OSTEOCONDRIO- PATIAS.-----	10	18	28	18	10	2%
TOTAL.-----	622	740	1362.	366	996	100 %

* FUENTE.- Datos obtenidos en el Departamento de Codificación del HGZ

No. 29 ARAGON, IMSS.

Cuadro No. 12

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA MORBILIDAD EN LA C. E. DE :

DERMATOLOGIA

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES.	M	F	No. de casos.	1a. véz.	subse- cuenta.	%
1.- DERMATITIS - POR CONTACTO Y - OTROS ECZEMAS. ---	162	220	382	252	130	51.6%
2.-PRURIGO Y - AFECCIONES - AFINES.-----	75	64	139	98	41	18.8%
3.-DERMATOFITOSIS---	58	50	108	78	30	13%
4.- ENFS. DE GLAN- DULAS SEBACEAS.---	43	40	83	60	23	11%
5.- URTICARIAS.---	17	10	27	17	10	3.6%
TOTAL.-----	355	384	739.	505	234	98.0%

* FUENTE.- Datos obtenidos del Departamento de Codificación del HGZ

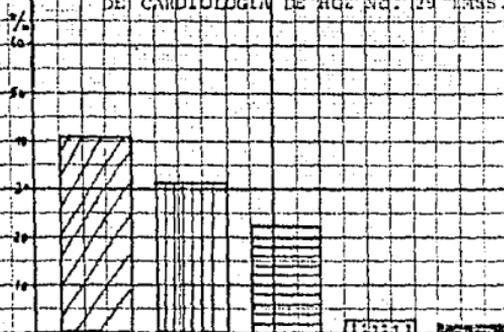
No. 29 ARAGON, IMSS.

Cuadro No. 13

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES OBSERVADAS EN LA C.E.

DE CARDIOLOGIA DE AGO. No. 19 1955.

%
de casos.

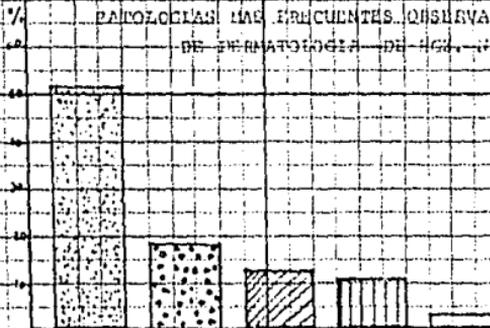


-  Enfermedades isquémicas del corazón.
-  Hipertensión arterial.
-  Cardiopatía pulmonar izquierda.
-  Disritmia cardíaca.
-  Osteocondropatías.

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES OBSERVADAS EN LA C.E.

DE DERMATOLOGIA DE AGO. No. 21 1955.

%
de casos.



-  Dermatitis por contacto y otros eczemas.
-  Prurito y afeciones larígeas.
-  Dermatitis.
-  Enfermedades de glándulas sebáceas.
-  Urticaria.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD OBSERVADAS EN LA C. E. DE MEDICINA INTERNA, PEDIATRIA Y GINECOLOGIA DEL

1o. DE JUNIO AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1985, EN EL UICZ No. 29 UNIDAD AVACON I.M.S.S.

	PRIMERA VEZ											Sub-	SUBSECUENTES											Sub-	TOTAL	%		
	Grupos de Edad.												Total	Grupos de Edad.													Total	
	5-			15-			45-							Sub-	5-			15-			45-							Sub-
-1	1-4	14	44	64	+ 65	-1	1-4	14	44	64	+65	-1	1-4		14	44	64	+65										
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F							
CONJUNTIVITIS.	2	1	11	6	6	52	11	24	10	37	10	21	7	11	2	2	10	16	11	11	24	42	13	16	363	1334	14%	
DIABETES MELLITAS.						18	24	42	61	8	29						4	1	15	12	7	10	27	45	114	366	1051	11%
GASTROENTERITIS.	20	12	12	31	21	35	-	-	-	-	-	1	20	55	13	11	57	27	-	-	-	-	-	-	-	372	1002	10.5%
HIPERTENSION ARTERIAL.						29	63	66	82	35	38								11	12	10	20	28	54	664	987	10.9%	
TRASTORNOS DE LA MENTRUCION.						24	-	13	-	17	-								10	12	-	18	-	-	313	953	10.3%	
ENF. DE VIAS RESPIRATORIAS.	16	11	33	31	33	40	-	-	-	-	-	10	30	32	32	48	30	40	-	-	-	-	-	-	400	710	9.7%	
PROLAPSO GENGIVAL.						21	18	22	29	25	25								50	180	50	50	50	50	200	848	9.6%	
LUMBALGIA.						30	71	43	56	72	72								10	11	64	42	5	65	511	894	9.9%	
ENF. ARTICULAR DEGENERATIVA.						9	34	1	32	2	3								16	22	3	10	2	14	24	692	732	7.7%
ARTRITIS REUMATOIDE.						4	1	50	10	15	15								23	35	10	115	50	84	400	702	7.4%	

Cuadro No. 14.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD OBSERVADAS EN LA C.E. DE MEDICINA INTERNA DEL 1o. DE JUNIO AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1985. EN HGZ No. 29 UNIDAD ARAGON I.M.S.S.

	PRIMERA VEZ										subtotal	SUBSECUENTES.										subtotal	TOTAL	%				
	Grupos de edad.											Grupos de edad.																
	-1	1-4	5-14	15-44	45-64	+65	-1	1-4	5-14	15-44		45-64	+65															
CONJUNTIVITIS.	5	7	11	6	69	22	33	25	71	97	16	21	971	2	2	3	10	16	17	112	86	43	43	13	16	363	1334	15%
DIABETES MELLITUS.	-	-	-	-	-	-	-	18	28	42	62	8	29	185	-	-	-	4	-	73	125	216	28	45	122	866	1051	12%
ENFS. ISQUEMICAS DEL CORAZON.	-	-	-	-	-	29	35	57	80	65	81	347	-	-	-	-	-	94	97	121	200	132	122	667	1014	11.5%		
HIPERTENSION-ARTERIAL..	-	-	-	-	-	29	63	66	102	75	38	323	-	-	-	-	-	43	124	211	20	23	54	664	987	11%		
LUMBALGIAS	-	-	-	-	-	26	71	43	56	7	2	376	-	-	-	-	-	218	216	65	42	5	65	511	894	10%		
TRANSTORNOS NEUROTICOS.	-	-	-	46	22	61	111	20	32	9	6	313	-	-	10	16	60	18	114	125	46	20	15	11	580	894	10%	
ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA.	-	-	-	-	-	9	34	8	32	2	3	90	-	-	-	-	-	36	117	59	102	23	54	642	732	8.5%		
ENF. CRONICA DE AMIGDALAS Y ADENOIDES.	-	-	39	32	23	93	31	33	2	2	-	318	1	-	44	34	115	104	37	17	7	9	-	-	395	713	3.0%	
ARTRITIS REUMATOIDE	-	-	-	-	-	8	9	50	100	60	75	302	-	-	-	-	-	25	25	104	115	50	89	400	702	7.8%		
VARICES DE MIEMBROS INFERIORES	-	-	-	-	23	43	24	54	-	-	3	154	-	-	-	11	4	32	74	115	14	26	42	465	619	6%		

Cuadro No. 15

PRINCIPALES CAUSAS DE HORBILIDAD OBSERVADAS EN LA C.E. DE MEDICINA FAMILIAR DEL 10. DE JUNIO
AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1985. EN HGZ NO. 29 UNIDAD ARAGON. I.H.S.S.

	PRIMERA VEZ.								Subtotal	Subsecuentes.								Subtotal	TOTAL	%
	GRUPOS DE EDAD									GRUPOS DE EDAD										
	-1	1-4	5-14	15-44	45-64	65	M	F		-1	1-4	5-14	15-44	45-64	65	M	F			
RINOPARINGITIS	01	24	47	10	41	11	11	10	11	43	10	11	27	21	11	11	16	23	67	20%
FARINGITIS	03	23	31	11	11	10	11	11	11	38	6	12	12	21	11	11	11	11	11	17%
HIPTENSION ARTERIAL.	-	-	-	-	01	01	01	01	01	6	-	-	-	-	-	-	-	11	11	12%
ENTERITIS.	11	63	11	11	11	11	11	11	11	21	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11%
DIABETES MELLITUS.	-	-	-	-	11	11	11	11	11	2	-	-	-	-	-	-	-	11	11	9%
AMIGDALITIS.	15	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	8.9%
LUMBALGIAS.	-	-	11	11	11	11	11	11	11	1	-	-	-	-	-	-	-	11	11	6.9%
INFECCION DE VIAS URINARIAS.	2	11	11	11	11	11	11	11	11	1	11	11	11	11	11	11	11	11	11	6%
PARASITOSIS	10	5	11	11	11	11	11	11	11	1	5	11	11	11	11	11	11	11	11	6%
CONJUNTIVITIS.	15	20	10	10	11	11	11	11	11	11	10	11	11	11	11	11	11	11	11	1%

Cuadro No. 16

47

CONCLUSIONES

Observamos que de acuerdo al estudio realizado, se obtuvieron resultados ya mencionados en cada una de las diferentes especialidades que incluyeron medicina interna, ginecología, pediatría, y medicina familiar.

Como se puede observar, analizando cada una de las diferentes especialidades, existen de tres a cinco principales patologías básicamente que siempre son motivo de consulta y estas son casi siempre las mismas como se puede apreciar en los resultados obtenidos (ver cuadros anteriores). Aunque el período que abarcó este estudio fue solo en un transcurso de tiempo de 6 meses, consideramos que hubiera sido mejor obtener la información de cada una de las consultas en más tiempo (un año), pero consideramos la información válida en este tiempo, estudiado.

Además obtuvimos las diez primeras causas como motivo de CE, en las especialidades de medicina interna y las comparamos con las primeras causas de Consulta en Medicina Familiar, observamos que son similares sin embargo no consideramos que en un momento dado debieramos de prescindir de las especialidades, sino que al contrario, debiera existir mayor apoyo y

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

más recursos financieros técnicos, y de apoyo académico e ideológico hacia la medicina familiar ya que esta que actualmente cuenta ya con una residencia en la preparación de estos especialistas, se podrían manejar a este nivel mayor cantidad de patologías y dejar al especialista lo más especializado, y evitando canalizar patologías que fácilmente se pueden resolver a este nivel, esto además disminuiría gastos a la institución, necesario en la actual crisis económica con que el país cursa.

¿ QUE ES LA MEDICINA FAMILIAR ?

La medicina familiar no entra dentro del campo de la medicina comunitaria (rural), - tampoco en la práctica del médico general ,ni en - el campo de salud pública, estas son acciones programáticas. Pero aun hoy existe confusión en su - campo de acción por lo que es riesgoso confundirlo. Lo que si esta claro es que la medicina familiar entra en el campo de acción clínica .

En este trabajo es por lo que se plantea un mayor apoyo a esta ya que resultaría eficaz para aumentar su acción en el campo clínico.

Es un hecho que el médico familiar en trabajo-hora atiende más consulta que las demas especialidades por lo que el residente con más reforzamiento de - temas médicos le resultarían de más utilidad a el y a la vez a la institución y asimismo a la población por la relación teorica con su práctica médica.

La medicina familiar es curativa que atiende un - gran número de patologías generales y que en su - mayoría no requieren de un alto grado de especiali- zación y costos.

Concluyendo, podemos decir que el modelo de desarrollo implantado desde 1940 creó un modelo de salud curativo, como lo hemos indicado y asimismo su propia ineficiencia para las características de la -- población Mexicana; Un desempleo alarmante en los -- médicos egresados, una atención de la salud centrada en lo urbano, una gran parte de la población sin derecho a la salud y un desperdicio económico cuantioso.

Dadas las características de la población analizadas sociológica y antropológicamente, en su gran -- mayoría las enfermedades de la clase, trabajadora, (obreros), campesinos, sectores medios, en sus características no requieren de una medicina altamente especializada, si no de conocimientos básicos -- bien manejados en relación a nuestras necesidades económicas y sociales de la población, en relación -- a las diferentes patologías esto aunado a conocimientos de medicina preventiva, que con una buena preparación durante su residencia el médico familiar -- podría ayudar a resolver más la problemática de salud actual. Por lo tanto la medicina familiar tanto -- cuantitativa como cualitativamente, es una alternatiu

va a la práctica médica en México, y que surge como una necesidad ante la incompetencia de la medicina especializada* históricamente comprobable, y que esta (medicina familiar) no ha llegado a su máxima eficiencia por problemas ideológicos, falta de apoyo , tanto de tipo financiero como académico, pero los hechos demuestran del interés que tiende a mejorarla.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

TIMIO, MARIO. Clases Sociales y Enfermedad, 1a. ed., Nueva Imágen, México, 1979.

DE LA PEÑA, SERGIO. Trabajadores y Sociedad en el Siglo Veinte, 1a. ed., Siglo XXI, 1979.

SORIANO ROJAS, RAUL. Capitalismo y Enfermedad, 3a. Ed.; folio Ediciones, México 1985.

AUTORES VARIOS. Las Necesidades Esenciales en México; la Salud 1a. ed., siglo XXI, 1982.

GONZALEZ CASANOVA, PABLO. Aguilar Camín, Hector (Coords). México ante la crisis, 1a. Ed., siglo XXI México 1985.

López Acuña, Daniel. La Salud Desigual en México, 5a. ed., siglo XXI, México 1984.

AUTORES VARIOS. México, hoy, 2a. ed., siglo XXI, México 1979.

III Simposium Internacional de Medicina Familiar del 6 al 8 de noviembre de 1985. UNAM.

MEMORIAS DE JORNADAS NACIONALES DE MEDICINA FAMILIAR
DE Enero 1980, I.M.S.S.