

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 25

164

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO DE SALUD DE LOS PACIENTES
QUE NO ACUDEN A SU CLINICA DE
ADSCRIPCION

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A N
MARIA LUISA RAMOS HIDALGO
ROSA VALDEZ PLIEGO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D F.

2002



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.


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A S E S O R :




DRA. GEORGINA FARFAN SALAZAR


PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA No. 25 I.M.S.S.



DRA. VIRGINIA CASTAÑEDA LOPEZ
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 25
I.M.S.S.



DRA. GEORGINA FARFÁN SALAZAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA No. 25 I.M.S.S.



DR. JULIAN LABRA CORDOVA
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO
DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA
No. 25 I.M.S.S.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DR. OSCAR MORENO GONZALEZ
Director de la UMF No. 35.

Agradecemos el apoyo e
interés que tuvo en la
realización de este tra
bajo .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DR. JUAN SERGIO RIVERA ESCAMILLA

Jefe del Departamento Clínico de la UMF No. 75

Especialista en Medicina Familiar

Agradecemos su cooperación en la realización
de este trabajo y su interés por la superación
del médico familiar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MI MADRE :
SRA. LILIA HIDALGO
CON CARINO Y ADMIRACION
POR EL APOYO QUE SIEMPRE
ME BRINDO

CON CARINO A :
MI ESPOSO BARTOLOME
POR SU APOYO Y
COMPRESION
A GABY Y RODRIGO
POR LO QUE SIGNIFICAN
EN MI VIDA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARIA LUISA

CON CARINO A :
MI ESPOSO CIRILO
EN AGRADECIMIENTO POR SU
APOYO Y COMPRENSION

ROSA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

	Pág.
I.- INTRODUCCION	1
1.-Antecedentes Científicos	1
2.-Planteamiento del Problema	3
3.-Hipótesis	5
4.-Objetivo General	6
5.-Metas	6
II.-JUSTIFICACION	7
III.-MATERIAL Y METODOS	8
1.-Programa de Trabajo	8
1.1 Límites	8
1.2 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	8
1.3 Procedimiento	9
IV.- RESULTADOS	10
V.- ANALISIS ESTADISTICO	32
VI.- CONCLUSIONES	34
VII.- ANEXOS	36
BIBLIOGRAFIA	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.- INTRODUCCION

1.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La Organización Mundial de la Salud define la Salud como "Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad y dolencia". La cual podemos complementar con el siguiente postulado: "Gozar del nivel más alto de salud posible constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, creencia religiosa, condición económica y social". Por lo tanto podemos establecer que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano el cual es de gran trascendencia dentro de la sociedad. El objetivo de proporcionar servicios de salud a toda la población se sustenta en una estrategia de atención primaria de la salud, especialmente en las áreas rurales y en las marginadas de las grandes urbes. (1)

En nuestro país, la atención primaria es una forma de organización para la atención de la salud, con el fin de proporcionar servicios mínimos, logrando la máxima cobertura con un número limitado de recursos. (1)

Dentro de la atención primaria, el médico familiar desarrolla un papel primordial, proporcionando servicios de salud a un número determinado de población adscrita, lo que le permite adentrarse tanto en el núcleo familiar, como en el trabajo y la comunidad, que le facilita el conocimiento de los factores que alteran la salud. (2)

El Nivel de Salud de una población es la resultante de la interacción del medio ambiente y del contexto económico y social en el que se encuentra circunscrita determinada población.

El crecimiento demográfico y la población marginada en materia de atención médica, no han permitido hacer efectivo el derecho a la salud para la población. Actualmente solo la mitad de la población del país tiene servicios de agua potable, y una cuarta parte cuenta con servicios de alcantarillado; estos hechos aunados al bajo nivel de ingresos y a la falta de educación sanitaria condicionan un bajo nivel de salud en la población general. (1)

Son aspectos primordiales en el desarrollo de una población la alimentación, y la nutrición, ya que existen grupos sociales que no cuentan con una alimentación adecuada. Este problema se acentúa en la población rural y en grupos con variaciones de ingresos, teniendo como consecuencia que la insuficiencia nutricional se ve reflejada primordialmente en los grupos que requieren mayor atención a la salud. (1)

Otro elemento que incide en la salud es la "educación" ya que constituye una de las claves de la superación social, y un factor de igualdad en la distribución de oportunidades. Sin embargo la educación por si misma solo tiene efecto parcial en el mejoramiento de las condiciones de vida de los grupos socialmente postergados. (1)

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al analizar la definición de Salud podemos advertir que no es eficiente desde el punto de vista operativo, ya que el concepto de "bienestar" es subjetivo, y se desea una medición objetiva; el concepto de Salud se plantea como un hecho biológico y social que implica innumerables factores por lo tanto es necesario encontrar indicadores que se apliquen no solo al individuo y a la comunidad, sino al medio ambiente, y así mismo la condición de salud, tiene diversos niveles siendo difícil determinarla; todo esto muestra la dificultad de encontrar indicadores de salud que cumplan todas las condiciones establecidas en la definición ya mencionada. (3)

Desde un punto de vista práctico el Diagnóstico de Salud comprende la medición de los daños o alteraciones de la salud en los individuos, las condiciones del medio que puedan determinarla y de los recursos existentes para combatirla. (3)

En base a los conceptos anteriores nos interesa determinar el Diagnóstico de Salud de la población adscrita a un médico familiar, lo cual no hubiera sido posible efectuar si no conocemos a la población en su totalidad; por lo tanto nuestro estudio estará dirigido a conocer la población adscrita que no acudia a su clínica teniendo un conocimiento previo de la población asistente. En las observaciones efectuadas vemos que es de trascendencia social conocer totalmente a nuestra población, su estado de salud y las medidas preventivas y curativas que puedan llevarse a cabo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4

La población estudiada fue la adscrita al consultorio 6 BD de la UMF No. 35, detectando a los no asistentes, siendo este el universo de trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5

3.- HIPOTESIS

HIPOTESIS NILA .- No hay diferencia entre el estado de salud de los pacientes que acuden y los que no acuden a su clínica de adscripción.

HIPOTESIS CONCEPTUAL .- La definición de Salud de la OMS nos dice que " la Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad y dolencia .

HIPOTESIS ALTERNATIVA .- Si hay diferencias entre el estado de Salud de los pacientes que acuden y los que no acuden a su clínica de adscripción.

HIPOTESIS DE TRABAJO.- Los pacientes que no acuden a su clínica de adscripción utilizan otros servicios médicos .

4.- OBJETIVO GENERAL

" Evaluar el estado de salud o enfermedad de los pa
cientes que no acuden a su clínica de adscripción , para -
integrar el Diagnóstico de Salud de la población total ad-
crita a un médico familiar " .

5.- METAS

- 1.- Efectuar la evaluación de los pacientes que no acuden a su clínica de adscripción a solicitar atención médica .
- 2.- Determinar su estado de salud o enfermedad .
- 3.- Integrar el Diagnóstico de Salud de la población total ad-
crita a un médico familiar .

11.- JUSTIFICACION

Durante el desarrollo de la atención diaria a un consultorio de Medicina Familiar , captamos que el médico familiar desconoce a la población adscrita en su totalidad y aun menos su estado de salud o enfermedad , - asistiendo algún miembro de la familia esporádicamente y no así el resto de la familia , esto nos motivo a efectuar una confronta en la población adscrita aun médico familiar , e investigar el total de familias no asistentes - al mismo para conocer su estado de salud .

El médico familiar al tener un conocimiento más amplio de la estructura de su población , morbilidad y estado de salud de la misma podra planear y organizar programas de trabajo para mejorar el nivel de salud de su población adscrita , y ampliar su campo de acción en la misma , y en consecuencia proporcionar una medicina integral más eficiente .

III.- MATERIAL Y METODOS .

I.- PROGRAMA DE TRABAJO .

La población que se estudiara pertenece a la UMF No. 35 del IMSS, del consultorio 6 BD, la cual consta de 957 familias correspondiendo a 1981 derechohabientes, de los cuales 659 (33.26%) son asegurados; beneficiarios - 1322 (66.73%). Los asegurados que no acudían a recibir atención médica fueron 100 (15.17%) de la población total, que correspondió a nuestro universo de trabajo.

1.1 LÍMITES

El presente estudio se llevo a cabo en la población adscrita al consultorio 6 BD de la UMF No. 35, con una duración de 4 meses, iniciándose a partir del 15 de septiembre de 1982.

1.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .

- 1.- Expedientes Clínicos; se revisaron todos los expedientes de la población en estudio, tomando en cuenta únicamente las familias que no asisten a consulta -- que fueron inicialmente 100.
- 2.- Formas de Registro de Control de Prestaciones; Para investigación y localización de pacientes y número de beneficiarios.
- 3.- Cuestionario para estudio familiar con los siguientes criterios de exclusión;
 - a) Cambio de domicilio.
 - b) Domicilio falso.
 - c) Cambio de Clínica de Adscripción.
 - d) No vigentes.

1.3 PROCEDIMIENTO

Se efectuara la revisión completa de los expedientes clínicos, eliminando los que acuden a solicitar atención médica, y una vez captada la población No Asistente se clasificara de acuerdo a grupos de edad, sexo, escolaridad, número de integrantes por familia y condiciones ambientales y se determinara su estado de salud, por medio de cuestionarios y de interrogatorios directos. Lo que nos llevara a conocer las causas por las que no acuden a recibir atención médica.

IV.- RESULTADOS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Se efectuó una confronta en la población derechohabiente adscrita al Consultorio 6BD encontrando que la población total correspondía a 957 familias, de las cuales se detectó un universo de trabajo de 100 familias no asistentes, motivo de este estudio; sin embargo al efectuar las encuestas familiares encontramos que ese universo se redujo a 37 familias, por diferentes causas que se mencionan en la siguiente tabla.

TABLA 1

CAUSAS DE BAJA DE POBLACION NO ASISTENTE

Domicilio falso	36
Cambio de Domicilio	22
Cambio de Cl. Adscripción	3
No vigentes	2
Total	63

Se efectuaron encuestas familiares con la finalidad de obtener datos sobre composición familiar, ocupación, escolaridad, organización familiar, estructura social e higiénica, hábitos familiares, motivo de inasistencia, tipo de servicios médicos utilizados, y estado de salud o enfermedad con los siguientes resultados.

ESTRUCTURA FAMILIAR

Se encuestaron 37 familias incluyendo únicamente al asegurado y sus beneficiarios, dandonos un total de 96 personas que corresponden aun promedio de 2.54 miembros por familia, de los cuales el 46.8 % corresponde a hombres y 53.1 % a mujeres ; este número tan reducido de población se explica en parte por haber encontrado un número elevado de solteros (as) 32.4 % de la población estudiada y la mayoría no tenía beneficiarios. (Gráfica No. 1)

TABLA II

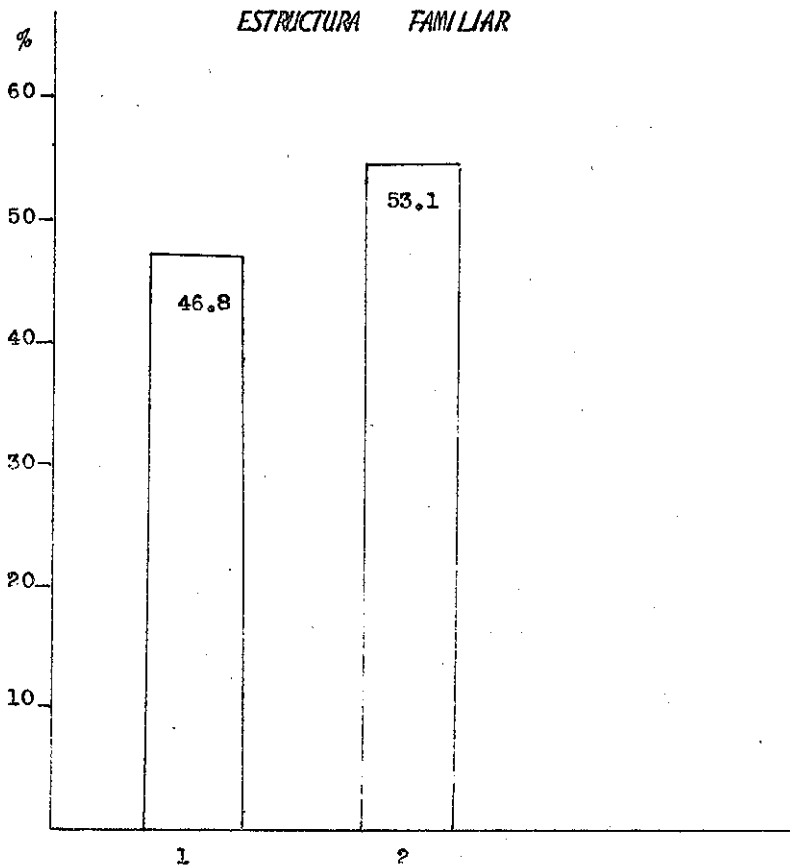
COMPOSICION DE LA POBLACION NO ASISTENTE POR SEXO

Hombres	45	46.8 %
Mujeres	51	53.1 %
Total	96	100 %

TABLA III

POBLACION POR CALIDAD DE AFILIACION

Asegurados	37
Esposas	16
Hijos	37
Benef. Madre	3
Benef. Padre	3
Total	96



1.- Hombres

2.- Mujeres

TABLA IV

COMPOSICION DE LA POBLACION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

<i>Edad</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>%</i>
<i>0 a 4 años</i>	8	7	16.4
<i>5 a 9 años</i>	8	3	12.0
<i>10 a 15 años</i>	2	5	7.6
<i>16 a 44 años</i>	15	23	41.7
<i>45 a 64 años</i>	13	12	27.4
<i>Total</i>	46	51	100

TABLA V

NUMERO DE ASEGURADOS POR SEXO Y EDAD

<i>Edad</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>%</i>
<i>16 a 20 años</i>	1	1	5.4
<i>21 a 40 años</i>	12	9	56.7
<i>41 a 60 años</i>	12	2	37.8
<i>Total</i>	25	12	100

OCUPACION .

Los diversos tipos de ocupación de la población estudiada se clasifican en la siguiente tabla, incluyendo únicamente a los miembros productivos, con un total de 44 personas que corresponden a un 45,8% de la población total. (Gráfica No. 2)

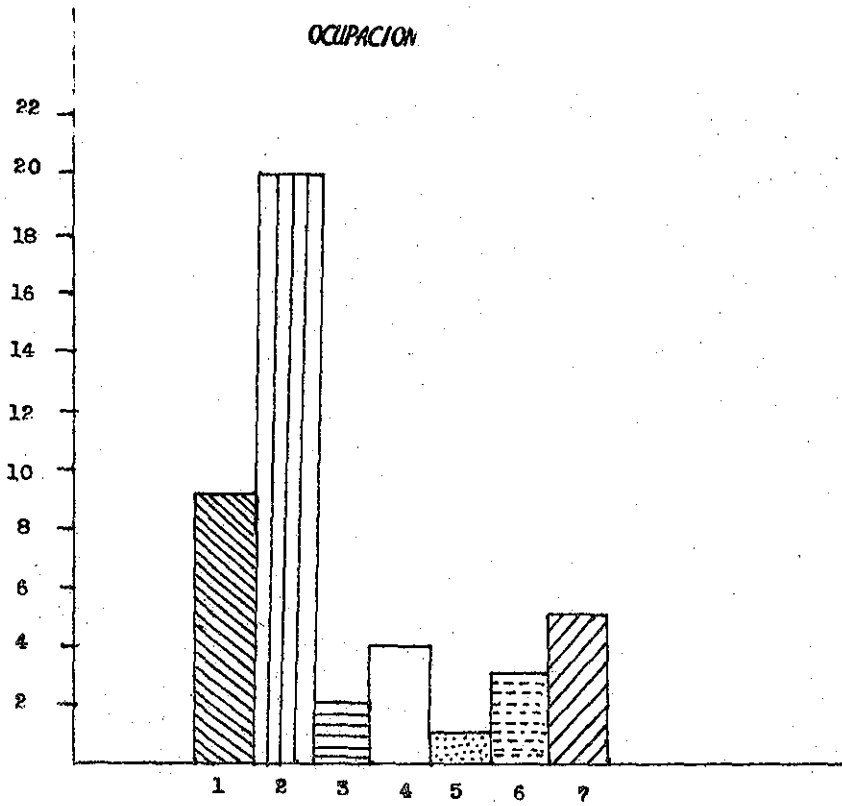
TABLA VI

OCUPACION DE MIEMBROS PRODUCTIVOS EN LA FAMILIA

Obneros	9
Empleados	20
Choferes	2
Oficinistas	4
Técnicos	1
Profesionistas	3
Otros	5
Total	44

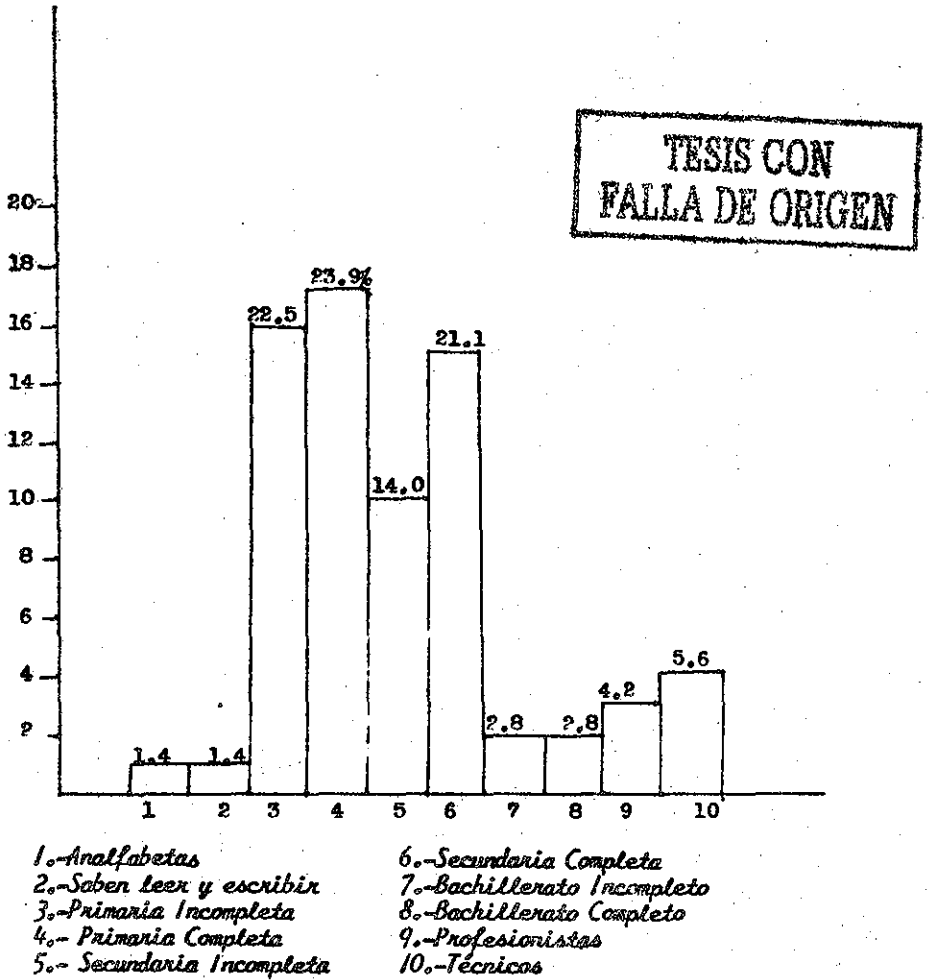
ESCOLARIDAD .

La escolaridad encontrada en las personas mayores de 12 años que son un total de 71 fue la siguiente: analfabetas 1 (1.4%), saben leer y escribir 1 (1.4%), primaria incompleta 16 (22.5%), primaria completa 17 (23.9%), secundaria incompleta 10 (14.08%), secundaria completa 15 (21.1%), bachillerato incompleto 2 (2.8%), bachillerato completo 2 (2.8%), - profesionistas 3 (4.2%), técnicos 4 (5.6%). (Gráfica No. 3)



- 1.-Obreros
- 2.- Empleados
- 3.- Choferes
- 4.- Oficinistas
- 5.- Técnicos
- 6.- Profesionistas
- 7.- Otros

GRAFICA No. 3
ESCOLARIDAD



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

17

ORGANIZACION FAMILIAR (Gráfica No. 4)

TABLA VII

TIPO DE FAMILIA

NUCLEAR	22	59.4 %
EXTENSA	15	49.5 %

TABLA VIII

CONSOLIDACION FAMILIAR

Solteros	12	32.4 %
Casados	21	56.7 %
Viudos	3	8.1 %

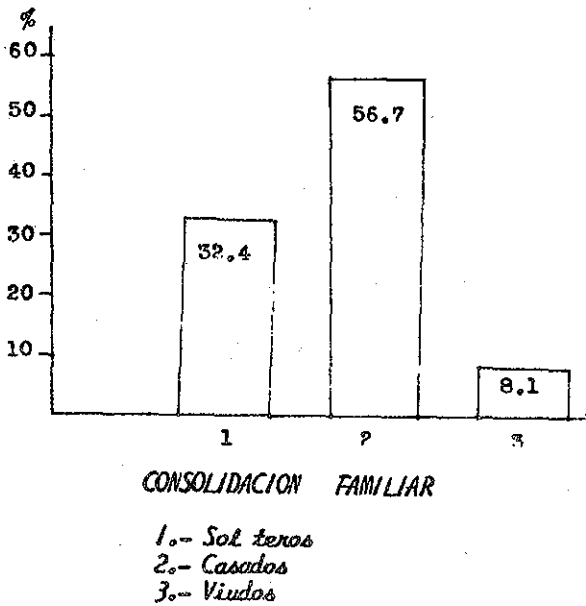
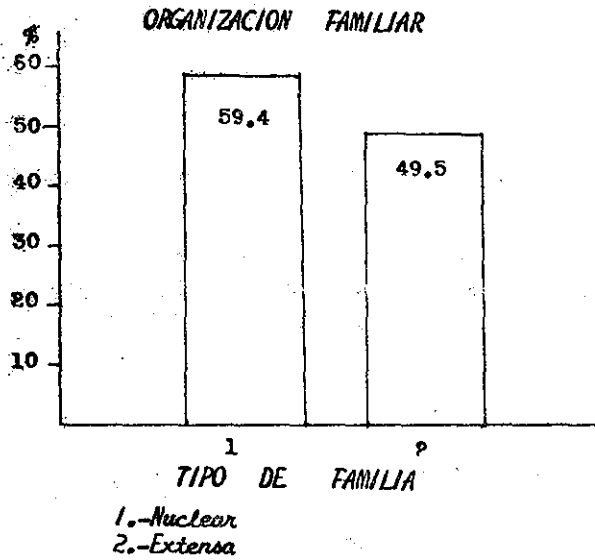
TABLA IX

RELIGION DE LAS FAMILIAS

Católica	34	91.8 %
Evangelista	3	8.1 %

GRAFICA No. 4

18



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

19

VIVIENDA

Tipo de Habitación : Durante la encuesta realizada se observó que la mayoría de familias contaba con casa propia 28 (75.6 %) siendo en su mayoría habitación adecuada para el número de integrantes y habitación rentada 9 (24.3%).

Tipo de Vivienda : Se encontró que la vivienda es adecuada en 22 familias (59.4%) bien construida y con suficiente ventilación, encontrándose en hacinamiento 15 familias (40.5%), ya que eran casas de uno o dos cuartos con deficiente ventilación, iluminación y habitación compartida para 4 ó más personas .

TABLA X

ARTICULOS SINTUARIOS

Televisión	37	100 %
Refrigerador	34	91.8 %
Radio	37	100 %

TABLA XI

SERVICIOS URBANOS (Gráfica No. 5)

		%
AGUA : INTRADOMICILIARIA	33	89.1
PIPA	4	10.8
LUZ ELECTRICA	37	100
DRENAJE	32	86.4
SIN DRENAJE	5	13.5

TABLA XII

MANEJO DE EXCRETAS

Baño Inglés	24	64.8 %
Fosa séptica	13	35.1 %
Total	37	100 %

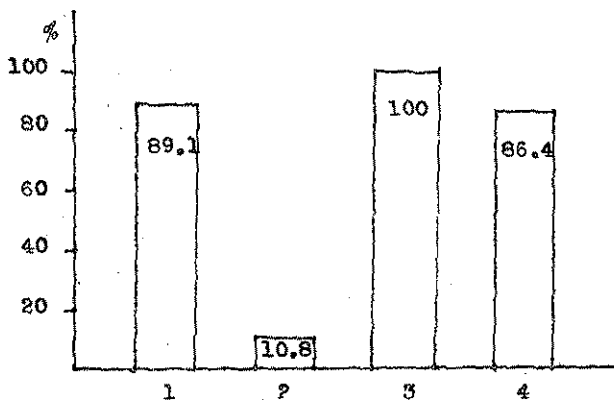
TABLA XIII

MANEJO DE BASURAS

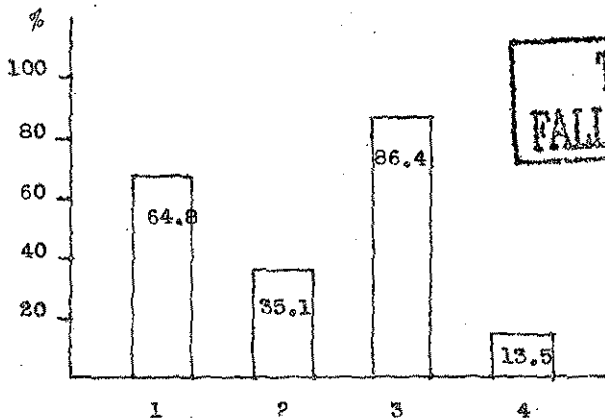
Servicio público de limpia	32	86.4 %
Basurero comunal	5	13.5 %

GRAFICA No. 5
SERVICIOS URBANOS

21



1.- Agua Intradomiciliaria 3.- Luz eléctrica
2.- Pípa 4.- Drenaje



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MANEJO DE EXCRETAS Y BASURAS

1.- Baño Inglés
2.- Fosa séptica
3.- Servicio público de limpia
4.- Basurero comunal

HABITOS FAMILIARES .

Se interrogo acerca del problema de Tabaquismo y alcoholismo familiar , encontrando estos datos positivos ; siendo para Tabaquismo 62.1 % que correspondia a 23 familias, y para Alcoholismo 59.4 % que correspondia a positividad en 22 familias .

ACTIVIDADES RECREATIVAS .

Se interrogo acerca de la recreación familiar encontrando los siguientes resultados : familias con recreación 31 (83.7%) y sin recreación 6 (16.2%) .

ATENCION MEDICA .

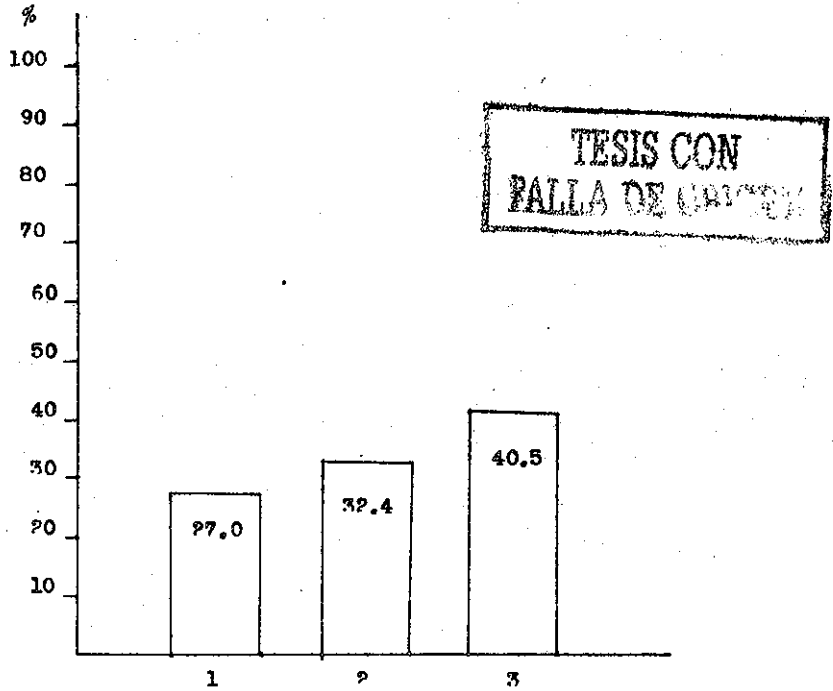
Durante la encuesta efectuada se investigaron los motivos de inasistencia de los derechohabientes , y los que habían acudido anteriormente cuantas veces lo hicieron , la calidad de la atención y que otro tipo de servicios médicos utilizan , lo que se ilustra en las siguientes tablas .

TABLA XIV

MOTIVO DE INASISTENCIA (Gráfica No. 6)

Deficiente atención	10	27 %
Por no ameritarlo	12	32.4 %
Falta de tiempo	15	40.5 %

MOTIVO DE INASISTENCIA



1.- Deficiente atención

2.- Por no ameritarlo

3.- Falta de tiempo

TABLA XV

NÚMERO DE CONSULTAS PREVIAS RECIBIDAS
POR LOS ASEGURADOS EN EL IMSS

Una	10	27
Dos	10	27
Tres o más	5	13.5
Ninguna	12	32.4

24

TESIS CON
FALLA DE ORDEN

TABLA XVI

TIPO DE ATENCIÓN MÉDICA (Gráfica No. 7)

Médico particular	22
Servicio médico de la empresa	5
Total	27

PLANIFICACION FAMILIAR

Al investigar la aprobación en cuanto al método de planificación familiar voluntaria encontramos que de 23 mujeres en edad reproductiva solo 9 (39%) utilizaban alguno de los métodos de planificación familiar , los que se ilustran en la siguiente tabla .

TABLA XVII

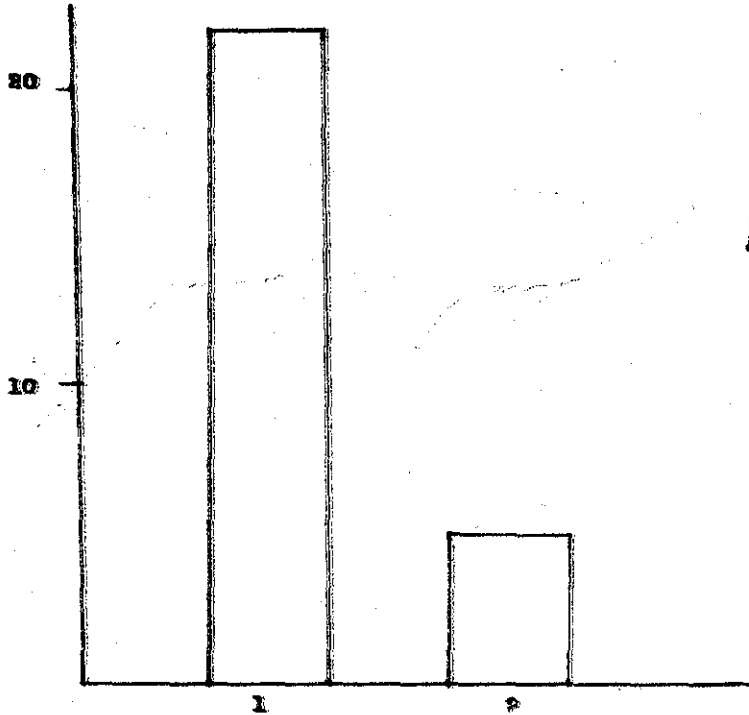
MÉTODOS DE PPFV UTILIZADOS

Ritmo	1
Local	1
Hormonales	3
DIU	1
Salpingooclasia	3
Total	9

GRAFICA No. 7

25

TIPO DE ATENCION MEDICA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. - Médico particular

2. - Servicio Médico de la Empresa

MORBILIDAD FAMILIAR .

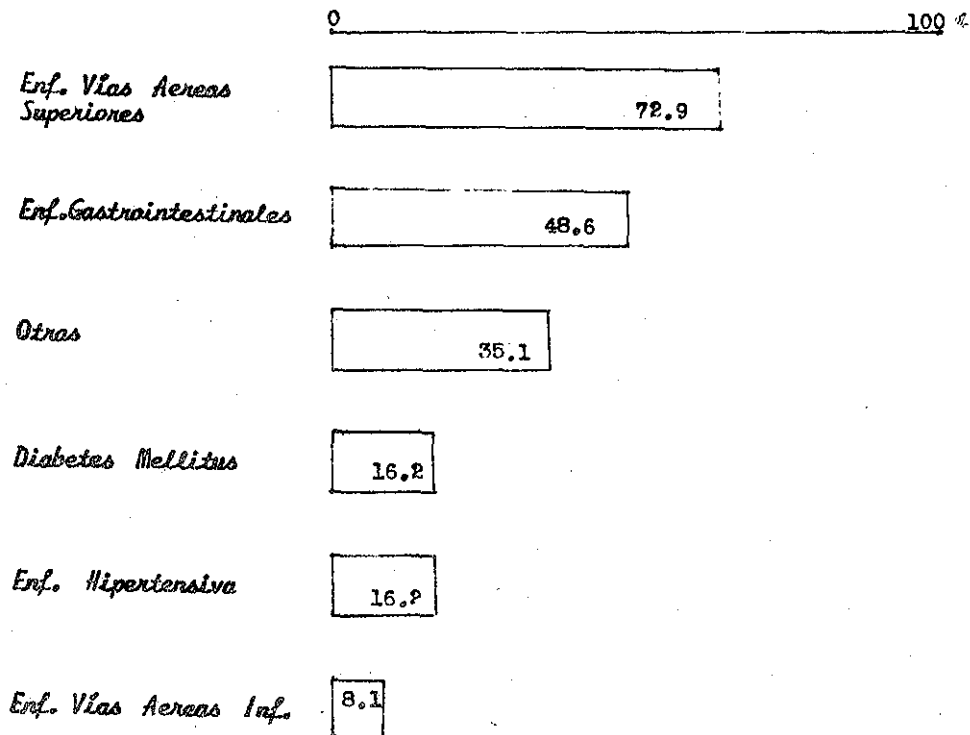
TABLA XVIII

MORBILIDAD FAMILIAR DE LA POBLACION NO ASISTENTE (Gráfica No.8)

<i>Enf. Vías Aereas Superiores</i>	27	72.9
<i>Enf. Gastrointestinales</i>	18	48.6
<i>& Otras</i>	13	35.1
<i>Diabetes Mellitus</i>	6	16.2
<i>Enf. Hipertensiva</i>	6	16.2
<i>Enf. Vías Aereas Inferiores</i>	3	8.1
<i>Total</i>	73	100

*& Incluye enfermedades como gastritis, pterigión, corall-
gia , obesidad, púrpura trombocitópénica, desnutrición,
fiebre tifoidea, cardiopatía.*

MORBILIDAD FAMILIAR DE POBLACION NO ASISTENTE



En la siguiente tabla se muestra la morbilidad de la población que SI ACUDE a recibir atención médica al IMSS, con el fin de efectuar un análisis comparativo de morbilidad.

TABLA XIX

MORBILIDAD DE LA POBLACION ASISTENTE
DE UN TOTAL DE 596 FAMILIAS

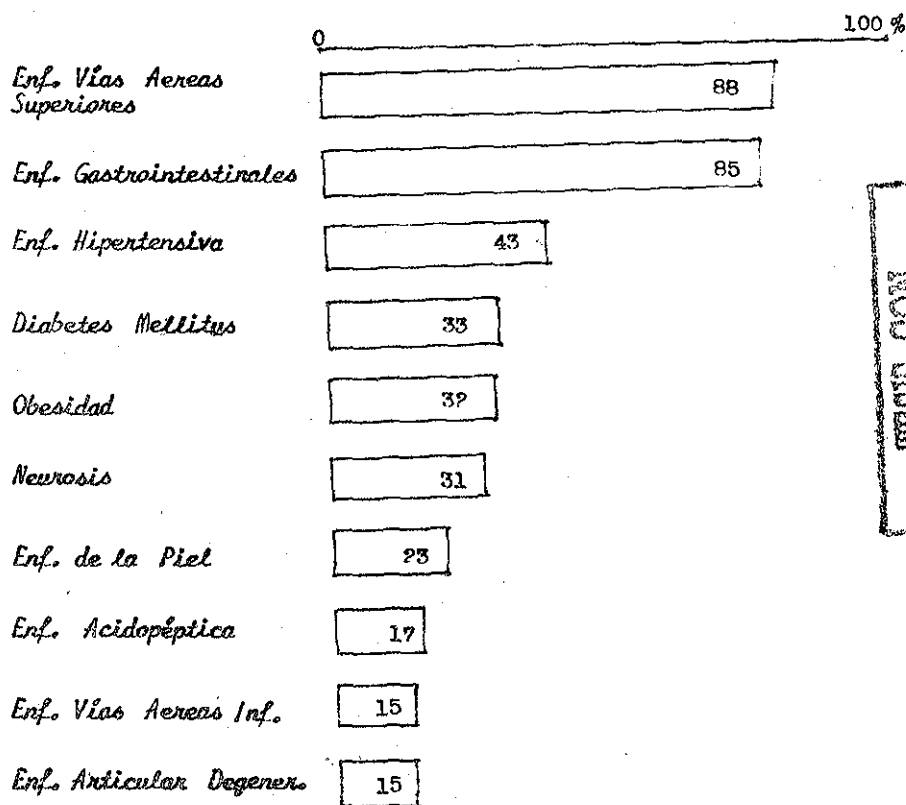
	%
Enf. Vías Aereas Superiores	88
Enf. Gastrointestinales	85
Enf. Hipertensiva	43
Diabetes Mellitus	33
Obesidad	32
Neurosis	31
Enf. de la Piel	23
Enf. Acido péptica	17
Enf. Vías Aereas Inferiores	15
Enf. Articular Degenerativa	15

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al analizar los datos anteriores, vemos que los padecimientos que originaron con mayor frecuencia solicitud de atención médica, como se puede apreciar en la población adscrita al consultorio 6 BD, adolece de padecimientos principalmente derivados de condiciones higiénicas deficientes, avaros a condiciones socioeconómicas inestables. Es decir padecimientos de comunidad con rasgos subdesarrollados.

llama la atención la predominancia de padecimientos metabólicos y la presencia de trastornos del tipo de las Neurosis lo cual es propio de poblaciones urbanas, sometidas al stress del medio ambiente.

LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA
EN MEDICINA FAMILIAR



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

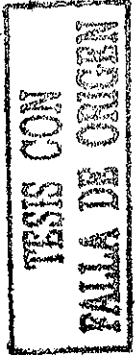
ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ANALISIS DE LA PIRAMIDE DE POBLACION DEL CONS. 6BD

Al analizar la pirámide de población, se observó una distribución por edad y sexo, similar a la observada en la población adscrita de la UMF No. 35, y a la de la población general, a excepción de una muestra observada en el quinquenio comprendido entre 15 y 19 años, edades en las que los beneficiarios hijos llegan a la mayoría de edad, suspendiéndose las prestaciones del IMSS; así mismo hay un incremento en las edades de 20 a 25 años, en que individuos en edad productiva se incorporan con su familia al IMSS con lo que se explica dicho incremento.

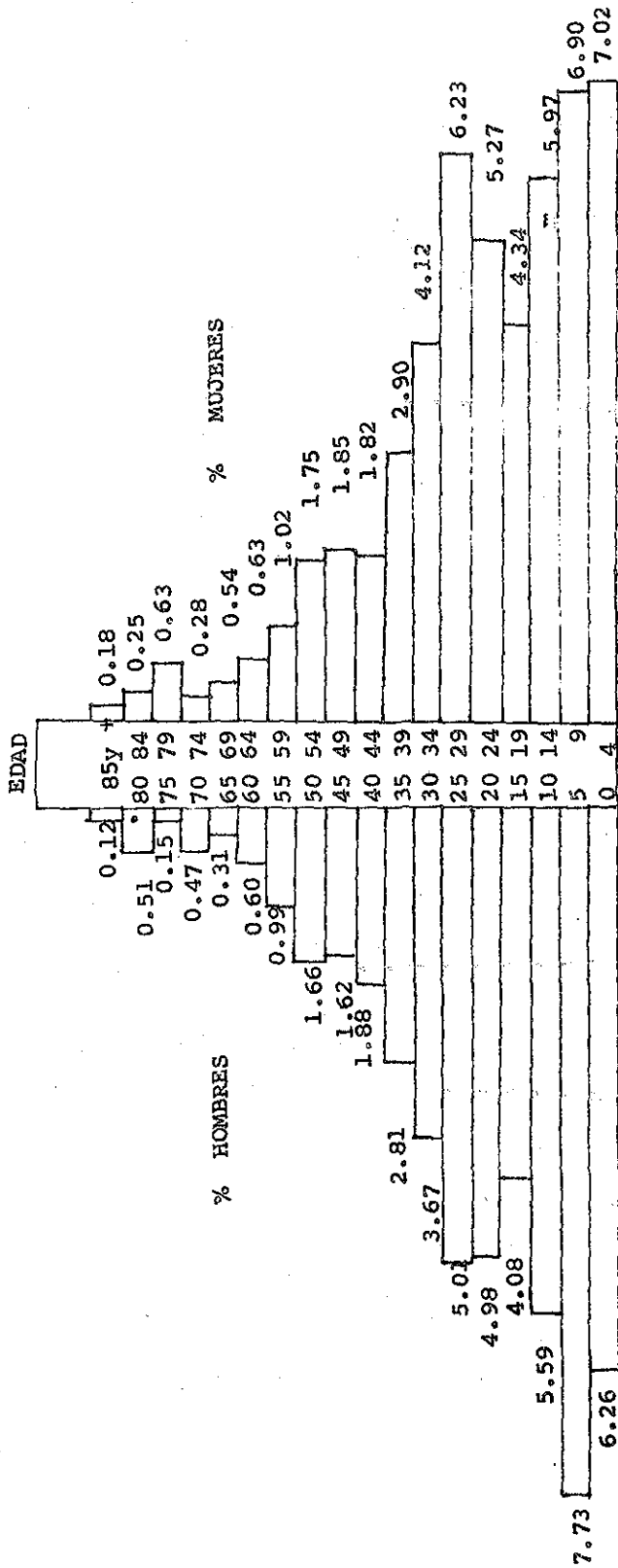
No se encuentra en esta pirámide el índice de masculinidad puesto que hay un predominio de individuos del sexo femenino (0.76%) sobre el sexo masculino, contra lo que cabría esperar; esto puede deberse a la falta de registro de menores de un año como derechohabientes del IMSS. El resto de la pirámide es muy similar a otras encontrándose el predominio femenino.

De la población los menores de un año, forman el (3.03%) encontrándose un 47.86% de mujeres en edad fértil. En edad productiva se encontraron 1491 individuos, lo que da un porcentaje de 47.63%, del total de los cuales solo el 33.6% se encuentran trabajando, el resto lo forman esposas y 83 pensionados que son improductivos desde el punto de vista económico. Los menores de 15 años son 1236, y los mayores de 60 son 139, dando un total de 1375 (43.92%) que también son improductivos, por lo que solo un 16.03% del total laboran correspondiendo a cada uno de ellos un promedio de 6.23 individuos improductivos.



PIRAMIDE DE LA POBLACION ADSCRITA AL CONSULTORIO 6 BD

UMF No. 35



FUENTE : ARCHIVO DEL CONS. 6BD

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

V.- ANALISIS ESTADISTICO .

El tratamiento estadístico que se aplicó a este trabajo fue la χ^2 (chi cuadrada), con un nivel de confiabilidad de P menor de 0.05 y un grado de libertad, dando como resultado que la χ^2 tabulada fue de 2.01, y la χ^2 calculada fue de 5.73, esto es que $\chi^2 t$ fue menor que la $\chi^2 c$, con lo cual se rechaza hipótesis nula, y se acepta hipótesis alternativa .

TRTAMIENTO ESTADISTICO

**TESIS CON
 IMPALLA DE ORIGEN**

Hipótesis Nula : No hay diferencia entre el estado de salud de los pacientes que acuden y los que no acuden a su clínica de adscripción .

Hipótesis Alternativa: Si hay diferencia entre el estado de salud de los pacientes que acuden y los que no acuden a su clínica de adscripción .

ESTADO DE SALUD

	ACEPTABLE	INADECUADO	TOTAL
SI ACUDEN	16 - 20,7	24,- 19,2	40
NO ACUDEN	24 - 19,2	13 - 17,7	37
TOTAL	40	37	77

$\chi^2_c = 5.73$

$\chi^2_t = 2.01$

$gl = 1$

P menor de 0,05

VI .- CONCLUSIONES

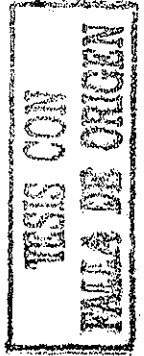
El campo de acción de un médico familiar se encuentra limitado por no conocer a la población adscrita en su totalidad y en consecuencia no poder integrar el Diagnóstico de Salud de la población total .

En el presente estudio investigamos a la población no asistente , haciendo el Diagnóstico de Salud de la misma , y comparandolo con el Diagnóstico de Salud de la población asistente , observando que el tipo de morbilidad es similar en ambas . En base a los resultados obtenidos justificamos la investigación efectuada , ya que al conocer a la totalidad de la población adscrita , el médico familiar proporcionara una medicina integral más eficiente , pues conocera de que se esta enfermando su población , y se aplicara medidas preventivas específicas .

Al analizar los resultados de la población No Asistente concluimos lo siguiente :

Durante el desarrollo del estudio efectuado encontramos que de la población total adscrita a un médico familiar - 100 familias (15.17%) no acudían a recibir atención médica por utilizar el servicio médico de la empresa, médico particular o bien por conservar su estado de salud .

De acuerdo a la composición familiar encontramos que 32.4% corresponde a pacientes asegurados de un total de 96 personas , con una predominancia de edad entre los 16 y 44 años , que correspondería a un 41.7% lo que indica una población productiva por lo que es importante conservar su estado de salud . ya que cualquier enfermedad incapacitante -



repercute en la economía familiar .

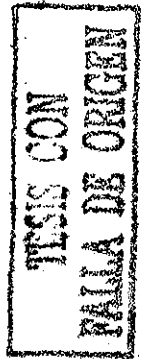
La ocupación predominante fue de empleos con una percepción del salario mínimo , correlacionandose así mismo con una escolaridad deficiente , en mayor porcentaje únicamente con instrucción primaria .

Vemos que la morbilidad encontrada en este estudio no difiere de la morbilidad Nacional , ya que las enfermedades de Vías Respiratorias y Gastrointestinales siguen ocupando los primeros lugares constituyendo el 72.9% y 48.6% respectivamente de la población estudiada lo que es consecuencia de un nivel socioeconómico bajo , inmigraciones , deficiente escolaridad y malos hábitos higiénicos , aunado a las condiciones ambientales .

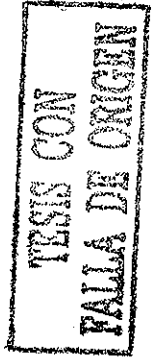
Al efectuar las encuestas familiares nos encontramos que predomina la familia de tipo nuclear , contando con casa propia , agua intradomiciliaria , luz , drenaje y la mayoría con todos los artículos suntuarios . Dentro de sus hábitos familiares encontramos Tabaquismo positivo en el 62.1% y Alcoholismo positivo en el 59.4% .

En cuanto a la aceptación de algún método de planificación familiar encontramos que de 23 mujeres en edad reproductiva solo 9 (39%) utilizaban uno de los métodos de planificación familiar , por lo que vemos que la cobertura de PPFV es mínima ya que se reduce a menos de la tercera parte de mujeres en edad fértil .

Respecto a la atención médica se observo que el principal motivo de inasistencia para utilizar las prestaciones médicas fue por falta de tiempo y en menor proporción por conservar su estado de salud o por deficiente atención médica . Observamos que la atención médica que recibían fue en mayor porcentaje por médico particular y servicio -



médico de la empresa . No obstante las condiciones socio-económicas de la población , están resolviendo sus problemas de morbilidad en forma adecuada y son estos los motivos - principales por los que no acuden a recibir los servicios - médicos del I.M.S.S.



VII .- ANEXOS

CUESTIONARIO FAMILIAR

FAMILIA _____ No. Afiliación _____

Domicilio _____

Edad _____ Ocupación _____

ESTRUCTURA Edad Sexo Escolaridad Edo. de Salud Ocupación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ORGANIZACION FAMILIAR

Tipo de Familia _____ Religión _____

HABITOS FAMILIARES

Higiénicos _____ Recreación _____

Tabaquismo _____ Alcoholismo _____

VIVIENDA

Tipo de habitación _____

Adecuada _____ Inadecuada _____

Hacinamiento _____ Promiscuidad _____

SERVICIOS URBANOS _____

ARTICULOS SINTUARIOS _____

MANEJO DE EXCRETAS _____

MANEJO DE BASURAS _____

MORBILIDAD FAMILIAR .

Enf. Gastrointestinales _____ Enf. Vías Aereas Sup. _____

Enf. Metabólicas _____ Otras _____

UTILIZACION DE RECURSOS MEDICOS.

Consultas previas _____ Porque deajo de acudir _____

Utiliza otros servicios médicos _____ De que tipo _____

Porque utiliza otros servicios médicos _____

PLANIFICACION FAMILIAR

CONSIDERACIONES .

Durante las entrevistas familiares se hicieron acciones de medicina preventiva como DOD, DOC, profilaxis de higiene dental, planificación familiar, y detección de fiebre neumática, así como orientación en cuanto a la mejor utilización de los servicios médicos disponibles en el IMSS .

TABLA XX

ACCIONES EFECTUADAS EN LA POBLACION NO ASISTENTE

DOD	14
DOC	27
Aplicación de Fluor24	
Planificación Fam.	8
Detección de FR	1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Organización Panamericana de la Salud ; "Objetivos y Estrategias del sector salud para alcanzar los mínimos de salud para todos en el año 2000 " . SAL PUB MEX Enero-Febrero 1981 ; XXI (1) ; PP 49 - 63 .
- 2.- Farfán SG. y Col. " Diagnóstico de Salud de la población asistente a la consulta de un médico familiar" . México .1978 HGZ No. 25 . IMSS
- 3.- Ferrvosa Acebal ,Paganini ; Medicina de la Comunidad , Edit Interamericana , Buenos Aires 1976 ,pp 57- 106
- 4.- San Martín ; Salud y Enfermedad . México DF , Edit Prensa Médica Mexicana SA , 4a Edic , 1981 , pp 55 -96
- 5.- Vega Franco L-García MH ; Bases esenciales de la Salud Pública , México DF Edit La Prensa Medica Mex SA 1979,pp 59-64
- 6.- Ruiz de Chavez M, " Los sistemas de evaluación en el sector salud ,límites para su desarrollo " SAL PUB MEX Marzo-Abril 1981 ; XXI (2) pp 199-206
- 7.- Leonardo A; El médico de familia, su importancia en los servicios institucionales de salud integral . Bol de Ofic Panam Junio 1974 , pp 469-478 .
- 8.- Cárdenas de la P.E ; Medicina familiar en México IMSS , México 1974 .