

11226

2/1
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO E INVESTIGACION



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL «MIGUEL TREJO OCHOA»
COLIMA, COL.

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL DEL ISSSTE**

«MIGUEL TREJO OCHOA»

COLIMA, COL.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Francisco Diaz Barbosa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Colima, Col., 1998

I. S. S. T. E.
SUBDIRECCION MEDICA
n AGO. 6 1998
ENSEÑ.
HOSPITAL
COLIMA, COL.

264872



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.

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR EN
EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL DEL ISSSTE
«MIGUEL TREJO OCHOA»
COLIMA, COL.**

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

Francisco Diaz Barbosa

AUTORIZACIONES:



~~DR. MIGUEL ANGUEL FERNANDEZ ORTEGA~~

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

U.N.A.M.

Arnulfo Irigoyen Coria

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

U.N.A.M.

DRA. MA. DEL ROSO NORIEGA GARIBAY

COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

U.N.A.M.

COLIMA, COL., JULIO 1998

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA
FAMILIAR EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA
HOSPITAL DEL ISSSTE
«MIGUEL TREJO OCHOA»
COLIMA, COL.**

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

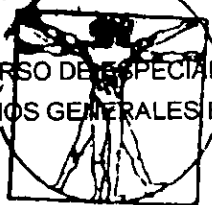
PRESENTA:

Francisco Diaz Barbosa

Guadalupe Ortega

DRA. MA. GUADALUPE ORTEGA GOMEZ

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN COLIMA, COL.**



ENSEÑANZA

ISSSTE

Guadalupe Ortega

DRA. MA. GUADALUPE ORTEGA GOMEZ

ASESOR DE TESIS

J. Castro

DR. JOSE CASTRO CANTÉ

ASESOR DE TESIS ISSSTE

Leticia Esnaurrizar Jurado

DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA
Y MEDICINA FAMILIAR**

JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZAS DEL ISSSTE

I N D I C E

I.- MARCO TEORICO	6
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
III.- JUSTIFICACION	14
IV.- OBJETIVOS	15
V.- HIPOTESIS	16
VI.- METODOLOGIA	17
6.1 TIPO DE ESTUDIO	17
6.2 UNIVERSO DE ESTUDIO	17
6.3 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	17
6.4 TIPO DE MUESTRA	17
6.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA	18
6.6 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	18
6.7 VARIABLES	19
6.8 METODO PARA CAPTAR INFORMACION	21
6.9 CONSIDERACIONES ETICAS	21
VII.- RESULTADOS	
7.1 CENSO POBLACIONAL	22
7.2 ESTUDIO DE COMUNIDAD-DIAGNOSTICO FAMILIAR	23
7.3 MORBILIDAD	29
7.4 CUADROS Y GRAFICAS	32
VIII.- ANALISIS DE RESULTADOS	51
IX.- CONCLUSIONES	52
X.- LINEAS DE CONTROL Y DE ACCION	55
XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	59
XII.- ANEXOS	62

I.- MARCO TEORICO

Medicina familiar es aquella disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia.(1)

1.1 El médico familiar.

En la época precolombina no existían propiamente dichos los médicos, existían sí personas que a través de el uso de hierbas y de encantamientos lograban milagros curativos que en su momento asombraron a los conquistadores (2).

Con los conquistadores llegaron personas y sobre todo los frailes católicos que dentro de su habitual actuar se dedicaban a realizar curaciones. Con la llegada de los primeros colonos a norteamérica se incluían algunos médicos, no eran suficientes para cubrir las necesidades de la población. Quienes querían estudiar medicina tenían que estudiar en Europa, puesto que no existían facultades de medicina hasta la década de 1760 en que se fundó el medical department de la University de Pennsylvania. Al principio estos miembros formaron el Club de Virginia, quienes se negaban a practicar la cirugía o de dispensar fármacos. Pero al cabo de poco tiempo todos los clínicos graduados o no, estaban practicando como médicos generales. Así nació la medicina general en América del siglo XVIII.(3).

En la primera mitad de este siglo se dio el surgimiento de las principales especialidades médicas, cuyo prestigio fue agrandándose a través de los años y cuya preferencia sobre los médicos generales ha sido desde entonces, haciendo que los médicos generales o aquellos que se les llamaba «de cabecera» quedaran relegados como profesionales de segunda clase.

Este tipo de atención «especializada» y fragmentada de la medicina ha producido avances tecnológicos pero al mismo tiempo la despersonalización en el trato humano.

La reacción contra la fragmentación y despersonalización, que da origen a la reformulación de la medicina general de familia, comienza en forma prácticamente simultánea en Gran Bretaña, Canadá, Australia y Estados Unidos a partir de los años sesenta.(4)

Así el médico familiar tiene su origen en la medicina general, pero a diferencia de ella se dedica a la atención del núcleo familiar para resolver sus problemas indiferenciados de una relación personal individual e intrafamiliar.

La especialización de la medicina familiar a diferencia de las demás especialidades es horizontal o generalista, e introduce al paciente y a su familia al Sistema Nacional de Salud, siendo médico de atención primaria (fundamental).(5).

Las acciones que deben de gobernar a todo médico familiar son:

- 1.- Su compromiso es con la persona, no limitándose a un tipo de problema sanitario y debe de estar preparado para atender a cualquier persona independiente de su sexo y edad, el paciente y no la enfermedad es quien define el problema. Su acción no termina con el retorno a la salud del paciente, sino en la continuidad de su salud y la de su entorno familiar.
- 2.- El médico familiar intenta comprender el contexto de la enfermedad, observándola desde dentro de su medio para tener en cuenta toda la gama de variaciones. Y la afectación que hace esta enfermedad en dicho entorno familiar y social del paciente.
- 3.- El médico familiar aprovecha todo contacto con el paciente para practicar y educar en el paciente los conceptos de medicina preventiva.
- 4.- El médico familiar observa al paciente como un miembro de un grupo en el cual

tiene implicaciones precisas para su vida, y no como un portador de una enfermedad tal como independiente del contexto global del paciente.

- 5.- El médico de familia es parte de una red sanitaria que en virtud de su experiencia pone a disposición del individuo para su curación y para la conservación de su salud.
- 6.- Idealmente debe de compartir el mismo hábitat que de sus pacientes para que tenga conocimiento por vivencia propia de los factores ambientales que puedan contribuir a la alteración de la salud.
- 7.- Idealmente debe de atender a los pacientes en su propio hogar para poder darse cuenta del verdadero entorno del paciente.
- 8.- Conceder importancia a los aspectos subjetivos del paciente, su percepción de la realidad, sus valores, actitudes y sentimientos.
- 9.- Es un gestor de recursos en favor del paciente, tanto en las necesidades de un especialista como en exámenes de gabinete o incluso en aspectos de necesidad de apoyo de consejo social, con la persona indicada.(3)

La medicina familiar viene a formular una síntesis de las escuelas médicas de Esculapio y de Higia, puesto que realiza intervenciones médicas individuales que se dirigen a la patogénesis específica, así también debe de realizar acciones sociales y ambientales, teniendo un impacto más generalizado, tratándose de realizar un diagnóstico lo más temprano posible e incluso identificar otros factores que producen y que predicen que la enfermedad va a ocurrir.(6)

La falta de cultura preventiva es un reflejo del grado de desarrollo para una sociedad que no es capaz de anticiparse al futuro y de planificar para modificarlo, sino que se atiene a la aplicación de medidas ante los problemas emergentes.(7)

Una población educada solo solicita atención médica cuando lo requiere, permitiendo así ayudar a la contención del impacto de costos en la seguridad social, principalmente en la atención del primer nivel que es el que se solicita directamente.(8)

1.2. La Familia

Familia en nuestro México actual es la base de la sociedad, que tiene su origen en el matrimonio, formado por el marido, la esposa, los hijos y los parientes que se encuentran viviendo en el lugar del grupo nuclear unidos por lazos legales, con derechos y obligaciones económicas y psicológicas de amor, afecto, temor, etc.(9)

Clasificación:

1.- Con base en su desarrollo: moderna, tradicional y primitiva.

En México se considera: moderna el 40%, que es cuando ambos conyuges trabajan fuera del hogar. Tradicional 50%, es la familia en la que el esposo es quien trabaja fuera del hogar y la mujer se dedica a las labores del hogar. Primitiva el 10%.

2.- Con base en su demografía: Urbana y rural.

En nuestro país se clasifica como urbana el 60%, que son comunidades con más de cinco mil habitantes y que cuentan con los servicios básicos de urbanización y la rural que es el 40% que es el lugar con menos de cinco mil habitantes y que carecen de los servicios básicos de urbanización.

3.- En base a su integración: integrada, semiintegrada y desintegrada.

Integrada cuando los cónyuges viven juntos y cumplen con sus funciones.

Semiintegrada, cuando los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente con sus funciones. Desintegrada es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges por separación, divorcio o muerte.

- 4.- Desde el punto de vista tipológico: campesina, obrera, profesional, que es la característica dada según la ocupación de los cónyuges.
- 5.- Desde el punto de vista estructural: nuclear, extensa, compuesta, variante.

La familia nuclear o elemental constituida por padre, madre e hijos. La familia extensa, aparte de la nuclear se agregan los abuelos, los primos, tíos, cuñados, etc. La familia compuesta además se agregan miembros que no son consanguíneos. Y la familia variante es aquella en la que el adulto vive solo, en la pareja sin hijos y padre o madre solteros.

Funciones de la Familia

Su localización, cuidado, afecto, reproducción y estatus, y nivel socioeconómico. Es importante conocer la forma en que la familia lleva a cabo estas funciones para determinar el grado de ayuda que se le puede otorgar a la familia en sí.

Ciclo Vital

Las familias tienen como unidad su ciclo vital, cursando en el periodo de su desarrollo con etapas críticas que en ocasiones necesitan ayuda profesional para que lleven a cabo sus funciones para lograr una vida más rica y compleja.

Este ciclo abarca: el periodo de galanteo, la fase de matrimonio, la fase de expansión, la fase de dispersión, la fase de independencia y la fase de retiro y muerte.(10,11)

La comprensión del ciclo vital nos conllevará al entendimiento de la dinámica familiar, la cual es una colección de fuerzas positivas o negativas que afectan el cumplimiento de cada miembro de la familia, haciendo que como unidad funcione bien o mal, que producirá acercamiento o alejamiento, desarrollo o estancamiento y un clima de seguridad o ansiedad o depresión. Una dinámica familiar normal permite al individuo desarrollarse como tal, de no sentirse aislado y de poder contar con el apoyo de otros miembros, se encaran las crisis y cada miembro acepta un papel para hacerles frente y adaptarse a las circunstancias.(12)

1.3 Antecedentes Institucionales

La medicina familiar ha sido considerada mundialmente como una de las estrategias esenciales para resolver la problemática de atención a la salud a nivel nacional se tiene la misma idea y esta misión está encargada al médico familiar, por lo que el ISSSTE ha adaptado el sistema de medicina familiar como programa prioritario con el fin de reforzar el primer nivel de atención, para brindar de esa manera una atención médica integral a través de un grupo multidisciplinario y dentro del marco humanístico.(13)

Para que este tipo de conocimientos y habilidades pudiese ser esparcido entre médicos generales del ISSSTE, que son los encargados de la atención primaria, en agosto de 1992 la Universidad Nacional Autónoma de México y esta Institución, firmaron un convenio de colaboración para impartir la especialidad de medicina familiar a distancia y en los propios lugares de trabajo de los médicos, se contaba con la experiencia de que el IMSS ya tenía en marcha los planes para incorporar al médico general al

sistema de medicina familiar que lo inicia en 1971(14) y que ya en el año de 1959 B. Sepúlveda pugnaba por ello.(15)

La meta de la OMS de «salud para todos en el año 2000» y la conferencia de Alma Ata en la que se expresó que la atención primaria es la estrategia mediante la cual debe de lograrse la cobertura universal de servicios de salud(16) forman parte importante en la filosofía de esta nueva acción.

1.4 El modelo sistemático de atención médica familiar

La Medicina Familiar en México se ha practicado sobre esquemas que no han contado con una base teórica respaldada por las evidencias científicas que permitan esclarecer el conocimiento de los grupos asignados al cuidado de un médico. Esto limita la práctica de las tres acciones que fundamentan el ejercicio profesional en medicina familiar (estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatorias), la identificación de estos tres ejes conduce a la necesidad de definir una metodología que conduzca a la práctica de un nivel operativo de las habilidades y conocimientos que el médico familiar tiene como prios y exclusivos.

Este trabajo se realiza para que al identificar las características bio-sociales de las familias, el médico familiar pueda implementar medidas de prevención de enfermedades y promoción a la salud en su consultorio de medicina familiar. Haciendo efectivas las premicias de estudio de familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características bio-sociales de las familias adscritas al Consultorio N° 1 del turno vespertino de la Clínica Hospital «Miguel Trejo Ochoa» de la ciudad de Colima, Colima, así como sus diez principales causas de demanda de consulta?

III.- JUSTIFICACION

En la clínica hospital «Miguel Trejo Ochoa» se ha establecido con anterioridad la división por sectores de la consulta externa de medicina general formándose cinco sectores, cada consultorio o sector atiende aproximadamente entre tres y cuatro mil derechohabientes. Esta división corresponde la misma población para ser atendida en dos turnos por médicos diferentes en turnos matutino y vespertino por lo que el paciente puede escoger el turno que le acomode de acuerdo a sus necesidades.

El análisis de la población atendida y la morbilidad presentada nos permite el poder realizar acciones que de acuerdo a los resultados obtenidos nos enfrentamos a diario en nuestro propio consultorio y con las personas que convivimos, que no es el compromiso con la enfermedad como tal, sino con la persona que está enferma.

La formación que hemos adquirido a través de la residencia en medicina familiar nos indica que debemos de realizar cambios en nuestra forma actual del trato al paciente, pero de cambios sustentados en el conocimiento, tanto del paciente, de su familia, del medio ambiente como del conocimiento de nosotros mismos. El presente estudio es el inicio de un cambio de actitud; buscamos tener sustento para ese cambio, aquí, en el ambiente que nos desarrollamos y que se desarrollan nuestros pacientes.(18)

Todo ello de acuerdo con la Carta de Ottawa,(19) que pugna por la reorientación de los servicios de salud, mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida, crear medio ambiente saludable y elaborar políticas explícitas de salud y reforzar la acción comunitaria en salud.(21)

IV.- OBJETIVOS

4.1 Generales

Determinar las características biosociales de la población asignada al consultorio N° 1 del turno vespertino de la clínica-hospital «Miguel Trejo Ochoa» de la ciudad de Colima, Colima, así como las principales causas de demanda de consulta en el periodo enero-julio de 1997.

4.2 Específicos

Determinar los grupos por sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, integración, ingresos por familia, ciclo vital de las familias, tipo de familia, métodos de planificación familiar, toxicomanías, alimentación, hábitos higiénicos, servicios públicos, vivienda, animales domésticos y antecedentes heredo familiares.

V.- HIPOTESIS

Dado que el presente trabajo es de tipo descriptivo, no requiere hipótesis.

VI.- METODOLOGIA

6.1 Tipo de estudio

Descriptiva, retrospectiva, parcial, transversal, prospectivo.

Fundamentado en tres estrategias: censo de población, estudio de la comunidad e identificación de las 10 principales causas de consulta.

6.2 Universo de Estudio

Lo forman las 980 familias usuarias adscritas al sector número 1.

Hojas de consulta diaria del médico del turno vespertino de los meses de enero a junio de 1997.

6.3 Población, lugar y tiempo.

Grupo de 100 familias que acudieron a consulta en el turno vespertino al consultorio N° 1 de la Clínica Hospital «Miguel Trejo Ochoa» del 1 de agosto al 15 de noviembre de 1997.

6.4 Tipo de muestra

Muestreo no probabilístico por cuotas a las familias adscritas al consultorio N° 1 que acudieron a la consulta en el turno vespertino.

6.5 Tamaño de la muestra

Todas las tarjetas de las familias vigentes del archivo clínico y que corresponden al sector N° 1.

100 encuestas, una por familia.

100 hojas de consulta diaria del médico del turno vespertino.

6.6 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Población usuaria adscrita al sector N° 1

Disposición a responder la encuesta.

Diagnósticos agudos y crónicos por edad y sexo de primera vez vertidos en las hojas de consulta diaria del médico legibles.

6.6.2. Criterios de exclusión:

Población usuaria no adscrita al sector.

Rechazo a responder la encuesta.

Diagnósticos subsecuentes e ilegibles.

6.6.3. Criterios de eliminación:

Hojas de informe diario del médico no fechadas, con datos incompletos y con pacientes que no pertenecen al sector número 1.

6.7 Variables

Para la pirámide poblacional se usaron variables de tipo cualitativo y cuantitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal a ordinal para las segundas según el caso.

Los grupos étnicos se establecieron en una amplitud de división de cinco años.

Para el estudio de comunidad las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal.

En observaciones se registran enfermedades crónico degenerativas, toxicomanías, tipo de vivienda, dependencia de trabajo y antecedentes heredofamiliares.

6.7.1. Número total de personas.

6.7.2. Número total de personas del sexo masculino.

6.7.3. Número total de personas del sexo femenino.

6.7.4. Número de personas del sexo masculino por grupos étnicos.

6.7.5. Número de personas del sexo femenino por grupos étnicos.

Estudio de la comunidad (Diagnóstico familiar)

6.7.6. Nombre de la familia.

6.7.7. Estado civil.

6.7.8. Años de unión conyugal, casados, unión libre, solteros, divorciados y viudos.

6.7.9. Escolaridad de los conyuges e hijos.

6.7.10. Edad de los padres.

6.7.11. Número de hijos hasta los 10 años.

6.7.12. Número de hijos de 11 a 19 años.

6.7.13. Número de hijos de 20 o más años.

6.7.14. Ocupación de los Padres.

6.7.15. Ingresos económicos.

6.7.16. Tipo de familia.

6.7.17. Etapa de ciclo vital.

6.7.18. Características de la vivienda.

6.7.19. Enfermedades crónico degenerativas como factores de riesgo.

En algunos casos se empleará el porcentaje en vez de número.

En la identificación de las causas de consulta se consideraron variables de tipo cuantitativo.

6.7.20. Las diez principales causas de consulta.

6.7.21. Consultas por mes, de primera vez y subsecuentes.

6.8 Método para captar información.

Censo poblacional: se acudió al departamento de vigencia de derechos donde se seleccionaron las tarjetas correspondientes al sector N° 1. La recolección de datos se realizó por paloteo simple.

Estudio de la comunidad familiar

Del número total de familias usuarias al servicio de consulta externa se realizó la encuesta por medio de la cédula de microdiagnóstico siendo aplicada directamente.

Morbilidad

Se acudió al departamento de estadística donde se solicitaron las hojas de consulta diaria del médico asignado al consultorio N° 1 en el turno vespertino de los meses de enero a julio de 1997, se escogieron las que cumplieron con el criterio de inclusión, obteniéndose a través del paloteo simple el total de pacientes y los padecimientos por edad y sexo realizando una selección a través de esos datos la diez primeras causas de solicitud de atención, apoyándonos en una calculadora de bolsillo para el cálculo de sumas y porcentajes.

6.9 Consideraciones éticas

Se les expicó a los entrevistados la causa de la encuesta y que los datos obtenidos solo serían utilizados para este estudio.

VII RESULTADOS

7.1 Censo poblacional

Población del sector N° 1

Derechohabientes: 3912

Masculinos 1751 45%

Femeninos: 2161 6.61%

De 0 a 4 años 259 6.61%

Masculinos 3.19%

Femeninos 3.42%

Mujeres en edad fértil: 28% /15 a 44 años

Mayores de 60 años: 371 9.4%

Masculinos 3.8%

Femeninos 5.59%

7.2 Estudio de comunidad-diagnóstico familiar

Se seleccionó al sector N° 1 de la clínica-hospital «Miguel Trejo Ochoa» perteneciente al ISSSTE y que abarca el lado oriente de la ciudad y la parte noreste del estado comprendiendo los poblados: La Estancia, El Trapiche, Cuauhtémoc, Quesería, Alcaraces y, sus alrededores.

Se desarrollaron 100 encuestas, una por familia, obteniéndose el siguiente resultado:

7.3.1. Sexo

Masculino	210	47.6%
Femenino	231	52.5%

7.3.2. Ingresos Económicos.

Se contabilizó los ingresos globales por familia de los miembros de los cuales los obtenían.

El salario mínimo para la ciudad de Colima en 1998 (año de la encuesta) es de \$22.00 diarios. 660.00 al mes.

El 52% percibe entre 2 a 7 salarios mínimos.

El 48% percibe entre 5 y 15 salarios mínimos.

7.3.3. Estado civil

Casados	40.33%
Solteros	47.63%

7.3.4. Años de vida conyugal

De 0 a 10 años	31%
De 10 a 20 años	40%

7.3.5. Ocupación

Empleados	33%
Estudiantes	36.28%

7.3.6. Padecimientos clínicos

Diabetes Mellitus	0.68%
-------------------	-------

Miopía	0.45%
--------	-------

7.3.7. Hábitos Higiénicos

Buenos	80%
--------	-----

Regulares	20%
-----------	-----

(Este porcentaje y el del siguiente punto 7.3.8 puede tener sesgo, puesto que la pregunta fue directa ¿sus hábitos higiénicos son buenos, regulares o malos? ¿su alimentación la considera buena, regular o mala?

7.3.8. Alimentación

Buena	57%
-------	-----

Regular	43%
---------	-----

7.3.9. Métodos de Planificación Familiar por familia

Salpingoclasia	41%
----------------	-----

7.3.10. Fases del ciclo vital

Dispersión	52%
Expansión	28%

7.3.11. Tipos de Familia

Nuclear	92%
Moderna	65%

7.3.12. Integreción Familiar

Integrada	90%
-----------	-----

7.3.13. Vivienda-Material de construcción

Piso	
mosaico, etc.)	88.5%

Paredes	
Tabique	98%

Techo	
Concreto	96%

7.3.14. Vivienda según su distribución

Comedor	98%
Cocina	100%
Estancia	100%
Baño	99.5%
Letrina	.5%

Recámaras

El 75% entre 2 y 3 recámaras.

7.3.15. Vivienda, Tipo de posesión

El 85% entre casa propia y adquirida en el FOVISSSTE.

7.3.16. Vivienda, Servicios Públicos

Energía eléctrica	100%
Agua intradomiciliaria	100%
Drenaje	99.5%
Teléfono	35%

6.3.17. Animales Domésticos

Perros	28%
Aves	23%

7.3.18. Toxicomanías

Tabaquismo	28%
Alcoholismo	61%
Toman medicamento sin receta	46%

7.3.19. Antecedentes Heredo Familiares

Diabetes Mellitus	81%
Hipertensión arterial	69%
Obesidad	56%

7.4 Morbilidad

Al revisar las hojas del médico del turno vespertino, se encontraron que las 10 primeras causas de consulta suman 599 de las cuales el 40.4% corresponden al sexo masculino y el 59.6% lo son del sexo femenino.

Por grupo etereo se obtuvieron los siguientes resultados:

El mayor porcentaje lo obtuvieron los grupos de 5 a 14 años con el 28.2%

El grupo etereo de 25 a 44 años con el 28.9% haciendo entre ambos el 57.1%.

Las diez principales motivos de consulta fueron:

- 1.- Infección Respiratoria Aguda (IRA) 343 pacientes, 57.2%, entre ellas siendo las principales las faringitis (27.9%, la rinofaringitis 24.7% y la amigdalitis 9.6%). Siendo los grupos más afectados el de 25 a 44 años con el 27.3% y el de 5 a 14 años con el 26%.
- 2.- Osteomuscular. 88 consulta (14.6%), siendo las que requirieron mayor solicitud las lumbalgias con el 15.9%, la neuritis costal con el 11.3% y los traumatismos de rodilla con el 7.9%. Los grupos más afectados el de 25 a 44 años con el 42.2%, de 45 a 64 años con el 19.4% y de 15 a 24 años el 16.4%.
- 3.- Parasitosis. 47 consultas (7.8%), la cuarta parte de ellas señaladas como amebiasis, el resto no especificaba. Los grupos más solicitantes: de 5 a 15 años el 38.2% y el de 25 a 44 el 19.1%.
- 4.- Síndrome diarreico. 23 consultas (3.8%, con el señalamiento de que existe en la Clínica un módulo de Hidratación Oral, donde se atienden este tipo de padecimientos sin necesidad de apartar ficha. Los grupos más afectados de 25 a 44 años (30.4%) y de 5 a 14 años con el 26%.
- 5.- Colitis. 22 consultas (3.6%), no se especifica causa de la misma. El grupo más afectado de 25 a 44 años (36.3%) seguido del de 15 a 24 años con el 31.8%.
- 6.- Infecciones de las vías urinarias. Con 21 consultas (3.5%, grupo de edad más afectado de 5 a 14 años y los de 45 a 64 años, ambos con el 26.6%.
- 7.- Conjuntivitis. Con 15 consultas (2.5%), sin especificar causa los grupos más afectados de 5 a 14 años con el 57.1% y el de 15 a 24 años con el 21.4%.

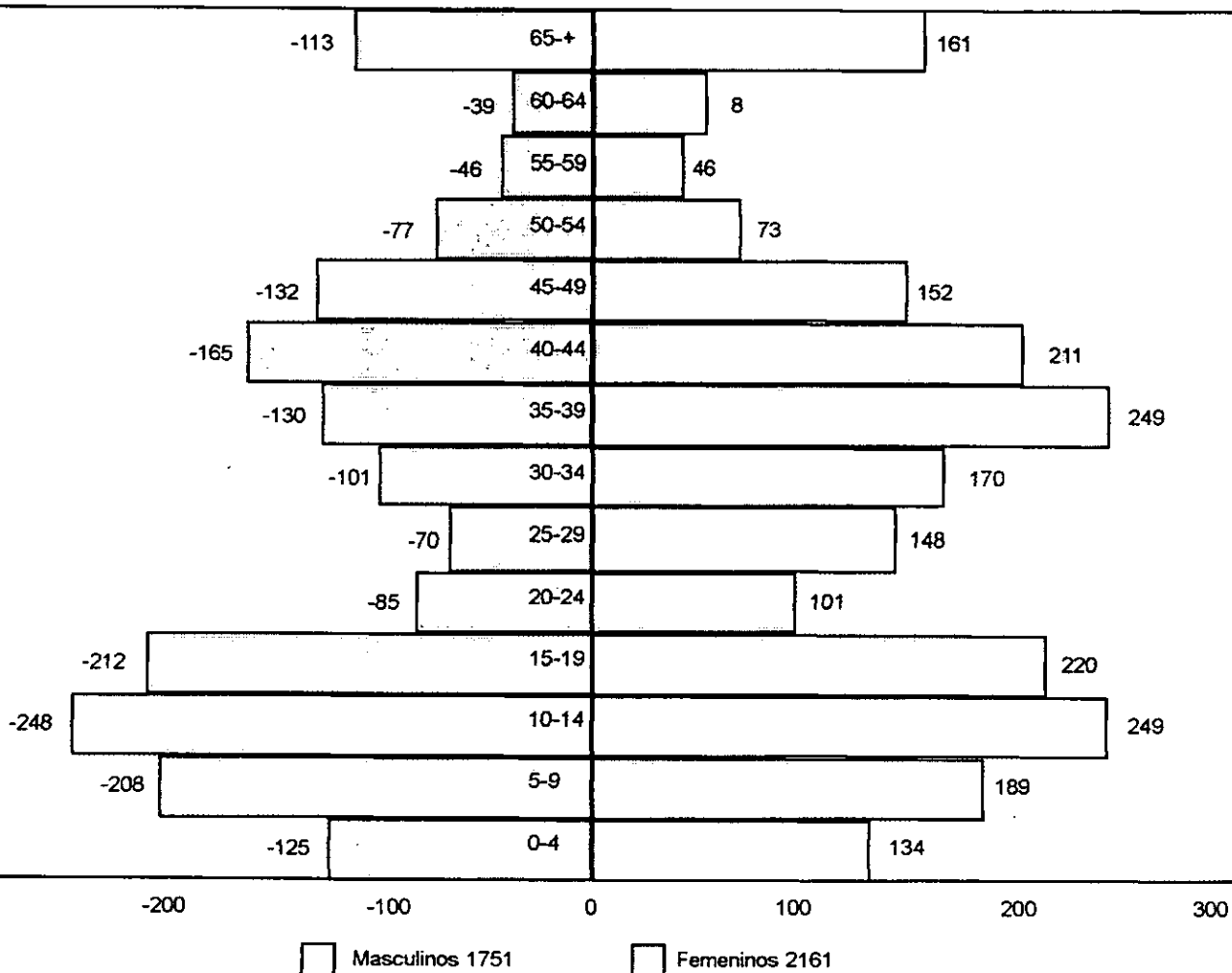
- 8.- Anemia. Con 14 consultas (2.5%), sin especificar causa los grupos más afectados de 5 a 14 años con el 57.1% y el de 15 a 24 con el 21.4%
- 9.- Sano. Con 14 consultas (2.3%), sin especificar si cude por algún programa preventivo, o para requisito de trabajo o realización de deporte. Grupos más solicitados los de 5 a 14 años (35.7%) y los de 25 a 44 años.
- 10.- Enfermedad Acido Péptica. Con 12 consultas (2.0%), todas señaladas como gastritis. Por grupos: de 25 a 44 años 58.3%, de 5 a 14 y de 15 a 24 el 16.6% cada uno.

7.5 CUADROS Y GRAFICAS

PIRAMIDE POBLACIONAL SECTOR #1

JULIO DE 1997
POBLACION TOTAL 3912

EDAD



ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1

ESTADO CIVIL	NUMERO	%
SOLTERO		47.63
CASADO		40.36
UNION LIBRE		4.00
DIVORCIADO(A)		6.00
VIUDO		2.00
TOTAL		99.00

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS PAREJAS CASADAS

SECTOR N° 1

AÑOS	FAMILIAS	%
1-4	11	12.2
5-9	17	18.8
10-14	17	18.8
15-19	20	22.2
20-24	10	11.1
25-29	8	4.4
30-34	4	4.4
35-39	1	1.1
40-44	2	2.2
TOTAL	90	100

Fuente: Cédula de Recolección de Datos

**AÑOS DE UNION CONYUGAL DE PAREJAS EN UNION LIBRE
ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1**

AÑOS	FAMILIAS	%
-1	1	33.33
5-9	2	66.66
TOTAL	3	100%

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**AÑOS DE UNION CONYUGAL EN PACIENTES
JEFES DE FAMILIA ACTUALMENTE DIVORCIADOS**

ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 1

AÑOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
1-4	1	1	2	33.33
5-9	1	1	2	33.33
10-14	--	--	--	--
15-19	1	1	2	33.33
TOTAL	3	3	6	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**AÑOS DE UNION CONYUGAL DE PACIENTES
VIUDOS**

ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 1

AÑOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
40-44	--	--	--	--
45-49	1	--	1	50
50-54	--	--	--	--
55-59	--	--	--	--
+60	--	1	1	50
TOTAL	1	1	2	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

EDAD DEL PADRE
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1

EDAD	TOTAL	%
20-24	2	2.1
25-29	6	6.5
30-34	16	17.3
35-39	25	27.1
40-44	13	14.1
45-49	13	14.1
50-54	7	7.6
55-59	5	5.4
60-64	1	1.0
65 +	4	4.3
TOTAL	92	100

Fuente: Cédula de Recolección de Datos

EDAD DE LA MADRE

FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1

EDAD	TOTAL	%
19	1	1.0
20-24	3	3.0
25-29	10	10.3
30-34	28	28.8
35-39	15	15.4
40-44	20	20.6
45-49	10	10.3
50-54	5	5.1
55-59	2	2.0
60-64	1	1.0
65 +	2	2.0
TOTAL	97	100

Fuente: Cédula de Recolección de Datos

**NUMERO DE HIJOS DE LOS FAMILIARES
ENCUESTADOS**

FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1

EDAD	NUMERO	%
HASTA 10 AÑOS DE EDAD	103	45.7
DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD	94	41.7
DE 20 ó MAS AÑOS DE EDAD	28	12.4
TOTAL	225	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**OCUPACION DE LOS
PADRES DE FAMILIA**

ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 1

OCUPACION	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
PROFESIONAL	39	39	78	40.6
TECNICO	10	1	11	5.7
EMPLEADO	37	19	56	29.1
HOGAR	0	39	39	20.3
OTRO	7	1	8	4.1
TOTAL	93	99	192	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

INGRESOS ECONOMICOS GLOBALES POR FAMILIAS

ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1

SALARIOS	NUMERO	%
2 A 3 SALARIOS MINIMOS	19	19
4 A 7 SALARIOS MINIMOS	33	33
8 A 11 SALARIOS MINIMOS	35	35
+ DE 13 SALARIOS MINIMOS	13	13
TOTAL	100	100

Fuente: Cédula de Recolección de Datos

**EDAD DE PACIENTES TRABAJADORES
POR EDAD Y SEXO SOLTEROS**

ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 1

EDAD	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
15-19	3	1	1	21.0
20-24	4	2	6	31.5
25-29	3	3	6	31.5
30-34	1	0	1	5.2
35-39	1	1	2	10.5
%	63.1	36.9		
TOTAL	12	7	19	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TIPO DE FAMILIA SEGUN SU DEMARCAACION

ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1

TIPO	NUMERO	%
URBANA	100	100
RURAL	0	0
TOTAL	100	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TIPO DE FAMILIA SEGUN SU DESARROLLO

ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1

TIPO	%
MODERNA	65
TRADICIONAL	35
TOTAL	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

ETAPA DEL CICLO FAMILIAR
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1

ETAPA	%
EXPANSION	28
DISPERSION	52
INDEPENDENCIA	12
RETIRO	1
MATRIMONIO	7
TOTAL	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1

EDAD	EDAD					TOTAL	%
	20-24	25-29	30-34	40-44	45-49		
DIU	1	3	5	–	1	11	18.9
ANT. ORAL	1	2	3	–	1	8	13.7
ANT. INYECTABLE	–	–	1	–	–	1	1.7
OTB	–	3	14	11	5	40	68.9
RITMO	–	–	–	–	–	–	–
CONDON	1	1	3	1	–	6	10.3
VASECTOMIA	–	–	–	1	–	–	1.7
TOTAL	1	9	26	13	7	58	100

Fuente: Cédula de Recolección de Datos

TOXICOMANIAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1
PORCENTAJE POR FAMILIAS

TIPO	TOTAL
TABACO	28 %
ALCOHOL DIVERSAS VARIETADES	61 %
TOTAL	89 %

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA
CONSULTORIO N° 1 · TURNO VESPERTINO

NUMERO	DIAGNOSTICO	N° de Consulta	%
1	INFECCION RESP. A	343	57.2
2	OSTEOMUSCULAR	88	14.6
3	PARASITOSIS	47	7.8
4	SINDROME DIARREICO	23	3.8
5	COLITIS	22	3.6
6	INFECCION VIAS URIN.	21	3.5
7	CONJUNTIVITIS	15	2.5
8	ANEMIA	14	2.3
9	SANO	14	2.3
10	ENF. ACIDO PEPTICA	12	2.0
TOTAL		599	100

FUENTE: HOJA DE REPORTE DEL MEDICO

CONSULTAS EN EL AÑO DE 1997

ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 1

MES	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	TOTAL	%
ENERO	234	176	410	9.8
FEBRERO	195	167	362	8.7
MARZO	162	159	321	7.7
ABRIL	189	202	391	9.4
MAYO	181	135	316	7.5
JUNIO	208	84	292	7.0
JULIO	192	160	352	8.4
AGOSTO	180	145	325	7.8
SEPTIEMBRE	233	171	364	8.7
OCTUBRE	164	152	316	7.5
NOVIEMBRE	194	166	360	8.6
DICIEMBRE	210	100	310	7.4
TOTAL	2,342	1,817	4,159	100

Fuente: Cédula de Recolección de Datos

VIII.- ANALISIS DE RESULTADOS

8.1 Censo Poblacional

La pirámide poblacional es de transición, es una población en la que el grupo infantil ha dejado de ser predominante, y es en la edad escolar y adolescente que abarca el mayor porcentaje. Está aumentando la población de la tercera edad, sobre todo en la población mayor de 65 años, y un grupo importante es la población económicamente activa entre los 30 a 49 años de edad.

8.2 Estudio de la comunidad

La población del sector 1 enclavada en la parte noroeste de la ciudad, cuenta con una infraestructura urbana con un buen nivel de comunicación y con un buen nivel alto de escolaridad, superando la media nacional de que el 60% es urbano, la población aquí descrita el 99% es urbana.

8.3 Diagnóstico familiar

La población perteneciente al sector es de la clase media, empleados y soportando un esfuerzo estudiante de casi la cuarta parte de la población, siendo de tipo nuclear en alto porcentaje, modernas y con familias integradas la mayoría en fase de dispersión. La planificación familiar es ampliamente aceptable predominando la salpingoclasia. Más de la mitad de las familias cuentan con algún miembro de la familia con problemas de alcoholismo, siendo principalmente el padre.

8.4 Morbilidad

Tres aspectos resaltan: la población femenina es la que más acude a solicitar consulta médica, lo mismo lo hace la población económicamente activa y casi el 60% por I.R.A.

8.5 Comentario

Siendo el ISSSTE una institución al servicio de los empleados al servicio del estado, las familias tienen un buen ingreso gracias a que la mayor parte de ellas cuando menos dos miembros son los que laboran.

La mayor parte tiene la conciencia de que el estudio es el esfuerzo a realizar por parte de los hijos, con la idea probable de ser ese medio como un sostenimiento cuando menos en el estatus social que se ha adquirido.

La idea prevalente de planificar la familia ha dado por resultado de que la mujer adquiere responsabilidades de ello porque también coadyuba al sostenimiento de la familia.

El resultado casi lógico de que la población económicamente activa sea el grupo que más solicita atención pueda deberse a la necesidad de justificar su falta ante la empresa que labora, que exige solamente justificante del ISSSTE para evitar la penalización económica.

Sin embargo, el IRA como manifestación importante de solicitud de consulta nos haga reflexionar que aún no se tiene por parte de la población, las medidas preventivas correspondientes para evitarlas ni los cuidados iniciales para evitar su evolución hacia el empeoramiento.

Así mismo grandes factores de riesgo existen en la mayor parte de la familia hacia padecimientos crónicos degenerativos como diabetes, hipertensión y obesidad.

IX.- CONCLUSIONES

Se cumplieron las expectativas buscadas en los objetivos, de conocer las características bio-sociales de la población asignada al sector N° 1.

Familias urbanas, nucleares, modernas e integradas, con buenos ingresos son las características de la población designada.

Buena aceptación de los métodos de planificación familiar, con índice reflejado en la disminución de natalidad.

Dos grupos etareos mayormente solicitantes en este sector son los escolares y la población económicamente activa.

Un grupo etareo que está creciendo es el considerado de la tercera edad.

En cuanto a morbilidad las enfermedades respiratorias agudas ocupan el primer lugar y en segundo las osteomusculares.

X.- LINEAS DE CONTROL Y DE ACCION

Basado en los resultados obtenidos de las características de la población que se atiende en el sector N° 1 y de sus implicaciones ambientales y de familias particulares a este sector, así como de las causas por las que se acude a solicitar atención y que grupos etareos son los que más son atendidos; conociendo igualmente las acciones principales que debe de llevar a cabo el médico familiar e implicando en la atención integral las estrategias preventivas primarias, secundarias y terciarias generales y específicas, se establecen los siguientes lineamientos de acción con la finalidad de abatir la morbilidad e incrementar el tiempo en el que el derechohabiente permanezca en estado de salud.

Por ocupar un espacio importante los cuatro primeros motivos de consulta que abarcan el 85.4% de los diez primeros, me enfocaré principalmente en ellos y así mismo incluiré estrategias generales que abarquen los subsecuentes.

10.1 Infección Respiratoria Aguda

Enfermedad infecciosa que se transmite por contagio a través de las gotitas respiratorias", principalmente por medio del aire o el contagio directo como besos o fómite, en lugares donde se aglomeran las personas y son cerrados: trabajo, escuela, guarderías, cines, autobuses, hogar. Siendo factores de riesgo los contactos con personas enfermas, cambios bruscos de temperatura, factores irritativos de la orofaringe y mala ventilación en los lugares indicados (21). En este sector afecta principalmente a los grupos de 20 a 44 años y de 0 a 14 años.

Lineas de Acción:

- 1.- Solicitar al departamento de enseñanza la revisión semestral del conceptor de la I.R.A.
- 2.- Promover ante el departamento de medicina preventiva la elaboración de boletines informativos sobre I.R.A. para que sean entregados a quienes acuden a la consulta en el que se explicará las causas de contagio y la manera de evitarlo.

3.- Insistir en cada paciente que se atiende por este síndrome, en las medidas preventivas y en asegurar una buena ventilación de su hogar, así como en el buen aseo del mismo, fomentando el uso del pañuelo.

4.- Anotar en el expediente la frecuencia de cuadros repetitivos y atacar al foco de infección constante.

5.- Insistir en los pacientes con I.R.A. en la buena alimentación y en el aumento en la ingesta de frutas y verduras principalmente aquellas de alto contenido en vitamina C, que aunque científicamente no tiene investigación sobre sus beneficios, empíricamente ofrecen ayuda; y que dicha alimentación se extienda a todos los miembros de la familia.

6.- Insistir en los pacientes en disminuir su ingesta de alcohol y su tabaquismo como causas irritativas y que alteran la anatomía de la región; anotando en el expediente sobre ello.

10.2 Osteomuscular

Segunda causa que afecta principalmente a los grupos etareos de 25 a 44 años y de 45 a 64 años. Las más importantes son las lumbalgias seguidos de los esquinces de rodilla y tobillo. La lumbalgia con factores de riesgos: la mala postura al sentarse, al caminar, la falta de fortaleza en la musculatura paravertebral lumbar, la inadecuada forma de mover o levantar objetos independientemente de su pesos; y los esquinces de rodilla y tobillo por caminar o correr con calzado inadecuado (tacón alto) o el hacerlo en exceso, de improviso o en juegos deportivos en los que no se tiene la adecuada preparación así como descuidos al caminar o correr.

Lineas de Acción

1.- Promover en estos grupos de edad la realización de ejercicios que fortalezcan abdomen y región lumbar bajo el cuidado de una persona preparada para el efecto.

2.- Realización de boletines informativos que indique la forma correcta de sentarse y levantar objetos; repartirlos durante la consulta a éste grupo de edad.

3.- Envío al que tenga 20% o mas de sobrepeso a pláticas sobre obesidad y llevar el seguimiento.

4.- Promover ante el departamento de enseñanza una plática anual de lumbalgias y esquiñes.

10.3 Parasitosis

Los grupos que más solicitaron atención fueron de 5 a 14 y de 25 a 44. Insistir en el médico tratante de la necesidad de especificar la parasitosis a que se refiere y si es el diagnóstico clínico o apoyado en el laboratorio. Puesto que así de manera general es fácil perder credibilidad en el diagnóstico y anotar si "sólo el paciente acude por tratamiento antiparasitario". No por eso dejar de insistir en las medidas preventivas sobre todo que el contagio es mano-ano-boca.

Lineas de acción:

1.- Insistir en la consulta al paciente, sobre las medidas preventivas de lavado de las manos después de ir al baño y antes "siempre antes" de ingerir cualquier alimento desde las simples golosinas.

2.- Insistir sobre todo en el sector femenino del lavado correcto de las frutas y verduras antes de ingerirlas.

3.- Promover el lavado de los envases desechables con que se venden ciertas bebidas y alimentos.

10.4 Síndrome Diarreico

En la clínica se cuenta con un departamento de hidratación oral que a últimas fechas ha perdido su impulso inicial por lo que debemos insistir al personal de recepción que los pacientes con este problema deben de pasar a dicho departamento en el cual es atendido con tan solo esperar turno. El médico del sector debe de también colaborar con ello enviando al paciente previa anotación en el expediente.

Líneas de acción:

- 1.- Procurar que en el departamento de Hidratación Oral a todos los pacientes les sean entregados boletines informativos sobre el tema.**
- 2.- Revisar en dicho departamento cada año, el número de pacientes por edad y sexo que pertenezcan al sector para tomar medidas subsecuentes.**
- 3.- Promover ante el departamento de enseñanza, plática anual sobre diarreas y los programas de hidratación oral.**

10.5 Estrategias generales

Para completar con las acciones del modelo sistemático de atención a la salud y sobre puntos específicos que van de acuerdo a los resultados de la encuesta.

- 1.- Elaborar mínimo un 10% del total de las familias del sector familiogramas anual.**
- 2.- Realizar el seguimiento de ese 10% y atacar sus factores de riesgo.**
- 3.- Solicitar ante la dirección el otorgamiento de una consulta diaria como seguimiento del grupo familiar y llevar expedientes de todos los miembros de la familia para anotar a cada uno su seguimiento.**
- 4.- Elaborar anualmente el cuadro de las diez primeras causas de atención para elaborar programas de acción posteriores.**
- 5.- Insistir ante el departamento de medicina preventiva, pláticas en los lugares de trabajo sobre alcoholismo y tabaquismo, colocando en ellos propaganda alusiva.**
- 6.- Insistir en los grupos de edad fértil, en los programas de planificación familiar y detección oportuna de cáncer, anotando en el expediente y llevar seguimiento.**

XI.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- NARRO -Robles J. La Salud en México. en: Orígenes de la Medicina Familiar. Testimonios 1988. México D.F.: Fondo de Cultura Económica 4: 1989.
- 2.- BROWN HA. El Dorado Medicinal. En Brown Ha. Aportes de México a la Medicina. México. Ed. Amaquemeca. 1990: Vol. 1: 1-5.
- 3.- MC IONINNEY JR. Medicina de Familia. Barcelo España: Edide, 1995: 3-383.
- 4.- TURABIAN JR. Cuadernos de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos: 1995: 2-552.
- 5.- Arteaga - Aceves H.G. Castro J.C., Grancel E.G. Lizcano F.G., Mowsón, Orígenes de la Medicina Familiar. En: Medicina Familiar Especialidad. México, D.F.: UNAM. 1994: Vol. 1
- 6.- LIFSHTZ A. La práctica de la Medicina Clínica en la Era Tecnológica. México, D.F.: UNAM. 1997: 80.
- 7.- LIFSHTIZ A. La práctica de la Medicina Clínica en la Era Tecnológica. México, D.F.: UNAM. 1997: 153-55.
- 8.- Sánchez-Luna G.S. El reto actual de la Medicina Familiar en México, en: RGV Med. IMSS. México, D.F.: IMSS: 1994, Vol. 32: 7: 355-57.
- 9.- LEVI-STRAUSS C. Polémica sobre el origen de la Familia en: Apuntes ISSSTE, México: 1994.
- 10.- IRIGOYEN A. Guía Bíblica para las Familias de Hoy. México: Progreso. 1989: 13-57.

- 11.- HALEY J. El Ciclo Vital de la Familia. En: Apuntes ISSSTE. México. 1994.
- 12.- CHAGOYAN BL. Dinámica Familiar Patológica. En: Apuntes SSSTE. México, 1994.
- 13.- ISSSTE: Instrumento para la Implantación del Sistema de Atención de Medicina Familiar. México, D.F.: ISSSTE, 1998: 5-8.
- 14.- ARTEAGA-ACEVES H.G. CASTRO J.C., GRANEL E.G., LIZCANO F.G., Orígenes de la Medicina Familiar. En: Medicina Familiar Especializada. México, D.F.: UNAM. 1994: Vol. 1.
- 15.- IRIGOYEN-CORIA A. MAZON - RAMIREZ J.J. LANAGRAVE S.I., MELCHOR - GONZALEZ M. Aportaciones del Dr. Bernardo Sepúlveda a la Medicina Familiar. En: Rev. Med. IMSS. México 1993: 3: 411-15.
- 16.- PRIMARY HEALTH CARE. En: Report of the International Conference on Primary Health Care. September 6, 12, 1978. Alma Ata. Genova Switzerland: World Health Organization, 1978.
- 17.- MOSAMEF.
- 18.- Simposium Nacional de Medicina Familiar del ISSSTE. Discurso de Inauguración. Biol. Médico Familiar. México. UNAM, 1995: Vol. 3: 15-6.
- 19.- Carta de Ottawa, OMS. Ottawa Charter for Health Promotion, an International Conference on Health Promotion. Ottawa. 1996.
- 20.- Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Ecología 1984-1985. México, D.F., Secretaría de Gobernación 1984.

- 21.- Infecciones Respiratorias Agudas. En: 100 temas de Salud. México. 2a. Ed. 1995: 280-3.
- 22.- Bigos SJ, Dexora, Scott R., Whitten R.R., Lumbalgia una actualización. En: Rev. Atención Médica. 1995. Vol. 8. 12: 17-33.
- 23.- ISSSTE. Esquinces. En 100 temas de salud. México, 2a. Ed. 1995: 395-97.

ANEXOS



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

Subdirección General Médica

Informe Diario de Labores del Médico

Día Mes Año

Nombre Completo del Médico	Firma	Clave	Especialidad	Horario	Unidad	Localidad y Entidad
Para Substituciones:	Firma		Clave		Causa	
Nombre del Substituto						

Num. Pto.	Nombre	Expediente	Tipo DH	SEXO Y EDAD		1a vez	Suos	Fora- rno	SOLICITUD A			Pase a otra U	Días de Licen- cia	No de Medi- cina	Motivo de la Consulta	
				M	F				Inte- r- cons	Quis	U					
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																