



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

11226

72
29.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

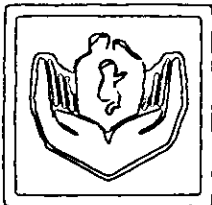
CLINICA HOSPITAL "B"
CIUDAD OBREGON, SONORA

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO
DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO NO. 4 TURNO VESPERTINO
DE LA CLINICA HOSPITAL "B" CD. OBREGON SON.

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

P R E S E N T A :

Dr. Francisco Javier Guerrero García



ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN 1998



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL "B"
CD. OBREGON, SONORA

**APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION
MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No.4
TURNO VESPERTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "B"
CD. OBREGON, SONORA.**



ISSSTE

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

Dr. FRANCISCO JAVIER GUERRERO GARCIA

1996

264977



ISSSTE
DIRECCION
CLINICA HOSPITAL "B"
CIUDAD OBREGON, SONORA

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA
ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO N° 4
TURNO VESPERTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "B"
ISSSTE DE CD. OBREGON, SONORA.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR. FRANCISCO JAVIER GUERRERO GARCIA

AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

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

PRESENTA:

DR. FRANCISCO JAVIER GUERRERO GARCIA

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA
ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO N°4
TURNO VESPERTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "B"
ISSSTE DE CD. OBREGON, SONORA.





DIRECCION

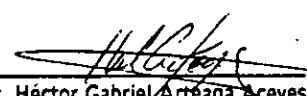
CLINICA HOSPITAL "B"
CIUDAD OBREGON, SONORA


Dra. Martha Lirio Sánchez Sosa

Profesor titular del curso de especialización en Medicina Familiar para
Médicos Generales en Cd. Obregón, Sonora.


Dr. David López del Castillo Sánchez
Médico Familiar UMF CMNN IMSS
Asesor de tesis


Dr. Arnulfo Irigoyen Coria
Asesor de tesis


Dr. Héctor Gabriel Arteaga Aceves
Jefe del departamento de Medicina Familiar
Jefatura de Servicios de Enseñanza del ISSSTE.

CD. Obregón, Sonora, Noviembre de 1996

A mi esposa **MARIA DEL ROSARIO**, mis hijos **NABILE CRISTELA Y FRANCISCO JAVIER**, por permitirme privarlos del tiempo para convivencia familiar que tuve que destinar para la realización de ésta tesis, y sobre todo por su apoyo de siempre, mi reconocimiento y amor sin medida.

A mi padre **RAMON**, y a mi madre **MARIA DE LA PAZ** por el entusiasmo demostrado al verme dar un paso más en mi desarrollo profesional, aunque ella no haya logrado ver la culminación por haber partido con nuestro creador.

A mis hermanos, **MARIA DE LA PAZ, JOSE RAMON, LUCIA DEL CARMEN y CRISTELA DOLORES**, por hacerme sentir que sigo contando con su apoyo y cariño aunque las distancias nos separen.

AI ISSSTE, a la **DRA. MARTHA LIRIO SANCHEZ SOSA**, y a todos los médicos-maestros, compañeros médicos-alumnos, personal de apoyo, por el empeño en la culminación de éste proyecto.

A mis amigos **MANUEL LOPEZ CASTRO**, por su desinteresada colaboración del manuscrito, y **ALBERTO CAMIRO PEREZ** en las gráficas.

INDICE

I.-	MARCO TEORICO.....	3
II.-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
III.-	JUSTIFICACION.....	7
IV.-	OBJETIVOS.....	8
V.-	METODOLOGIA.....	9
	5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	
	5.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.....	
	5.3 UNIVERSO DE ESTUDIO.....	
	5.4 TIPO DE MUESTRA.....	
	5.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	
	5.6 CRITERIOS DE INCLUSION,EXCLUSION Y ELIMINACION.....	
	5.7 VARIABLES.....	
	5.8 METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.....	
	5.9 CONSIDERACIONES ETICAS.....	
VI.-	RESULTADOS.....	14
	6.1 CENSO POBLACIONAL.....	
	6.2 ESTUDIO DE LA COMUNIDAD.....	
	6.3 DIAGNOSTICO FAMILIAR.....	
	6.4 MORBILIDAD.....	
	6.5 CUADROS Y GRAFICAS.....	
VII.-	DISCUSION.....	22
VIII.-	CONCLUSIONES.....	24
IX.-	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	25
X.-	ANEXOS.....	31

I. MARCO TEORICO

El gran reto para la medicina de nuestros tiempos, sin duda, es llegar a identificar las estrategias más eficaces y rentables, para satisfacer las necesidades asistenciales de toda la población (1), y hacer posible la meta de la OMS "Salud para todos en el año 2000" (2). Los requerimientos de la sociedad en lo que respecta a la atención médica, y por el énfasis de la necesidad de involucrar en dicha atención a especialistas, que en muchos casos brindaban la atención sin lograr la integridad terapéutica del padecimiento con el entorno del paciente, motivó al IMSS para iniciar la nueva especialidad de Medicina Familiar en 1971 con 32 alumnos (3). Aun cuando desde 1959 B. Sepulveda y L. Mendez ya pugnaban por la implantación de un nuevo sistema Médico Familiar (4).

Los médicos familiares se conciben como médicos de atención primaria con una formación de post-grado que los capacita para satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud que puedan presentar los pacientes de cualquier edad de la comunidad donde trabajan (5,6).

La UNAM establece un plan piloto en los Estados de Morelos y Tlaxcala en 1973, con unidades de investigación y operación, y formando el primer Departamento de Medicina Familiar a nivel Latinoamérica en 1974 (7).

En los últimos años, y ante la apertura del Tratado de Libre Comercio, la UNAM y el ISSSTE establecen un convenio, para que se le otorgue la formación académica a médicos generales del ISSSTE, con supervisión y evaluación conjunta, y el reconocimiento Universitario de la UNAM como Especialistas en Medicina Familiar, involucrando en la tercera etapa al Estado de Sonora en 1994, y con ello a nuestra Clínica-Hospital "B" de Cd. Obregón, Sonora.

Los médicos generales que iniciamos la residencia en Medicina Familiar UNAM- ISSSTE en febrero de 1995, queremos establecer un modelo sistemático de

atención médica familiar (39,45) que pueda ayudar a través de acciones continuas a restablecer la confianza de la sociedad en la atención a la salud, y que así como en USA y CANADA lo hicieron en 1965 y 1966, se reconozca también en México, al médico familiar no como un remanente de segunda clase, del adiestramiento de especialista, sino como un especialista igualmente calificado (3,5).

Este modelo debe emerger del conocimiento de las características biopsico-sociales de la misma comunidad, y no que proceda de otras latitudes, o de aspectos teóricos, evitándose un anticipado fracaso (8).

Los retos del Médico Familiar son:

- 1) Incrementar el nivel de salud, disminuyendo los riesgos y previniendo los daños.
- 2) Otorgar atención médica integral
- 3) Participar en el proceso de educación médica, y
- 4) Realizar investigación médica. (9).

El carácter continuo e integral de la atención médica para la salud está intimamente relacionado con una mejora de la calidad del servicio otorgado (5,10). Esas características se asocian con mejores resultados de la atención para pacientes de todas las edades, incluso mayor peso al nacer, menor morbilidad en los niños y menos hospitalizaciones de adultos mayores (11,42). Es pues el médico familiar, el que tiene el reto de adoptar un papel protagónico clave en la prestación de servicios, e intervenir en el cambio de una cultura de manejo de la enfermedad por una cultura de promoción de la salud. (12,13,14,15,16,37,43). Una población educada sólo solicita atención médica cuando lo requiere, permitiendo así ayudar a la contención del impacto de costos en la seguridad social, principalmente en la atención de primer nivel, que es la más solicitada (17).

Ya que la carga económica impuesta por cualquier enfermedad se mide en terminos de: costos directos, en medicamentos y atención de salud; costos indirectos, relacionados con la pérdida de ingresos y otras repercusiones económicas; y costos intangibles, por discapacidad o por el deterioro de la calidad de vida individual (18,19).

Todas las acciones del médico familiar intentan ayudar a las personas y comunidades a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar, (20,38,44) y no quedarse en formulismos, sino además de encontrarse plasmados, cristalizarse en acciones continuadas, finalidad propia de ésta investigación, (16) que implica enfáticamente la aplicación del modelo de Leavel y Clark, que además de hacer mas ordenada y completa la atención haga mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes, (19,20,21,47) con educación del paciente sobre su enfermedad (46), ya que la ignorancia hace que fomente el abandono personal, la negación de la gravedad del padecimiento y la mala adherencia al tratamiento farmacológico (cambios en su estilo de vida) (6,20,21).

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A efecto de consolidar el logro de los programas prioritarios y coadyuvar con ello a mejorar la salud de la población, el ISSSTE a través de la Subdirección General Médica, y cumpliendo con los lineamientos establecidos por el Gobierno Federal, se ha puesto como objetivo central, el mejorar la prestación de servicios médicos integrales, fortalecer las actividades médico-preventivas, de vacunación, curación y rehabilitación específica, y brindar la misma posibilidad de ser atendidos todos los derechohabientes con oportunidad, elevada calidad y excelente trato humano, con base en el conocimiento de su población adscrita (22,23,24,25,26,27), comunidad (28,29,30,31,32) y morbilidad (33,34,35,40). Se observa en nuestra Clínica-Hospital "B" ISSSTE, de Cd. Obregón, Sonora, una atención médica individual episódica y poco resolutive, multimanejada por diferentes criterios. (12,13) Sin la integración de la medicina preventiva en la mayoría de los casos (27). Surge entonces el siguiente cuestionamiento:

¿Se podrá implementar un modelo sistemático (que otorgue continuidad de la atención médica, acción anticipatoria, y estudio de la familia) en el consultorio del Sector número 4, turno vespertino de la Clínica-Hospital "B" del ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora. ?

III.- JUSTIFICACION

La realización de éste estudio se justifica porque nunca en la historia de la Clínica-Hospital "B" del ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora, se habia realizado un análisis de la población atendida y la morbilidad presentada, que permitiera visualizar y definir líneas de acción para incrementar el nivel de salud y disminuir los riesgos de la población adscrita (16,17,18,33,35).

La perspicacia, información y destreza que adquiere el médico familiar durante su formación como especialista, permite que se ajuste a las necesidades cambiantes de la sociedad, por su compromiso con el grupo de pacientes que atiende (4,6,10).

Al mejorar la operatividad del sistema de atención médica, desde el tiempo de espera, agilización del archivo clínico, derivaciones a 2º y 3er. nivel, hasta en sí, la misma consulta médica, se podrá ubicar al instituto en un lugar y nivel de prestigio considerable, además que se traerán logros importantes en el impacto a los usuarios y en la consecuente disminución de costos, por la optimización de recursos, que estará acorde a los planteamientos de la Carta de Ottawa (4,36) que son:

- 1) Reorientar los servicios de salud
- 2) Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida.
- 3) Crear medio ambiente saludable
- 4) Elaborar políticas explícitas para la salud, y
- 5) Reforzar la acción comunitaria en salud.

IV.- Objetivos

4.1. General

Identificar las características bio-psicosociales de las familias adscritas al consultorio No. 4 Turno Vespertino de la Clínica-Hospital "B" de Cd. Obregón, Sonora.

4.2. Específicos

Establecer un modelo sistemático de atención médica familiar, con la intención de hacer aplicativo los tres ejes que conforman la práctica de la medicina familiar: acción anticipatoria, estudio de la familia y censo poblacional.

V.- METOLOGIA

5.1. Tipo de estudio:

Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal.

5.2. Población, lugar y tiempo:

Consultorio del sector número 4, de la Clínica-Hospital "B" del ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora, de 10 Enero 1996 a 30 de Junio de 1996

En base a los datos de distribución de edad:

Formula:

Para el rango de edad de 25 - 44 años:

$B = >$ Error de estimación	= 0.0439
$\infty = >$ Coeficiente de confianza	= 0.95

5.3. Universo de estudio:

642 Tarjetas vigentes del archivo clínico

642 Familias adscritas al consultorio del sector 4

240 Hojas de consulta diaria del médico

5.4 Tipo de muestra:

no Aleatoria, por cuotas.

- 5.5 Tamaño de muestra:
 - 100 tarjetas vigentes del archivo clínico.
 - 50 encuestas, una por familia
 - 50 hojas de consulta diaria del médico.

- 5.6 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación:
 - 5.6.1 Criterios de inclusión:
 - 5.6.1.1 Todas las tarjetas del archivo clínico, pertenecientes al Consultorio del Sector número 4, vigentes y que sean usuarios del servicio.
 - 5.6.1.2 Disposición para responder la encuesta.
 - 5.6.1.3 Diagnósticos de primera vez vertidos en las hojas de consulta diaria del médico, legibles.
 - 5.6.2 Criterios de exclusión:
 - 5.6.2.1 Tarjetas no vigentes del archivo clínico, y población no usuaria del servicio.
 - 5.6.2.2 Rechazo del familiar para responder la encuesta.
 - 5.6.2.3 Diagnósticos subsecuentes, señalados en las hojas de consulta diaria del médico, y aquellos ilegibles.
 - 5.6.3 Criterios de eliminación:
 - 5.6.3.1 Tarjetas de población no asignada al Sector núm. 4.
 - 5.6.3.2 Falsificación de datos proporcionados en la encuesta o datos incompletos.
 - 5.6.3.3 Hojas de informe diario del médico incompletas, ilegibles, o con pacientes que no pertenezcan al Consultorio del Sector número 4.

- 5.7 Variables
 - 5.7.1 Censo Poblacional (véase anexo número 3, cédula de microdiagnostico familiar).

- 5.7.1.1 edad
- 5.7.1.2 sexo
- 5.7.1.3 menores de un año
- 5.7.1.4 niños de 1 a 4 años
- 5.7.1.5 mujeres en edad fértil
- 5.7.1.6 mayores de 60 años
- 5.7.1.7 trabajadores, pensionados y jubilados
- 5.7.1.8 beneficiarios

5.7.2 Estudio de la Comunidad-Diagnóstico Familiar
(véase anexo número 3)

- 5.7.2.1 sexo
- 5.7.2.2 ingresos económicos
- 5.7.2.3 estado civil
- 5.7.2.4 años de vida conyugal
- 5.7.2.5 ocupación
- 5.7.2.6 padecimientos actuales
- 5.7.2.7 hábitos higiénicos
- 5.7.2.8 alimentación
- 5.7.2.9 mujeres en edad fértil
- 5.7.2.10 fase de la familia en ciclo vital
- 5.7.2.11 tipo de familia
- 5.7.2.12 integración familiar
- 5.7.2.13 vivienda-material de construcción-
- 5.7.2.14 vivienda-distribución de-
- 5.7.2.15 vivienda -tipo de propiedad-
- 5.7.2.16 vivienda -servicios públicos-
- 5.7.2.17 vivienda -animales domésticos-
- 5.7.2.18 toxicomanías en la familia.

5.7.3 Morbilidad (véase anexo número

- 5.7.3.1 sexo
- 5.7.3.2 edad
- 5.7.3.3 diagnóstico con código C.I.E., 9a. Rev.
- 5.7.3.4 tasa por 1,000 habitantes
- 5.7.3.5 porcentaje
- 5.7.3.6 total, sub-total por sexo y total parcial por grupo de edad y sexo.

5.8 Método o procedimiento para captar la información

5.8.1 Censo poblacional:

Se acudió al archivo clínico de la Clínica-Hospital "B" del ISSSTE en Cd. Obregón, al departamento de vigencias, en donde se obtuvo mediante un escrutinio selectivo, el total de tarjetas pertenecientes al consultorio del Sector número 4, de la misma manera se contabilizó el número de tarjetas de derechohabientes pertenecientes a la colonia Sochiloa, la cual fue escogida como representativa del Sector número 4, la recolección de datos se realizó a través de paloteo simple.

5.8.2 Estudio de la comunidad:

Se acudió al H. Ayuntamiento de Cajeme, para obtener datos recientes referentes al Estado, Municipio, y Colonia Sochiloa, desde la anotación manual de datos, copias fotostáticas de planos, datos, así como entrevista directa con los funcionarios municipales.

Del número total de tarjetas vigentes de derechohabientes pertenecientes a la Colonia Sochiloa, obtenido del archivo clínico, de la Clínica-Hospital "B" del

ISSSTE de Cd. Obregón, se hizo una encuesta de 50 familias de manera aleatoria, en base a una encuesta de elaboración propia, y con una recolección de datos a través de paloteo simple.

5.8.3 Morbilidad:

Se acudió al departamento de Estadística de la Clínica-Hospital "B" del ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora donde se solicitaron todas las hojas de consulta diaria del médico asignado al Consultorio del Sector 4, tanto del turno matutino como del vespertino, de los meses de enero a junio de 1996, obteniéndose selectivamente 50 hojas de consulta diaria del médico, que cumplieran con los criterios de inclusión, para obtener a través de una recolección de datos por paloteo simple, tanto el total de pacientes, como diagnósticos se encontraron, agrupándolos y sólo contemplando los diez primeros para vertirse en una tabla de elaboración propia, apoyados con una calculadora escolar de bolsillo, para el cálculo de tasas y porcentajes.

5.9 Consideraciones éticas

No tiene aplicación

VI.- RESULTADOS

6.1. Censo poblacional

población asignada al consultorio del Sector número 4:
2,500 derechohabientes, 47% hombres, 53% mujeres.

Menores de un año: 0.3 %

Niños de 1 a 4 años: 5.5 %

Mujeres en edad fértil: 25 %

Adultos, mayores de 60 años: 18 %

Los trabajadores, pensionados y jubilados constituyeron el 27.2%, y los beneficiarios el 72.8 %.

6.2 Estudio de la comunidad

El Edo. de Sonora limita al norte con los E.U.A. Al este con Edo.de Chihuahua, al sur con el Edo. de Sinaloa, al oeste con la Península de Baja California. Se encuentra dividido en 70 Municipios, dentro de los que se encuentra CAJEME. El Municipio de Cajeme se encuentra ubicado en el suroeste del Estado, su cabecera es la población de CD. OBREGON; al norte esta limitado por el Municipio de Suaqui Grande, al este con los Municipios de Rosario y Quiriego, al sureste con los Municipios de Etchojoa y Navojoa, al Oeste con Guaymas y Bacum, al sur con el Golfo de California.

Cajeme presenta basicamente dos tipos de clima: cálido y muy seco; la hidrografia del Municipio cuenta con las corrientes del río yaqui, que abastece a la presa Alvaro Obregón, cuyas aguas son utilizadas para el desarrollo de actividades urbanas y agrícolas.

La flora está representada por matorral sarcocaule; la fauna es rica y variada; venado, coyote, zorra, buho, gavián, coraliillo, cascabel, etc.

La alimentación esta representada por el platillo típico que son las torillas de harina, carne machaca y carne asada.

La población económicamente activa se encuentra distribuida de la siguiente manera:

Sector Primario (agricultura, ganadería, pesca, caza)... 17.42 %, Sector Secundario (industria, minería, construcción)... 21.86%, Sector Terciario (comercio, banca, administración pública)... 55.77%. Población desocupada... 2.94%, Otros no específicos.... 2.01 %.

La religión se encuentra distribuida de la siguiente manera: Católica con el 90.6%, Ninguna 3.7%, Protestante 1.9%, inespecífica 0.4%.

Dialectos: Población de 5 años y más que habla alguna lengua indígena es de 2.800 principalmente el dialecto Yaqui.

El estado civil en población de 12 años y más (INEGI 1990) Casados con 43.1%, Solteros 41.9%, Unión libre 8.6%, Separados 1.4%, Viudos 3.3%, Divorciados 1.%, No especificado 0.7%.

El 80.4% de las viviendas son propias, el 19.6% no propias, con un promedio de 4.8 ocupantes por vivienda. La construcción de la vivienda de un total de 64,473 casas particulares, el 80% cuenta con piso, techo y paredes de cemento y tabique. Cuentan con los servicios de agua entubada un 94%, con drenaje 77.5% y con energía eléctrica 95.2%.

La distribución política por colonias de Cd. Obregón es la siguiente:

COLONIA	HABITANTES	COLONIA	HABITANTES
Urbanizable # 1	1843	Fracc. del Bosque	105
Urbanizable # 2	2142	Fracc. Otancahui	173
Urbanizable # 3	1399	Hidalgo	4189
Urbanizable # 4	3743	Infonavit Yukuhimari	2412
Urbanizable # 5	4443	Jardines del Valle	3297
Urbanizable # 6	3340	Luis Echeverria	3825
Urbanizable # 7	4366	Machi López	8387
Allende / Zaragoza	1418	Matias Méndez	3028
Libertad	6710	Miravalle	14098
Agrónomos	87	Misioneros	330
Arboledas	133	Morelos	2732
Aves del Castillo	2077	Ampliación Morelos	1031
Bella Vista	1341	Multifamiliares	549
Benito Juárez	11852	Municipio Libre	2916
Cajeme	15750	Nainari del Yaqui	189
Campestre	7259	Noroeste	1528
Cincuentenario	1396	Primero de Mayo	10121
Constitución	6710	Real del Sol	790
Cortinas	10273	Reforma	464
Cuauhtemoc	5658	Russo Voguel	6188
Comuripa	1953	Santa Anita	757
Chapultepec	1891	Sochitla	4755
Del Valle	1536	Ampl. Villa Calif.	1195
El Chorizo	329	Villa Fontana	5641
El Túnel	642	Villa Nainari	1045
Faustino Félix	6080	Valle Verde	4580
FOVISSSTE # 1	970	Valle Dorado	8550
FOVISSSTE # 2	1724	Villa California	1647
FOVISSSTE # 3	752	Sostenes Valenzuela	5340
Sonora	4068	Termoelectrica	14
Tepeyac	2838	Zona Norte.	921
Tetabiate	343		
Fco. Eusebio Kino	3350		
		TOTAL \$	224,404

Educación: Funcionan en el Estado más de 4 mil escuelas de diferentes niveles, en los cuales más de 620 mil niños y jóvenes se encuentran estudiando. En Cajeme se ofrecen servicios educativos en los niveles de preescolar primaria, secundaria, capacitación para el trabajo medio terminal, medio superior y superior. En este último se cuenta con el Instituto Tecnológico de Sonora, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, La Universidad La Salle y la Escuela Nacional Estatal de Especialización. Existen también bibliotecas, centros culturales, de tal manera que ha alcanzado un índice de desarrollo promedio equivalente al 2º grado de secundaria.

Se cuenta con 118 planteles para nivel preescolar, 200 para primaria, 61 para secundaria, 5 para instrucción laboral, 20 para elemental terminal, 10 para media terminal, 41 para media superior y 4 para nivel superior.

Recreación: Se cuenta con recursos como la Presa Alvaro Obregón, represas, Aguas Térmicas, Cacería de venado, Museos y Playas. Además cuenta con servicios de apoyo al turismo como: 9 Agencias de Viajes, 4 Autorenta, 4 líneas Aéreas, 38 Restaurantes, 1 Teatro, 2 Cines, 2 Auditorios, 20 Gasolineras, 1 sala de Arte, 24 Hoteles, 4 Discotecas, 1 Museo, 1 Trailer Park.

Recursos del Sector Salud. La Secretaría de Salud cuenta con 100 camas, 39 consultorios, 4 salas de rayos X, 4 laboratorios, 3 quirófanos, 85 médicos, 155 enfermeras, 39 paramédicos, 44 administrativos, 89 otro personal.

IMSS: 564 camas, 112 consultorios, 4 salas rayos X, 3 laboratorios, 9 quirófanos, 565 médicos, 660 enfermeras, 277 paramédicos, 234 administrativos, 405 otro personal.

ISSSTESON: 34 camas, 12 consultorios, 1 sala de rayos X, 1 laboratorio, 2 quirófanos, 59 médicos, 60 enfermeras, 3 paramédicos, 40 administrativos, 25 otro personal.

ISSSTE: 49 camas, 2 salas rayos X, 1 laboratorio, 2 quirófanos, 84 médicos, 94 enfermeras, 13 paramédicos, 66 administrativos, 85 otras personas, 18

consultorios, de los cuales 4 son periféricos y de medicina familiar.

El consultorio del sector No. 4 comprende el área en estudio, tomando de este a la colonia Sochiloo como representativa, la cual se encuentra ubicada al sur de la ciudad y cuenta con una población de 4,755 habitantes, las calles que conforman esta colonia se encuentra todas pavimentadas, contando con un adecuado sistema de transporte, 1 escuela primaria, 1 escuela secundaria federal, 1 iglesia y 1 unidad deportiva. Toda la colonia cuenta con todos los servicios públicos (anexo 5).

6.3 Diagnóstico Familiar

Se seleccionó la Colonia Sochiloo que ocupa el lugar número 22 en cuanto al número de habitantes que tiene la Ciudad de Obregón, Sonora, y que por sus características fué la más representativa para este estudio.

Gracias al desarrollo de 50 encuestas (cedulas de microdiagnóstico familiar), una por familia, obtuvimos los siguientes datos:

6.3.1 sexo: 54% hombres, 46% mujeres.

6.3.2 Ingresos económicos: 57% percibe menos de \$1,000. 34% entre \$1,000 y \$2,000; 9% más de \$2,000.

6.3.3 Estado Civil: 42% casados, 39% solteros, 15% en unión libre, 3% divorciados, 1% viudos.

6.3.4 Años de vida conyugal: 0 a 5 años un 14%, 5 a 10 años 28%, 10 a 20 años 43%, más de 20 años 15%.

6.3.5 Ocupación: 36% estudiantes, 24% empleados, 15% maestros, 10% jornaleros, 10% hogar, 5% pensionados.

6.3.6 Padecimientos actuales: 45% no tiene, 37% tiene alergias, 12% hipertensión arterial, 6% diabetes mellitus.

6.3.7 Habitos higiénicos: 75% regulares, 25% buenos.

- 6.3.8 Alimentación: 88% regular, 12% buena.
- 6.3.9 Metodo de planificación familiar de mujeres en edad fértil: 45% salpingoclasia, 38% hormonales, 12% dispositivo intrauterino, 5% preservativo.
- 6.3.10 Fases del ciclo vital: 62% dispersión, 22% independienciam, 9% matrimonio, 5% expansión, 2% retiro o muerte.
- 6.3.11 Tipos de familia: 79% nuclear, 18% extensa, 3% extensa compuesta.
- 6.3.12 Integración familiar: 85% integrada, 13% semi-integrada, 2% desintegrada.
- 6.3.13 Vivienda- segun material de construcción-: piso 70% cemento y 30% de otro tipo (vitropiso, mosaico); paredes, tabique 100%, techo, concreto 100%.
- 6.3.14 Vivienda -según su distribución- 70% con comedor, 90% con cocina, 15% con estancia, 90% tiene un W.C., 10% tiene dos W.C. ; 70% con dos recamaras, 20% tres recamaras, 10% cuatro recamaras.
- 6.3.15 Vivienda -tipo de posesión-: 79% propia, 11% rentada, 8% hipotecada, 2% prestada.
- 6.3.16 Vivienda -servicios públicos-: 100% con energía electrica, 100% con drenaje, 100% con agua intradomiciliaria, 46% con teléfono.
- 6.3.17 Vivienda -animales domesticos-: 40% con perros, 35% con gatos, 7% con aves, 18% con ninguno.
- 6.3.18 Toxicomanias en la familia: 69% tabaquismo, 48% con alcoholismo, 7% automedicación.

6.4 Morbilidad

Se encontró en las hojas diarias de consulta del médico, que los 10 primeros motivos de consulta sumaron 486 pacientes, siendo 137 hombres (28.2%), y 349 mujeres (71.8%).

Menores de un año:

Hombres 6 (1.2%), Mujeres 14 (2.9%).

Niños de 1 a 4 años:

Hombres 24 (5.0%), Mujeres 28 (5.8%).

De 5 a 14 años:

Hombres 36 (7.4%), Mujeres 50 (10.3%).

De 15 a 24 años:

Hombres 18 (3.7%), Mujeres 86 (17.7%).

De 25 a 44 años:

Hombres 19 (3.9%), Mujeres 77 (15.8 %).

De 45 a 64 años:

Hombres 24 (5.0%), Mujeres 74 (15.2%).

De más de 65 años:

Hombres 10 (2.0%), Mujeres 20 (4.1%).

Los 10 principales motivos de consulta por afecciones morbosas en el consultorio del sector número 4 de mayor a menor fueron:

- 1°.- Infecciones respiratorias altas, 290 consultas (59.6%), con principal afección a los de 5 a 14 y 15 a 24 años.
- 2°.- Enfermedades osteomusculares, 50 consultas (10.3% con predominio en el grupo de edad de 45 a 64 años.
- 3°.- Gastritis y duodenitis, 38 consultas (7.8%) en los grupos de edad de 25 a 44 y 45 a 64 años.
- 4°.- Hipertensión arterial sistémica, 18 consultas (3.7%) en el grupo de edad de 45 a 64 años.
- 5°.- Parasitosis intestinal, 16 consultas (3.3%) en los de 1 a 4 años, y 5 a 14 años.
- 6°.- Infección de vías urinarias, 16 consultas (3.3%) en todos los grupos de edad, principalmente de 45 a 64 años.

7°.- Migraña, 16 consultas (3.3%) con mayor presentación en las mujeres de 25 a 44 años.

8°.- Gastroenteritis, 14 consultas (2.9%) también en las mujeres de 25 a 44 años.

9°.- Conjuntivitis, 14 consultas (2.9%) en todos los grupos de edad.

10°.- Dermatofitosis, 14 consultas (2.9%) en todos los grupos de edad, pero más en las mujeres de 25 a 44 años.

6.5 Cuadros y gráficas

VII.- DISCUSIÓN

7.1 Censo poblacional

Predominaron las mujeres con un 53%, del total de derechohabientes adscritos al Consultorio del Sector número 4 de la Clínica-Hospital ISSSTE, Cd. Obregón, Son., de las cuales en edad fértil constituyeron un total de 47.1%.

Los menores de 5 años fueron el 5.8%, los mayores de 60 años un 18%, y se apreció que por cada trabajador (activo, pensionado o jubilado) existen 2.6 beneficiarios.

7.2 Estudio de la comunidad

Se observó que se trata de una ciudad moderna, con un nivel bueno de satisfactores e infraestructura urbana y de servicios de salud, acordes al número de habitantes, excelente comunicación, nivel alto de escolaridad en la población, por la oportunidad de enseñanza a todos los niveles. Enclavada en un valle agrícola por lo que presenta una dependencia económica muy marcada, bien definidas las colonias, y un clima extremoso, predominantemente caluroso y seco.

7.3 Diagnóstico familiar

Se eligió a la Colonia Sochilco por ser muy representativa de las colonias asignadas al Sector número 4, con un nivel socioeconómico medio, cuenta con todos los servicios urbanos y de comunicación un alto porcentaje de población económicamente activa, estudiantil, propietarios de su vivienda, siendo notorio el impacto que han tenido las campañas de promoción a la salud en los menores y ancianos como se apreció en los padecimientos, así como en la madurez familiar propia de familias integradas, nucleares a pesar de encontrarse un alto porcentaje de dispersión, las mujeres en edad fértil con eficiente control de planificación familiar. Alimentación e higiene regulares en un alto porcentaje, secundariamente a los ingresos bajos en un 57% de las familias.

7.4 Morbilidad

Las mujeres fueron las que más acudieron a consulta médica, a nivel global, como por grupos de edad. La mayor demanda de consulta se presentó en la población económicamente activa, predominaron las infecciones respiratorias agudas con un 59.6% del total de 486 consultas de primera vez, siendo muy significativo ya que se contempla que de cada 10 pacientes 6 acudieron por dicha patología; los padecimientos osteomusculares, se ubicaron en el segundo lugar pero adquieren particular importancia por presentarse en la población económicamente activa en mayor proporción y por consecuencia alto índice de incapacidades médicas otorgadas, el tercer lugar lo ocuparon las gastritis y duodenitis, nuevamente marcadas en la población económicamente activa, sin dejar de lado la hipertensión arterial sistémica que ocupó el cuarto lugar y notoriamente en el grupo de edad de 45 a 64 años, las infecciones parasitarias intestinales se presentaron en los escolares más frecuentemente, ocupando el quinto lugar, mientras que las infecciones urinarias que ocuparon el sexto lugar predominaron en las mujeres de todas las edades, al igual que la migraña que ocupó el séptimo lugar, las gastroenteritis predominaron en los de 25 a 44 años, ocupando el octavo lugar, y las conjuntivitis que ocuparon el noveno lugar presentes en todas las edades, siendo por último las dermatofitosis presentes en todos los grupos de edad y ocupando el décimo lugar. Lo que fue más notorio es que la población económicamente activa además de que fue la que acudió más (60.9%), presentó padecimientos que son prevenibles gracias a las medidas propias de higiene y cuidados personales, y que su incapacidad es importante por la afectación que puede tener no sólo en su centro de trabajo, sino en su entorno familiar como de ellos mismos.

CENSO POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
EN GRUPOS ETAREOS DE 5 AÑOS

GRUPOS DE EDADES	SEXO		TOTAL
	MASCULINOS	FEMENINOS	
Año Menores de 1 Año	8	0	8
1 - 4	62	75	137
5 - 9	125	87	212
10 - 14	138	125	263
15 - 19	163	113	276
20 - 24	75	87	162
25 - 29	87	113	200
30 - 34	15	100	115
35 - 39	87	138	225
40 - 44	75	75	150
45 - 49	25	87	112
50 - 54	40	25	65
55 - 59	50	75	125
60 - 64	50	50	100
65 a +	175	175	350
TOTALES	1,175	1,325	2,500
	47%	53%	100%

POBLACIÓN ADSCRITA AL CONSULTORIO DEL SECTOR NUMERO 4 DE LA CLÍNICA HOSPITAL "B" ISSSTE, CD. OBREGÓN, SONORA, 1998.

HOMBRES		MUJERES	
35	30	25	20
15	10	5	0
GRUPOS DE EDAD			
175	7%	65-69	7%
50	2%	60-64	2%
50	7%	55-59	3%
40	16%	50-54	1%
25	1%	45-49	3%
75	3%	40-44	3%
87	3%	35-39	5%
15 (0.6%)		30-34	4%
87	3%	25-29	4%
75	3%	20-24	3%
163	6%	15-19	4%
138	5%	10-14	5%
125	5%	5-9	3%
62	2%	1-4	3%
8 (0.3%)		0-1	0

TOTAL HOMBRES= 1,175=47%
 TOTAL MUJERES= 1,325=53%
 MEJORES 1 AÑO = 8 = 0.3%

DE 1 A 4 AÑOS = 138 = 5.5%

MUJERES EN EDAD FÉRTIL (15-44) = 625 = 25%

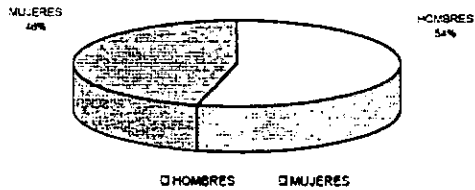
TRABAJADORES PENSIONADOS Y JUBILADOS = 680 = 27.2%

BENEFICIARIOS = 1,820 = 72.8%

MAYORES DE 60 AÑOS = 450 = 18.0%

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN DE POBLACION SEGUN SEXO.
CONSULTORIO, SECTOR 4 DE LA CLÍNICA HOSPITAL "B" ISSSTE.
CD. OBREGÓN, SONORA 1996.

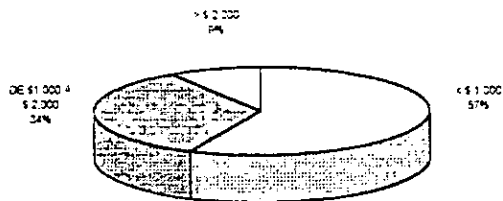
(n=400)



PLANTE ENCUESTA CONSULTORIO

GRAFICA 2. DISTRIBUCION DE POBLACION SEGUN INGRESOS ECONOMICOS.
CONSULTORIO. SECTOR 4 DE LA CLINICA HOSPITAL "B" ISSSTE.
CD. OBREGÓN, SONORA 1996.

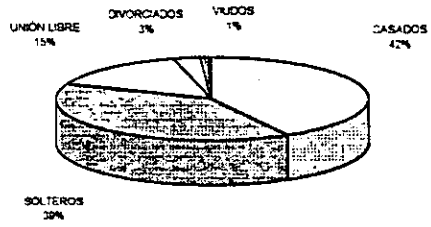
(n=400)



FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL.
CONSULTORIO. SECTOR 4 DE LA CLÍNICA HOSPITAL "B" ISSSTE.
CD. OBREGÓN, SONORA. 1996.

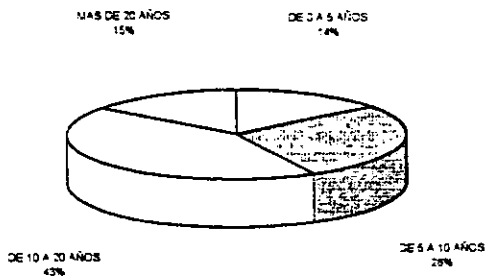
(n=400)



FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

GRAFICA 4. DISTRIBUCIÓN DE POBLACION SEGUN AÑOS DE VIDA CONYUGAL.
CONSULTORIO, SECTOR 4 DE LA CLÍNICA HOSPITAL "B" ISSSTE.
CD. OBREGÓN, SONORA. 1998.

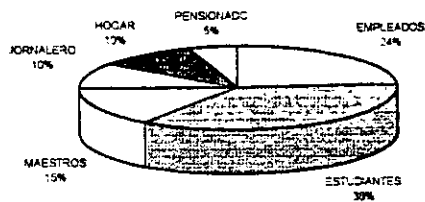
(n=400)



FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

GRAFICA 5. DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN SEGÚN OCUPACIÓN.
CONSULTORIO, SECTOR 4 DE LA CLINICA HOSPITAL "B2 ISSSTE.
CD. OBREGÓN, SONORA, 1996.

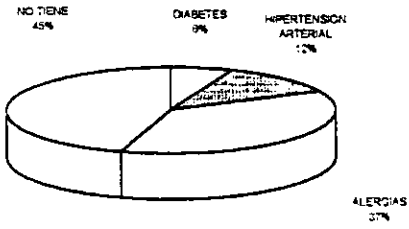
(n=400)



FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

GRAFICA 6. DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN SEGÚN PADECIMIENTOS ACTUALES.
CONSULTORIO. SECTOR 4 DE LA CLINICA HOSPITAL "B" ISSSTE.
CD. OBREGÓN, SONORA, 1996.

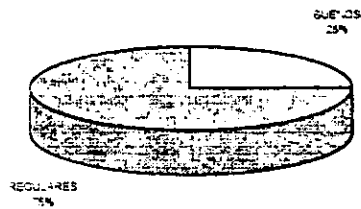
(n=400)



FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

GRAFICA 7. COMPORTAMIENTO DE HÁBITOS HIGIÉNICOS.
CONSULTORIO. SECTOR 4 DE LA CLÍNICA HOSPITAL "B" ISSSTE.
CD. OBREGÓN, SONORA, 1996.

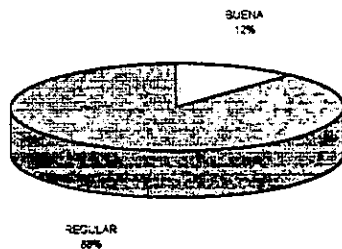
(n=400)



FUENTE: ENCUESTAS CONSULTORIO

GRAFICA 8. COMPORTAMIENTO DE LA ALIMENTACIÓN.
CONSULTORIO. SECTOR 4 DE LA CLÍNICA HOSPITAL "B" ISSSTE.
CD. OBREGÓN, SONORA, 1996.

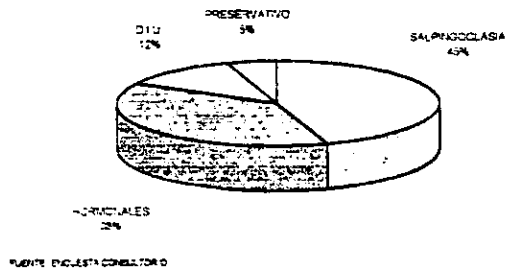
(n=400)



FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

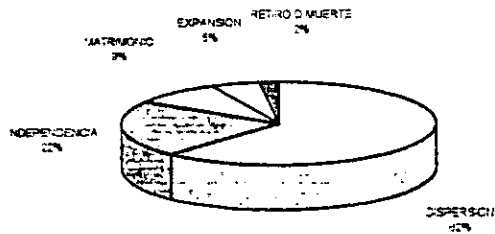
GRAFICA 9. PLANIFICACION FAMILIAR USADO POR MUJERES EN EDAD FERTIL,
SEGUN METODO. CONSULTORIO SECTOR 4 DE LA CLINICA HOSPITAL "B" ISSSTE.
CD OBREGON, SONORA, 1996.

(n=100)



GRAFICA 10. FASES DE LA FAMILIA EN CICLO VITAL.
CONSULTORIO. SECTOR 4 DE LA CLINICA HOSPITAL "B" ISSSTE.
CD. OBREGÓN, SONORA, 1996.

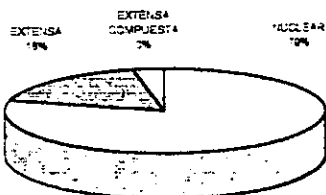
(n=50)



FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

GRÁFICA 11. CLASIFICACIÓN DE TIPOS DE FAMILIA
CONSULTORIO, SECTOR 4 DE LA CLÍNICA HOSPITAL "B" ISSSTE.
CD. OBREGÓN, SONORA, 1996.

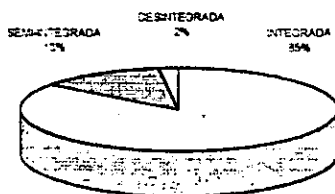
(n=50)



FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

GRAFICA 12. CARACTERÍSTICAS DE LA INTEGRACIÓN FAMILIAR.
CONSULTORIO SECTOR 4 DE LA CLINICA HOSPITAL "B" ISSSTE.
CD. OBREGÓN, SONORA, 1996.

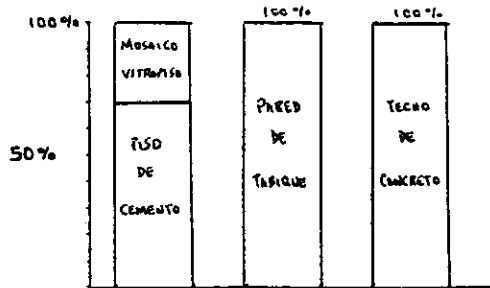
(n=50)



FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

GRÁFICA 13. CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS -MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN- DE DERECHOHABIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO DEL SECTOR 4. CLÍNICA-HOSPITAL "B", ISSSTE. CD OBREGÓN, SONORA, 1998

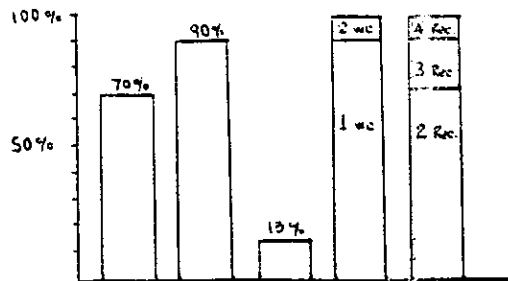
(n=50)



FUENTE: ENCUESTA DIAGNÓSTICO

GRÁFICA 14. DISTRIBUCIÓN DE LA VIVIENDA PROMEDIO EN EL DERECHAHABIENTE ADSCRITO AL CONSULTORIO DEL SECTOR 4. CLÍNICA-HOSPITAL "B", ISSSTE, CO. OREGÓN, SEÑORA, 1998

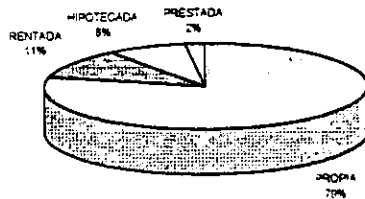
(n=50)



FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

GRÁFICA 15. CARACTERÍSTICAS DE TIPO DE POSESIÓN DE LA VIVIENDA DE LOS DERECHOHABIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO DEL SECTOR 4. CLÍNICA-HOSPITAL "B", ISSSTE, CD OBREGÓN, SONORA, 1996

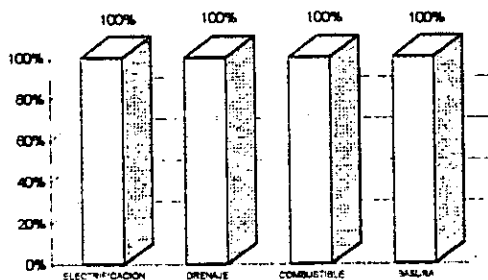
(n=50)



FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

GRÁFICA 16. SERVICIOS PÚBLICOS EN LAS VIVIENDAS DE LOS
DERECHOHABIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO DEL SECTOR 4 CLÍNICA-
HOSPITAL "B", ISSSTE, CD OBREGÓN, SONORA, 1996

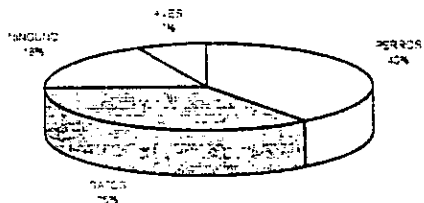
(n=50)



FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

GRAFICA 17 ANIMALES DOMESTICOS EN LAS VIVIENDAS DE LOS
DERECHOHABIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO DEL SECTOR 4.
CLINICA-HOSPITAL "B", ISSSTE CD OBREGON SONORA, 1996

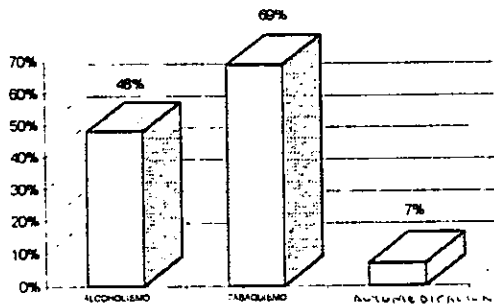
(n=50)



FUENTE: ENCUESTA CONVENCIONAL

GRÁFICA 18. TOXICOMANIAS PRESENTE EN LAS FAMILIAS DE LOS
DERECHAHABIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO DEL SECTOR 4
CLÍNICA-HOSPITAL "B", ISSSTE. CD OBREGÓN, SONORA, 1996

(n=400)



FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA

CONSULTORIO SECTOR NUMERO 4 CLINICA-HOSPITAL "B" DEL ISSSTE DE CD. OBREGON, SON. 1996.

NUMERO	AFECCION PRINCIPAL	CODIGO C.I.E. 9a. Rev.	- 1		1-4		5-14		15-24		25-44		45-64		65A+		TO-TAL			
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
			1	Infecciones Respiratorias Altas	465	4	14	18	14	30	32	16	74	8	34	8	34	2	34	2
2	Enfermedades osteomusculares	710-739					4	4		4	4	6	4	16	2	6	2	14	36	
3	Gastritis y Duodenitis	535								4	5	11	8	2	4	4	4	17	21	
4	Hipertensión Arterial	401												2	12		4	2	16	
5	Parasitosis Intestinal	129					6	8				2							16	
6	Infección Vías Urinarias	580-589					2	2	2	2	2	2	6					2	14	
7	Migraña	-							2	2		10	2					4	12	
8	Gastroenteritis	001-009					2	2				6				4		2	12	
9	Conjuntivitis	372	2				2	2			2	2	2					6	8	
10	Dermatofitosis	110-118					2	2	2			4						4	10	
SUB-TOTAL			6	14	24	28	36	50	18	86	19	77	24	74	10	20	137	349		
POR SEXO Y GRUPO DE EDAD			1.2	2.9	5.0	5.8	7.4	10.3	3.7	17.7	3.9	15.8	5.0	15.2	2.0	4.1	28.4	71.6		
100%																				
TOTAL															486					

Fuente: Dpto. de Estadística Hojas de consulta diaria del médico

Población Derechohabientes (D.H.) = 2,500

VIII. - CONCLUSIONES

Gracias a este estudio podemos apreciar desde una perspectiva más amplia características de la población de derechohabientes adscritos al Consultorio del Sector núm. 4 turno vespertino, de la Clínica-Hospital I.S.S.S.T.E. en Cd. Obregón, Sonora en 1996, las cuales no habíamos apreciado antes por habernos centrado en la atención médica resolutive.

Llama la atención la gran demanda de atención por el grupo de edad de la población económicamente activa, y el grado de repercusión intrafamiliar como en los centros de trabajo que derivan de ello, por lo cual es imprescindible implementar los programas nacionales preventivos específicos existentes, mantenerlos actualizados, pero sobre todo procurar la supervisión programada para los ajustes específicos o modificaciones necesarias buscando siempre la acción anticipatoria.

Debemos ubicar más a la población en la importancia de la medicina familiar y el estudio de la familia elaborando al menos familogramas del 10% de la población por año, sin un tope máximo, y conforme se tengan mayor conocimiento en las familias asignadas, buscar y formar con apoyo institucional y universitario "Enfermeras Familiares" que junto con el Médico Familiar sean el núcleo de la atención familiar apoyándose cada vez más con un grupo interdisciplinario comprometido bajo un mismo objetivo: La Familia.

Debido a los movimientos naturales de la población año con año actualizar nuestro censo poblacional.

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Arlene S, Ash PH, D, "Análisis de resultados y prácticas médica" Hospital practice, Ed. mexicana 1996; 3(10): 437-438
- 2.- Primary Health Care. Report of the international Conference on Primary Health Care, september 6-12, 1978, Alma Ata, USSR, Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1978.
- 3.- Narro-R. J. La salud en México- "Orígenes de la medicina familiar" Testimonios 1988. Ed. Fondo de Cultura Económica. 1989; 4 (11) : 225-230
- 4.- Irigoyen-C. A. Mazón-R. J. Landgrave I, S, Melchor-G. M. "Aportaciones del doctor Bernardo Sepúlveda a la medicina familiar mexicana" Revista Médica del IMSS 1993; 31: 411-415
- 5.- Haq C, Ventres W, Hunt V, et al SALUD Y SOCIEDAD "Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo" Bol. Oficina Panamericana 1996; 120 (1): 44-57
- 6.- Gómez-C. FJF, Irigoyen-C. A. Fernández-O. MA, Mazón-R. JJ. "Hacia una nueva conceptualización de la medicina familiar". Boletín Médico Familiar UNAM 1995; 3 (15-16) : 18-19
- 7.- Rodríguez-D. J. "Historia y filosofía de la medicina familiar" Boletín Medicina Familiar UNAM 1995; 2 (11) 1-3
- 8.- Delgado A. López-F. A, "La participación comunitaria; una revisión necesaria". Atención Primaria. 1992; 8 (8): 457-459

- 9.- López-Salamánca S. Actuación del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. Revista Médica del IMSS 1995; 33 (3): 317-320
- 10.- Simposium Nacional de Medicina Familiar del ISSSTE "Discursos de inauguración. 14 de Nov. de 1994" Boletín Médico Familiar. 1995; 3 (15-16): 1-5
- 11.- Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Sounding board gatekeeping revisited protecting patients from overtreating. N. Engl. J. Med 1992; 6: 424-427.
- 12.- Ortiz-Q. F. "La enfermedad y el hombre" ed. Nueva Imagen; México 1985; 115-155
- 13.- Martínez-C. F. "Modelos y heterodoxias" Médico Moderno 1990; 29 (2): 75-80
- 14.- Manuales ISSSTE. Unidades de Autoenseñanza. Subdirección General Médica 1986.
- 15.- Kumate J, Cañedo L, Pedrotta O. "La salud de los mexicanos y la medicina en México" Ed. Colegio Nacional 1977.
- 16.- Estebanell A, et al "Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas" Atención Primaria 1992; 10 (1): 539-542.
- 17.- Sánchez L. G.S: "El reto actual de la medicina familiar en México" Revista Médica del IMSS 1994; 32 (7) : 355-357.
- 18.- Instántaneas. "Aspectos económicos del control de la hipertensión". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1995; 119 (6): 532-533

- 19.- Storstein L, "¿Qué es la calidad de vida?". Am. Heart Journal. 1987; 114:20.
- 20.- Arellano S, Silva R, Diabetes Mellitus en la práctica diaria. "El respaldo de los profesionales de la salud" Instituto Lakeside. MM-114-94 : 1-7
- 21.- Meaney E, "El paciente hipertenso y la calidad de vida" Merck& Co. Inc., Octubre 1994.
- 22.- Manual de procedimientos para la solicitud de atención médica en consulta externa de los hospitales. Subdirección General Médica ISSSTE. México. 1986.
- 23.- Enjambre'94- Boletín informativo de la Clínica-Hospital ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora No. 2, mayo 1994.
- 24.- Manual -Segunda semana nacional de vacunación 1995- Consejo Estatal de vacunación. Sonora Mayo 1995.
- 25.- Chávez-H. J. "Restaurando la atención integral" Prescripción Médica 1995; 18 (4): 22-23
- 26.- Sainz-J. JM, "Funciones del médico general en el sistema de atención médica". Revista de la Facultad de Medicina UNAM, 1979.
- 27.- Dickinson B. y Cols. "Un modelo de investigación en el primer nivel de atención" Revista de la Facultad de Medicina UNAM 1996; 29 (1) : 7-13

- 28.- Agenda Estadística Municipal. Cajeme 1991. H. Ayuntamiento de Cajeme 1991, pags. 81-82
- 29.- Cuaderno Estadístico Municipal. Cajeme. Estado de Sonora INEGI-H. Ayto. Constitucional de Cajeme. 1995.
- 30.- Abramson JH. Kark SL. Community Oriented Primary Care meaning and scope. En: Survey methods in Community Medicine. Edimburgo: Churchill Livingstone, 1984.
- 31.- Pañella H., Foz G, Montaner I, et al. "Aproximación al conocimiento de una comunidad" En: Organización del equipo de atención primaria. Madrid. INSALUD. Servicio de documentación y publicaciones 1990.
- 32.- Carstairs V. "Small area analysis and health service research" Community Medicine 1981; 3: 131-139.
- 33.- Unidad docente de tortosa. Atención Primaria 1985; 2 (6) :
- 34.- Thunhurst C. "The analysis of small area statistics and planning for health". The Statiscian 1985; 34 : 93-106.
- 35.- Orozco-A J. "Conceptos prácticos en investigación clínica" Revista Mexicana de Reumatología. 1993; 8 (1) : 9-13
- 36.- Carta de Ottawa. OMS Ottawa Charter for Health Promotion. An international Conference on Health Promotion. Ottawa. 1986.

- 37.- Rodríguez M:J., Ruiz J.P., Zuria, Rodríguez M., Fernández T.A. y Abedillo M.A.. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria. *Atención Primaria* 1994; 3 (1) : 39-41.
- 38.- Jiménez M.C., Lorenzo R.A., Segura H.E., Suárez P.P., Duarte C.A., Hernández T.T.. Analisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y de promoción de la salud según grupos de edad. *Atención Primaria*. 1993 ; 12 (5) : 269-272.
- 39.- Irigoyen C.A., Gómez C. F.J., Noriega G.P., Hernández T.I., Arteaga A.R., Graniel G.E. Castro C.J., Modelo Sistemático de la atención médica familiar. *Fundamentos de Medicina Familiar. Ed. Med. Fam. Méx.* 1996: 151-174
- 40.- López S.S. Actuación del especialista de medicina familiar en la sociedad actual. *Rev. Méd. IMSS*. 1995; 33 (3) : 317
- 41.- Pasarín Y., Barrel C., Panella H., Et. al. Diseño de un sistema de información para la atención primaria. *Atención Primaria* 1996; 17 (7) : 47-61.
- 42.- Bustos G. El pediatra de atención primaria y las actividades preventivas. *Atención Primaria*. 1993 ; 12 (4) : 183-184.
- 43.- Martín R.M., Alvarez H.C., et. al. Evaluación del programa de actividades preventivas y promoción de la salud del adulto en un area sanitaria. *Atención Primaria* 1993 ; 12 (10) : 637-644.
- 44.- Sepúlveda B., Méndez L.. Programa para la implantación del nuevo sistema médico familiar. *Rev. Med. IMSS (Mex)* 1993; 31 (3) : 407-410.

45.- Irigoyen C.A., Gómez C.F., et. al. Influencia de la revista Atención Primaria en la medicina familiar. Atención Primaria 1996 ; 17 (7) :

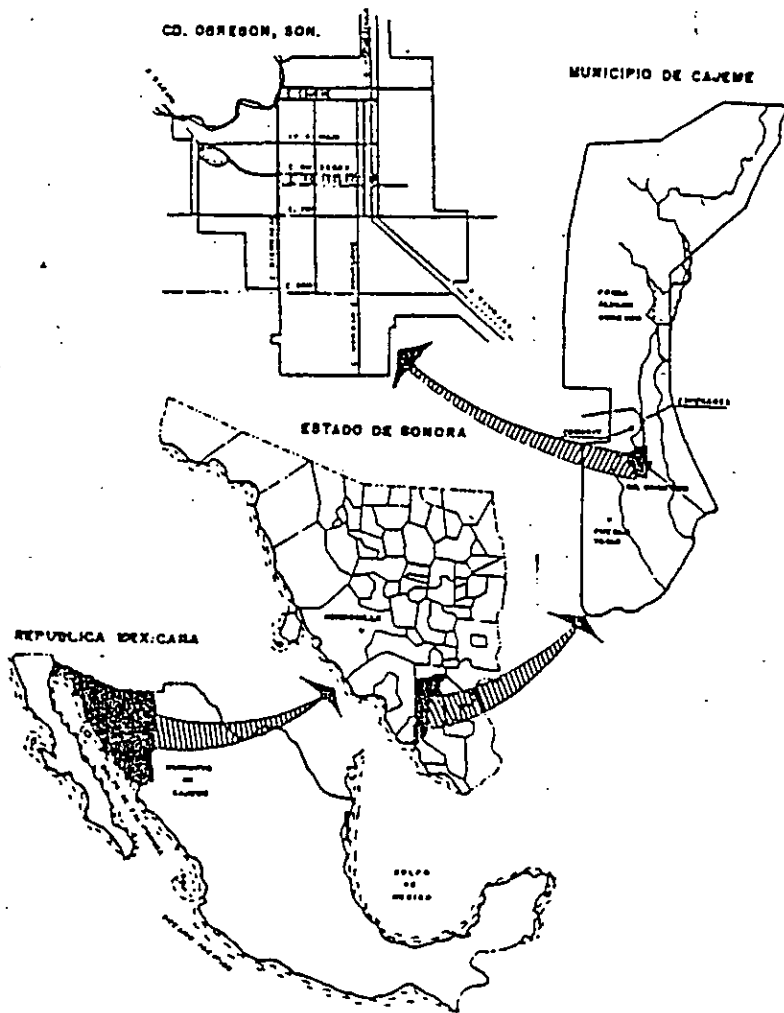
46.- Martínez C.F. Conocer la enfermedad es educar para la salud. Prescripción Médica 1996 ; 19 (222) 23-25

47.- Pérez C. . El Médico familiar juega un papel importante en la detección temprana de la cirrosis hepática. Prescripción Médica 1995; 18 (210) : 24

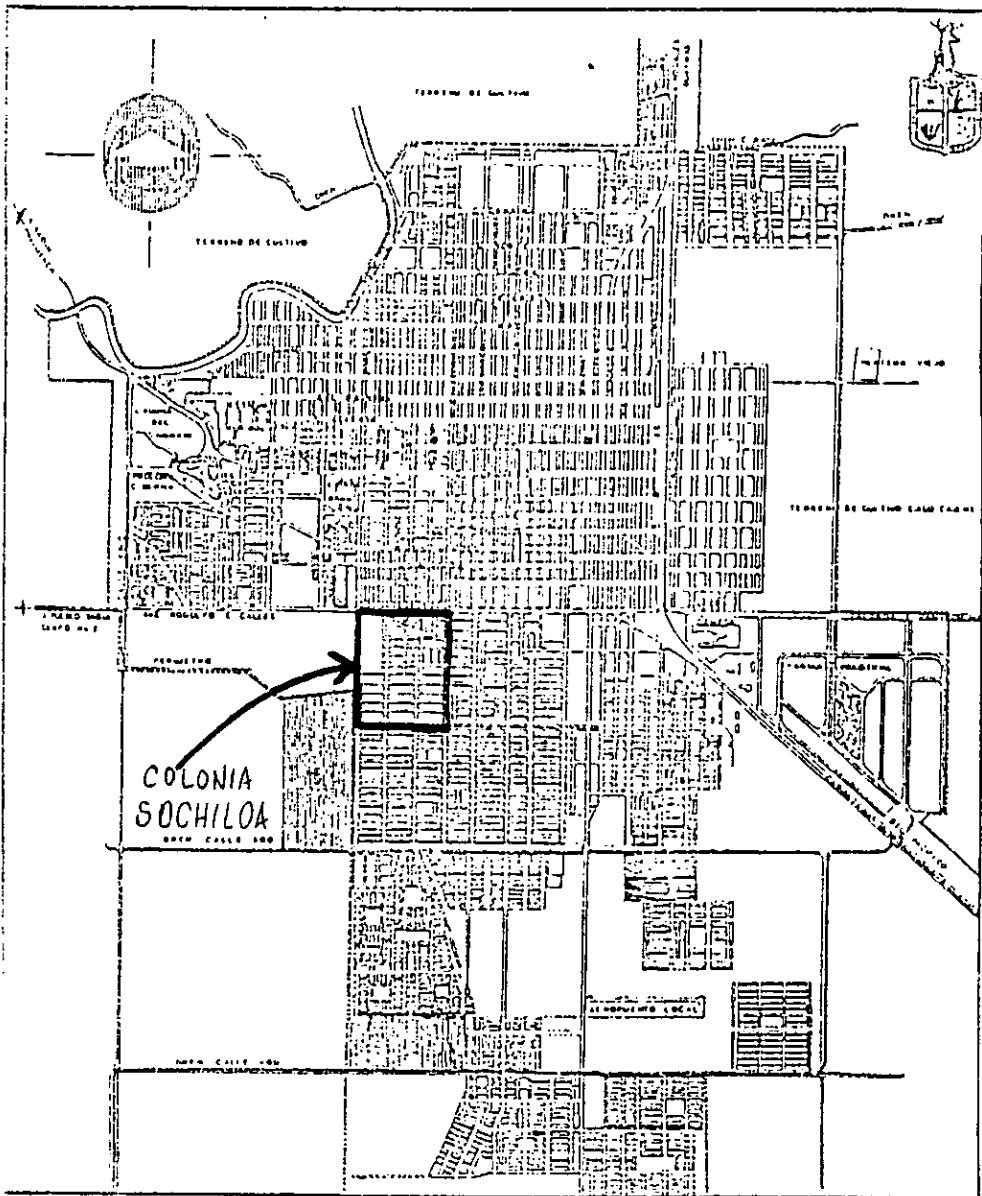
X.-ANEXOS

MAPA DE LOCALIZACION DEL MUNICIPIO DE CAJEME

MAPA No. 1



PLANO OFICIAL DE CIUDAD OBREGON, SONORA



**INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA
CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR**

- ⇒ Localización.
- Familia: anotar los apellidos paternos del padre y de la madre.
- Años de unión conyugal: se anotará con número.
- Domicilio, colonia, ciudad y municipio: anotar todos los datos, sin abreviaturas.
- Manzana: anotar el número que le corresponda.
- Vivienda N°: Cada vivienda se numerará en forma progresiva de 01 al 50.
- Sector: Definir mediante la sectorización de colonias y viviendas a qué sector pertenece.
- Elaboró: Anotar el nombre del encuestador.
- ⇒ Composición Familiar.
- Nombre: Anotar el nombre de pila iniciando por el padre, la madre y los hijos de mayor a menor; cuando se trate de otros familiares, anotar además del nombre, los apellidos.
- Parentesco: Anotar el que corresponda.
- Edad: Anotar con claridad los años cumplidos, en el espacio según se trate de masculino (M) o femenino (F).
- Estado civil: soltero, casado, viudo, divorciado o unión libre.
- Escolaridad: anotar hasta que grado escolar estudió.
- Ocupación: Anotar la principal actividad realizada por cada integrante de la familia.
- Ingresos: anotar los ingresos por mes.
- Padecimientos crónicos: Anotar el que refiera como diagnosticado por personal médico.
- ⇒ Toxicomanías, alimentación y hábitos higiénicos.
- Marcar con x en el espacio que corresponda.
- Observaciones: se anotará lo que se considere importante.
- ⇒ Vivienda.
- Marcar con x en el espacio que corresponda.
- ⇒ Fase del ciclo vital, tipo de familia Integración familiar y planificación familiar.
- Marcar con x en el espacio que corresponda.
- ⇒ Antecedentes heredo-familiares.
- Marcar con x en los espacios y que corresponda.

