

11226

50



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

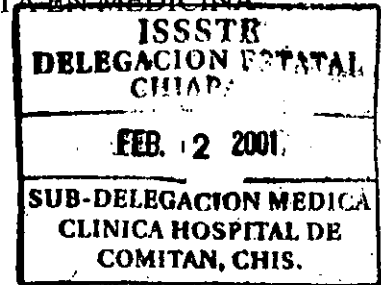
UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA HOSPITAL "C" DEL I.S.S.S.T.E. DE COMITAN DE
DOMÍNGUEZ, CHIAPAS

MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL CONSULTORIO No. 1
DE MEDICINA FAMILIAR EN LA CLÍNICA HOSPITAL "C"
I.S.S.S.T.E. DE COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS

288746

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:



DR. MARCO ANTONIO GARCÍA ARANDA



ISSSTE

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS

1999

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL CONSULTORIO No. 1 DE
MEDICINA FAMILIAR EN LA CLÍNICA HOSPITAL "C"
I.S.S.S.T.E. DE COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS

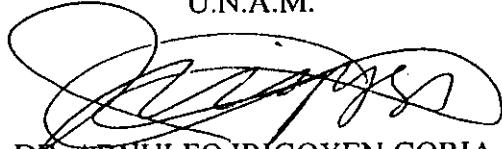
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

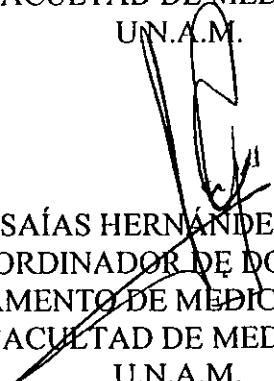
PRESENTA:

DR. MARCO ANTONIO GARCÍA ARANDA

AUTORIZACIONES:

~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


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


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL CONSULTORIO No. 1
DE MEDICINA FAMILIAR EN LA CLÍNICA HOSPITAL "C"
I.S.S.S.T.E. DE COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

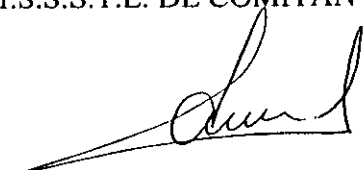
PRESENTA:

DR. MARCO ANTONIO GARCÍA ARANDA

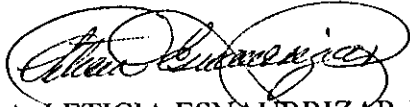


DR. MARCOS NÚÑEZ VALENCIA

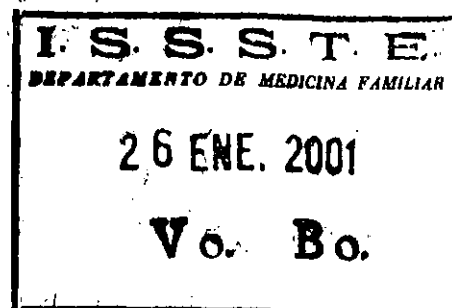
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL ISSSTE EN
CLÍNICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E. DE COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS



DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA Y
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.



MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA EN EL CONSULTORIO No. 1 DE
MEDICINA FAMILIAR EN LA CLINICA HOSPITAL "C"
I.S.S.S.T.E DE COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS

2.- INDICE GENERAL

- 1.- Titulo
- 2.- Indice General
- 3.- Marco Teórico
- 4.- Planteamiento del Problema
- 5.- Justificación
- 6.- Objetivos
 0. General
 0. Específicos
- 7.- Hipótesis (No necesaria en estudios descriptivos)
- 8.- Metodología
 - Tipo de estudio.
 - Población, lugar y tiempo de estudio.
- 9.- Resultados
 - Descripción de resultados
 - Tablas (cuadros) y Gráficas.
- 10.- Discusión de los resultados encontrados.
- 11.- Conclusiones
- 12.- Referencias bibliográficas
- 13.- Anexos.

3.- MARCO TEORICO.

Aunque se considera a la Carta Magna Inglesa de San Juan sin tierra de 1215 como la primera expresión jurídica del reconocimiento de los derechos individuales frente al poder absoluto del Soberano, fue después de la declaración Universal de los Derechos del hombre y del ciudadano, propagada en Francia en 1789, y de la promulgación de la constitución de los Estados Unidos de América, que muchos países se incorporaron a sus legislaciones de los derechos a la vida, a la integridad física, a la libertad, a la expresión de las ideas, al libre tránsito y la propiedad. Las luchas sociales del siglo XIX, enriquecieron las libertades del hombre con la incorporación de los derechos sociales y económicos, destacando la obligación del estado de proteger la salud de los ciudadanos.

Fue entonces el Canciller Alemán Otto Von Bismarck que en 1882 el creador de la Seguridad Social, que protegía los miembros de las fuerzas armadas. Finalmente se fundó la Organización Internacional del trabajo, al termino de la segunda Guerra Mundial.

A partir de la Segunda Década de este Siglo se generalizó el surgimiento de instituciones de Seguridad Social y Chile fue el primer país Latinoamericano en hacerlo en 1924.

Iniciando con el siglo el desarrollo tecnológico de la medicina, lo que ha obligado a todos los países del mundo a replantear los esquemas iniciales, sufriendo estos esquemas en 1960 ajustes importantes en los países de Latinoamérica ya que predominaba una clara Política social:

- a) Iniciándose la Medicina Familiar para crear profesionales con conocimientos y experiencias en problemas Psicosociales.
- b) Extensión de la cobertura de los servicios, orientada fundamentalmente a poblaciones de escasos recursos económicos, principalmente grupos Etnicos y población rural y urbano marginal.
- c) Se crean departamentos para la elaboración de programas de prevención primaria y secundaria apoyando a la Medicina Preventiva. (1,2).

La Organización Mundial de la Salud promovió en varios países en desarrollo un modelo de atención de la salud:

“Poner al alcance de todos los habitantes del planeta los beneficios de un progreso científico y tecnológico que hasta ahora ha aludido a grandes masas de seres humanos, mediante la participación plena de estos y con un costo de la comunidad y el país puedan sufragar y mantener”.

Desde 1978 la conferencia de Alma Ata, compromete a todos los países miembros a otorgar servicios de Salud accesibles como un derecho inalienable de los individuos en todos los países, después de un análisis que ofreció un panorama desolador de las condiciones de

salud para todos los pueblos y sobre todo los mas pobres del mundo, mediante la propuesta de "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000" (3,4,5).

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud se señala que para mejorar la salud de las colectividades es necesario actuar en los llamados cinco campos de acción de la Carta de Ottawa:

- a) Reorientar los servicios de Salud.
- b) Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida.
- c) Crear medioambientes saludables.
- d) Elaborar políticas explícitas para la Salud.
- e) Reforzar la acción comunitaria en Salud (6).

Se puede definir a la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades, según la Organización Mundial de la Salud en 1978 (7).

LAS CONCEPCIONES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD SE PUEDEN CLASIFICAR EN CUATRO GRUPOS:

- a) **MAGICO-RELIGIOSA-EMPIRICA.** Dominó la historia del hombre durante siglos.
- b) **BIOLOGISTA-POSITIVISTA.** Es una condición que reduce el proceso Salud enfermedad a sus aspectos Biologistas. Ha florecido como resultado del desarrollo de las fuerzas productivas y se estableció como la corriente dominante del poder y la práctica médica en la segunda mitad del siglo XIX.
- c) **SANITARISTA.** Para esta concepción los problemas de salud son problemas sanitarios y su solución implica saneamiento. Es la expresión de una concepción ecologista de la salud. Es la interacción de los factores; huésped y agente en el ambiente en el cual ambos se desarrollan. El sanitarismo propone no solo tratar al individuo de acuerdo con el biologicismo, sino que con medidas sanitaristas plantea soluciones colectivas a problemas ecológicos.
- d) **BIOLOGICO-SOCIAL-HISTORICA.** Propone una integración entre las ciencias sociales y naturales que permiten concebir el proceso SALUD-ENFERMEDAD como un proceso Historico-Social que se manifiesta en sociedades y clases concretas de acuerdo con sus condiciones materiales de vida (8,9).

Las diversas formas de organización de los servicios de Salud en el Mundo se pueden clasificar en tres modelos generales:

1. SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE COBERTURA UNIVERSAL GRATUITA: la mayor parte o la totalidad del financiamiento proviene del gasto publico vía impuestos generales, de modo que se trata de un servicio público, gratuito respaldado en la legislación que establece la vigencia del derecho social a la salud. Por lo que el acceso a los servicios no esta condicionado por ninguna circunstancia personal ni restringido a grupos específicos de la población. El modelo de atención a la salud otorga prioridad a la prevención y a los servicios no personales como el saneamiento del medio, educación para la salud, el control del agua y de los alimentos y la higiene laboral. En casi todos los casos existe una importante participación de la comunidad en las tareas de la Salud. En los servicios personales, que se estructuran regionalmente en varios niveles de atención, definida como "la puerta de entrada de los pacientes y un sistema de referencia de los mismos, lo que propicia la calidad en el servicio y la economía de los recursos. En casi todos los casos los recursos humanos son asalariados, ejemplificando de estas organizaciones, los sistemas nacionales de salud Ingles, Soviético, Sueco, Chino y Cubano.

2. COEXISTENCIA DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD SOCIAL QUE OFRECEN SERVICIOS MEDICOS A LOS DERECHOHABIENTES:

Instituciones asistenciales publicas que prestan atención médica gratuita de baja calidad a la población de pocos ingresos y no asegurados, e instituciones privadas de carácter lucrativo. Los servicios no personales están separados administrativamente de los personales y como no se le otorga prioridad, se desenvuelven precariamente:

- a) Mediante un pago específico a cambio del servicio mercantil proporcionado por empresas lucrativas.
- b) Mediante una cuota periódica se adquiere el derecho a los servicios médicos de la seguridad social. Dicha cuota es proporcionada por trabajadores, complementado por aportaciones del patrón y del estado. Tratándose entonces de un servicio no mercantil de financiamiento, sumamente socializado. Beneficiando a los obreros, empleados públicos y del sector privado moderno.
- c) Para la población carece tanto de poder adquisitivo como de seguridad social, el estado opera servicios médicos a población abierta. Estos servicios ofrecen un esquema de medicina simplificada, con acceso por cuotas de recuperación, tienen un nivel de recursos insuficientes y la calidad del servicio es irregular. Este modelo prevalece en la mayoría de los países latinoamericanos, incluyendo a México. En estos países el derecho a la salud sigue siendo una demanda insatisfecha para la mayor parte de la población.

3. PREDOMINIO DE INSTITUCIONES PRIVADAS DE CARÁCTER MERCANTIL CON SISTEMAS DE COBRO DIRECTO AL PACIENTE O A TRAVÉS DE SEGUROS MEDICOS.

Este modelo de atención a la salud es mas bien de consumo privado, sujeto a las leyes del mercado. Es la antítesis de la salud como un derecho social. Se dedican al sector de la población de mayor poder adquisitivo y no al que mas lo requiere. Siendo en Estados

Unidos en donde alcanza su forma más clara con existencia de Seguros de Asistencia Médica para los ancianos y los indigentes, con fondos apartados por el Estado. La participación comunitaria es inexistente, a excepción de los grupos de consumidores más conscientes. El estilo de atención es medicalizado, curativa y prestado en hospitales sofisticados, es muy caro y dependiente de recursos de diagnóstico y terapéutica cuya eficiencia se está poniendo en duda en los propios países de origen.

Se han seleccionado para un análisis de los servicios de Salud a tres países cuyos sistemas de atención a la salud tienen cobertura universal e incluyen la participación comunitaria. Y tienen diferentes grados de desarrollo y formas de organización social:

COSTA RICA:

País capitalista dependiente, con algunas características históricas y de pirámide de población similares a las de México y un PNB per capita semejantes. Sin embargo sus niveles de mortalidad general, materna e infantil son respectivamente de 30, 21 y 60 % menores a los de México y la esperanza de vida al nacer es de 6 años mayor a la Mexicana. La tasa de mortalidad en general es de 6.6 por 100 habitantes en 1970 a 3.8 en 1988; la de mortalidad infantil de 61.5 por 1000 nacidos vivos en 1980 a 14.7 en 1988.

CUBA:

País socialista, tiene un PNB per capita menor al de México, similar pirámide poblacional y porcentaje de población urbana, pero una tasa de crecimiento demográfico menor a la Mexicana. Sus niveles de mortalidad general, materna e infantil son de 46, 60 y 64 % respectivamente, menores que los de México y la esperanza de vida al nacer es de 7 años mayor.

REINO UNIDO:

País Europeo capitalista, tiene un PNB per cápita 4 veces mayor al Mexicano, un porcentaje de población urbana mayor al nuestro y una pirámide poblacional más vieja. Sus niveles de mortalidad, materna e infantil son respectivamente de 47, 94 y 80% menores a los de México. La esperanza de vida al nacer, igual que la Cubana, es 7 años mayor que la Mexicana.

Mientras Cuba y la Gran Bretaña tienen un modelo de salud que corresponde al primer tipo. Costa Rica tiene un sistema que así bien se origina en el segundo tipo, tiende a una cobertura total que lo distinguiría a los demás países ubicados en esa situación.

COSTA RICA

El sistema sociopolítico de Costa Rica se caracteriza por un siglo de ejercicio democrático, 40 años sin ejército, obligatoriedad y gratuidad de la enseñanza primaria y secundaria, plenos derechos políticos para la mujer y prohibición de reelegir a los gobernantes.

El estado es centralista, la estructura sociopolítica del país se describe como un estado de bienestar subdesarrollado. La salud y la educación es un de los campos igualitarios en su distribución y altos estándares. El gasto en salud es de 3 y 6 % respectivamente del PNB, lo que significa un gasto per capita de 23.20 y 92.81 dolares para los años correspondientes a 1970-1977.

A raíz de las enmiendas constitucionales efectuadas durante 1972-1973, los distintos servicios de salud se han orientado hacia la expansión e investigación. En 1980 únicamente el 15% de la población no estaba cubierta por los servicios médicos de la seguridad social. Todos los servicios hospitalarios se han instalados en la caja Costarricense de seguridad social, existiendo el acuerdo sobre el ministerio de Salud e iniciar la integración de ambas instituciones.

El Ministerio de Salud tiene a su cargo la atención primaria mediante programas de salud rural y medicina comunitaria para lo cual cuenta con personal auxiliar y además continua siendo responsable de los servicios no personales como control de fauna nociva, control de alimentos y medicamentos salud ambiental, vigilancia nutricional. Y para proporcionar los servicios no personales este ministerio se coordina con el Instituto Costarricense de Acueductos y alcantarillado que se encarga del suministro del agua potable y de la disposición de aguas negras.

Los servicios de salud personal se ofrecen en una estructura escalonada piramidal con una amplia base ubicada en las áreas rurales y periféricas y su vertice localizado en la capital. El sector salud esta concebido para integrarse en cuatro niveles de atención, coordinado con los inmediatos superiores e inferiores, cuenta con sistema de referencias de pacientes, que una vez atendidos regresan a su nivel de origen.

Uno de los aspectos fundamentales de los servicios de salud es su carácter participativo, es decir, incorpora a la comunidad en la responsabilidad de la promoción y mantenimiento de la salud. Menos del 50% del financiamiento global del sistema de salud proviene de cuotas tripartitas sobre la nomina: los patrones pagan el 6.75% de dicha nomina los obreros el 4 % y el estado el 0.255.

Los trabajadores independientes pueden asegurarse por una pequeña cuota, el gobierno se hace cargo de los que no pueden cubrir con fondos de lotería e impuestos por cigarrillos y otros productos, proviniendo de estos productos un poco más del 50% del financiamiento. (9).

CUBA

La salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del estado a partir de 1959. Haciendolo gratuito al eliminar la discriminación económica. Es primordial la educación y la salud por lo que representa más del 50% de su presupuesto. Para formular, organizar y ejecutar la política nacional respectiva, se incorporan a la estructura del ministerio de salud pública, organismo rector de estas actividades. Los servicios tienen un carácter integral al incluir servicios personales y no personales. Los personales se dirigen al individuo sano o enfermo como unidad bio-psico-social, atendiendo con preferencia la prevención y la

educación para la salud. Los servicios no personales están al cuidado del medio físico, biológico y social, comprendiendo la higiene ambiental, la protección al ambiente natural y todas aquellas actividades a crear condiciones favorables al desarrollo pleno del individuo integrado en su comunidad.

Existen varios aspectos importantes de la organización del ministerio de salud:

- 1.- La estructura administrativa del sistema de salud es provincial y regional.
- 2.- La docencia y la capacitación dependen directamente del ministerio formando éste los recursos humanos necesarios.
- 3.- Los servicios no personales están a cargo de las unidades regionales de higiene y epidemiología. Dedicándose estas unidades al control de los alimentos y del depósito de los desechos; a la salud escolar, a la higiene de la vivienda, vigilancia nutricional, y a la vigilancia epidemiológica de la población.
- 4.- El ministerio de salud se encarga de la compra y fabricación de los medicamentos y de el equipo clínico-quirúrgico.

En 1960 se promulgó la Ley del Servicio médico rural y se inició la red de hospitales rurales, se completó la construcción de algunos hospitales rurales y se decretó la gratuidad de los servicios médico-asistenciales. Progresivamente se fue gestando el sistema Nacional de Salud mediante planes de extensión de cobertura, y la Nacionalización de las clínicas privadas y mutualistas.

De 1961-1962 se creó el ministerio de salud pública y su reglamento orgánico como institución de carácter normativo central y la descentralización de las actividades administrativas. Surgen las direcciones regionales de Salud y las unidades zonales en los municipios del país, perfilándose un sistema escalonado y regionalizado de prestación de servicios.

Los lineamientos generales de la política nacional de Salud plantearon, como un instrumento insoslayable dentro de la concepción de la participación democrática de la sociedad en la solución de sus propios problemas, la participación organizada del pueblo en la solución de sus problemas de salud.(11).

A través del equipo de salud, se brinda atención primaria; en localidades de menos de 1000 habitantes, con personal técnico y auxiliar, en los mayores con clínicas de atención médica general.

La participación comunitaria a elevado el nivel de educación para la salud y obtener el apoyo efectivo de la población para programas de Salud, relación médico-paciente y aumentar la confianza en los servicios.

A partir de 1977, los órganos del poder popular, la unidad y los servicios primarios de salud pasaron a ser administrados por la comunidad. (9,10)

En 1984 se inician cambios significativos en la concepción del primer nivel de atención al introducirse la figura del médico de la familia que vive y trabaja dentro de la comunidad y que atiende integralmente a una población de 600 habitantes. Así, mejoran las posibilidades de conocer y atender el universo de la población asignada, controlar los grupos de riesgo, distribución de la población a influir directamente sobre el individuo, la familia y la comunidad en los aspectos concernientes a la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Pretendiendo que con la introducción del médico familiar la organización del sistema nacional de salud, en general y las unidades que los integran sean capaces de eliminar todo vestigio de métodos burocráticos de manera que permitan el contacto directo del médico de la familia con su población y faciliten la integración del Hospital a ese nuevo modelo.

REINO UNIDO

El parlamento de mayoría laborista en 1946 aprobó la Ley del sistema nacional de salud de cobertura universal, que entro en vigor en julio de 1948. El sistema nacional de salud actualmente tiene cuatro fuentes de financiamiento: 80% del gobierno central, 9% del Seguro Social, los gobiernos locales el 6.5% y el paciente es de 4.5% restante. El 5.7% del producto nacional bruto se destino a la salud.

En 1970 se reorganizó el sistema nacional de salud concerbándose bajo su administración todos los servicios personales de salud y como unico servicio no personal, el de salud escolar, éste coordina todas las necesidades de las regiones y dicta normas y planes generales, dependiendo del departamento de salud y seguridad social que establecen las políticas globales y las asignaciones financieras. Siendo responsables de este la secretaria del estado para los servicios sociales.

Los servicios médicos se otorgan en forma escalonada. El primer nivel se ofrece en consultorios privados, que brindan servicios privados y públicos recibiendo pago por parte del sistema nacional de salud, según la cantidad de pacientes atendidos. Además se ofrecen los servicios en centros de salud públicos que son manejados por médicos generales, médicos familiares. El segundo nivel se ubica en los hospitales generales del distrito, con capacidad de 60-150 camas y ofrecen la mayor parte de servicios especializados. El tercer nivel esta ubicado en los hospitales e institutos de enseñanza distribuida en las ciudades y universidades.

La participación de la comunidad se asegura a través de los consejos comunitarios de salud, constituidos por representantes de los distritos elegidos democráticamente, siendo designados como vigilantes públicos del desarrollo de los servicios, con acceso a la planificación familiar, de SNS y al establecimiento de necesidades y prioridades, por lo que pueden solicitar todo tipo de estudios.

Estos tres países se encuentran en etapas diferentes históricamente, en su experiencia por constituir una respuesta social nacional al proceso colectivo de salud-enfermedad. Costa Rica muestra un modelo de transición correspondiente al modelo tipo 2 y ha tratado de universalizar los servicios personales de salud.

La Gran Bretaña ha consolidado durante un largo periodo de 35 años un sistema de pago de los médicos, se aplican por el gran desarrollo previo de la medicina privada.

Cuba vivió durante 11 años de la revolución un proceso de fusión de las diversas formas de atención médica, posteriormente con la revolución exigía un sistema de salud diferente.(9).

En la conferencia del Alma Ata en 1978 sobre la atención primaria de la salud, convocada por la OMS, se proclama a la salud como "UN DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL Y COMO UN OBJETIVO SOCIAL IMPORTANTISIMO EN EL MUNDO".

La atención primaria forma parte del conjunto del desarrollo social y económico de la comunidad y representa el primer contacto entre los individuos; la familia y la comunidad, con el sistema nacional de salud.

La atención primaria de salud comprende:

Promoción de la nutrición, saneamiento básico y abastecimiento suficiente de agua potable, asistencia materno infantil, inmunizaciones, control de enfermedades endémicas locales, educación para la salud, tratamiento apropiado para las enfermedades y traumatismos comunes y suministro de medicamentos esenciales. (9,11)

Diversos documentos de la OMS-OPS, señalan como problema frecuente el desconocimiento de las necesidades de salud de la población y en consecuencia el desarrollo de los servicios incongruentes con tales necesidades. Por lo que proponen corregir tal situación con varios modelos y establecer un sistema único, con servicios estructurados por niveles y regiones que permiten un eficiente manejo económico de los recursos y que descentralicen la responsabilidad de tomar decisiones.

Adecuados sistemas de información de salud para la evaluación de los servicios, de presupuestos y programas.

MEXICO

País de desarrollo capitalista tardío, con un estado heredero de las tradiciones y demandas de mayor igualdad social de la revolución Mexicana y con un importante sector público. Para satisfacer las necesidades de salud, es necesario modificar el proceso salud-enfermedad atenuando los riesgos de enfermedad, incapacidad y muerte:

La primera condición es que toda la población disponga de agua potable y alcantarillado, vivienda y abrigo adecuados, un nivel mínimo de educación, de empleo digno y salarios remunerados y de alimentación suficiente y balanceada.

La segunda condición es la extensión de la cobertura de los servicios no personales; promoción de la salud y prevención de los daños.

La tercera es la extensión universal de los servicios personales de salud, que debe contar con tres niveles de atención: medicina general y familiar, especialidades y subespecialidades, enlazados con un sistema de referencia de pacientes.

Para satisfacer las necesidades esenciales de salud, de la población solo se puede alcanzar mediante la atención del enfrentamiento diferencial a los daños de salud pero para que estas acciones tengan un adecuado marco jurídico, se debe establecer en la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos el derecho a la salud. Para darle un valor social fundamental y con ello seríamos congruentes con las declaraciones y convenios internacionales suscritos sobre esta materia por nuestro país.

El modelo de atención de salud aquí desarrollado para satisfacer las necesidades de salud de toda la población del país tiene la siguiente características:

- 1.-Para asegurar una cobertura real, los servicios de salud deben satisfacer las condiciones de accesibilidad geográfica y económica, disponibilidad geográfica y económica, disponibilidad y suficientes recursos físicos, humanos y financieros, la aceptabilidad por parte de la población y la continuidad de las acciones.
- 2.-Deben partir del estudio de las necesidades de la salud de la población.
- 3.-Los servicios no personales de salud comprenden:
 - a)organización comunitaria para la salud
 - b)educación para la salud
 - c)vigilancia epidemiológica
 - d)vigilancia, promoción y educación nutricional
 - e)salud laboral
 - f)salud escolar
 - g)control y regulación de la contaminación del agua potable, alimentos, bebidas, medicamentos, sitios de reunión, vivienda, fauna nociva y manejo de los desechos.
- 4.-Los servicios personales con un sistema integrado en tres niveles de atención.
- 5.-El sistema integral de atención implicará un servicio colectivo como individual
- 6.-Se requerirá de una regionalización de los servicios .
- 7.-La planeación y evaluación deberá partir del nivel local
- 8.-La propia comunidad establecerá su organización y actuación en materia de salud.

Solo la oferta universal de la totalidad de los servicios de salud a una población puede elevar el nivel de salud, con mejoría de las condiciones de vida y modificar el proceso colectivo de salud-enfermedad (12).

Entre los pueblos primitivos sumergidos en el pensamiento mágico, el origen de las enfermedades se atribuye a sucesos sobrenaturales entre los dioses o la venganza de los

mueritos, recurriendo el Médico de entonces a los amuletos, exorcismos o bien, al sacrificio de víctimas para agradar a seres sobrenaturales. (13) (14) (15) (16) (19).

La enfermedad a existido desde siempre, para el hombre primitivo era causada por Dioses o demonios y desde esa visión se ha llegado a la época actual en la que se conocen con precisión los agentes causales de muchos padecimientos. La evolución que ha experimentado la medicina le ha permitido pasar a los diagnósticos y tratamientos de tipo magico-religioso a la identificación y manejo científico que en la actualidad se puede hacer de un buen número de daños a la salud. (17)

Con el aislamiento de la bacteria y el desarrollo de las VACUNAS se introdujo el concepto de prevención de enfermedades, con el advenimiento de las Sulfamidas y de la Penicilina provocaron un rápido avance de la Medicina Científica, produciéndose una gran cantidad de conocimientos, haciéndose casi imposible para una persona ser experta en todas las ramas de la Medicina, fragmentados así la profesión y dando lugar a las especialidades.

Hacia finales del siglo I A.C. la Medicina se consideraba parte integrante de la filosofía, pues estaba incluida dentro del conocimiento social de la época y era impartida por los filósofos expertos en el arte de curar.

En la Medicina Azteca se hicieron intentos de instrumentar una medicina integral, la cual estaba enfocada en gran medida a la prevención y a la investigación. (15) (20) (21).

En la antigua Medicina China el concepto del Yin y el Yan como dos fuerzas inseparables y contrarias, que era considerara como base del equilibrio y de eso dependía el grado de salud alcanzada, y señala el primer intento de tener una visión integral del hombre. (17) (18) (19).

Otro antecedente respecto a los intentos de instrumentar una medicina integral se dio en la Medicina Azteca, la cual estaba enfocada en gran medida a la prevención y a la investigación. La practica medica era realizada por distintos especialistas: cirujano de guerra, hueseros, obstetras, oftalmólogos y dentistas. La investigación medica estaba promovida por investigadores de tiempo completo dedicados a experimentar con plantas y animales en el zoológico y en el laboratorio de herbolaria mas grande en Latinoamérica. Por lo que la Medicina Azteca aspiraba a ser integral; contemplaba los aspectos preventivos curativo, las labores asistenciales y la investigación. (18)

Y es durante la década de los sesentas, que frente a la realidad sanitaria, aparecen fuertes criticas a la política de dedicar la mayor parte de la inversión para la salud, a la construcción de hospitales, su equipamiento y reequipamiento, ya que esta política seguía sin solucionar los grandes problemas de Salud. La solución de muchos de los grandes problemas dependían de medidas ecológicas, de la medicina preventiva y de la educación sanitaria.

Algunos entendieron que una de las soluciones para los problemas de Salud, era la formación de Médicos de primer contacto, médicos que hicieran un tipo de medicina personalizada, continua e integral, de tal manera que pudieran aplicar todos sus conocimientos y habilidades en la medicina preventiva, curativa y de rehabilitación, es por ello que a

mediados de los sesentas se inicia un movimiento mundial con la creación de la residencia de medicina familiar, primero en los Estados Unidos y después en Canadá.

En el año de 1954 se instauro el sistema Médico Familiar en el IMSS, como modelo de atención médica, donde se tuvo la intención de cubrir grupalmente la necesidades de salud de los derechohabientes a través de un sistema que a pesar del nombre atendía por separado a niños y adultos. (16) (22)

Este modelo opero por mas de 20 años y poco se pudo lograr para incidir en Salud Familiar.

Con el diseño y puesta en marcha del modelo de atención a la Salud, que en su segunda fase se refiere el otorgamiento de la atención médica integral, se establece la plataforma y el camino para que todos los elementos del subsistema de atención médica se adecuan para realizar las actividades que les corresponden con calidad, eficiencia y efectividad. (23) (38)

Se conoce que en varios países Europeos como Bulgaria, Dinamarca, Francia, Alemania, Italia, Rusia, Suiza y el Reino Unido, los médicos vinculados con la atención primaria de salud dedican la mayor parte de su tiempo a la labor asistencial.

Si bien no se puede hablar actualmente en Cuba de abundancia de recursos, puede afirmarse que el nivel de formación de sus médicos es comparable con el de muchas naciones desarrolladas. Mundialmente se reconocen los logros de la Medicina Cubana en muchos renglones importantes, entre los cuales se incluye el programa Médico de la Familia como formula efectiva para el control, prevención y el tratamiento de las enfermedades, y como elemento de notable influencia en el perfeccionamiento del sistema nacional de salud. (24)

El éxito hacia la nueva era consistía en aprovechar el pasado innovar el presente y anticipar el futuro, y es, en este contexto donde la medicina familiar se ubica como una de las opciones más sólidas y viables en el proceso de transformación. (38)

Y con el compromiso social que caracteriza a la medicina familiar hay que enfrentar los retos que representan los cambios demográficos y epidemiológicos, los cuales se encuentran en un proceso critico, de transición, por diversos factores como la disminución de la fecundidad, el estrechamiento de la pirámide poblacional en su base y prolongación en su cúspide, el perfil epidemiológico que transita en forma prolongada y se polariza en los países en desarrollo a diferencia de las industrializadas, la determinación de plétoras urbanas causadas por la migración del campo a las ciudades medias y grandes, fenómeno que se ha generado en diversos países del mundo desarrollado, particularmente en aquellos en vías de desarrollo que se encuentran inmersos en una intensa corriente caracterizadas por un cuestionamiento de las formas vigentes de los sistemas de salud, con la preocupación de cómo mejorar, organizar y distribuir los limitados recursos a fin de que se apliquen de forma mas equitativa para alcanzar los mas altos niveles de salud. (25) (26) (39) (40).

QUE ES MEDICINA FAMILIAR.

Es la atención médica integral con especial énfasis en la familia como unidad, con una responsabilidad continua del medico en relación con salud, sin limitantes de edad o sexo del paciente, ni del órgano, o sistema afectado por la enfermedad. Esta disciplina académica y especialidad medica comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes: Estudio de la familia, continuidad y acción anticipadora.

El acervo de conocimientos y procedimientos que junta la medicina familiar, prepara al medico familiar para un papel único en la atención del paciente, que incluye el uso de destrezas cognitivas y procedimientos diagnósticos y de tratamiento, constituyéndose en un medico personal que otorga u coordina los recursos para la atención de la salud.

El médico familiar esta educado y entrenado para desarrollar y poner en practica actitudes únicas y actividades que lo califican para la atención continua, mantenimiento integral de la salud y atención médica a todos los miembros de la familia sin importar sexo, edad o tipo de enfermedad, sea biológica, conseptual o social, así como los recursos de la comunidad. (27)

ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Desde hace varios años la estrategia propuesta por la organización mundial de la salud para poder elevar el nivel de salud de la población es la atención primaria a la salud. Aunque la atención primaria a la salud sin duda es la mejor estrategia para garantizar la salud. Es la mejor debido a que es la estrategia mas viable y factible de acuerdo a las condiciones que prevalecen en nuestro país y en la mayoría de los países del mundo. (28) (29)

La A.P.S. por definición intenta satisfacer las necesidades del individuo, la familia y las comunidades, mediante procedimientos social, cultural y económicamente aceptables, no pretende en ningún momento dar marcha atrás en cuanto al uso de los adelantos científicos hasta hoy obtenidos, ya que dentro de la estrategia se comprende la atención por niveles, encontrándose la atención hospitalaria con toda la tecnología disponible para la atención de casos que así lo requieren. (28) (29)

El logro de la estrategia de la A.P.S. implica muchas acciones, dentro de las cuales sobresalen la educación para la salud y la participación comunitaria, siendo esencial la primera para lograr la segunda, pero sin desligarlas.

El médico debe tomar la iniciativa y acudir a la comunidad a su cargo para analizar, planificar e implementar acciones en forma conjunta con la población; cabe destacar que la participación comunitaria es un componente vital y parte muy importante del sector social, porque a partir de cada edad se gesta, fomenta y desarrolla la corresponsabilidad social operativa, que representa la base para el cumplimiento de una de las premisas de la atención primaria de salud, relacionada con la participación social o comunitaria el autocuidado y preservación de la salud. (27) (28) (29)

DEMOGRAFIA EN EL ESTADO DE CHIAPAS

La población del estado de Chiapas en 1997 era de 3'848,716 habitantes, la cual estaba formada por 101,848 menores de un año, 404,066 de 1-4 años, 997,043 de 5-14 años 2'226,237 de 15-64 años y de 65 y mas 119,522 habitantes. Con una tasa de crecimiento del 2.2% (*) y una tasa de natalidad del 30.5 % (*), y una mortalidad del 4.1 % (*), con un promedio de vida de 71.53 años.(30)

CAUSAS DE MORTALIDAD EN CHIAPAS

Las principales causas de muerte en el estado de Chiapas son las diarreas en el 97.1% (*), las infecciones de vías respiratorias altas con una tasa de 84.4% (*). Y dentro de las enfermedades crónicas degenerativas, las del corazón tienen una tasa de mortalidad de 37.8 % (**) y la mortalidad infantil es del 14.5 % (**).

MORBILIDAD EN EL ESTADO DE CHIAPAS

Dentro de las causas de morbilidad, las enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión arterial se encontraron 270 casos nuevos en 31.05 % por mil habitantes y en 8.81 % por mil habitantes con 204 casos nuevos de diabetes mellitus. (30) (31).

MORTALIDAD A NIVEL NACIONAL

Correspondiente al año de 1997 son en orden de frecuencia: infecciones en vías respiratorias, enfermedades del corazón, tumores malignos, diarreas, accidentes, diabetes mellitus, homicidios, siendo las infecciones respiratorias agudas superiores en primer lugar y afectando principalmente a menores de 5 años. (32)

(*) Tasa por cada 100,000 habitantes.

(**) Tasa por cada 1,000 nacidos vivos.

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los factores que condicionan el estado de salud-enfermedad de una población es importante conocerlos para programar las necesidades prioritaria, objetivos y estrategias, para la solución de los problemas de la comunidad, con programa idóneos estructurados donde se conozcan las variables, como: los sistemas institucionales publicas de salud, el desarrollo bio-psico-social, cultural, económico, geográfico y de la etnia de la comunidad.

Todas estas variables deben ser del conocimiento del medico familiar para poder establecer y programar las prioridades para mejorar la salud de su comunidad.

El planteamiento del problema consiste en: ¿como crear programas preventivos, de diagnostico y de tratamiento utilizando la metodología del MOSAMEF?

3.2 JUSTIFICACION

El modelo de atención que se presta en el consultorio No. 1 de la Clínica Hospital "C" de COMITAN, Chiapas en el turno matutino es individualizada, esporádica, con mínimos recursos y sin apoyo especializado, sin tomar en cuenta el aspecto preventivo de la enfermedad, por lo que es necesario que se eleve el nivel de atención Medica Familiar.

El modelo sistemático de atención medica se presenta como proyecto para mejorar la calidad de atención médica en nuestro país, ya implementados en otros países como, Venezuela, Cuba, Gran Bretaña, Costa Rica, Chile, Estados Unidos, etc., y que conociendo las características de los derechohabientes en su núcleo familiar, así como las causas de consulta mas frecuentes, se identificaran las necesidades de salud de la población, para implementar medidas preventivas y promoción de la salud.

El médico familiar desempeña un papel único en la atención del paciente, ya que utiliza las destrezas cognoscitivas y procedimientos, diagnósticos y de tratamiento, constituyéndose en un médico personal que otorga y coordina los recursos para la atención de la salud, en los diversos campos de la medicina, ya que intercede ante todos los asuntos relacionados con la salud, incluyendo el uso adecuado de los consultantes así como de los recursos de la comunidad.

Por lo que prevenir el daño, mantener la salud, limitar las lesiones y recuperar las incapacidades de la enfermedad son las que debe realizarse en la población derechohabiente, utilizando los conocimientos, recursos tecnológicos y la experiencia de tratar enfermedades.

3.3 OBJETIVOS

GENERAL

Implementar a través del MOSAMEF programas de tipo preventivo, de manejo y de tratamiento en el consultorio No. 1 del turno matutino de la clínica "C" del I.S.S.S.T.E de COMITAN de Domínguez, Chiapas.

ESPECIFICOS

- 1.- Identificar las características bio-psico-sociales, así como las causas de morbi-mortalidad mas frecuentes de la población de los derechohabientes adscritas la consultorio No. 1 del turno matutino de la clínica Hospital "C" del ISSSTE de Comitán de Domínguez, Chiapas.
- 2.- Identificar los grupos etareos por edad y sexo que conforman la pirámide poblacional.
- 3.- Identificar los grupos de riesgo como son:
 - Población infantil menor de 5 años.
 - Población en riesgo reproductivo.
 - Población anciana.

4.- Identificar a través del diagnóstico.

- En que etapa del ciclo vital familiar se encuentra.
- Su composición familiar.
- Su desarrollo.
- Su tipología.
- Su integración.

4.- METODOLOGIA.

4.1 Tipo de estudio.

- Observacional.
- Descriptivo.
- Retrospectivo.
- Transversal.

Fundamentado en el censo poblacional, estudio de la comunidad y la identificación de las causas de la consulta.

4.2 Población, lugar y tiempo de estudio.

Población derechohabiente adscrita al consultorio No. 1 del turno matutino de la clínica hospital "C" del ISSSTE de la ciudad de Comitán de Domínguez, Chiapas, realizado del 1º. De julio de 1997 al 30 de junio de 1998.

4.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra.

Se incluyeron en el estudio a todas las familias que acudieron a la clínica a solicitar el servicio de la consulta externa del consultorio durante el periodo de estudio.

4.4 Criterio de inclusión, exclusión y de eliminación.

INCLUSION:

Usuarios adscritos al consultorio No. 1 del turno matutino, con expediente clínico y aceptaron participar.

EXCLUSION:

Población no usuaria al consultorio No. 1 del turno matutino.

ELIMINACION:

Pacientes con datos incompletos en la encuesta y en los expedientes.

4.5 INFORMACION A RECOLECTAR: (VARIABLES DE MEDICION)

La recolección de datos del censo poblacional se llevo a cabo a través de los expedientes clínicos de todos los individuos de las familias adscritas al consultorio 1 de la clínica, para ello, las variables fueron de tipo cuantitativas, identificándose una escala de intervalo las cualitativas y una nominal para las cuantitativas, según sea el caso.

Se consideran las variables de:

Numero total de individuos.

Numero total de individuos del sexo masculino.

Numero total de individuos del sexo femenino.

Numero de individuos del sexo masculino y femenino por grupos etareos.

Los grupos etareos se establecen en una amplitud de clase de 5 años.

Para el estudio de la comunidad, las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal y son las siguientes:

Estado civil.

Años de unión conyugal.

Escolaridad del padre y de la madre.

Edad del padre.

Edad de la madre.

Numero de hijos hasta 10 años de edad.

Numero de hijos de 11 a 19 años de edad.

Numero de hijos de 20 años a mas de edad.

Método de planificación familiar (DIU, H. inyectable u oral, OTB, vasectomía).

Ocupación de los padres (Profesionista, empleado o del hogar).

Ingreso económico: De un salario mínimo.

De uno o dos salarios mínimos.

De tres o mas salarios mínimos.

Tipo de familia: (Moderna o tradicional).

Etapas del ciclo vital de la familia: (Expansión, dispersión, independencia y retiro).

Integración familiar: (Integrada, semiintegrada y desintegrada).

Para conocer las causas de consulta se consideran variables cualitativas en escala nominal, a las 10 primeras causas de consulta por grupos de edad y sexo. Información obtenida en las hojas del informe diario de las actividades médicas.

4.6 PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACION.

➤ Censo poblacional:

Se realizo al revisar los expedientes clínicos de las familias en estudio, y se clasifican en núcleos familiares y grupos etareos en amplitud de cada 5 años para obtener la pirámide poblacional, utilizando la técnica de paloteo.

➤ Estudio de la comunidad. (Estudio sistemático familiar).

Se realizó con la aplicación de las cédulas recolectoras de datos a cada usuario del sector 1 (consultorio No. 1), con técnica de paloteo, se tabula en cada rubro contenido en la cédula, para exponer los resultados, se elaboran cuadros y gráficas, con números absolutos, porcentajes y promedios según sea el caso.

➤ Causas de consulta:

Se realiza al revisar la hoja diaria del médico, durante un año, es decir del 1º. De julio de 1997 al 30 de junio de 1998, clasificando los motivos de consulta según el diagnóstico de acuerdo al grupo de edad y sexo, utilizando la técnica de paloteo.

Se presenta la información de las gráficas correspondientes por motivos de consulta, con asistencia de primera vez o subsecuente y de acuerdo al sexo. Se presentan mediante números absolutos y porcentajes.

4.7 CONSIDERACIONES ETICAS.

No se considera riesgo para la salud el presente trabajo.

5.- RESULTADOS.

5.1 Descripción de los resultados.

En este estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal de un modelo sistemático de atención médica familiar, se llevó a cabo en el consultorio No. 1 en el turno matutino de la clínica hospital "C" del ISSSTE, en tres fases:

La fase I se realizó a través del censo de poblacional, contando como fuente de datos el archivo clínico de la institución, siendo los grupos etáreos de 5 años cada uno.

La fase II fue realizar las encuestas a padres de familia adscritas al consultorio No. 1, en muestreo por cuotas estimadas en (N= 100). Del primero de enero al 30 de junio de 1998, en el estudio sistemático familiar.

La fase III consiste en el análisis de las consultas realizadas durante el periodo comprendido del primero de enero al 30 de junio de 1998.

DESCRIPCION DE LA FASE I.

El total de la población del consultorio No. 1 del turno matutino es de 2,498 personas (Tabla 1, Gráfico 1), constando el grupo masculino de 1154 correspondiendo al 46.18% (Gráfico 2) y para el sexo femenino de un total de 1344 correspondiente a 53.82% Dicha población está conformada por 667 núcleos familiares y 258 expedientes con un solo paciente. (Gráfico 3).

El grupo de riesgo en edad fértil es de 682 correspondiendo al 50.74 % de la población total de mujeres, siendo para los grupos de 15-19 años del 13.93, de 20-24 años del 5.87 %, de 25-29 años del 12.02 %, de 30-34 años del 19.21 %, de 35-39 años del 24.93 %, de 40-44 años del 15.69 % y de 45-49 años el 8.35 %. (Gráfico 4).

La población menor de 4 años de edad en riesgo es de 84 niños del total de la población masculina correspondiente a 7.28 % y de 66 niñas con un total de 1344 mujeres, correspondiendo al 4.91 %. (Gráfico 5).

La población de 70 o mas años de edad corresponde a 92 hombres y 97 mujeres, representado al 7.97 % a los hombres y a las mujeres el 7.22 % del total de cada sexo y 3.67 en hombres y en las mujeres es de 3.93 % del total de la población en estudio. (Gráfico 6).

DESCRIPCION DE LA FASE II.

Descripción de la estructura familiar de (N= 100).

De un total de 925 familias adscritas al consultorio 1 de la clínica hospital "C" del ISSSTE se estudiaron 100 familias.

La etapa familiar en el ciclo vital de las familias en estudio (N=100). Se encuentran en expansión 17%, en fase de dispersión el 70%, independencia el 8% y en retiro el 5% (Gráfico 8).

En su composición la familia nuclear se encuentra en el 80%, extensa en el 10% y a la familia compuesta corresponde el otro 10% (Gráfico 9).

En cuanto a la demografía es urbano en el 92%, semiurbano en el 8% y rural 0% (Gráfico 10).

Por su tipología los padres son profesionistas en un 32%, el 28% es empleado y el 3% son jubilados. De las madres el 24% se dedican al hogar, técnicas el 4% y otros el 9% (Gráfico 11).

En base a su integración familiar el 91% son integradas, semiintegradas 4% y desintegradas 5%.

Descripción de los elementos socioculturales y económicos de (N= 100).

De las familias estudiadas con métodos de planificación familiar tenemos que el 6% planifica con dispositivo intrauterino, hormonal oral 5%, hormonal inyectable en el 3%, métodos del ritmo 4%, preservativos el 4%, vasectomía el 0% y para la obliteración tubaria bilateral es de 51 % y ningún método 27% (Gráfico 12).

La escolaridad de los padres de familia es de estudios básicos en el 41%, media o secundaria de 18%, superior o técnica es de 17%, profesional es de 24% (Gráfico 13).

Los ingresos económicos de la familia esta conformada de la siguiente manera: ninguna de las familias cuestionadas tienen menos de un salario mínimo, únicamente de uno a dos salarios se encontró una familia que viene siendo el 1% y con más de tres salarios mínimos es el 99% (Gráfico 14).

La edad de los padres tienen como media 41 años (Gráfico 15).

Las madres tienen como promedio de edad una media de 38 años (Gráfico 16).

El promedio de años de casados los cónyuges es de 16 años (Gráfico 17).

El número de hijos menores de 10 años de las familias en estudio es el de 40% del total de la población, el porcentaje de hijos de 11-19 años es de 37% y para los hijos mayores de 20 años tienen un 23% de la población encuestada (Gráfico 18).

DESCRIPCION DE LA FASE III.

Identificación de las causas de consulta.

Dentro de las diez principales causas de consulta durante el periodo comprendido del primero de julio de 1997 al 30 de junio de 1998 en orden de frecuencia son las siguientes: en primero lugar tenemos a la hipertensión arterial, en segundo lugar las enfermedades de las vías respiratorias altas, tercer lugar diabetes mellitus, cuarto lugar las parasitosis, quinto lugar la artritis reumatoide, en sexto lugar tenemos a las lumbalgias, en séptimo lugar gastritis, octavo lugar hiperuricemia, las enfermedades micóticas y las infecciones de las vías urinarias en noveno y décimo lugar respectivamente. (Gráfico 19 y tabla 2).

Se mencionan el número de consultas otorgadas a hombres y mujeres, así como el total de consultas por primera vez y subsecuentes (Gráfica 20, 21).

PIRAMIDE POBLACIONAL DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO NUMERO UNO DEL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL 2C2 DEL I.S.S.S.T.E. DE COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS.

TABLA No. 1

HOMBRES	GRUPOS ETAREOS	MUJERES
84	0 A 4	66
136	5 A 9	125
129	10 A 14	152
89	15 A 19	95
20	20 A 24	40
45	25 A 29	82
82	30 A 34	131
138	35 A 39	170
96	40 A 44	107
73	45 A 49	57
54	50 A 54	58
40	55 A 59	51
33	60 A 64	59
43	65 A 69	54
92	70 Y MÁS	97

Fuente: Archivo clínico de la clínica del I.S.S.S.T.E.

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DEL CONSULTORIO No. 1 DEL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL I.S.S.S.T.E. DE COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS.

TABLA No. 2

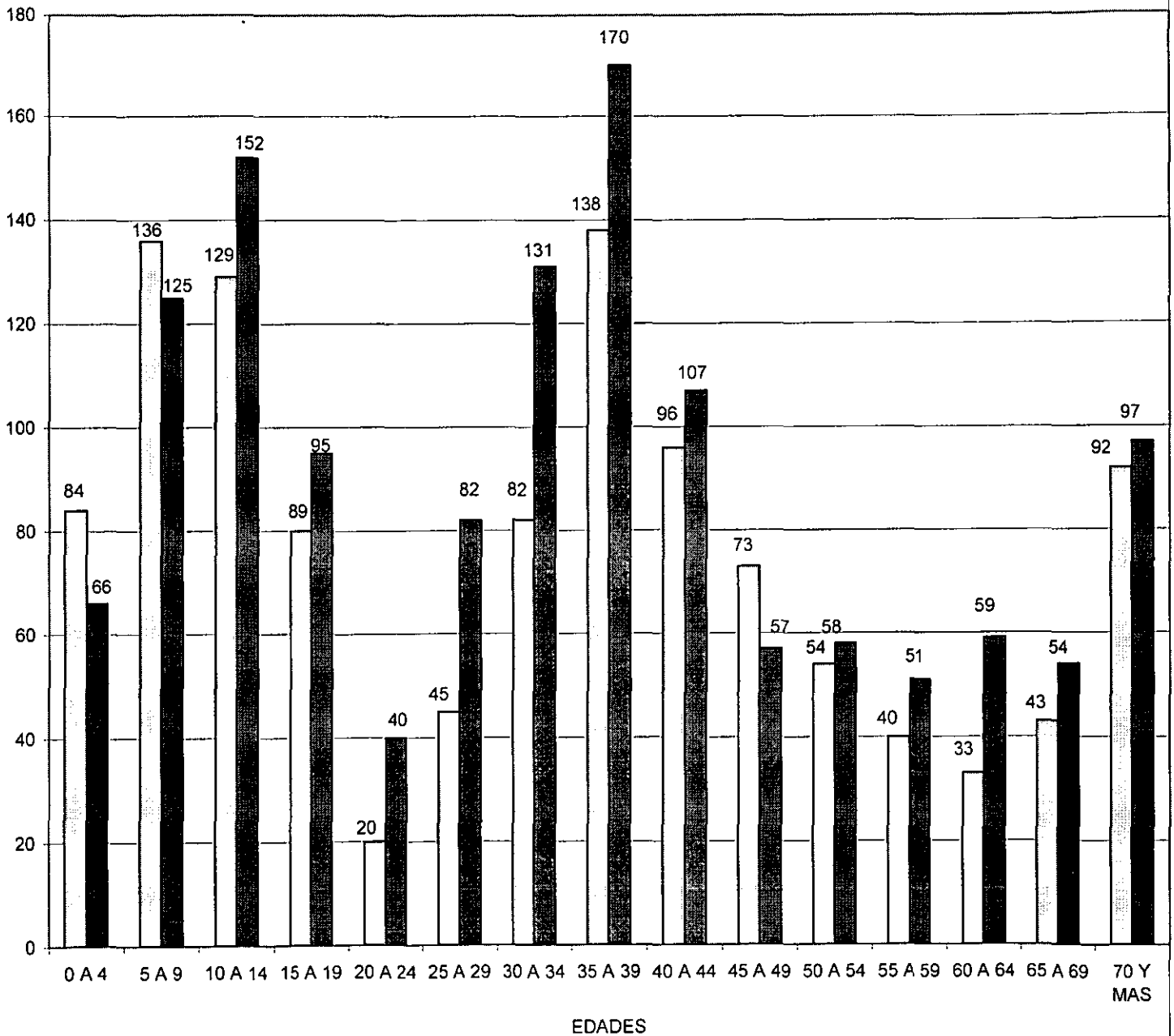
No. PROGRESIVO	DIAGNOSTICO	No. DE PACIENTES
1.-	Hipertensión arterial	53
2.-	Infecciones en vías respiratorias	50
3.-	Diabetes mellitus	34
4.-	Parásitosis	24
5.-	Artritis reumatoide	23
6.-	Lumbalgia	18
7.-	Gastritis	16
8.-	Hiperuricemia	10
9.-	Micosis	9
10.-	Infección en vías urinarias	8

Fuente: Archivo clínico de la clínica del I.S.S.S.T.E.

PIRAMIDE POBLACION DEL CONSULTORIO No. 1 DEL TURNO MATUTINO
DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL I.S.S.T.E. DE COMITAN DE COMINGUEZ CHIAPAS

GRAFICA No. 1

□ HOMBRES ■ MUJERES

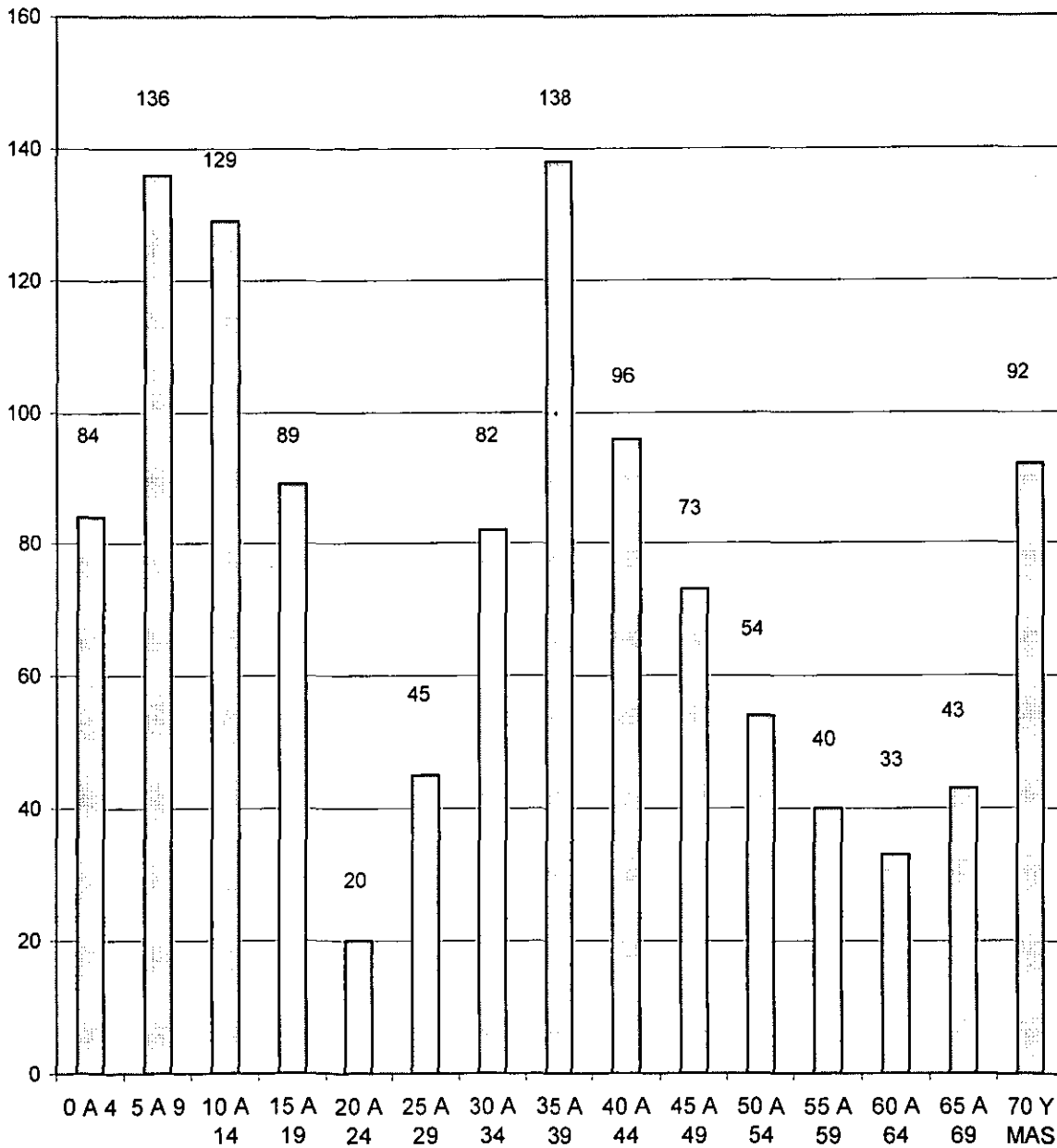


TOTAL DE DERECHOHABIENTES HOMBRES Y MUJERES: 2498 FUENTE ARCHIVO CLINICO DE LA CLINICA DEL I.S.S.T.E.

POBLACION TOTAL MASCULINA DEL CONSULTORIO No. 1 DEL TURNO
MATUTINO
DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL I.S.S.T.E. DE COMITAN DE DOMINGUEZ
CHIAPAS.

GRAFICA No. 2

□ HOMBRES

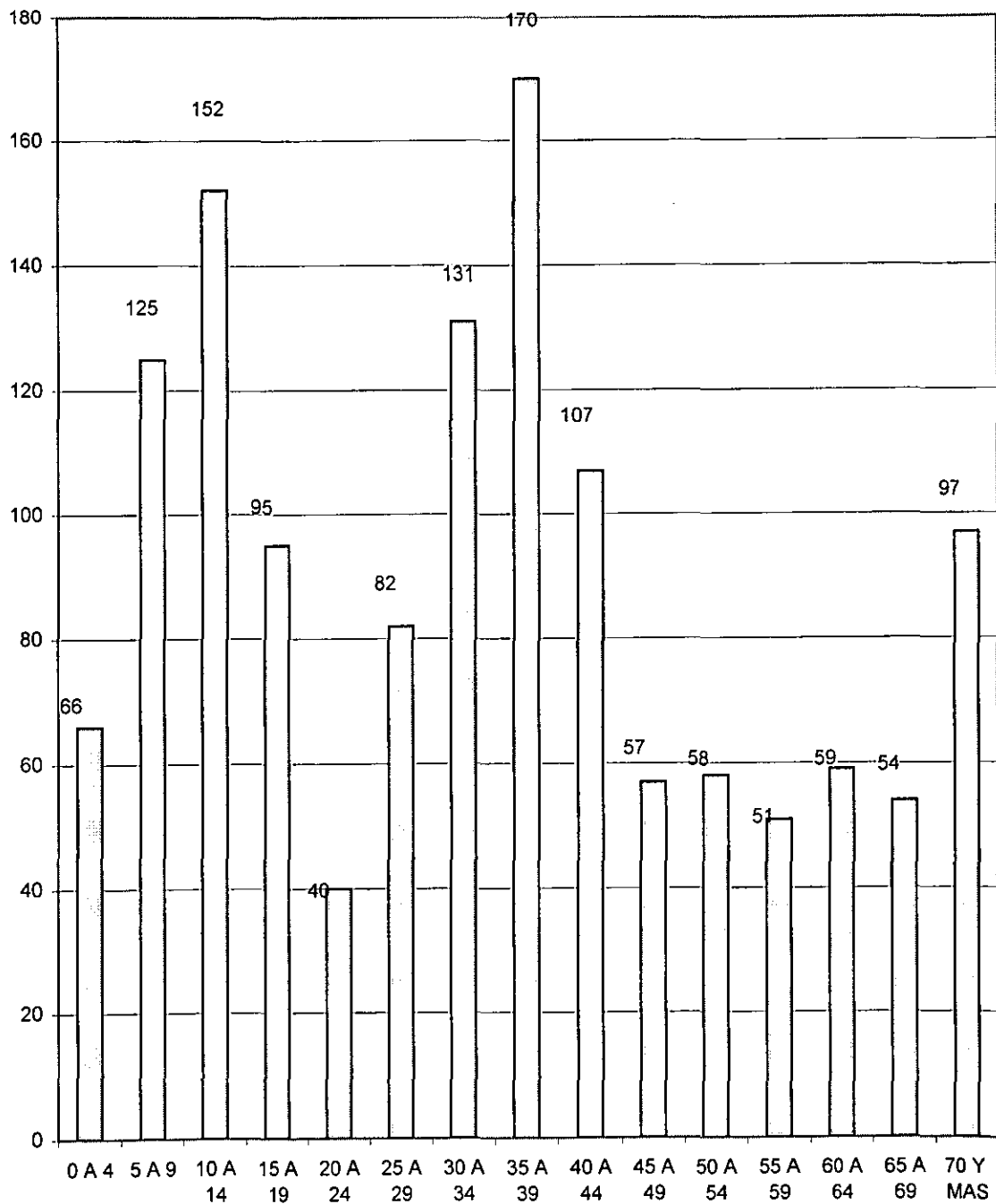


TOTAL DE HOMBRES: 1,154 FUENTE DE ARCHIVO CLINICO
DE LA CLINICA DEL I.S.S.T.E.

POBLACION TOTAL FEMENINA POR GRUPOS ETAREOS DEL CONSULTORIO No. 1 DEL
 TURNO MATUTINO
 DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL I.S.S.T.E. DE COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS.

GRAFICA No. 3

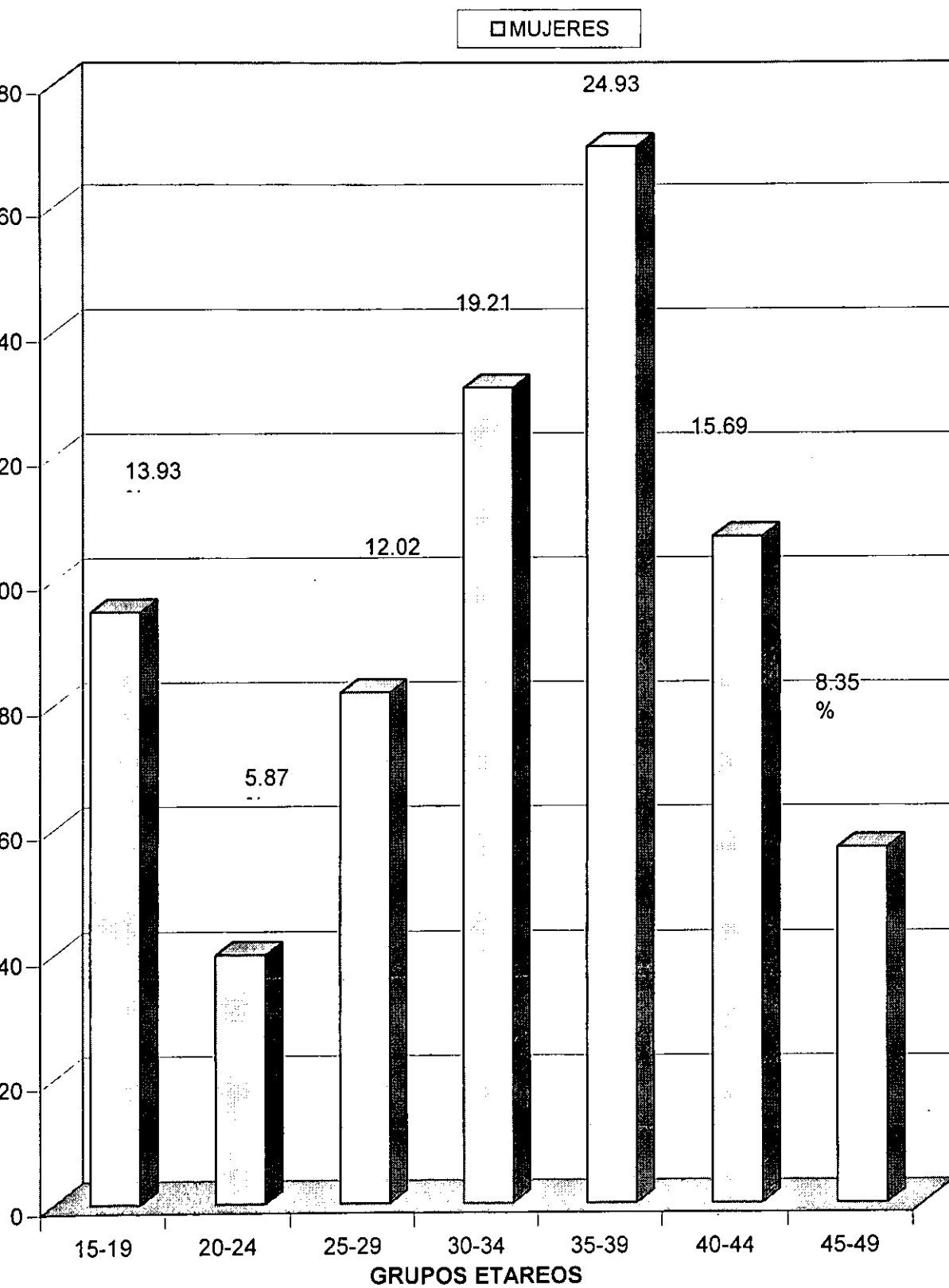
□ mujeres



TOTAL DE MUJERES : 1344 FUENTE ARCHIVO CLINICO DE LA CLINICA DEL I.S.S.T.E.

POBLACIONAL TOTAL DE MUJERES EN RIESGO REPRODUCTIVO DEL CONSULTORIO
No. 1 DEL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL I.S.S.S.T.E DE
COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS,

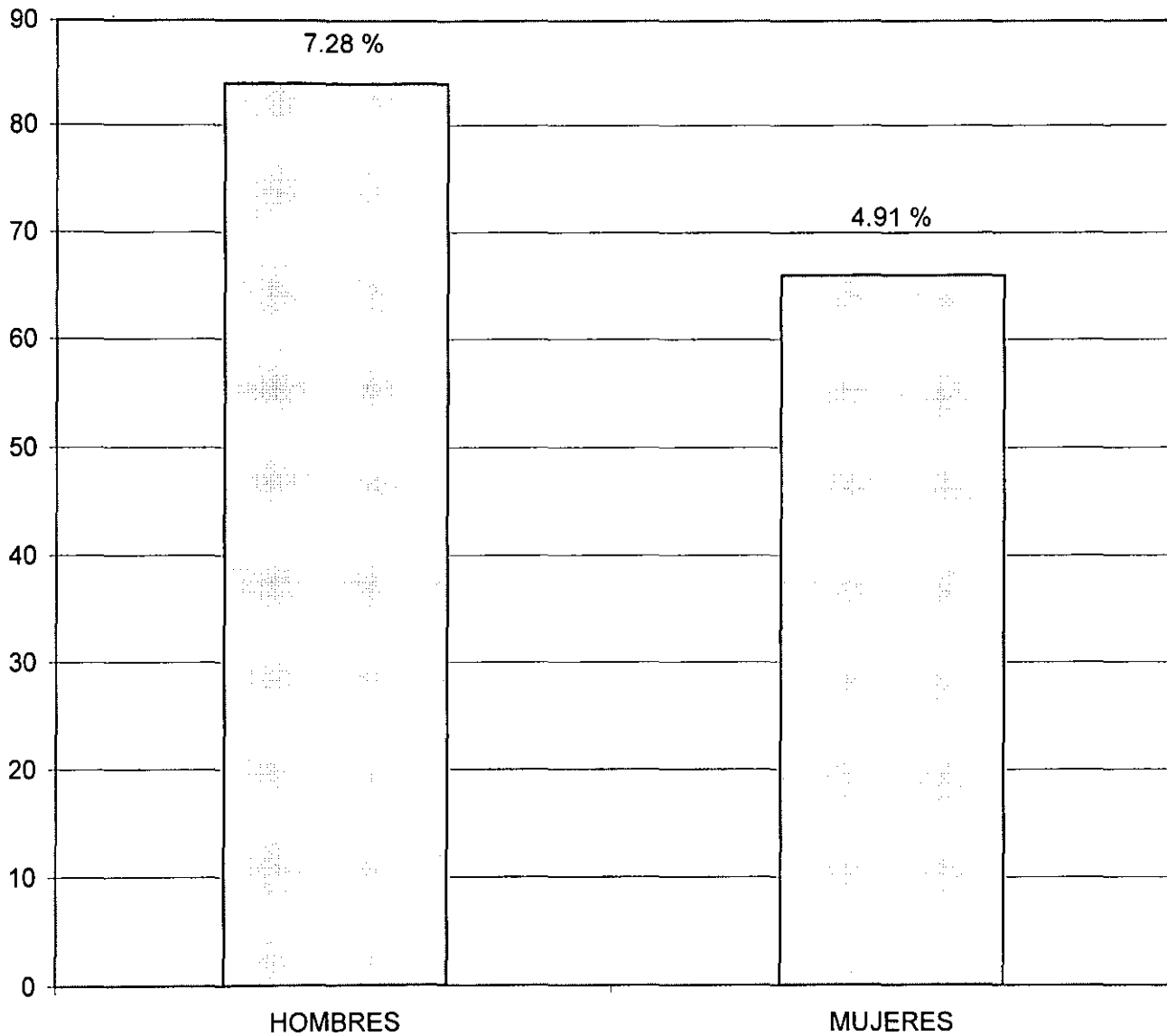
GRAFICA No. 4



NUMERO ABSOLUTO Y PORCENTAJES: FUENTE PIRAMIDE POBLACIONAL

POBLACION DE RIESGO INFANTIL (NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS) DEL CONSULTORIO
No. 1 DEL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL I.S.S.S.T.E. DE
COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS.

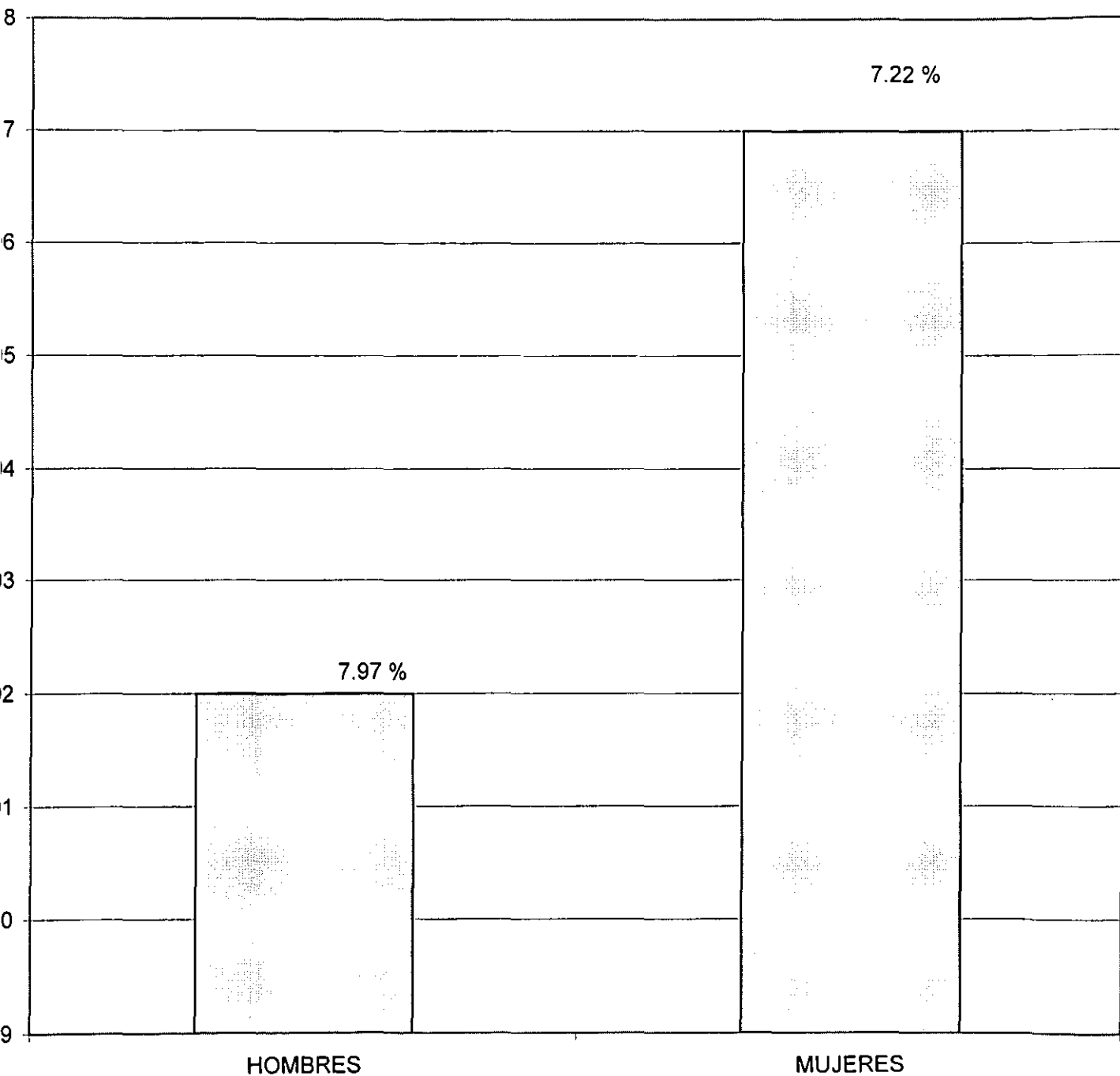
GRAFICA No. 5



NUMERO ABSOLUTO Y PORCENTAJES: FUENTE PIRAMIDE POBLACIONAL

POBLACION ANCIANA MAYOR DE 70 AÑOS QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO No.
 DEL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL I.S.S.S.T.E. DE COMITAN DE
 DOMINGUEZ CHIAPAS.

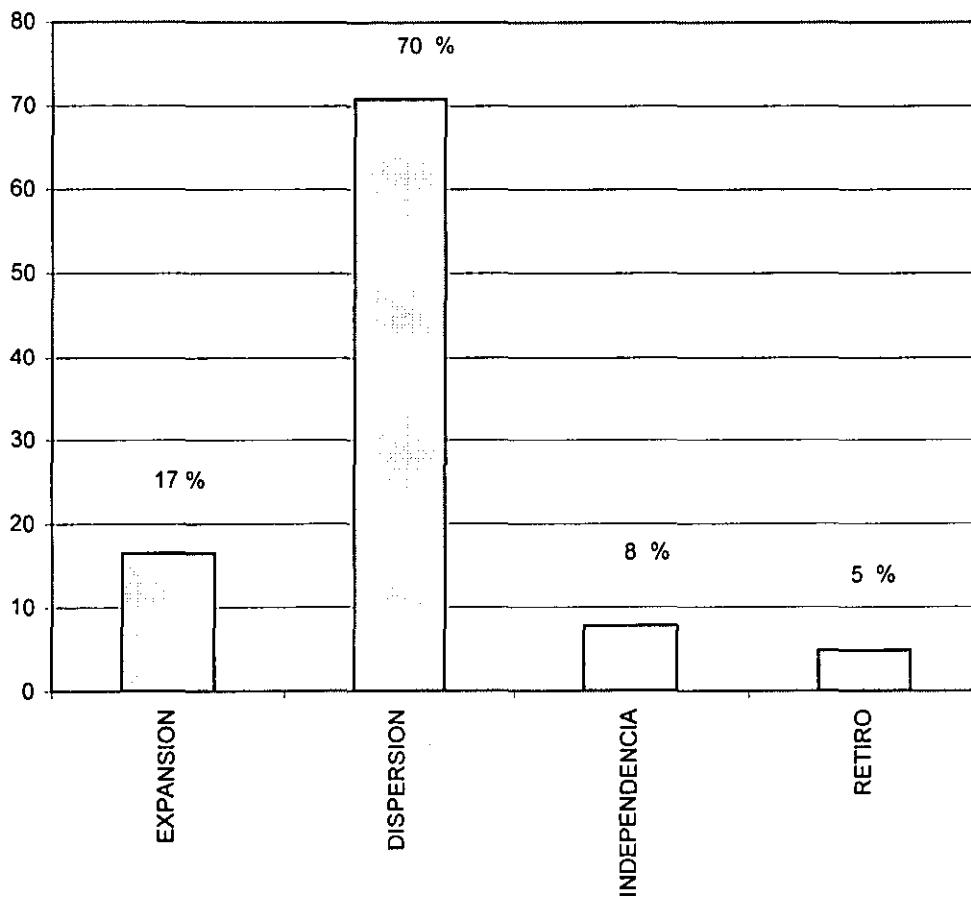
GRAFICA No. 6



NUMERO ABSOLUTO Y PORCENTAJES: FUENTE PIRAMIDE POBLACIONAL

CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO No. 1 DEL TURNO
MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL I.S.S.T.E. DE COMITAN DE
DOMINGUEZ CHIAPAS.

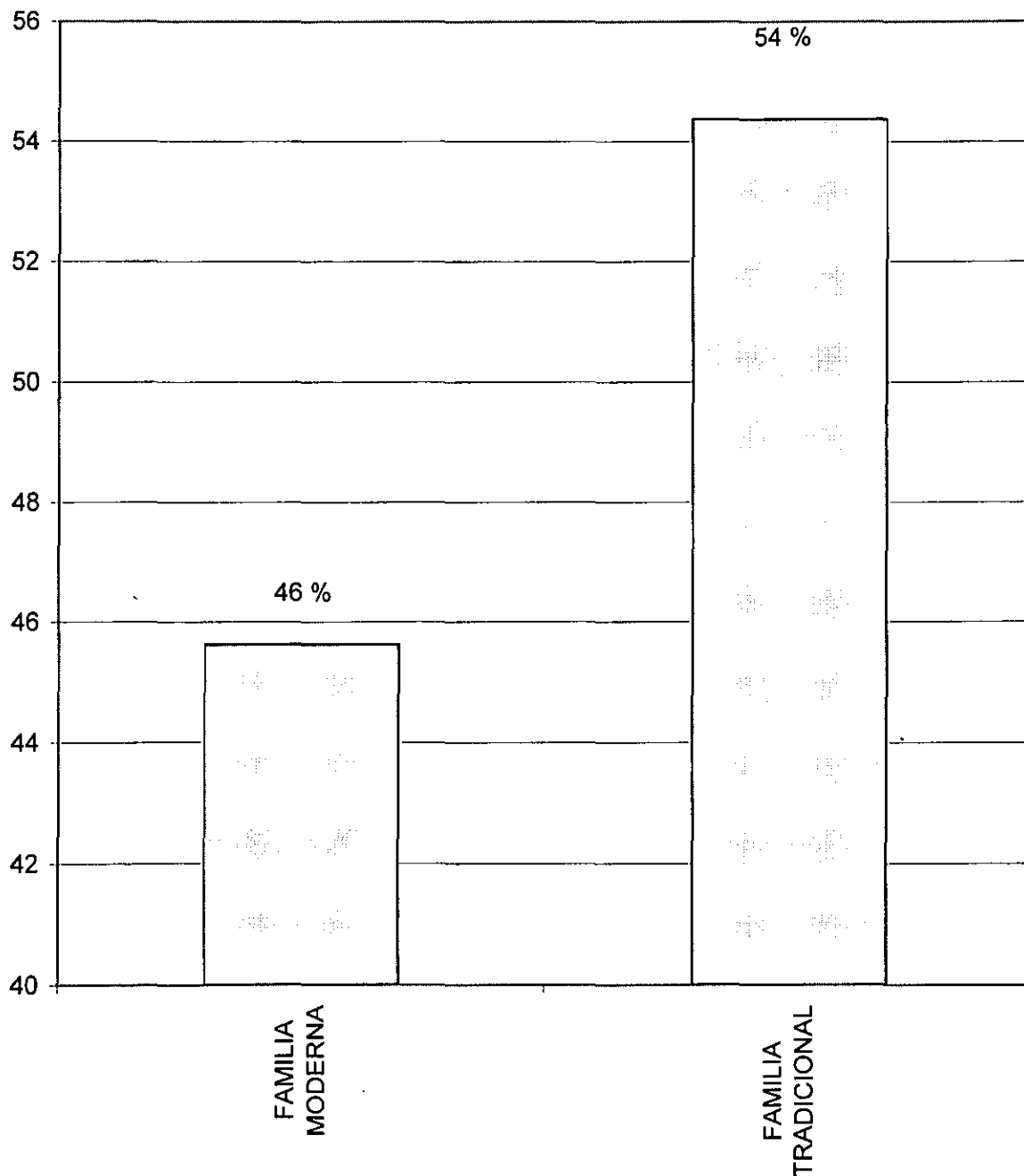
GRAFICA No. 7



NUMERO ABSOLUTO Y PORCENTAJES: FUENTE DIAGNOSTICO FAMILIAR

LA FAMILIA EN BASE A SU DESARROLLO DEL CONSULTORIO No. 1
 DEL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL
 I.S.S.S.T.E. DE COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS.

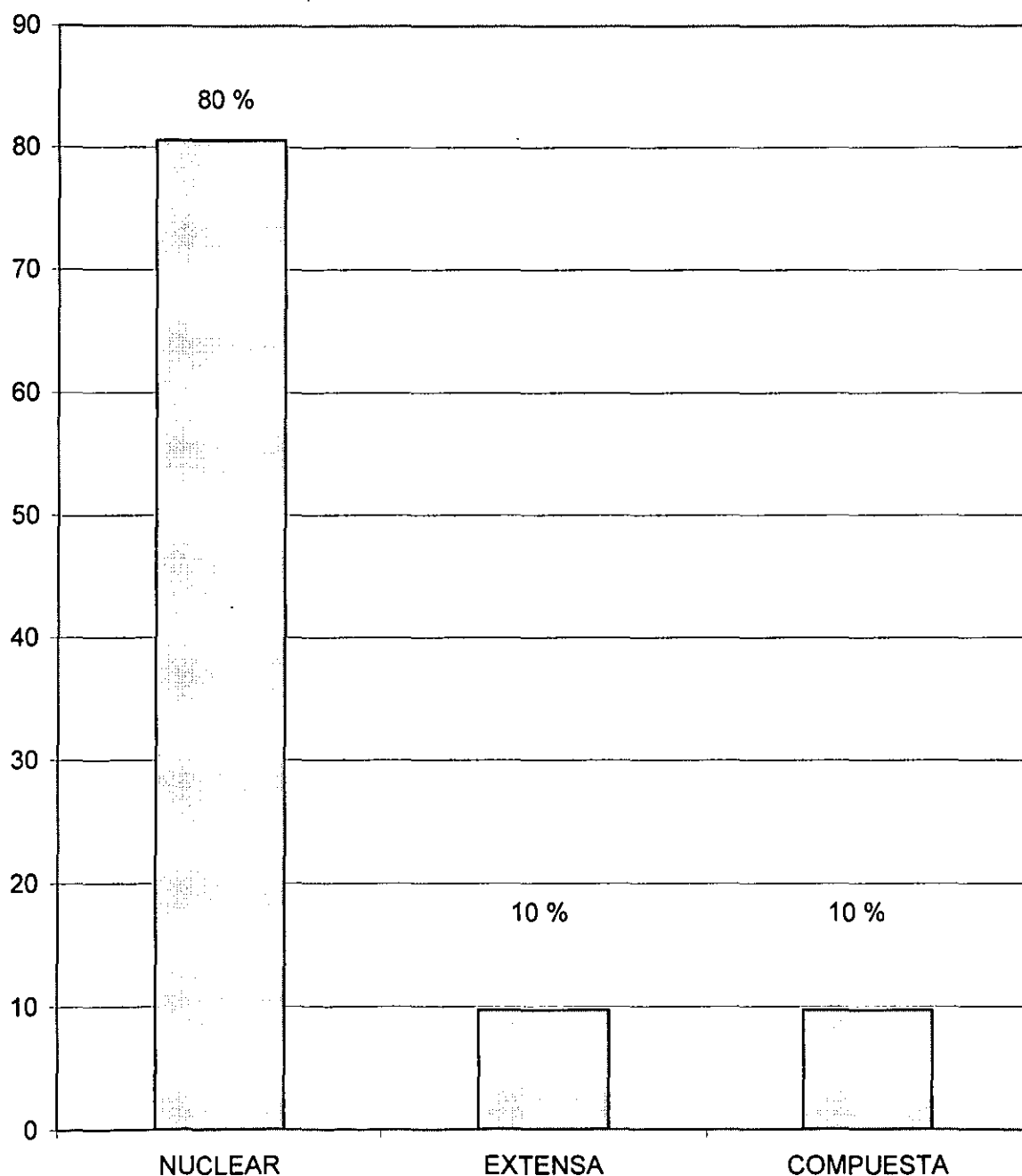
GRAFICA No. 8



NUMERO ABSOLUTO Y PORCENTAJES: FUENTE DIAGNOSTICO FAMILIAR

COMPOSICION DE LAS FAMILIAR DEL CONSULTORIO No. 1 DEL
TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL I.S.S.S.T.E.
DE COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS.

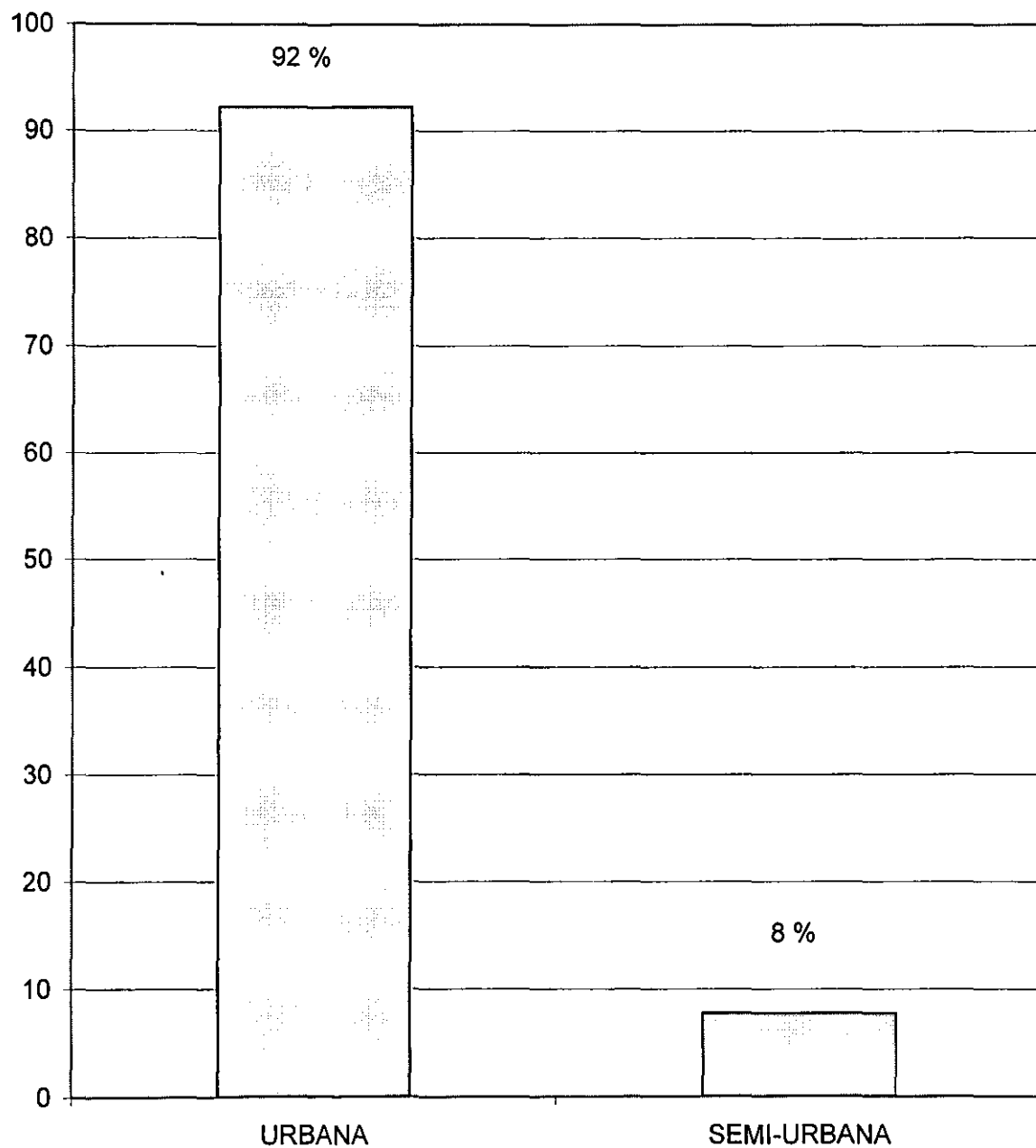
GRAFICA No. 9



NUMERO ABSOLUTO Y PORCENTAJES: FUENTE DIAGNOSTICO FAMILIAR

DEMOGRAFIA DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No. 1 TURNO
MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL I.S.S.S.T.E. DE
COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS.

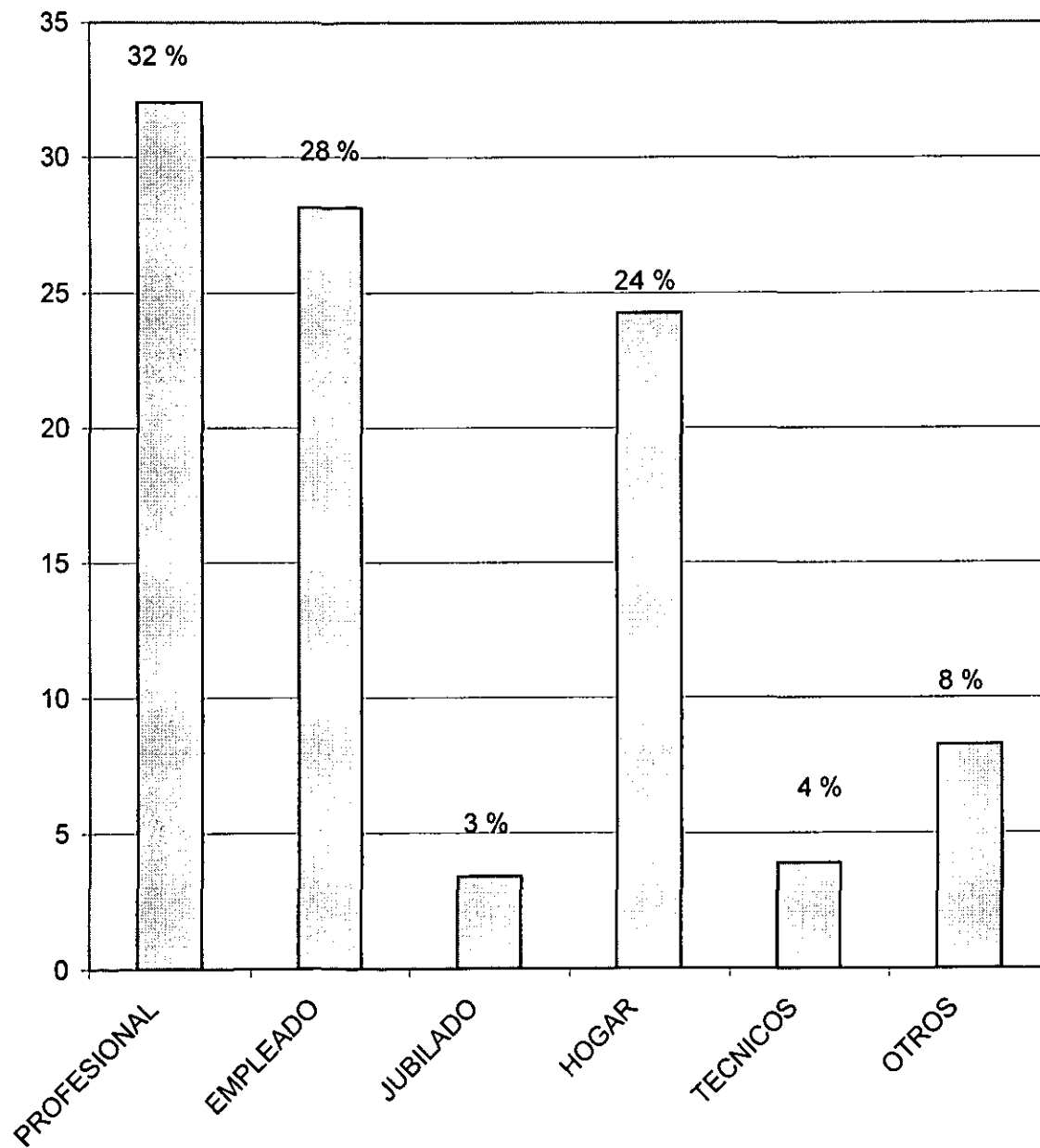
GRAFICA No. 10



FUENTE DIAGNOSTICO FAMILIAR NUMEROS Y PORCENTAJES DE (n=100)

TIPOLOGIA DE LAS FAMILIAR DEL CONSULTORIO No. 1 DEL TURNO
MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL I.S.S.S.T.E. DE
COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS.

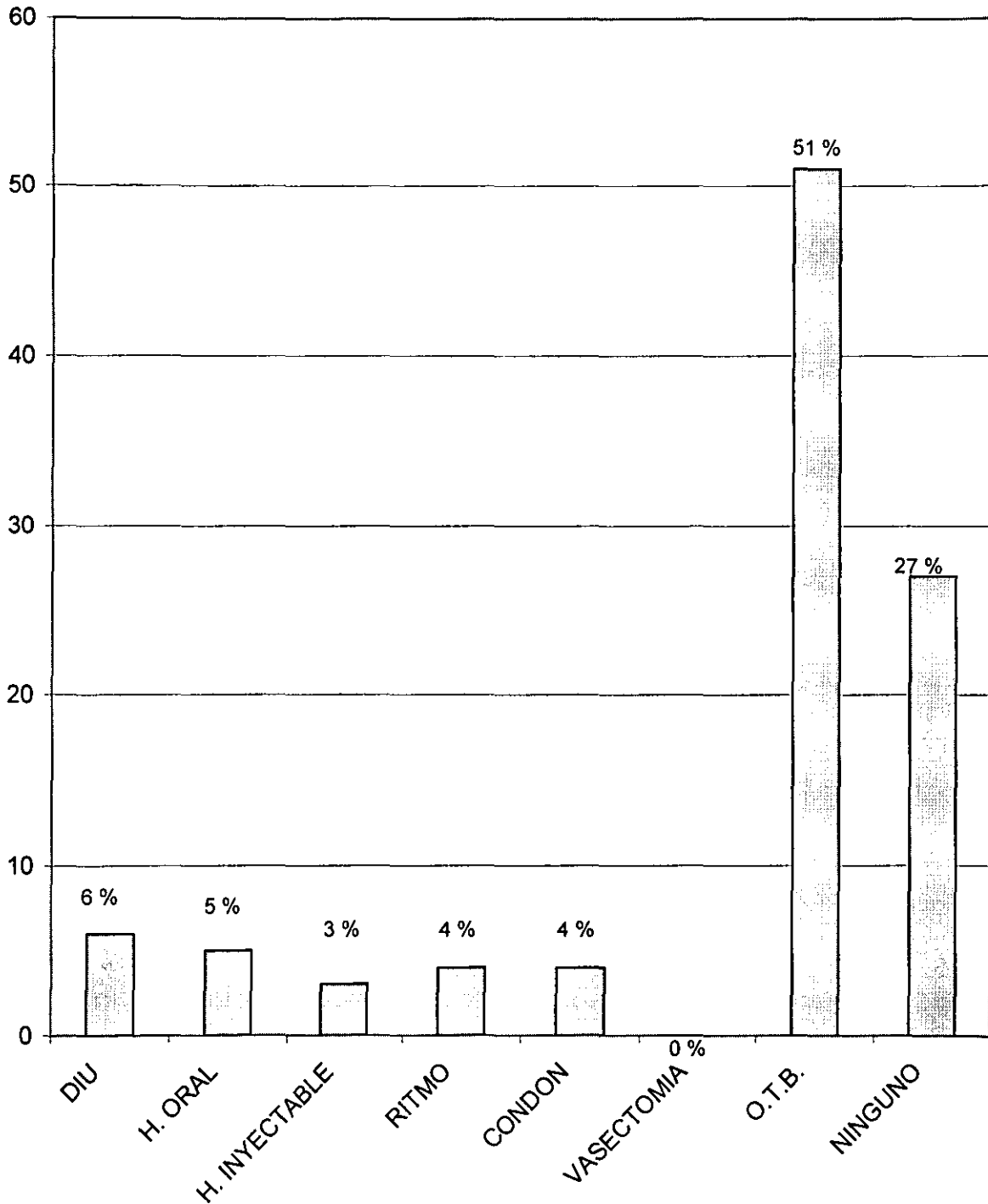
GRAFICA No. 11



FUENTE: DIAGNOSTICO FAMILIAR NUMEROS ABSOLUTOS Y POCENTAJES DE
(n=100)

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS FAMILIAS DEL
CONSULTORIO No. 1 DEL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "C"
DEL I.S.S.T.E. DE COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS.

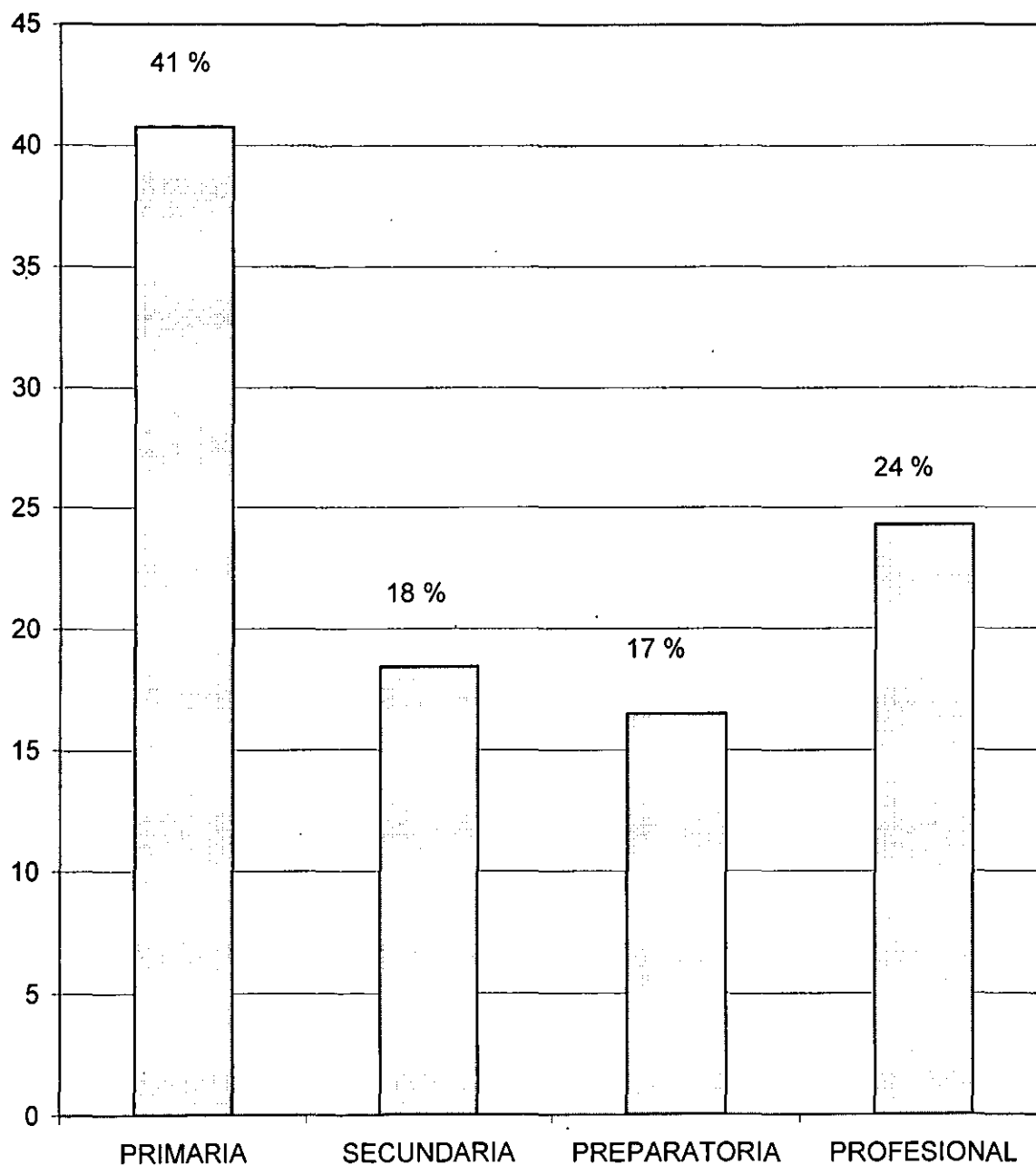
GRAFICA No. 12



FUENTE: DIAGNOSTICO FAMILIAR NUMEROS ABSOLUTOS Y PORCENTAJES DE (N=100)

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIAS DEL CONSULTORIO
No. 1 DEL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL
I.S.S.T.E. DE COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS.

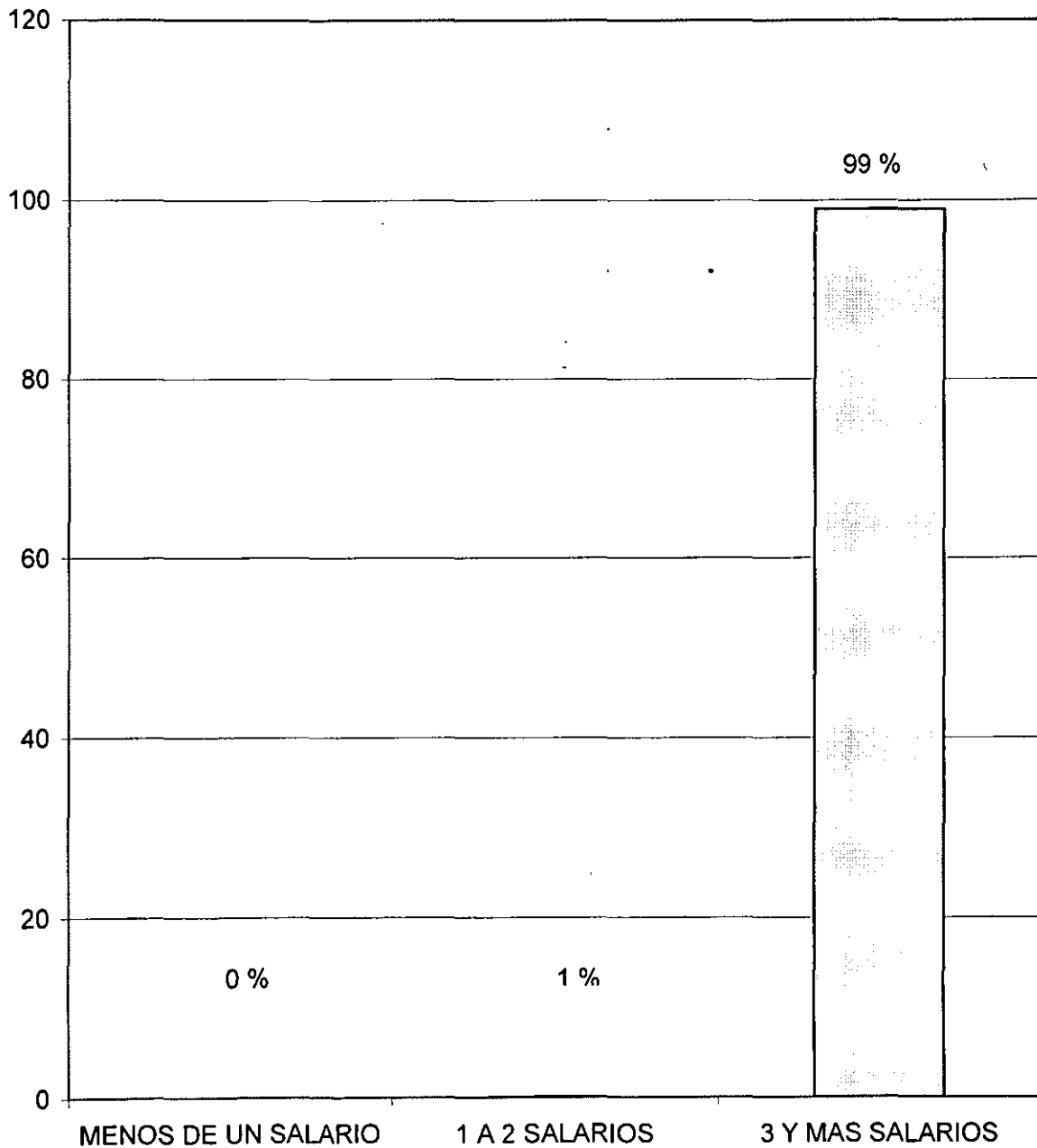
GRAFICA No. 13



FUENTE DE DIAGNOSTICO FAMILIAR NUMEROS ABSOLUTOS Y PORCENTAJES DE
(n=100)

ESTRUCTURA SOCIOECONOMICA DE LAS FAMILIAR DEL
CONSULTORIO No. 1 DEL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA
HOSPITAL "C" DEL I.S.S.S.T.E. DE COMITAN DE DOMINGUEZ
CHIAPAS.

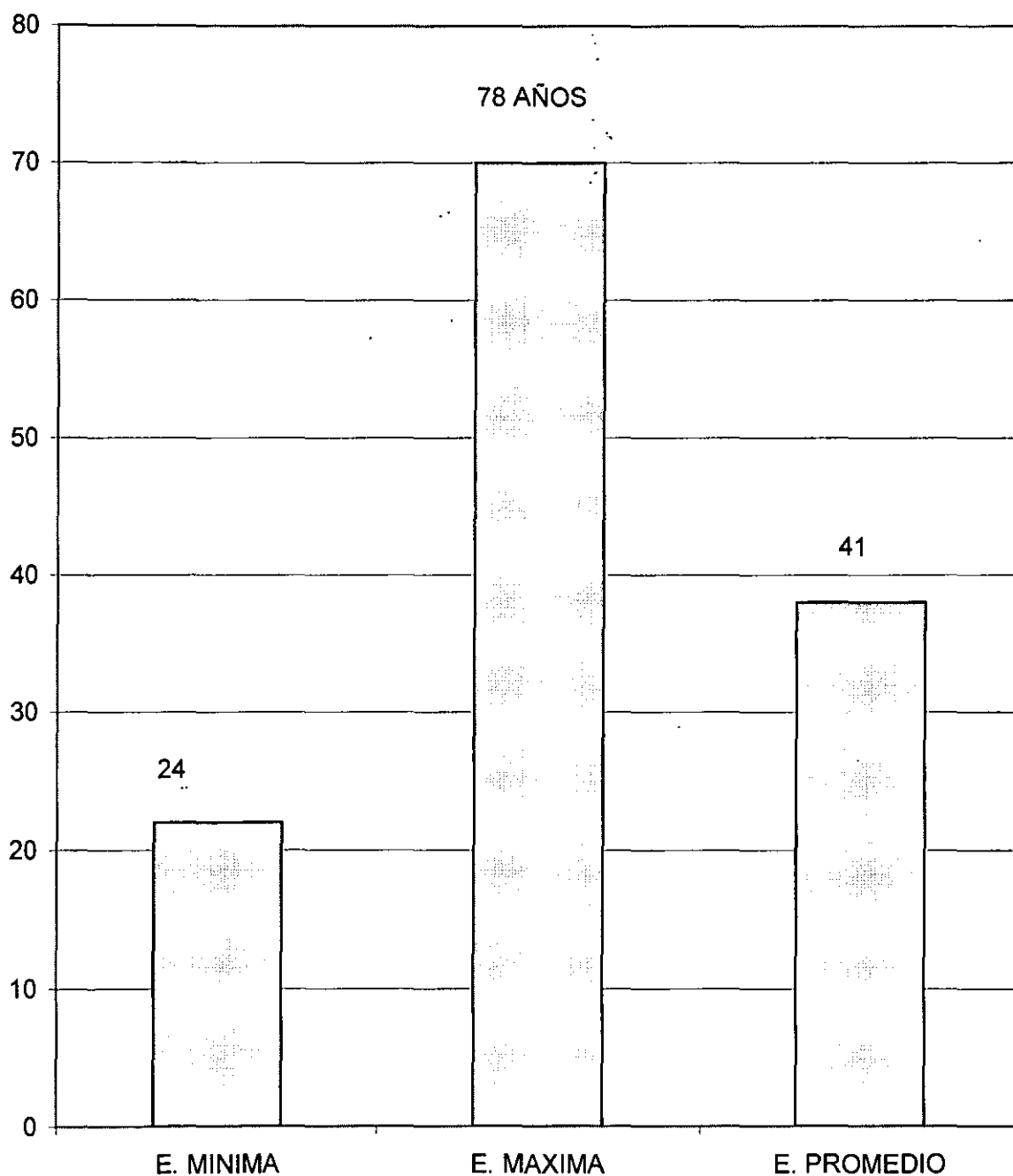
GRAFICA No. 14



FUENTE: DIAGNOSTICO FAMILIAR EDAD MEDIA DE (n=100)

EDAD PROMEDIO DE LOS PADRES DEL CONSULTORIO No. 1 DEL
TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL I.S.S.S.T.E.
DE COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS.

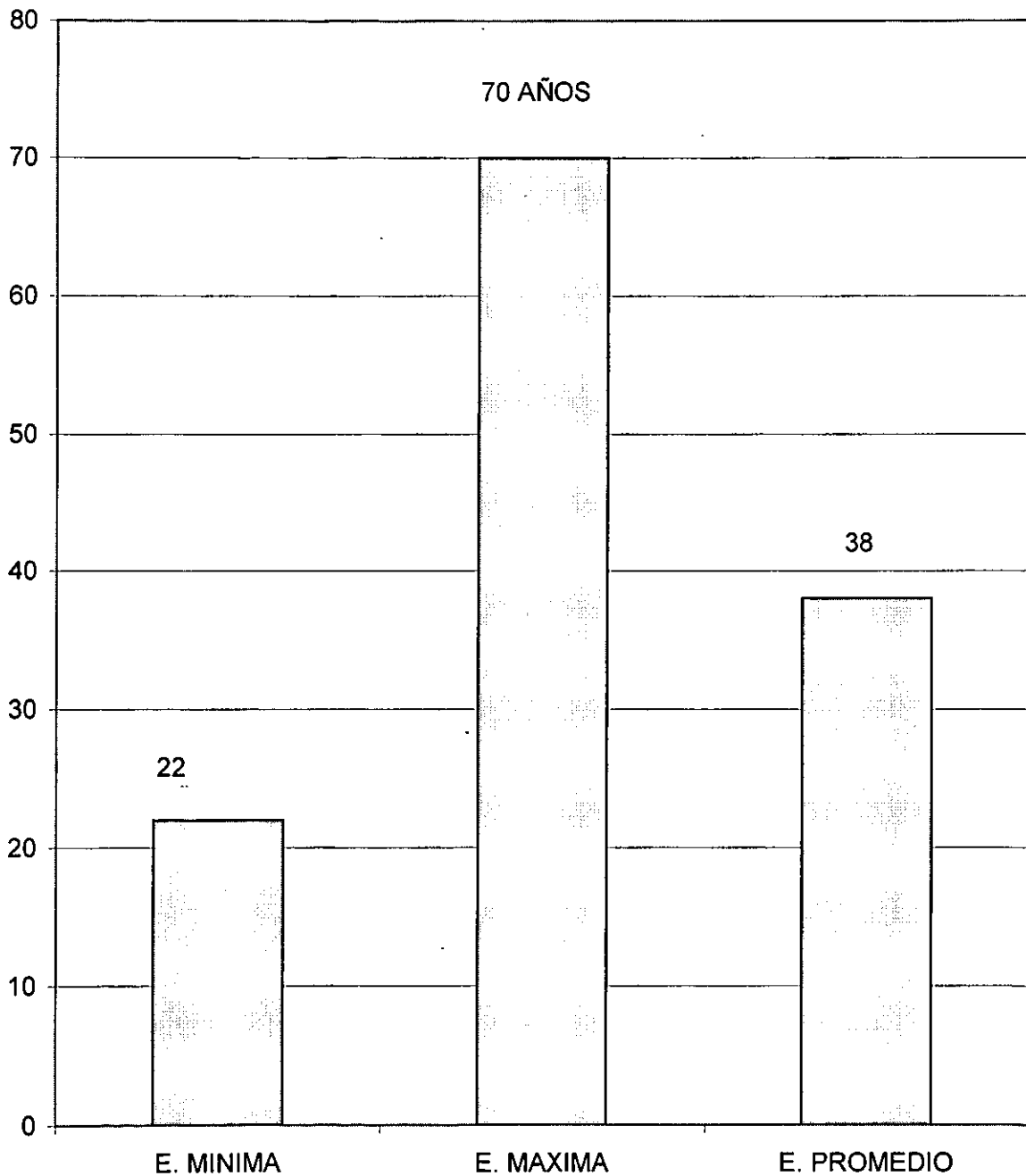
GRAFICA No. 15



FUENTE: DIAGNOSTICO FAMILIAR. EDAD MEDIA DE (n=100)

EDAD PROMEDIO DE LAS MADRES DEL CONSULTORIO No. 1 DEL
TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL I.S.S.S.T.E.
DE COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS.

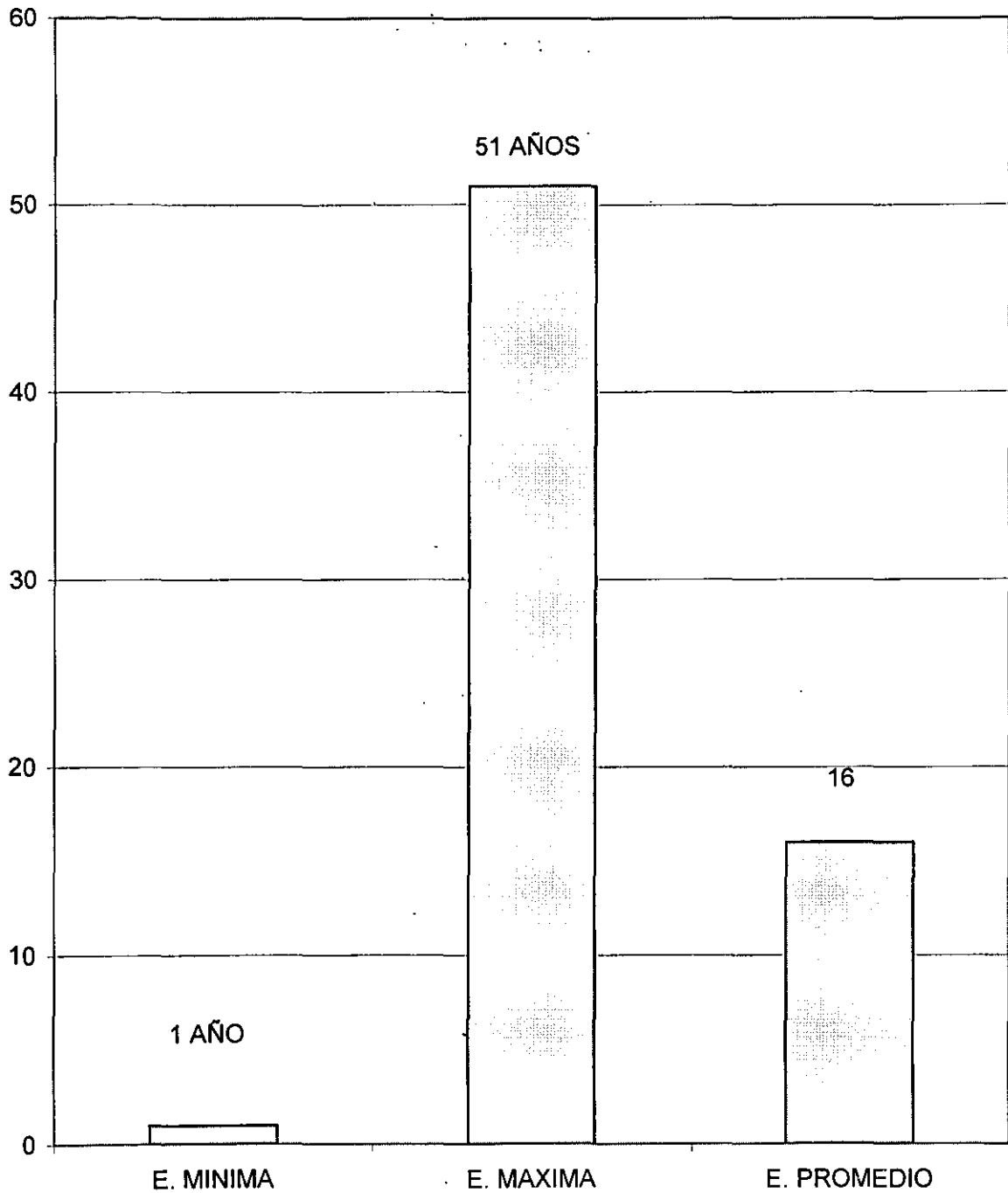
GRAFICA No. 16



FUENTE: DIAGNOSTICO FAMILIAR. EDAD MEDIA DE (n=100)

AÑOS DE CASADO DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No. 1 DEL
TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL I.S.S.S.T.E. DE
COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS.

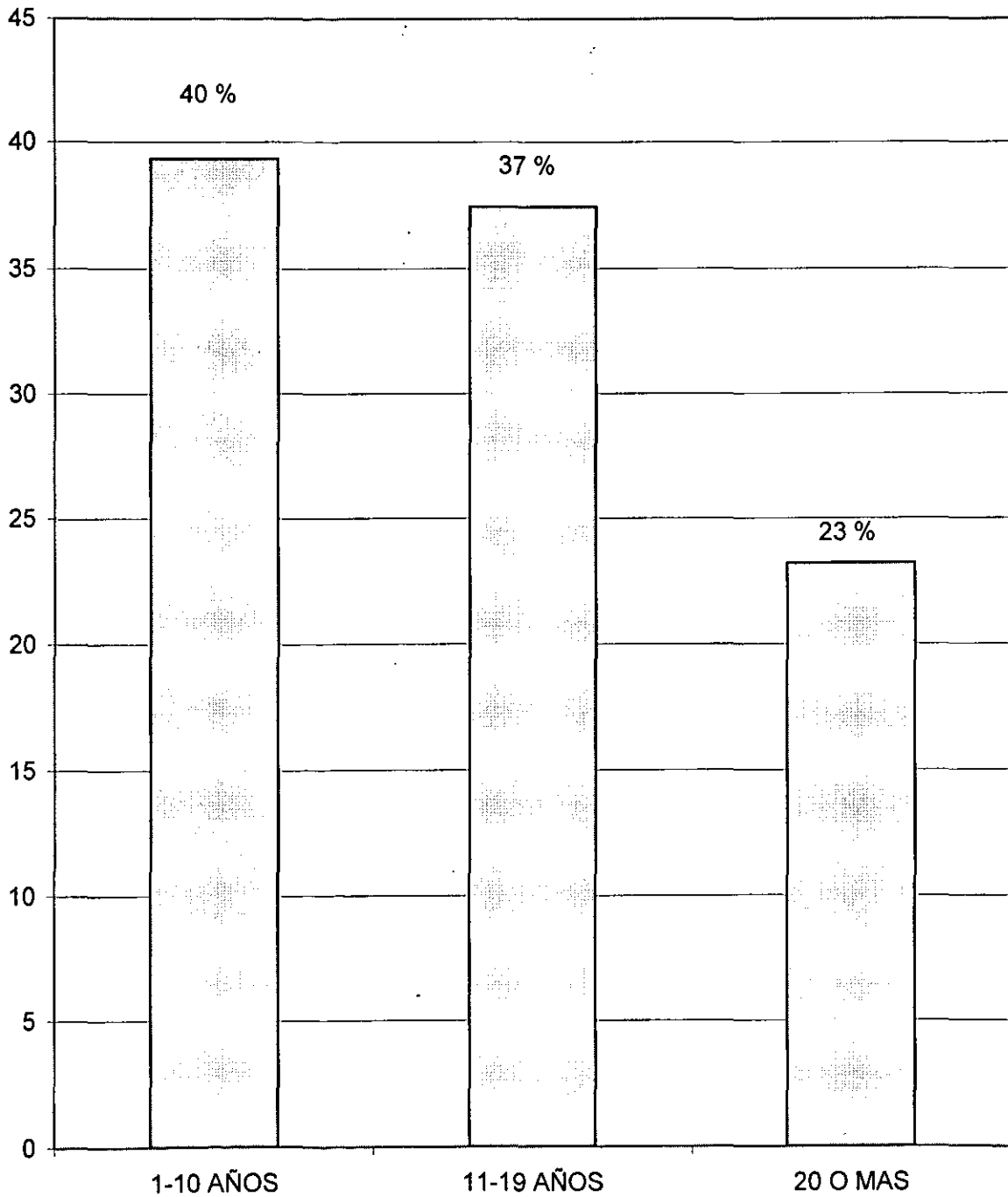
GRAFICA No. 17



FUENTE: DIAGNOSTICO FAMILIAR EDAD MEDIA DE (n=100)

EDAD DE LOS HIJOS DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No. 1
DEL TURNO MATORINO DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL
I.S.S.T.E. DE COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS.

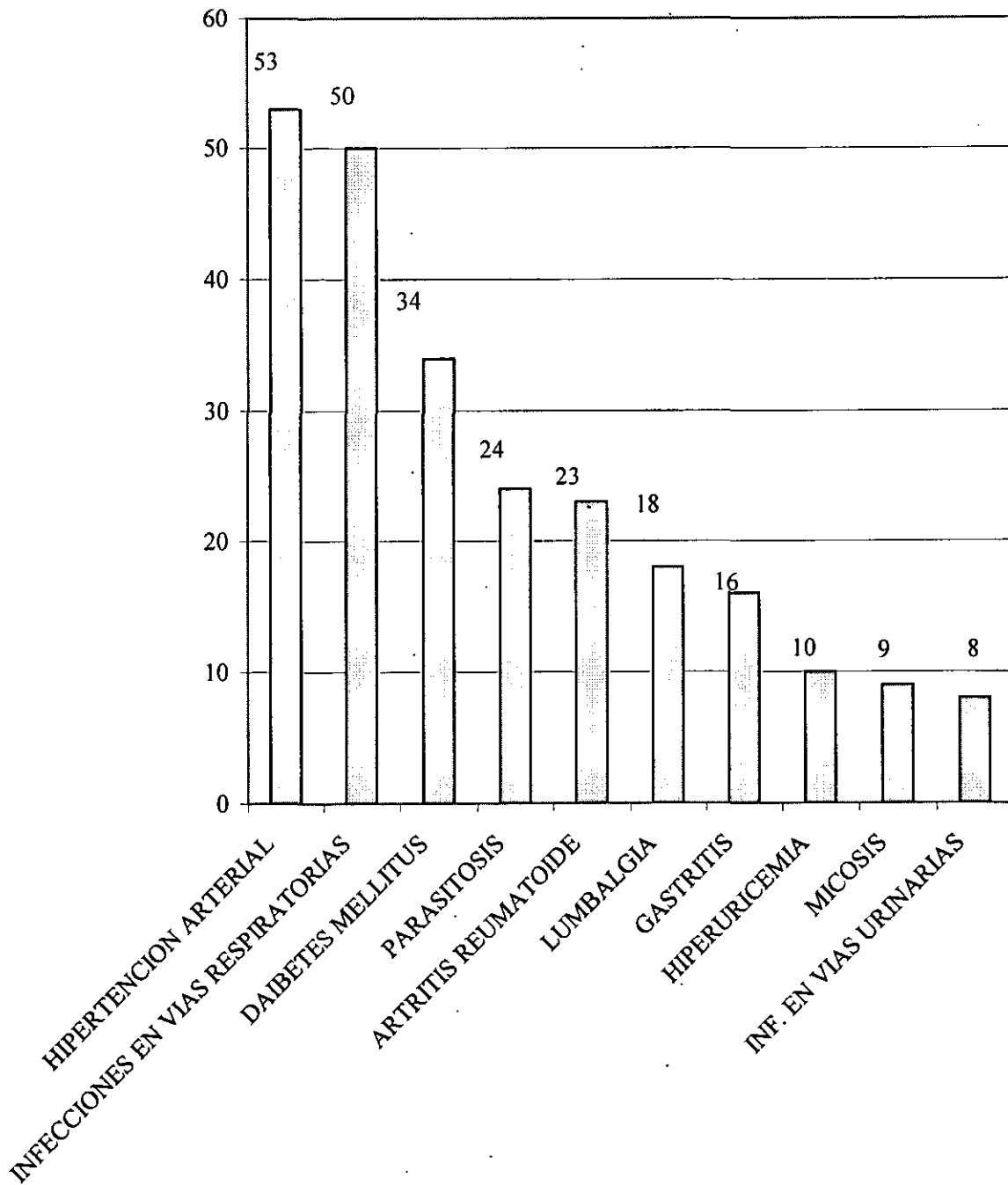
GRAFICA No. 18



NUMERO ABSOLUTO Y PORCENTAJES: FUENTE DIAGNOSTICO FAMILIAR

PRINCIPALES DIEZ CAUSAS DE CONSULTA DEL CONSULTORIO No. 1
DEL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL I.S.S.T.E.
DE COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS.

GRAFICA No. 19

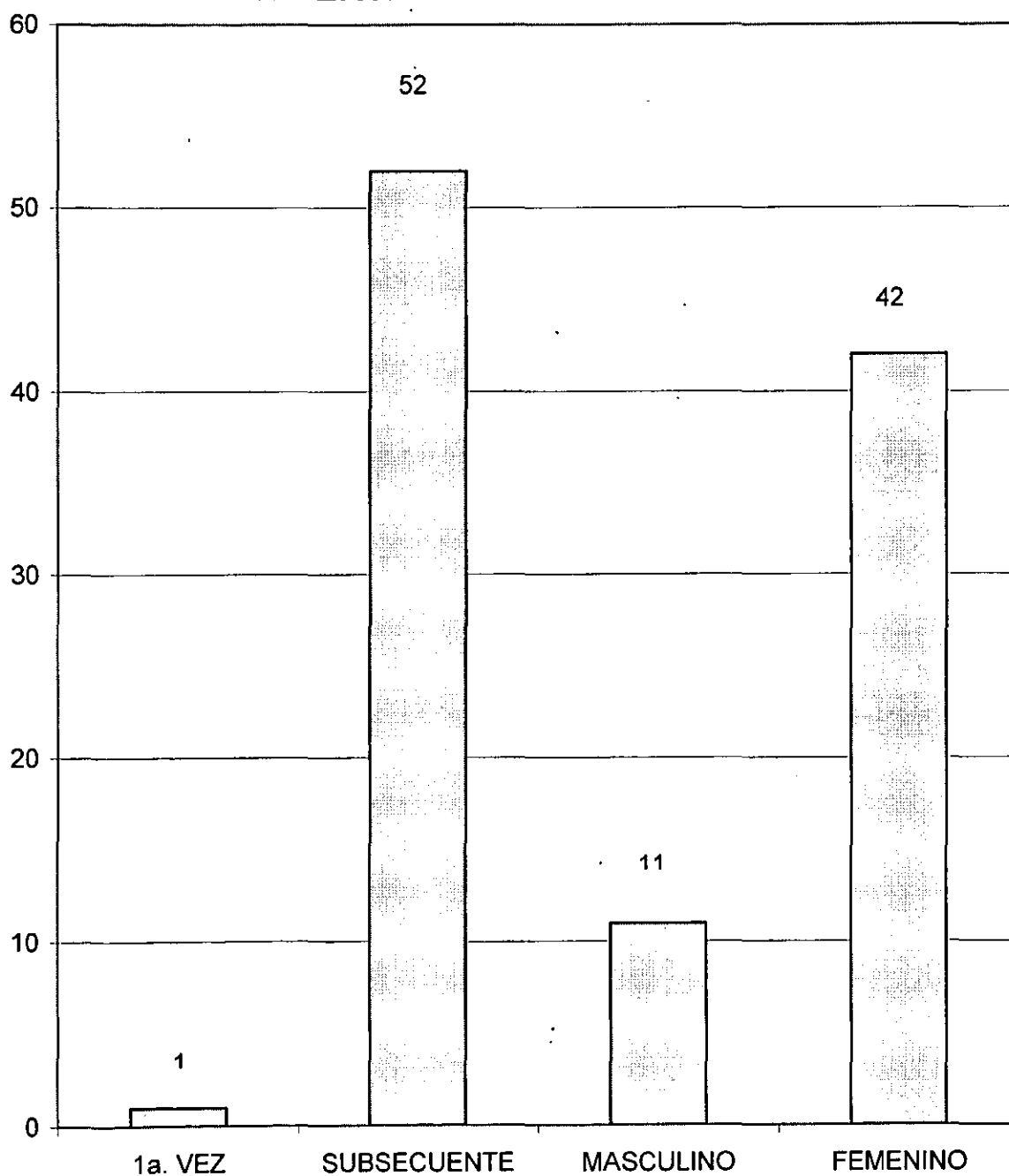


FUENTE: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (SM-10)

ENFERMEDADES CRONICAS DEGENERATIVAS DEL
CONSULTORIO No. 1 DEL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA
HOSPITAL "C" DEL I.S.S.S.T.E. DE COMITAN DE DOMINGUEZ
CHIAPAS.

GRAFICA No. 20

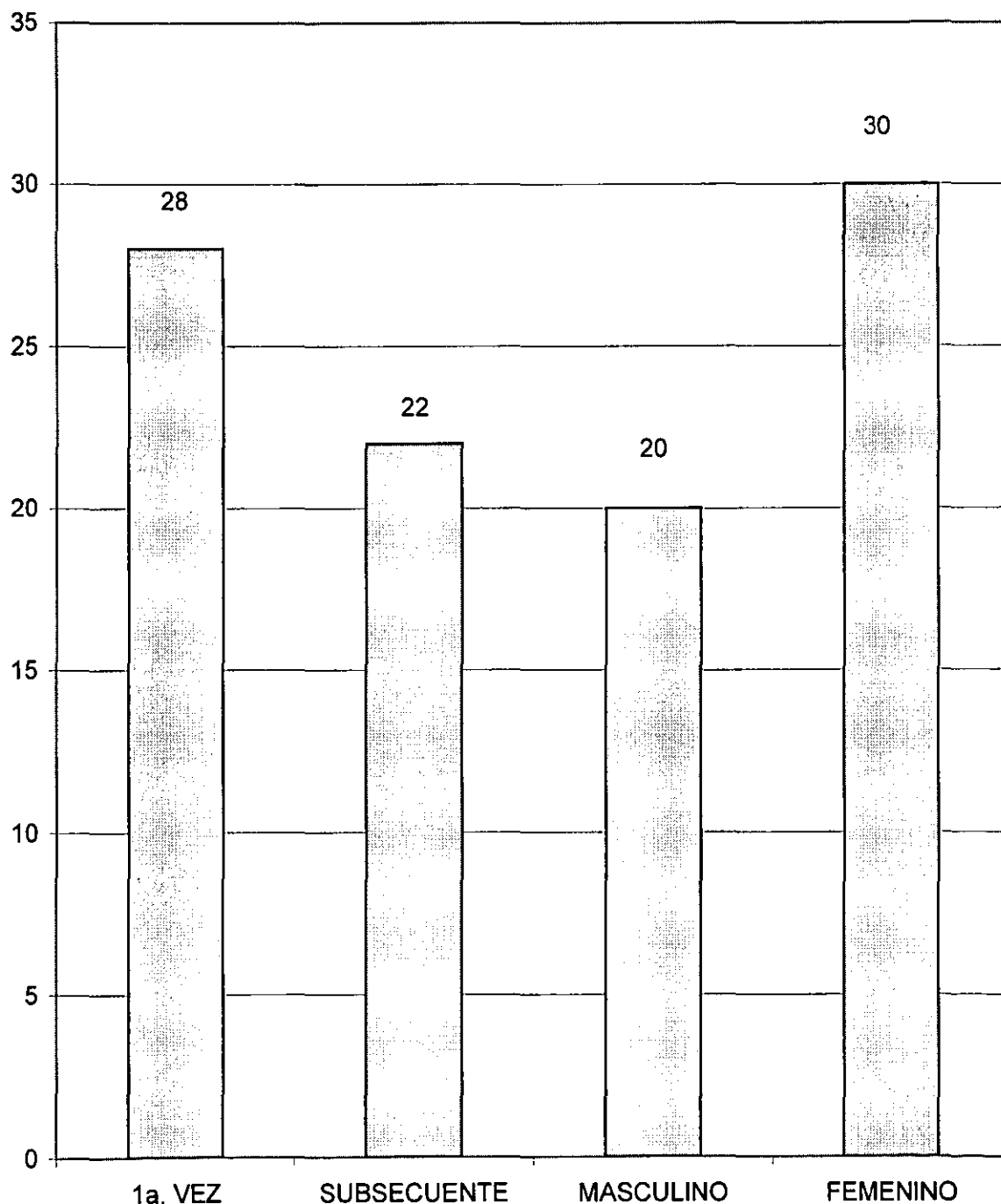
HIPERTENSION ARTERIAL



FUENTE: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (SM-10)

ENFERMEDADES CRONICAS DEGENERATIVAS DEL CONSULTORIO
No. 1 DEL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "C" DEL
I.S.S.T.E. DE COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS.

GRAFICA No. 21



FUENTE: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (SM-10)

6.- Discusión de los resultados.

Este estudio descriptivo de una muestra no probalbilistica, nos da resultados similares a algunos autores (23,18). Es importante hacer notar que se lograron los objetivos planteados al abordar los ejes fundamentales de la medicina familiar. Al logro del conocimiento del desarrollo bio-socio-cultural de las familias en estudio, y en lo económico que no es menos importante que los otros tres, en el consultorio No. 1 del turno matutino de la clínica hospital "C" de COMITAN de Domínguez, Chiapas (24,16,25,26,27).

Se identificaron también los grupos etareos de alto riesgo, como son: la población infantil menor de 5 años, la población de alto riesgo reproductivo y los ancianos mayores de 70 años. Dentro de las enfermedades crónico degenerativas se encontró a la hipertensión arterial y la diabetes mellitus entre las diez primeras causas de mortalidad y así también como la cirrosis hepática; que ocupa el segundo lugar en la jurisdicción sanitaria de COMITAN, Chiapas, ocupando el primer lugar las gastroenteritis, se han encontrado que una de las principales causas es el cáncer de estomago. Otra de las causas de muerte que ocupó el tercer lugar en esta zona del estado, son las muertes perinatales, que tienen mas o menos relación en cuanto a frecuencia a nivel nacional (21,22,23).

7.- CONCLUSIONES.

Este estudio da respuesta al planteamiento del problema, por que se identifican las características económicas, sociales, culturales y biológicas de las familias en estudio, adscritas al consultorio No. 1 de la clínica hospital "C" de COMITAN, de Domínguez, Chiapas. El estudio de la familia nos dio como resultado el conocimiento de la integración familiar, el ciclo vital, el grado de desarrollo y su composición familiar en el área demográfica específica.

Se identificaron las diez principales causas de consulta, lo que me permitió el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los derechohabientes que asistieron al consultorio No. 1 del turno matutino.

Se registraron a los diferentes grupos de riesgo a través de la acción anticipatoria; como son la población de ancianos, mujeres de 12-45 años en edad fértil o riesgo reproductivo, y a los infantes menores de 5 años de edad y detección de las enfermedades crónico-degenerativas donde sobresalen la artritis reumatoide, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Asi como la detección oportuna del cáncer cervicouterino.

En conclusión considero haber logrado los objetivos generales y específicos propuestos al inicio de este trabajo, ya que se elaboraron los grupos familiares por sectores, la pirámide poblacional, la estructura familiar, a través del diagnostico familiar y la clasificación de las principales causas de morbilidad dadas en la consulta durante el periodo de un año de estudio a los derechohabientes asignados al consultorio No. 1 del turno matutino.

Con este estudio se tiene la posibilidad de elaborar estrategias para mejorar el nivel de salud familiar, disminuir los riesgos a la población menor de 5 años, a la mujer en edad fértil y

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

prevenir daños irreversibles, otorgando una atención integrada a los miembros de la comunidad.

8.- Referencias Bibliográficas.

1. Barquin M. Los sistemas de atención medica. En Barquin M. Medicina social 1977, 156-171.
2. Ahuatl A.M Sistema de atención Medica. Directivo Medico 1994; 4. 49-57.
3. Johstone P. Un sistema Nacional de salud basado en atención de primer nivel. Bristish Medical Journal, Latinoamericana. 1996; 4:153-154.
4. Acosta A y Cols. El personal que demanda la situación de salud en el pais. Rev. Med. IMSS 1995; 33:133-136.
5. Ahuatl AM. Tecnologia en Medicina Op. Cit. 43-48.
6. Delgado A. Y López F1. La participación comunitaria: una revisión necesaria. Atn. Prim. 1992; 9:77-79.
7. Cravito QA. Peregrina PL. Necesidades esenciales en México. IMSS Coplamar, 1980; 4: 1-30.
8. Miller L W. Modelos de salud-enfermedad y At`n sanitaria. En: taylos RB, ed. Medicina de Familia. Principio y práctica. Barcelona. Ed. Doyma, 1991: 38-45.
9. La salud enfermedad como proceso social Rev latinoamericana de la Salud. Nueva imagen, 1982: 28-58.
10. Gómez CR Y Kaindorf SB. Cuba: La interrelacion Hospital-Médico de la familia. Dentro de las estrategias de la atención primaria de la salud. Educ. Med. Salud, 1991; 25(3); 223-239.
11. Chávez AH. El medico familiar en la At`n. Primaria a la salud. Rev. Med. IMSS. 1996; 33: 173-176.
12. García MN. At`n. A la salud. Gaceta Medica de México, 1994; 130(5): 322-324.
13. López Salamanca, S. Actualización del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. Rev. Med. IMSS. (MEX). 1995. 317-320.
14. Velasco Orellana, R. Trascendencia y perspectivas de la medicina familiar a 22 años de establecida. Rev-Med-IMSS (MEX). 1995. 61-65.
15. Jaime Alarid H, Irigoyen Coria A, Fundamentos de medicina familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 1982.

16. Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina CFJ, Hernández RC. Fundamentos de medicina familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 1996.
17. Chávez Aguilar V, Amaiz Toledo CJ. La salud colectiva: el papel de los grupos multidisciplinarios para la atención a la salud. Rev-Med-IMSS (MEX). 1994; 32:443-45.
18. Chávez Aguilar V, García Mangas JA. La atención integral en medicina familiar Rev-Med-IMSS (MEX). 1995;33: 167-71.
19. Mazon Ramirez JJ, Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina FJ, Landgrave Ibañez S. La investigación en medicina familiar, limitaciones y alteraciones. Rev-Med-IMSS (MEX). 1993;33:223-26.
20. Chávez HJ. El médico familiar y la familia. Universo médico. 1996;44-50.
21. Seandel G. La medicina en México de la herbolaria Azteca a la medicina nuclear México IMSS 1980; 25-140.
22. Gutiérrez CA. Evolución y estado actual de la medicina familiar en México Rev-Med-Fam. 1990; (3-4): 85-106.
23. Carlos E. Varela Rueda Atención Medica. Gaceta Médica de México. Vol. 130 No. 5 Sep.-Oct. 1994 324-327.
24. José A. Lopez Espinosa, Soledad D. Del Campo. Los médicos de la familia y los recursos informativos. Revista Cubana de Medicina General Integral, abril-junio 1995.
25. La medicina familiar Mexicana, líder en América latina. <http://www.facmed.unam.mx/publica/gaceta/nov2595/medfam.html>.
26. Gilberto S. Sánchez Luna. El reto actual de la medicina familiar en México. Rev-med-IMSS (MEX). Vol. 32, núm. 4 1994.
27. Cadenas E, Modernización del modelo de atención a la salud. México: IMSS. 1992.
28. Chávez Aguilar, H. El médico familiar en la atención primaria de salud. Rev-Med-IMSS (MEX), 1995; 173-176.
29. Aguirre-Huacuja E. La corresponsabilidad operativa en la atención primaria a la salud. Salud Publica Mex. 1994;36:210-213.
30. Principales causas de mortalidad INEGI 1997. S.S.A. CHIAPAS.
31. Principales causas de morbilidad INEGI 1997. S.S.A. CHIAPAS.
32. Principales causas de mortalidad Nacional 1997. INEGI.

33. Chavez Aguilar, H. El médico familiar en la atención primaria a la salud. Rev-Med-IMSS (MEX), 1995; 173-176.
34. Aguirre Espindola JA, Vega Simont E, Huchin Aguilar M. De L., López Herrera P. De Médicos de cuerpos sin almas. Rev-Med-IMSS. (MEX), 1996;34(5):385-387.
35. Jack H. Madalie. Conceptos y principios de medicina familiar. Departamento de medicina familiar. Universidad de Cleveland, Ohio 1987.
36. Engels F. El origen de la familia, propiedad privada y el estado. Editorial progreso. 1972; 485-535.
37. Howard F. Conn. Robert E. Rakel, Tomas W. Johnson. Medicina familiar. Teoría y practica. Editorial interamericana 1972.
38. Tomado de: Narro Robles J; Medicina familiar, en: "La salud en México, testimonios 1998", Las especialidades médicas en México, pasado, presente y futuro. Soberón G. Kumate J. Laguna J. (Compiladores). Vol. 2, Tomo IV, México, Ed. Fondo de Cultura Económica 1989; 239-252.
39. Irigoyen Coria A, Hernández Ramirez C, Melchor Conzález M, Mazón JJ: A cuarenta años de la propuesta de atención médica familiar en el IMSS. Rev-Med-IMSS (MEX). 1993; 31:287-291.
40. Irigoyen Coria A, Ponce Rosas, ER, Dickinson Bannack ME, Rodríguez León MA, Kahon E. González Salinas C. Diagnostico de Salud comunitaria a través del análisis factorial. Atención Primaria. 1998;21:8-13.

HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR

	No.	%
Estado Civil:		
Soltero		
Casado		
Unión libre		
Divorcio		
Viudo		
Años de Unión Conyugal:		
Escolaridad:		
Media		
Media Superior ó Técnica		
Superior		
Edad del Padre:		
Edad de la Madre:		
Método de Planificación Familiar:		
DIU		
Ant. Oral		
Ant. Inyectable		
OTB		
Ritmo		
Condón		
Vasectomia		
Número de hijos (hasta 10 años de edad):		
Numero de hijos (de 11 a 19 años de edad):		
Número de hijos (de 20 o más años de edad):		

	No.	%
Ocupación de los padres de familia:		
Profesional		
Técnico		
Empleado		
Hogar		
Otro		
Ingreso económico:		
<1 salario mínimo		
1 a 2 salarios minimos		
3 o más salarios minimos		
Tipo de Familia:		
<i>Desarrollo:</i>		
Moderna		
Tradicional		
<i>Composición:</i>		
Nuclear		
Extensa		
Compuesta		
<i>Demografía:</i>		
Urbana		
Rural		
Etapas del ciclo familiar:		
Expansión		
Dispersión		
Independencia		
Retiro		

GLOSARIO DE TERMINOS PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

- Familia:** Se anotaran apellidos que identifiquen a la familia.
- Años de unión Conyugal:** Anotar en años cumplidos el tiempo que llevan de vivir en pareja.
- Escolaridad:** Se anotara el grado máximo de estudios que haya alcanzado El entrevistado.
- Domicilio:** Se anotaran calle, No., interior si lo hubiese, colonia y código postal.
- Familia Moderna:** Se considera así cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar.
- Familia Tradicional:** Es la familia en que solo uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar.
- Familia Urbana:** Es la familia que habita en una comunidad de mas de 5000 habitantes,yque cuenta con los servicios básicos de urbanización agua entubada. (intra o extradom.), energía eléctrica, drenaje subterráneo y pav.
- Familia suburbana:** Es la familia que habita en una comunidad de mas de 5000 habitantes y que carece de alguno de los servicios básicos de urbanización.
- Familia Nuclear:** Es la familia constituida por padre, madre e hijos.
- Familia extensa:** Es la familia en la cual además del padre, la madre e hijos hay familiares con lazos consanguíneos, amigos, etc.
- Ocupación de los padres:** Se anotaran las ocupaciones de ambos padres, Ejemplo: Padre albañil, madre del hogar.
- Etapas de Expansión:** Comprende desde el nacimiento del primer hijo hasta la presencia de algún acontecimiento que define alguna de las siguientes etapas.
- Etapas de Dispersión:** Comprende el periodo en que todos los hijos acuden a la escuela pero ninguno de ellos trabaja.
- Etapas de Independencia:** Se inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias.

Etapas de retiro:

Se inicia cuando todos los hijos abandonan el núcleo familiar o cuando los padres se han jubilado.

IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia _____ Casados ()

Unión Libre ()

No de Expediente _____ Años de unión conyugal _____

Nombre del responsable del test _____

Edad _____ sexo _____ Escolaridad _____

Domicilio _____ Edad de la madre _____

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

DIU () HORMONA ORAL () HORMONA INYECTABLE ()

OTB () RITMO () CONDON () VASECTOMIA ()

TIEMPO DE USUARIA (O) _____

FECHA: D.O.C. _____ NINGUNA () 1 A 3 () 3 AÑOS ()

INMUNIZACIONES: _____ COMPLETA () INCOMPLETA ()

Numero de hijos (hasta de 10 años de edad) _____

Numero de hijos (de 11 a 19 años de edad) _____

Numero de hijos (de 20 o mas años de edad) _____

Total: _____

Tipo de familia (marque con una x)

Desarrollo: Moderna () Demografía hurbana ()

Tradicional () Semiurbana ()

Familia integrada ()

Desintegrada ()

Semiintegrada ()

Composición Nuclear ()

Extensa ()

Compuesta ()

Ingresos mensuales aproximados: < de un salario mínimo ()

De uno a dos salarios mínimos ()

3 o mas salarios mínimos ()

Ocupación de los padres de familia: _____

Etapa del ciclo vital familiar: _____

Expansión ()

Dispersión ()

Independencia ()

Retiro ()

Observaciones: _____
