



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 DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.

UNIDAD DE ESTUDIO
COMITÉ EJECUTIVO NACIONAL DEL SINDICATO NACIONAL
DE TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y FACTORES DE RIESGO DEL
PERSONAL COMISIONADO AL SINDICATO NACIONAL
DE TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
AL SERVICIO DEL ESTADO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. NORMA ANGÉLICA ROJAS AMEZCUA





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.



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.

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y FACTORES DE RIESGO DEL
PERSONAL COMISIONADO AL SINDICATO NACIONAL
DE TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
AL SERVICIO DEL ESTADO**

PRESENTA:

DRA. NORMA ANGÉLICA ROJAS AMEZCUA

AUTORIZACIONES:

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

DR. EFREN RAÚL PONCE ROSAS
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ALFONSO LÒPEZ FIESCO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL ISSSTE

México, Distrito Federal

Febrero 2008

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y FACTORES DE RIESGO DEL
PERSONAL COMISIONADO AL SINDICATO NACIONAL
DE TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
AL SERVICIO DEL ESTADO**

PRESENTA:

DRA. NORMA ANGÉLICA ROJAS AMEZCUA

AUTORIZACIONES:

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

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
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.

“Tus fuerzas naturales, las que están dentro de ti, serán las que curarán sus enfermedades”.

Hipócrates.

“La enfermedad es el resultado, no sólo de nuestros actos sino también de nuestros pensamientos”

“No debemos perder la fe en la humanidad, que es como un océano; no se mancha porque algunas de sus gotas estén sucias”

“He tomado sobre mis espaldas el monopolio de mejorar sólo a una persona, y esa persona soy yo mismo, y sé cuán difícil es conseguirlo”

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa”

Mahatma Gandhi.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios, por permitirme ser un ser humano que tiene la oportunidad de servir a mis semejantes con el ejercicio de la medicina.

A Pedro mi esposo y a Emilio mi hijo, ya que con su amor y su paciencia me brindaron la oportunidad de desarrollarme como profesionista.

A mis padres, José y Yolanda de quien estoy profundamente agradecida, pues con su ejemplo y amor me han guiado para alcanzar los proyectos que me he trazado en la vida.

A mis hermanas, Gabriela, Yolanda y Mónica, por su calidez, tolerancia, comprensión, compañerismo y apoyo incondicional.

A mi sobrina, "Gaby", porque a su corta edad me ha brindado inolvidables momentos de frescura, amor y ternura dando vitalidad a mi vida.

A mis amigos por su incondicional apoyo, entrega y compromiso, permitiendo que lleve acabo este proyecto.

DEDICATORIAS:

La culminación de este trabajo, la dedico a mi hijo, quien actualmente se encuentra estudiando esta noble carrera, esperando ser un ejemplo de dedicación y compromiso hacia nuestros semejantes, mi apoyo incondicional es no solamente para verlo realizado en su ideal, sino para que sea un ser humano, que tenga la oportunidad de servir y la firme convicción, de la labor que debe de desempeñar el resto de su vida.

Al Dr. Ricardo Pontigo Márquez, mi amigo por darme la oportunidad de culminar esta etapa de mi vida.

A la Dra. Guadalupe Murillo Aguirre, por estimularme a realizar este trabajo.

Al Dr. Efrén Raúl Ponce Rosas, por su guía y paciencia en la asesoría de este trabajo.

A todos aquellos que participaron en la realización del mismo.

RESUMEN:

Objetivos:

Realizar un estudio que identifique las características de las familias del personal comisionado al Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores del ISSSTE, así como sus principales factores de riesgo.

Material y Métodos: Población de referencia constituida por el personal comisionado a la Sede del Comité Ejecutivo Nacional del S.N.T.I.S.S.S.T.E. Período 2005-2009 en el Distrito Federal. Muestra no aleatoria, no representativa del C.E.N. del S.N.T.I.S.S.S.T.E. n= 116.

Se realizó la aplicación de la Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF) en el personal comisionado en la Sede del Comité Ejecutivo Nacional, el cual cuenta con diez secciones de la cédula encaminadas a explorar las distintas áreas para la identificación del estilo de vida de las familias y los cinco principales factores de riesgo de las mismas.

Dicho instrumento se aplicó en el periodo comprendido de noviembre de 2007 a febrero de 2008.

Resultados: El estado civil de las familias predomina con un 61.2% los casados, siguiendo en porcentaje con un 13.8% de divorciados, familias con promedio de integrantes de uno a tres elementos, familias nucleares simples 48.8% y el 25% son mono parentales simples, el ciclo familiar en que se encuentran es el de independencia con un estilo de vida medio-alto, el ingreso promedio fue siete salarios mínimos en el Distrito Federal o más; contando la gran mayoría con todos los servicios de urbanización; en este universo se cuenta con un porcentaje de 91.4% de profesionistas, el 100% cuenta con seguridad social, identificándose factores de riesgo dentro de la población encuestada de: hipertensión arterial 69%, diabetes mellitus 75%, cáncer 25% (en sus diferentes variantes), enfermedades del corazón 29.3%, hepatitis B y C 19 % enfermedades cerebro vasculares 15.5%, obesidad 32.8%, tabaquismo 37.1%, alcoholismo 15.5% e insuficiencia renal 13%.

Conclusiones: Son familias nucleares y/o mono parentales simples quienes sus factores de riesgo son las que corresponden a las expectativas de las etapas de desarrollo de las grandes ciudades.

Palabras claves: Cédula Básica de Información Familiar, MOSAMEF, Medicina Familiar.

SUMMARY:

Objectives: To make a study that identifies the characteristics of the families of the commissioned personnel to the National Union of Workers of the ISSSTE, as well as its main factors of risk.

Material and Methods: Population of reference constituted by the commissioned personnel to the Seat of the National Executive Committee (Sede del Comité Ejecutivo Nacional) of the SNTISSSTE period 2005-2009 in the Federal District. Representative and norandom sample of the CEN of the SNTISSSTE.

An application of the Inquiry of Basic Family Information (CEBIF) in the commissioned personnel at the Seat of the National Executive Committee was made, which counts on 10 sections of the certificate directed to explore the different areas for the identification from the life style of the families and the five main factors of risk of the same ones.

This instrument was applied during the period of november 2007 to february 2008.

Results: the married status predominates with 61,2%, following divorced in percentage with 13,8%, families with average of members of 1 to 3 elements, simple nuclear families 48,8% and 25% are simple “mono párenteles”, the familiar cycle in which they are is independence with a high style of average life, gaining an average of 7 minimum wages in Mexico city (Federal District) or more; the great majority have services of urbanization; in this universe 91,4% are people with a career, 100% of them have social security; The factors of risk within the population that were found in the survey are: Arterial hypertension 69%, Diabetes mellitus 75%, Cancer 25% (in its different variants), Heart diseases 29.3%, Hepatitis B y C 19%, Brain related diseases15.5%, Obesity 32.8%, Nicotine poisoning 69% (Tabaquismo), Alcoholism 15.5% e Insufficiency renal 13%.

Conclusions: They are nuclear families and/or simple “mono párenteles” with factors of risk who correspond to the expectations of the stages of development of the great cities.

Key words: Inquiry of Basic Family Information, MOSAMEF, Family Medicine.

ÍNDICE

	Página
1 Marco Teórico.....	1
1.1 Atención Primaria (APS).....	1
1.1.1 Antecedentes de (APS).....	1
1.1.2 Definición (APS).....	2
1.1.3 Objetivos (APS).....	2
1.2 El Médico Familiar.....	5
1.2.1 Síntesis Histórica del Desarrollo de la Medicina Familiar en México.	5
1.2.2 Antecedentes de Medicina Familiar.....	6
1.2.3 Definición de Medicina Familiar.....	7
1.2.4 Objetivos de Medicina Familiar	7
1.2.5. Compromiso del Médico Familiar.....	8
1.2.6 Perfil Profesional del Médico de Familia.....	9
1.3 Medicina de Familia Principios y Prácticas.....	21
1.3.1 Antecedentes, Atención Primaria Basada en la Población (APOC)...	21
1.3.2 Definición de Atención Primaria de Salud.....	22
1.3.3 Hacia un Nuevo Modelo de la Atención Primaria de Salud.....	23
1.3.4 Transformación del Sistema de Atención Sanitaria.....	24
1.3.5 Perspectiva de la Medicina de Familia Basada en la Población.....	25
1.3.6 Comunidad Geográfica de Influencia.....	25
1.4 Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar (MOSAMEF)..	30
1.4.1 Antecedentes del MOSAMEF.....	30
1.4.2 Definición del MOSAMEF.....	30
1.4.3 Propósitos del MOSAMEF.....	30
1.4.4 Etapas del MOSAMEF.....	31
1.4.5 Análisis de la Situación.....	31
1.4.6 Priorización de Problemas.....	31
1.4.7 Planeación de Estrategias y Evaluación.....	33

1.5	Planteamiento del Problema.....	37
1.6	Justificación.....	38
1.7	Objetivo General.....	39
2.	Material y Métodos.....	39
2.1	Tipo de Estudio.....	39
2.2	Diseño de Investigación del Estudio.....	39
2.3	Población.....	41
2.4	Muestra.....	41
2.5	Criterios de Inclusión y Exclusión.....	41
2.6	Variables.....	42
2.7	Método para la Recolección de la Información.....	44
2.8	Maniobra para Evitar o Controlar Sesgos.....	45
2.9	Procedimientos Estadísticos.....	45
2.10	Diseño y Construcción de Base de Datos.....	45
2.11	Cronograma.....	46
2.12	Recursos Humanos, Materiales y Financieros.....	46
2.13	Consideraciones Éticas.....	46
3.	Resultados	48
4.	Discusión.....	53
5.	Conclusiones.....	54
6.	Referencias.....	56
7.	Anexos.....	58

ÍNDICE

	Página
1 Marco Teórico.....	1
1.1 Atención Primaria (APS).....	1
1.1.1 Antecedentes de (APS).....	1
1.1.2 Definición (APS).....	2
1.1.3 Objetivos (APS).....	2
1.2 El Médico Familiar.....	5
1.2.1 Síntesis Histórica del Desarrollo de la Medicina Familiar en México.	5
1.2.2 Antecedentes de Medicina Familiar.....	6
1.2.3 Definición de Medicina Familiar.....	7
1.2.4 Objetivos de Medicina Familiar	7
1.2.5. Compromiso del Médico Familiar.....	8
1.2.6 Perfil Profesional del Médico de Familia.....	9
1.3 Medicina de Familia Principios y Prácticas.....	21
1.3.1 Antecedentes, Atención Primaria Basada en la Población (APOC)...	21
1.3.2 Definición de Atención Primaria de Salud.....	22
1.3.3 Hacia un Nuevo Modelo de la Atención Primaria de Salud.....	23
1.3.4 Transformación del Sistema de Atención Sanitaria.....	24
1.3.5 Perspectiva de la Medicina de Familia Basada en la Población.....	25
1.3.6 Comunidad Geográfica de Influencia.....	25
1.4 Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar (MOSAMEF)..	30
1.4.1 Antecedentes del MOSAMEF.....	30
1.4.2 Definición del MOSAMEF.....	30
1.4.3 Propósitos del MOSAMEF.....	30
1.4.4 Etapas del MOSAMEF.....	31
1.4.5 Análisis de la Situación.....	31
1.4.6 Priorización de Problemas.....	31
1.4.7 Planeación de Estrategias y Evaluación.....	33

1.5	Planteamiento del Problema.....	37
1.6	Justificación.....	38
1.7	Objetivo General.....	39
2.	Material y Métodos.....	39
2.1	Tipo de Estudio.....	39
2.2	Diseño de Investigación del Estudio.....	39
2.3	Población.....	41
2.4	Muestra.....	41
2.5	Criterios de Inclusión y Exclusión.....	41
2.6	VARIABLES.....	42
2.7	Método para la Recolección de la Información.....	44
2.8	Maniobra para Evitar o Controlar Sesgos.....	45
2.9	Procedimientos Estadísticos.....	45
2.10	Diseño y Construcción de Base de Datos.....	45
2.11	Cronograma.....	46
2.12	Recursos Humanos, Materiales y Financieros.....	46
2.13	Consideraciones Éticas.....	46
3.	Resultados	48
4.	Discusión.....	53
5.	Conclusiones.....	54
6.	Referencias.....	56
7.	Anexos.....	58

1 Marco teórico

1.1 Atención primaria de salud (APS).

1.1.1 Antecedentes de (APS).

Martín Zurro comenta que los sistemas sanitarios y la práctica de la medicina han tenido tradicionalmente como objetivo principal la enfermedad, han dirigido sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para el tratamiento de las patologías establecidas, prestando poca atención a la prevención y a la conservación y promoción de la salud¹¹.

En la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud de Alma Ata, que se llevó a cabo el 12 de septiembre de 1978 en la URSS, se vio la necesidad de tomar acciones urgentes por parte de todos los gobiernos, todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, con el propósito de establecer acciones para la protección y promoción de la salud para todas las personas del mundo¹¹.

Existen múltiples evidencias científicas de que el incremento de la complejidad y los costos de los sistemas de salud tradicional no se reflejan en la salud de la población atendida. Por lo que la eficiencia de un sistema dirigido exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no resuelve en esencia la salud del individuo ni de la comunidad¹¹.

La atención fragmentada cada vez más especializada y el perfeccionamiento en la tecnología con el aumento considerable en los costos para el sistema de salud, ha traído como consecuencia la falta de atención personalizada hacia los individuos y por lo tanto a las familias y a las comunidades, por lo que el médico de cabecera tiende a desaparecer⁴.

1.1.2 Definición de APS

La Conferencia Internacional de Atención Primaria a la Salud de Alma-Ata, define a la atención primaria de salud como la atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptable, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad, a través de su completa satisfacción y a un costo que la comunidad y el país lo puedan soportar, a fin de mantener un nivel de desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación, para formar un sistema sanitario integral en el país, y un desarrollo social y económico de la comunidad¹¹.

Es el primer contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento de atención sanitaria continuada¹¹.

1.1.3 Objetivos de la APS.

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de salud reafirma con decisión, que la salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental, y que la consecución del nivel de salud mas alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos además del sector sanitario¹¹.

La existente desigualdad en la salud de las personas particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, es inaceptable política, social y económicamente, por tanto; implica de manera común a todos los países¹¹.

El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden internacional, es de una importancia básica para conseguir de manera completa la salud para todos, reduciendo la diferencia en el estado de salud existente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. La protección y promoción de la

salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, contribuyendo a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo¹¹.

Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria¹¹.

Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, que pueden conseguir mediante la provisión de medidas sanitarias y sociales adecuadas, el objetivo principal de los gobiernos, organizaciones internacionales y el total de la comunidad mundial debe ser la promoción para todos los habitantes del mundo, un nivel de salud que les permita llevar a cabo una vida productiva social y económica. La atención primaria de salud es la clave para conseguir este objetivo como parte del espíritu de justicia social del desarrollo¹¹.

La atención primaria sanitaria:

1. Refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, basándose en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre salud pública¹¹.
2. Se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad, y para ello, proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores¹¹.
3. Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios prevalentes, métodos preventivos, promoción sobre el suministro de alimentación, de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternal e infantil, inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales y provisión de los medicamentos esenciales¹¹.
4. Implica, además del sector sanitario, los sectores relacionados, tomando en cuenta los aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos ellos¹¹.

5. Requiere y promueve un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles¹¹.

6. Debería mantenerse por sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados¹¹.

7. Se desarrolla a niveles locales y a niveles de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes sociales, en lo que corresponda, así como los tradicionales y necesarios médicos de cabecera, correctamente formados para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias¹¹.

Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria y sanitaria como parte de un sistema nacional de salud, integrado y en coordinación con otros sectores. Para esto, será necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles¹¹.

Todos los países deberían cooperar, para asegurar la atención primaria sanitaria a toda la población, ya que la consecución de la salud integrada, por parte de la población de un país, directamente afecta y beneficia a otro país. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria constituye una tarea sólida para el futuro desarrollo y establecimiento de la atención primaria sanitaria en todo el mundo¹¹.

Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo, esto, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales. La conferencia mundial sobre atención primaria de salud realizó un llamado urgente y efectivo para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y particularmente, en los países en vías de

desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden económico internacional. La conferencia hizo un llamado a todos los países para colaborar en introducir, desarrollar, y mantener la atención primaria sanitaria, de acuerdo con el espíritu y contenido de la declaración de la misma¹¹.

La atención primaria de salud representa el marco ideal para impulsar y desarrollar programas de actividades preventivas y de promoción de la salud; en los sistemas de seguridad social se ha observado que existe un mayor acercamiento con la población derechohabiente y el núcleo central principal del desarrollo económico y global de una comunidad, constituyéndose en el elemento de un proceso permanente y continuo de la asistencia a la salud⁸.

1.2. El Médico Familiar.

1.2.1 Síntesis histórica del desarrollo de la Medicina Familiar en México.

En el año de 1954 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reorganizó su sistema de atención médica identificando la figura del médico familiar. En 1971 da inicio la residencia en medicina familiar, y en 1974 obtiene reconocimiento de la Facultad de Medicina, UNAM, como especialidad médica²³.

El 13 de noviembre de 1975 se crea el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM²³.

En 1980 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salubridad (SSA) dan principio a la residencia en medicina familiar basándose en un programa académico universitario²³.

En noviembre de 1987 se constituye el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar. En 1994 se forma el Colegio Mexicano de Certificación en Medicina Familiar²³.

En 1994 se forma el Colegio Mexicano de Medicina Familiar, el cual agrupa a 19 asociaciones de medicina familiar en todo el país²³.

En 1999 se forma la Academia Mexicana de Profesores de Medicina Familiar A.C. la cual es miembro de la Internacional Federation of Primary Care Research Networks²³.

1.2.2 Antecedentes.

La Medicina Familiar (MF) es una rama de la medicina de aparición reciente, sin embargo esto no le impide contar con un sólido sustento epistemológico, teórico y práctico, que le permite ostentar el título de ser una especialidad médica con fundamento en una disciplina científica y una práctica clínica específica, las diversas especialidades médicas se caracterizan por tener un objeto de estudio delimitado ya sea por la edad o el sexo, por los recursos terapéuticos y diagnósticos que utilizan; a diferencia la MF tiene como objeto de estudio al núcleo familiar¹⁷.

El estudio de la familia utiliza un consistente soporte teórico, resultante de la integración de los conceptos de ciencias sociales y naturales, que catalogan a la MF como disciplina que proporciona atención médica a través de una orientación curativa y preventiva que, a diferencia de otras especialidades, utiliza una visión amplia e integradora de los eventos¹⁷.

La MF posee una práctica clínica propia basada primordialmente en el trato continuado que en diferentes escenarios establece con el individuo-familia, circunstancias que le brinda la posibilidad de modificar la historia natural de la enfermedad, y controlando con oportunidad una gran diversidad de padecimientos por intermediación de la consulta; por otra parte resulta innegable que ha tenido la MF sobre el proceso de salud enfermedad y sobre la relación interpersonal que establecen los propios médicos familiares con pacientes-familias y otros profesionales de la salud¹⁷.

A mediados de la década de los sesenta, se comenzó a sentir la necesidad de un nuevo médico general, entendiéndolo como un profesional entrenado y orientado hacia aquello que, precisamente, las especialidades no pueden ni deben hacer, es decir, la atención integral y continuada de las personas⁶.

Tradicionalmente la formación del médico familiar incluía solo rotaciones por los hospitales; entre los años 1974 a 1993 existió un plan alternativo al tradicional en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM): El Programa de Medicina General Integral (plan A-36), en el que la formación de médicos estaba fundamentada de manera importante en el primer nivel de atención,

en el año 2001, se incorporaron para el desarrollo de cursos de medicina familiar, unidades de medicina familiar²⁰.

La declaración de Edimburgo de 1989 y posteriormente, en 1995, la Unión Europea reconoce el escenario del primer nivel de atención como el idóneo para la formación de los médicos generales. Estas declaraciones conducen a reflexionar en los aspectos que han permitido consolidar el plan único de rotación por el área de medicina familiar para el desarrollo de las habilidades clínicas que le permitan al médico complementar su formación²⁰.

1.2.3 Definición del Médico Familiar.

El médico familiar o médico de familia es el médico responsable de proveer cuidados de salud integrales a cada individuo que requiera servicios médicos y hacer lo necesario para que otro personal de salud provea esos servicios. El médico general/médico de familia como generalista, acepta a cualquiera que solicite sus cuidados mientras que otros proveedores de servicios de salud limitan el acceso a sus servicios sobre la base de edad, sexo y tipo de patología¹⁶.

1.2.4 Objetivos del Médico Familiar.

El médico general/médico de familia cuida al individuo en el contexto de la familia y a la familia en contexto de la comunidad, sin tener en cuenta raza religión, cultura y clase social. Es clínicamente competente para proporcionar la mayor parte de los cuidados después de tomar en cuenta los antecedentes culturales, socio-económicos y psicológicos. Además tiene la responsabilidad personal de proveer a sus pacientes cuidados continuos e integrales⁶.

En definitiva se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes, en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en que trabaja⁶.

Es, él médico responsable de coordinar los recursos sanitarios, el que orienta a la familia y a la comunidad, con alta competencia clínica⁶.

El médico familiar/médico de familia tiene un alto compromiso de responsabilidad con sus pacientes, con la familia, con la comunidad y con la institución a la cual presta sus servicios ya que debe estar consciente de que deberá trabajar en equipo, prepararse continuamente e investigar, para garantizar una práctica profesional diaria y con calidad⁶.

1.2.5. COMPROMISO DEL MÉDICO GENERAL/MÉDICO DE FAMILIA.

Conocer la epidemiología de la comunidad a la que sirve¹⁶.

Ejercer la máxima influencia sobre cualquier problema de salud de la comunidad¹⁶.

Identificar a las personas que constituyen la comunidad y decidir si podría existir alguna limitación a su voluntad de servirla¹⁶.

Identificar problemas en la comunidad que vaya más allá de los individuos que solicita sus cuidados y acercarse a los que carecen de cuidados de salud mediante la individualización de casos y/o educación para la salud¹⁶.

Comprender las conductas de la comunidad relacionadas con salud y apoyar los esfuerzos propios de la comunidad para promover y salvaguardar la salud colectiva¹⁶.

Observar los servicios de quienes practican sistemas de medicina alternativa que sean científicamente aceptables como un recurso esencial y hacer el mayor uso de ellos¹⁶.

Incluir en los cuidados que se proveen prevención de la enfermedad, promoción de la salud, tratamiento de enfermedad y rehabilitación¹⁶.

Identificar los problemas presentados por el paciente incluyendo los problemas indiferenciados, estados tempranos de la enfermedad, problemas agudos, enfermedades crónicas, problemas psicosociales y necesidad de rehabilitación¹⁶.

Definir lo que se necesita para el cuidado del paciente tanto en términos biomédicos como humanísticos, es decir física, mental y socialmente¹⁶.

Diagnosticar la enfermedad prevalente, una enfermedad posiblemente seria y coordinar otros servicios de salud cuando sean necesarios¹⁶.

Comprender por qué un paciente presenta un problema particular en un momento determinado¹⁶.

Considerar Identificar las expectativas del paciente sobre el resultado de una consulta determinada y responder a las mismas¹⁶.

Comprender de qué modo el problema presentado afecta al paciente en particular.

Identificar quién es realmente el paciente, la persona que hace el contacto u otras relacionadas con esa persona¹⁶.

Reconocer que el impacto de los factores familiares sobre la salud del paciente debe ser tomado en cuenta cuando se consideran medidas preventivas y curativas y que estos factores deben ser enfocados si se requiere alcanzar una solución del problema del paciente¹⁶.

Reconocer el impacto del problema de salud del paciente sobre la familia.

Las relaciones entre el médico y el paciente y entre el médico y la familia del paciente como aspectos importantes de los cuidados de salud¹⁶.

Comprender como los sentimientos del médico sobre el paciente influyen sobre los problemas del paciente y la manera en que el médico responde a ellos¹⁶.

1.2.6 PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO DE FAMILIA.

Las principales características del médico familiar/médico de familia se podrían definir en un listado interminable de adjetivos para este profesional de la medicina como pueden ser: buen clínico, científico, docente, consejero de sus pacientes, educador, actualizado, compañero, accesible, competente, etc. ⁶.

Sin embargo para hacer una descripción de este profesional de la medicina se ha considerado que se debe englobar en cinco principales áreas la práctica profesional del médico familiar, como son:

- 1.- Área de atención al individuo.
- 2.- Área de atención a la familia.
- 3.- Área de atención a la comunidad.
- 4.- Área de docencia e investigación.

5.- Área de apoyo, en la que se incluyen varias subáreas de la práctica del médico familiar conjuntamente con otros profesionales y son: el trabajo en equipo, los sistemas de registro e información, la gestión de recursos y administración sanitaria y por ultimo, la garantía de calidad⁶.

◆ **Área de atención al individuo:**

La primera responsabilidad del médico de familia es la de prestar atención clínica efectiva y eficiente, el médico familiar atiende el proceso diagnóstico y terapéutico⁶.

La responsabilidad del médico familiar se extiende a la asistencia de enfermedades agudas y crónicas ya sea de carácter urgente, ya en la consulta de demanda o programada; favoreciendo la accesibilidad del individuo, tanto en la consulta como en el domicilio⁶.

La atención del médico familiar se realiza en todas las etapas del ciclo vital, podrá participar en el cuidado de la salud en todas sus formas de intervención, mediante actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación; así mismo la elaboración de la historia clínica, con la exploración física y pruebas complementarias de la práctica médica, para obtener diagnósticos oportunos y buscando factores de riesgo en individuos asintomáticos⁶.

La atención del individuo como un ser biopsicosocial tiene en el médico familiar un experto, capaz de integrar las dimensiones psicológicas y sociales junto a las puramente orgánicas⁶.

Al médico familiar también se le exigen cualidades humanas que lo hagan digno de confianza en la relación personal, para solicitarle consejo, para recibir apoyo en el sufrimiento de la enfermedad⁶.

Una de las señales de identidad del médico familiar de nuestro tiempo es el compromiso con la salud de las personas, antes de que se encuentren enfermas, incorpora la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad al conjunto de responsabilidades tradicionales del médico de cabecera⁶.

Al médico familiar le corresponde una función educadora del paciente que deposita en él su confianza, con especial énfasis en promover la responsabilidad en el autocuidado⁶.

La práctica del médico de familia se fundamenta en el respeto a la vida y dignidad de la persona, con actitud de servicio y sin espacio para la discriminación por razón de sexo, raza, religión, cultura o cualquier otra circunstancia personal o social⁶.

Busca beneficiar a su paciente y nunca perjudicarlo, representando su autonomía, de acuerdo con la teoría del consentimiento informado, con igual respeto por el principio de equidad en la toma de decisiones y en la distribución de recursos⁶.

Principales actividades del médico de familia:

- Entrevista clínica, encaminada a determinar los problemas de salud creando un clima emocional terapéutico y la modificación de estilos de vida que supongan un riesgo para la salud⁶.
- Complementar la historia clínica de atención primaria, con anamnesis general y especificando aspectos somáticos, psicológicos y sociofamiliares, registrando los datos de la exploración física y pruebas complementarias solicitadas⁶.
- Utilizar la tecnología diagnóstica adecuada para la consulta de atención primaria y de forma secuencial⁶.
- Atención clínico-terapéutica tanto en los problemas agudos como en las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la atención primaria, prestando especial atención en la rehabilitación de los pacientes en su comunidad natural⁶.
- Atención de los pacientes con enfermedades y problemas poco comunes en atención primaria, pero con implicaciones diagnósticas y/o terapéuticas importantes⁶.
- Decidir con el consentimiento del paciente, la colaboración de otros especialistas o profesionales sanitarios⁶.
- Atención a la niñez y a la adolescencia, en el contexto institucional⁶.
- Atención a la mujer en el nivel primario (embarazo normal), planificación familiar de primer nivel y diagnóstico precoz del cáncer genital femenino⁶.
- Atención al paciente en situación terminal en coordinación con las unidades especializadas⁶.

- Atención integral al anciano en el contexto familiar, en coordinación con unidades interdisciplinarias⁶.
- Actividades preventivas integradas, de acuerdo con programas institucionales⁶.

◆ **Área de atención a la familia:**

El triángulo formado por el individuo, la familia y el médico constituye la base de la medicina familiar⁶.

La familia es el vínculo social inmediato de los individuos constituyendo un factor trascendental para el mantenimiento de la salud de sus componentes y también en el cuidado y la resolución de problemas cuando uno de ellos enferma, pero también puede ser generadora de enfermedad y perpetuadora de síntomas, hábitos de vida inadecuados y conductas erróneas⁶.

La familia en su ciclo vital, se encuentra periódicamente sometida a crisis, derivadas tanto de su propia estructura como del crecimiento y maduración de sus miembros por elementos externos, como la enfermedad o la muerte. De cómo resuelva la familia estos eventos dependerá su estabilidad y comportamientos futuros⁶.

Por lo que el médico de familia está en una posición privilegiada para detectar e intervenir ante problemas familiares ocasionados o no por la enfermedad. Debe ser un elemento neutral para todos los miembros de la familia, evitar la toma de partido por unos o por otros y hacer resaltar esta postura, pues de ello va a depender su propia capacidad como terapeuta, tener una continua actitud de observación, valorar la importancia que él mismo tiene como recurso inmediato en el proceso salud-enfermedad recurrir a otros profesionales cuando la dimensión del problema exceda sus límites de competencia. Fomentar la autonomía y el autocuidado para la salud de los miembros de la misma⁶.

El médico deberá:

- Recopilar información de la estructura y composición familiar, resaltando los antecedentes patológicos familiares y estructurándolos en forma de genograma, favorecer los sistemas de registro.
- Ante problemas de salud agudos o crónicos explorar sistemáticamente factores que indiquen y/o condicionen una mala adaptación familiar y que afecten a su desarrollo, tratamiento y resolución. Identificar, asesorar y apoyar a aquellas personas que sean designadas como “cuidadores principales”.
- Ante problemas psicosociales, valorar la existencia de disfunciones familiares⁶.
- Valorar la trascendencia que sobre los problemas de salud de sus pacientes puedan tener los períodos críticos en el ciclo vital de sus familias⁶.
- Valorar la intervención familiar cuando la situación así lo requiera⁶.

El hacerlo de una manera consciente, adquiriendo los conocimientos y habilidades precisas para abordar estas acciones permitirá ser más eficaces en los cuidados que se presentan a la población⁶.

♦ Área de atención a la comunidad.

La necesidad del conocimiento del médico familiar de los problemas de salud de la comunidad, así como de los recursos de la misma y sanitarios de otros sectores, permite al médico de familia priorizar las acciones que den respuesta a los mayores problemas locales de mayor importancia⁶.

Julián Tudor Hart lo expresaba así en *A New Kind of Doctor*, en 1981: “El cambio que propongo es construir grupos de generalistas responsables de la salud general de sus barrios tanto como de la atención personal de sus pacientes”. La Organización Mundial de la Salud había afirmado tres años antes que “la atención primaria forma parte tanto del sistema de atención a la salud, del que constituye su función central y su núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”. También, en 1981, Sydney Kart afirmaba, en su definición de lo que él bautizó como “community oriented primary care” (“atención primaria orientada a la comunidad”

(APOC), que “había existido (en el pasado) una separación entre la atención primaria, cuando”... no hay ninguna razón para que la atención primaria deba limitarse al tratamiento y cuidado de los pacientes individuales”⁶.

En España, la especialidad creada en 1978 se llamó medicina familiar y comunitaria y uno de sus cometidos se definió así en el Real Decreto de su regulación como especialidad de la profesión médica: “Promocionar la salud, prevenir la enfermedad y desarrollar la educación sanitaria a nivel individual, familiar y comunitario”⁶.

En 1961 Kerr White había demostrado en *Ecology of Medical Care* que la atención primaria se sitúa en un lugar privilegiado -el único dentro del sistema sanitario- para poder ver a toda la población en riesgo y no sólo los casos seleccionados que llegan a un servicio hospitalario o especializado. Por lo que el médico familiar puede darse cuenta de la salud de la comunidad y mejorar la calidad de vida de su comunidad⁶.

En este sentido, el grupo de trabajo considera que el programa docente de la especialidad en 1993 supone un gran avance⁶.

El médico de familia deberá estar capacitado para llevar a cabo las disciplinas básicas de la medicina comunitaria como son: la epidemiología como disciplina central, la estadística, la demografía, la sociología, la economía y la antropología. El conocimiento de metodologías de planificación sanitaria; análisis de necesidades y de recursos, métodos de priorización, planificación de programas y metodologías de evaluación tanto sanitaria como económica⁶.

El problema esencial de la formación del médico familiar radica en sus conocimientos y su capacidad del uso de las mismas identificando y evaluando la efectividad de sus acciones⁶.

En primer lugar, su sentimiento de responsabilidad sobre la salud de la comunidad en su conjunto, reconociendo los factores determinantes del estado de la salud y prevención de enfermedad⁶.

En segundo lugar debe tener en cuenta que la salud no es una responsabilidad exclusiva de su práctica profesional ni del sistema sanitario. Deberá considerar el derecho de la comunidad a participar en el proceso de atención a la salud. Ser capaz de coordinarse con los recursos de otros sectores distintos del sanitario⁶.

En tercer lugar asumir la limitación de los recursos, que obligan al análisis de prioridades en la utilización de los mismos y por lo tanto en la decisión sobre los programas comunitarios a llevar a cabo.

El médico familiar deberá incorporar a su práctica profesional las tareas definidas en el programa de la especialidad de 1993:⁶

- Recopilar y presentar los datos disponibles sobre su comunidad, para delimitarla y caracterizarla.
- Identificar los problemas y necesidades de salud de la comunidad.
- Priorizar las intervenciones de acuerdo a su importancia.
- Estudiar la distribución y determinantes de los problemas de salud prioritarios en su comunidad.
- Diseñar programas comunitarios con metodologías rigurosas.
- Desarrollar los programas.
- Llevar a cabo acciones de educación para la salud y promoción de la participación comunitaria⁶.

El médico de familia debe conocer la existencia de todos los recursos comunitarios que puedan ser utilizados en el proceso terapéutico y colaborar en su puesta en marcha y en la asesoría que le sea solicitada, pero con una actitud de respeto a la autonomía de la dinámica comunitaria⁶.

♦ **Área de docencia e investigación:**

El reconocimiento de las funciones de docencia e investigación en los equipos de atención primaria, cuyo desarrollo práctico ha supuesto una mejoría cualitativa y cuantitativa en la investigación realizada en el primer nivel de atención por los médicos lleva a mejorar la formación, prestigio científico y ejercicio profesional de los mismos⁶.

El médico familiar como cualquier otro profesionalista necesita desarrollar una actividad continuada de formación para el desarrollo correcto de su quehacer diario y pueden ser:

- 1.- Auto afirmación, de acuerdo a sus necesidades individuales.
- 2.- Formación continuada dentro del equipo de atención primaria, en función a las necesidades individuales y colectivas expresadas por los integrantes del equipo de salud⁶.
- 3.- Docencia a otros profesionales.

Docencia de pregrado.

Docencia de postgrado⁶.

La necesidad de dar respuesta a numerosas preguntas no aclaradas que surgen en su ejercicio profesional diario y de cubrir lagunas en el cuerpo de conocimientos propio de la especialidad, el conocer la historia natural de numerosas enfermedades o la influencia de factores psíquicos y sociales en el enfermar, el poder aportar evidencias contrastadas que permiten decidir que tipo de terapia o prestación de servicios son más efectivas, el disponer de estudios clínicos y protocolos realizados desde la atención primaria, son razones para que el médico de familia tenga y deba investigar. Esto lleva en consecuencia a recuperar el prestigio profesional del médico de atención primaria⁶.

El médico de familia debe ser consciente de que la actitud investigadora conlleva a importantes beneficios, a veces intangibles tales como mantener la motivación profesional, así como superar el aislamiento en la práctica diaria⁶.

El médico familiar debe:

- Desarrollar hábitos de lectura.
- Asistencia regular a actividades de formación (congresos, cursos, seminarios, etc.).
- Participar activamente en las actividades formativas dentro del equipo de salud.
- Desarrollar actividades docentes dirigidas a personal de pregrado.
- Desarrollar actividades docentes, como tutor de los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria⁶

En Investigación:

- Utilización adecuada del método científico en su práctica diaria.
- Desarrollar el hábito de la lectura crítica de los trabajos de investigación.
- Reconocer las diferentes etapas de una investigación clínica o de salud comunitaria⁶.
- Identificar áreas “problema” susceptibles de investigación.
- Colaborar en el desarrollo inicial de una investigación con otros profesionales de su equipo.
- Diseñar y llevar a cabo personalmente una investigación, previa selección adecuada del problema⁶.

♦ Área de apoyo:

El médico familiar debe reconocer que el trabajo en equipo, la gestión de recursos y administración sanitaria, el sistema de registro y la garantía de calidad están en mayor o menor grado ligados a la práctica diaria del médico familiar⁶.

Trabajo en equipo:

Aporta una serie de ventajas tanto para los propios profesionales del mismo como para los usuarios⁶.

- El enfermo recibe una mejor atención
- Proporciona mayor satisfacción profesional a los miembros del equipo⁶.
- Previene las duplicidades de esfuerzos
- Facilita el enfoque biopsicosocial del paciente y la realización de todas las funciones de los equipos de atención primaria⁶.

El médico familiar debe ser consciente y conocedor, por lo tanto, de la dinámica del trabajo de equipo en orden a optimizar la atención prestada a la población para conseguir la atención integral e integrada que pretende⁶.

El médico familiar debe de tener respeto hacia los otros profesionistas del equipo y conocimiento de sus roles, reconocimiento de sus limitantes personales así como el

interés por el trabajo desarrollado por los otros. Asumir la división funcional del trabajo en los protocolos y programas que se realizan en el centro de trabajo y trabajar la resistencia al cambio⁶.

Gestión de recursos y administración sanitaria:

El marco laboral más habitual del médico de familia es, el sistema sanitario público, que en nuestro país es el Sistema Nacional de Salud (SNS) ⁶.

El SNS es una empresa de servicios cuya misión es prestar asistencia sanitaria a la población. Como toda empresa, debe ser eficaz y eficiente para poder mantener en el tiempo y, por ello, el manejo adecuado de los recursos para obtener su producto con la mejor relación costo-beneficio es básico, máxime en los momentos de crisis económica en que nos encontramos⁶.

La concepción del SNS como empresa ha acercado la toma de decisiones en el uso de recurso a los proveedores de la atención, que en nuestro ámbito son los equipos de atención primaria y por tanto, también a los médicos de familia⁶.

El médico debe de tener presente que los recursos son siempre limitados y que el uso inadecuado de los recursos que el médico de familia tiene a su alcance impide poder utilizarlos para otro fin, asumir la necesidad de la priorización en la asignación y utilización de los recursos responsabiliza a la práctica profesional teniendo en cuenta que los recursos materiales están generados por la misma población, por lo que se tiene que garantizar la equidad entre los pacientes para el uso de los recursos disponibles⁶.

El médico familiar en su práctica profesional debe:

Organizar adecuadamente el tiempo diario para las diversas funciones a desarrollar⁶.

- Evitar varias consultas para la resolución de un problema de salud⁶.
- Evitar la solicitud de pruebas complementarias que no sean precisas para el proceso diagnóstico-terapéutico de los pacientes⁶.
- Realizar prescripciones terapéuticas farmacológicas cuando no existan o no sean suficientes las alternativas terapéuticas no farmacológicas⁶.

- Utilizar principios activos de reconocida eficacia, aceptadas por la comunidad científica, escogiendo entre los de idéntico efecto el que posea menor costo⁶.
- Monitorizar la evolución de los pacientes en situación de baja laboral o invalidez provisional, adecuando la duración de las mismas a la del proceso que las originó⁶.
- Colaborar con el coordinador del equipo en aquellos aspectos de gestión que le sean solicitados, cuando sean viables⁶.

Sistemas de registro:

El médico de familia debe conocer y saber utilizar aquellos sistemas de información sanitaria que respondan a las necesidades de información:

Reconocer que no es posible tomar decisiones sin disponer de información para hacerlo:

En la práctica diaria del médico de familia se deben implementar herramientas de registro como son:

- Datos poblacionales.
- Complementar la historia clínica orientada por problemas, prestando especial atención a la identificación de los factores de riesgo personales y/o familiares:
- Mantener actualizado el registro de morbilidad de aquellos problemas priorizados por el equipo de salud:
- Utilizar el sistema de clasificación de enfermedades y/o problemas de salud en atención primaria, según acuerdo del equipo:
- Mantener actualizado el registro de mortalidad del centro⁶.

Garantía de calidad:

La trascendencia social del trabajo que se realiza en atención primaria implica que el objetivo no sea sólo el de prestar asistencia sanitaria a la población, sino que sea una asistencia sanitaria de calidad⁶.

Garantizar la calidad de la asistencia teniendo en cuenta los recursos. Calidad: "Provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario"⁶.

Para conocer si el trabajo que realiza es o no realmente de calidad es necesario monitorizar las acciones realizadas y la satisfacción de los usuarios⁶.

Es importante recordar que la garantía de calidad ha de ser un proceso continuo y que todo –hasta lo que se hace bien- se puede mejorar⁶.

El médico familiar debe reconocer que el trabajo no es una actividad estrictamente personal, sino que tiene una gran dimensión social que hacen necesarias las actividades de garantía de calidad; aceptar que la población es también un elemento importante para determinar la calidad de la atención prestada, aceptar que nuestro trabajo debe ser evaluado por otros profesionistas con la finalidad de ser mejorado, así como estar dispuesto a realizar auditorías o evaluaciones sobre el trabajo⁶.

Teniendo en cuenta las distintas dimensiones de la calidad se deben incorporar a la práctica profesional:

- Los rendimientos teóricos y prácticos de las distintas intervenciones sanitarias para elegir las de mayor efectividad⁶.

- Optar por las intervenciones sanitarias que tengan la mejor relación costo-beneficio⁶.

- Trabajar activamente en su formación continuada⁶.

- Contribuir a disminuir las posibles barreras que el ciudadano encuentra para acceder⁶.

- Asegurarse, en su trabajo diario, de que los pacientes acepten y entiendan las decisiones tomadas sobre su salud, en orden a que cumplan los planes diagnósticos y terapéuticos indicados⁶.

- Colaborar en la elaboración de los criterios normativos necesarios para la evaluación de una determinada actividad⁶.

- Intervenir en las evaluaciones de las actividades realizadas, introduciendo posteriormente en el trabajo las correcciones necesarias para subsanar las deficiencias.

1.3 MEDICINA DE FAMILIA PRINCIPIOS Y PRÁCTICAS.

1.3.1 ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA BASADA EN LA POBLACIÓN.

En las últimas dos décadas se han realizado cambios dentro de nuestro sistema de atención sanitaria; han surgido nuevas tecnologías diagnósticas y avances terapéuticos. Al mismo tiempo, las dudas sobre la eficacia de algunas tecnologías, la preocupación por el crecimiento en los costos y el aumento de individuos sin seguro sanitario o sin acceso a la asistencia, así como el interés creciente de comunidades y compañías, han dado lugar a cambios en la organización y la distribución de los servicios de asistencia sanitaria.

Hoy día el sistema trata de aunar la eficacia y la mejora de los resultados de la salud pública, intentando reducir los costos. Los médicos de familia están calificados para realizar mejoras que persiguen los políticos, consumidores y profesionales. Así mismo han demostrado que pueden dar una atención primaria excepcional a los individuos y sus familias.

La especialidad se basa en un compromiso con calidad, la atención personal y las relaciones interpersonales que todo paciente desea. Se ha comprobado que puede ofrecer una asistencia rentable y al mismo tiempo, mejorar la calidad, mediante una transformación de la medicina, en la que se preste atención a un paciente concreto, atendiendo también a poblaciones o categorías mayores. Los médicos intentan mejorar la salud del individuo.

Es significativo que se de más importancia a las preocupaciones clínicas y de rentabilidad que a la distribución apropiada de los recursos, y la atención prestada a los resultados de salud pública.

En nuestros días se reconoce que la medicina basada en la población es elemento importante de la práctica y de la educación médica.

Los médicos han de comprometerse con el uso de estrategias sistemáticas para fomentar y mantener la salud, tanto de los individuos como de las poblaciones.

1.3.2 DEFINICIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La conferencia de la OMS-UNICEF de Alma-Ata definió la Atención Primaria de Salud (APS) como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad, y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Representa el primer contacto con los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residan y trabajen los individuos, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

Puntos clave.

- ◆ La atención primaria de la salud es el elemento central del sistema sanitario.
- ◆ Los pilares organizativos de la atención primaria son el centro y el equipo de salud multidisciplinario, instrumentos que hacen posible el desarrollo de los contenidos que la sostienen.
- ◆ Un sistema sanitario centrado esencialmente en las aplicaciones tecnológicas no es eficiente en términos de salud poblacional.
- ◆ La atención primaria de salud forma parte del desarrollo político, social y económico de cada país.
- ◆ En España se ha finalizado un proceso de reforma de la asistencia médica ambulatoria e introducido diversos elementos propios de la estrategia de la Atención Primaria. Las dificultades, los errores y los resultados principales de este periodo deben ser objeto de análisis continuo.

Los sistemas sanitarios y la práctica de la medicina han tenido tradicionalmente casi como único objetivo, aún lo tienen hoy, la enfermedad, y han dirigido sus esfuerzos

hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para el tratamiento de las patologías establecidas, prestando poca o nula atención a su prevención y a la conservación y promoción de la salud.

Estas consideraciones no son nuevas, ya que muchos autores las han expuesto y analizado con anterioridad. A partir de la década de 1970, a raíz de la conferencia de la OMS de Alma-Ata (1978), el conjunto del entramado profesional, social y político de gran parte de las naciones ha ido asumiendo la necesidad de reorientar los sistemas sanitarios.

La salud es un derecho fundamental del individuo que para su consecución necesita la colaboración y coordinación de distintos sectores técnicos y sociales, educación, vivienda, comunicación y agricultura.

1.3.3 HACIA UN NUEVO MODELO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

El ejercicio de la medicina se ha transformado extraordinariamente durante el siglo XX.

En 1910, Abraham Flexner, indicó la necesidad de transformar la formación médica hacia un modelo de hospitales docentes, que actualmente es utilizada en todas las facultades de medicina en los EE.UU. El modelo ecológico de la asistencia médica considera como un estado natural que se ve afectado por diversos factores interrelacionados, a) el entorno (físico y social); b) el acceso a los servicios de asistencia sanitaria, (preventiva, curativa y rehabilitadora); c) la herencia, y d) el estilo de vida personal.

Existen múltiples evidencias científicas de que el incremento de la complejidad y de los costos de los sistemas sanitarios tradicionales no se ha reflejado en el grado de salud de la población atendida.

a) la eficacia y la eficiencia de un sistema sanitario dirigido exclusivamente al diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades pueden ser bajas en términos de grados de salud colectiva alcanzados; b) la consecución y el mantenimiento de una determinada situación de salud no es un problema que hayan de resolver

exclusivamente los profesionales sanitarios y sus tecnologías; también desempeñan un papel fundamental otros sectores de la actividad social y económica relacionados con la calidad de vida general, y c) las medidas de prevención y promoción de la salud pueden contribuir de forma efectiva a modificar los hábitos de vida que están en la base causal de las enfermedades crónicas, de importancia creciente en las sociedades desarrolladas. “Necesitamos un nuevo tipo de médico de cabecera”.

1.3.4 TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE ASISTENCIA SANITARIA.

Hay que proceder, en suma, a una transformación y potenciación de la figura del médico de Atención Primaria, incrementando su prestigio científico y profesional y mejorando su imagen social.

El estímulo para transformar el actual sistema de asistencia sanitaria ha tenido su origen en los problemas costo, calidad y accesibilidad.

Desde 1980, se ha producido un cambio notable en las prácticas médicas de base comunitaria. En EE.UU. las consultas individuales y de pequeños grupos están desapareciendo. La asistencia esta cada vez más organizada y presta a través de grandes sistemas de atención sanitaria.

La implantación de una verdadera APS no es una cuestión que pueda resolverse únicamente mediante disposiciones legales y administrativas de mayor o menor rango. Alcanzar un desarrollo adecuado de la APS es un objetivo a medio y largo plazo hacia el que hay que dirigirse.

Ante la voluntad política de redefinir el sistema en la línea de la APS, es necesario elaborar una estrategia para su transformación progresiva en la que se tenga en cuenta, entre otros, los siguientes aspectos:

- 1.- Potenciar la calidad organizativa, funcional y científica de la asistencia médica ambulatoria.
- 2.- Intensificar el reciclaje y la formación continuada de los actuales profesionales sanitarios, introduciendo los elementos conceptuales y organizativos propios de la APS.

3.- Mejorar las condiciones económicas y la consideración técnica y social de los profesionales sanitarios y no sanitarios de las APS, equiparándolos en todos los aspectos a los hospitalarios.

4.- Perfeccionar los mecanismos de participación ciudadana en el sistema sanitario.

5.-Desarrollar la colaboración intersectorial en el terreno de la atención a la salud.

1.3.5 PERSPECTIVA DE LA MEDICINA DE FAMILIA BASADA EN LA POBLACIÓN

En muchos sentidos, la medicina de familia siempre ha sido una especialidad basada en la población. Surge a finales de la década de 1960.

La medicina de familia se apartó de la filosofía biomédica, adoptando un modelo más ecológico o biopsicosocial. En esta disciplina era fundamental un enfoque integral del individuo, creer en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, atendiendo al paciente en el contexto de la familia y la comunidad.

En lo que se refiere al paciente, esta especialidad ha reconocido la importancia entre el paciente y el médico y sus efectos en la evolución y la satisfacción del paciente. Así mismo la medicina de familia ha aumentado los conocimientos sobre la dinámica familiar y la manera de tratar al individuo en el contexto de su familia.

Entre la población, esta disciplina ha liderado el avance de los conceptos y la aplicación de atención primaria orientado a la comunidad.

1.3.6 COMUNIDAD GEOGRÁFICA DE INFLUENCIA.

Un elemento fundamental en la medicina de base poblacional es tener una población identificable, lo que a menudo se llama “denominador”, la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) describía la población como una comunidad geográfica de la que el médico se responsabilizaba.

Es importante que el médico de familia tenga en cuenta no solo a las personas que visita en la consulta sino también a las que no visita.

La APS tiene como estrategia, atender a toda la población y no solo a una parte, ser accesibles y proporcionar todos los cuidados propios de la Atención Primaria, debe mantener una relación costo-beneficio en sus actuaciones y resultados y estar abiertos a la colaboración intersectorial.

La APS como filosofía implica el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el derecho a la salud en el marco de los derechos fundamentales de las personas, que garantice su defensa prioritaria y responda en todo momento a criterios de justicia e igualdad en el acceso y disfrute de este derecho por todos los ciudadanos, con independencia de cualquier otro factor.

EPIDEMIOLOGÍA.

Para abordar con éxito los problemas desde una perspectiva poblacional es necesario que los médicos conozcan y comprendan las características epidemiológicas y demográficas básicas de su población, teniendo conocimientos y capacidades básicas en el campo de la epidemiología, estableciendo contacto con otros profesionales de experiencia reconocida.

Tomando en cuenta, la educación sanitaria, provisión de alimentos, nutrición adecuada, salubridad del agua, saneamiento básico, cuidados materno infantiles, inmunización, prevención y control de las enfermedades endémicas, tratamiento básico y abastecimiento de fármacos.

INFORMÁTICA.

Para aplicar bien la asistencia sanitaria de base poblacional, es necesario manejar eficazmente gran cantidad de información, por lo que es necesario que el médico tenga una base de datos poblacional, facilitando sobremanera el análisis de los datos.

TRABAJO EN EQUIPO.

A diferencia del médico de familia de la década de 1960, que probablemente ejercía su profesión en solitario, los médicos de familia de hoy la ejercen como parte de grupos y organizaciones complejas. Por consiguiente, para practicar eficazmente la medicina basada en la población, es importante tener la capacidad de funcionar de igual modo como parte de un equipo de asistencia sanitaria y no solo como un prestador individual.

El pilar organizativo en el que se basa el desarrollo de los contenidos sanitarios de la APS es el trabajo en equipos multidisciplinarios, su estructura organizativa y funcional debe estar constituida por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y las actividades de la APS en el seno de una comunidad determinada.

En el equipo de Atención Primaria el profesional médico tiene un papel primordial pero, no es el único protagonista de la actividad sanitaria, comparte sus responsabilidades y tareas con los otros componentes del equipo, asumiendo objetivos comunes estableciendo entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico conjuntando sus tareas, de acuerdo con la capacitación técnica de los profesionales que lo integran y no en una línea jerárquica vertical.

CENTRO DE SALUD.

El centro de salud (de Atención Primaria) es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de las actividades de la APS, de forma coordinada, integral, continuada, permanente y basada en el trabajo en equipo de los profesionales. El centro de salud asume como institución la responsabilidad de la atención de una comunidad definida demográfica y geográficamente, y en sus actividades han de estar contemplados tanto los aspectos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud como los estrictamente asistenciales curativos.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA.

La medicina basada en la evidencia es un proceso y una filosofía que integra la mayor evidencia externa con la experiencia clínica individual y la elección de los pacientes

Es un proceso de cuatro pasos que incluye la formulación de una pregunta, la búsqueda de los estudios publicados, la valoración de la validez de la información y su aplicación.

Consideraciones sociales y éticas.

Diversas consideraciones sociales y éticas, entre las que están equidad, el acceso, la defensa y la distribución de los recursos, atender a las poblaciones y a los individuos

no es por fuerza antiético, sino complementario. Esto coincide con el espíritu de la medicina de familia que plantea la asistencia en el contexto de la comunidad.

Un modelo de asistencia sanitaria basado en la población.

Sus estructuras son similares y es interesante destacar que se parecen a las usadas por los programas de mejora continua de la calidad.

La APOC es una estrategia de asistencia sanitaria basada en la población que puede ayudar al médico de familia a equilibrar sus obligaciones con cada paciente y con las de la sociedad en conjunto.

Filosofía de la APOC.

La atención primaria orientada a la comunidad se propuso hace décadas como un método práctico para integrar los principios de la medicina comunitaria y la salud pública en la prestación de la atención primaria.

La APOC surge de nuevo como un modelo excelente para practicar la asistencia sanitaria de base poblacional.

La APOC es una estrategia sistemática para abordar la asistencia sanitaria de la comunidad y de los individuos de una forma global.

En el modelo de la APOC, lo ideal sería intentar prevenir la aparición de enfermedades en los individuos de alto riesgo, en vez de pretender sólo mejorar su tratamiento.

Proceso de la APOC.

El paradigma de la APOC puede utilizarse con facilidad en el ejercicio de la atención primaria. Éste debe ser global y poder prestar toda la gama de servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que sirva. La asistencia ha de ser accesible y continua a lo largo del tiempo. Además el prestador de la atención primaria debe actuar como coordinador de la asistencia cuando sean muchas las personas que participen en la aplicación de los servicios y el suministro de información.

El procedimiento de la APOC ofrece una metodología para identificar y abordar los principales problemas sanitarios de una población. Aplica los principios de gestión a la planificación y prestación de asistencia sanitaria. El proceso de la APOC requiere cuatro elementos:

- 1.- Definición y caracterización de la comunidad o la población asignada.
- 2.- Identificación de los problemas de salud y de asistencia sanitaria.
- 3.- Intervención o modificación de los patrones de práctica asistencial.
- 4.- Control del efecto de la intervención.

La definición o enumeración de las características de la población asignada es el paso inicial del ciclo de la APOC.

Como se ha indicado, es necesario que los médicos de familia adopten un planteamiento amplio sobre su población y tengan en cuenta también a los individuos que no acuden de manera regular a la consulta. Lo ideal es que los médicos puedan hacer una lista de todos los individuos de su población y describir sus características sociodemográficas sus creencias culturales y sus conductas sanitarias, que permita evaluar el efecto de la intervención.

Una vez definida una población, el médico de familia puede identificar y establecer prioridades sobre los problemas de salud más importantes y sus principales riesgos. Posteriormente pueden planificarse estrategias de intervención para abordarlos.

Cuando el programa ya está siendo aplicado, el énfasis se desplaza al seguimiento del mismo. La finalidad del seguimiento es obtener información procedente de encuestas de población, o basarse en datos secundarios obtenidos en entrevistas clínicas o en otros datos disponibles.

Es importante que se hayan desarrollado las técnicas de seguimiento y los métodos de evaluación apropiados antes de iniciar la intervención.

El último paso del ciclo de la APOC es evaluar el programa. Hay que valorar tanto el proceso como los resultados.

Las valoraciones de los resultados facilitan la determinación del grado en que la intervención haya tenido el efecto deseado.

1.4. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF).

1.4.1 Antecedentes del (MOSAMEF).

El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: ¿Piedra de Rosetta para la Medicina Familiar?

El célebre caso de la Piedra de Rosetta, descubierta en su valor científico por Champollion en 1828, se constituyó en pieza clave para descifrar los jeroglíficos egipcios. Este suceso puede ser tomado como ejemplo de lo que pudiera significar para la medicina familiar, la aplicación del llamado Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF)¹³.

El MOSAMEF se origina a partir de tres preguntas fundamentales: ¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familiar? ¿Cómo identificar las necesidades de atención a la salud de las familias? ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?¹³.

1.4.2 Definición del (MOSAMEF).

El Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar es un conjunto de procedimientos (administrativos, clínicos y operativos) que fundamentan el desarrollo de las actividades del médico familiar¹⁰.

1.4.3 Propósito del (MOSAMEF).

- Describir el escenario en el que el médico familiar desempeña sus actividades, infraestructura, perfil demográfico de las familias, perfil epidemiológico, etc.
- Analizar los problemas, priorizar las necesidades, planear y organizar (infraestructura, recursos tiempo) estrategias.
- Desarrollar actividades fundamentadas en los principios esenciales de la medicina familiar. (Atención integral del individuo y su familia, continuidad de la atención y enfoque de riesgo)
- Evaluar los resultados de las estrategias¹⁰.

1.4.4 Etapas del MOSAMEF

◆ Diagnóstica

Objetivo: realizar una descripción de los elementos que influyen en la práctica profesional del médico familiar para la planeación y toma de decisiones que favorezcan el logro de los objetivos esenciales de la medicina familiar¹⁰.

◆ Población bajo su cuidado profesional:

- Pirámide poblacional.
- Diagnóstico de salud y riesgo.
- Expedientes clínicos.

◆ Infraestructura

- Recursos humanos, físicos, servicios y materiales.
- Laboratorio y gabinete.
- Sistema de referencia y contra referencia.
- Redes de apoyo extrainstitucional¹⁰.

◆ Perfil epidemiológico y problemas de salud.

- Diez primeras causas de motivos de consulta.
- Diez primeras causas de morbilidad.
- Diez primeras causas de referencia¹⁰.

1.4.5 Análisis de la situación.

1.4.6 Priorización de problemas.

Objetivo: evaluar la aplicación de las NOMs y los resultados de la aplicación de los programas prioritarios.

Estrategia: Investigación basada en la práctica clínica

Diagnóstico de la aplicación de NOMs.

Evaluación de la operación de los programas prioritarios para la salud.

Metas, cobertura, indicadores, tasas, frecuencias, porcentajes, etc¹⁰.

Por ejemplo:

- Materno-infantil.
- Planificación familiar.
- Control de embarazo.
- Lactancia materna.
- Control del niño sano.
 1. Inmunizaciones.
 2. Estado nutricional.
 - a) Desnutrición.
 - b) Obesidad.
- Desarrollo psicomotor.

Enfermedades infecciosas.

- IRAS.
- EDAS.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- VIH/SIDA.

Enfermedades crónicas.

- Diabetes mellitus.
- Hipertensión arterial.
- Artritis reumatoide.

Enfermedades degenerativas.

- Cáncer cervico uterino.
- Cáncer mamario.
- Cáncer de próstata.
- Cáncer gástrico.
- Cáncer pulmonar¹⁰.

1.4.7. Planeación de estrategias y modelos de evaluación de las mismas.

Objetivo: diseñar proyectos dirigidos a la solución de problemas específicos identificados en etapas anteriores del MOSAMEF.

Estrategia: Investigación (cinco líneas: metodológica, clínica, educativa, en servicios y en sistemas de salud).

Resultado esperado: Evaluar si las intervenciones (clínicas, administrativas, operativas, etc.) son eficaces para la solución de los problemas detectados¹⁰.

La práctica de la Medicina Familiar se fundamenta en tres elementos esenciales: el estudio de la familia, la continuidad de la atención y la acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo¹³.

El MOSAMEF propicia una práctica médica con propósitos definidos que justifica la toma de decisiones operacionales aplicadas a necesidades reales, las cuales son obligadamente diferentes para cada comunidad de usuarios de los servicios médicos¹³.

La aplicación del MOSAMEF se constituye en una probable respuesta a lo que muchos especialistas en medicina familiar se preguntan: ¿Cuál es el eje de nuestra especialidad? Algunas de las acciones que integran el MOSAMEF, han sido referidas en documentos de orientación operativa Institucional como la Guía Técnica para las actividades de atención a la mujer, detección, diagnóstico y referencia oportuna de la paciente con cáncer de mama en las unidades de medicina familiar¹³.

El Plan General de la Mejora de la Atención Médica establece estrategias, determina procesos y líneas de acción que a corto, mediano y largo plazo favorecerán el mejoramiento del proceso de la atención médica, contando con un conocimiento objetivo de la población, e indagando sobre la asociación causal entre factores de

riesgo y daños a la salud, estableciendo la conveniencia de este ejercicio por unidad de medicina familiar, zona y delegación, con el propósito de planear y actuar en forma efectiva¹³.

Es importante para el Médico Familiar como primera actividad, identificar de la pirámide de población y de cada uno de los consultorios de medicina familiar el grupo de mujeres mayores de 15 años. La realización de esta tarea requiere necesariamente que todos los consultorios atendidos por médicos familiares sin excepción deban contar con una pirámide de población, para organizar el trabajo mediante un diagnóstico demográfico-epidemiológico que sirva como base para la planeación de programas y estrategias congruentes con la particular problemática sanitaria de los usuarios de los servicios que otorga un médico en el primer nivel de atención¹³.

El no realizar una actividad efectiva y eficiente ha propiciado que muchos centros de salud y unidades de medicina familiar sean observados en una especie de estación de paso para referir a los pacientes a hospitales¹³.

El problema es complejo, una de sus posibles soluciones puede consistir en sensibilizar a los médicos en el uso práctico de modelos de atención como el MOSAMEF, facilitando tanto el diagnóstico de factores de riesgo dentro de los grupos familiares, como un conocimiento más objetivo de las familias mismas. La aplicación del MOSAMEF en la práctica de la medicina familiar facilitará una atención más resolutiva pero fundamentalmente más científica y humana¹³.

En nuestro país, el MOSAMEF es un modelo de práctica médica familiar, diseñado por un grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Autónoma de México (UNAM). Fue dado a conocer desde 1995 en la tercera edición del libro Fundamentos de Medicina Familiar⁸.

La motivación inicial para desarrollar este modelo a las familias fue presentar en forma de protocolo un esquema de atención sistemática, en el diplomado de postgrado efectuado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la UNAM: hasta el año 2000 lo habían aplicado más de 100 especialistas en medicina familiar en el país⁸.

El MOSAMEF pretende incidir en mayor o en menor medida en cada uno de los cinco campos de la acción planteados por la Carta de Ottawa, producto de la Segunda Conferencia Interracial de Promoción de la Salud:

- Reorientar los servicios de salud.
- Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida.
- Crear “medioambientes” sanitarios.
- Elaborar políticas explícitas para la salud.
- Reforzar la acción comunitaria en salud⁸.

Hacer promoción de la salud significa, en definitiva intentar ayudar a las personas y colectividades a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar. El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) es un instrumento técnico profesional para la realización de una serie de actividades preventivas. Este programa puede considerarse como un antecedente directo del MOSAMEF⁸.

El MOSAMEF y el médico familiar

Es indiscutible que contar con una población cautiva, atender todo tipo de episodios de salud y de enfermedad, atender indistintamente a todos los miembros de la familia, contar con la posibilidad de desarrollar indicadores de riesgo y probabilidades de ocurrencia de eventos, dan grandes ventajas al practicante de la medicina familiar⁸.

El médico de familia debe poseer las siguientes cualidades: ser buen clínico, científico, consejero diagonal, asesor, educador, trabajador, receptivo, accesible, empático, sistemático, racional, respetuoso, con actitud de búsqueda, con afán de superación, que coordina la asistencia, preocupado por el paciente y preocupado por su propia formación⁸.

Antecedentes sociopolíticos del MOSAMEF

En todo el mundo existe actualmente una megatendencia hacia la reforma de los sistemas de salud. Tres elementos impulsan principalmente estas reformas:

- Los costos de la atención en salud
- Los problemas de acceso a la atención médica
- La percepción de los usuarios de que la calidad de la atención no es óptima⁸.

El MOSAMEF comparte sus principios con el denominado modelo ecológico de asistencia médica, propuesto por White.

- a) El microambiente y macroambiente (físico y social)
- b) El acceso a los servicios de salud (niveles de atención preventiva, curativa y de rehabilitación).
- c) Factores hereditarios.
- d) Estilo de vida (actualmente de primordial importancia para la comprensión y manejo de patologías crónico-degenerativas)⁸.

La filosofía del modelo ecológico de la salud, señala a la medicina como una institución de la sociedad que tiene como tarea primordial recuperar la salud de las poblaciones⁸.

Perspectivas del MOSAMEF

Partiendo de que la continuidad a decir de Shires, se constituye en la quintaesencia de la medicina familiar la aplicación del MOSAMEF, deberá incluir un proceso de:

- Actualización periódica
- Evaluación operativa

- Establecimiento de estrategias para la solución de problemas de salud y anticipación al daño.
- Deberá responder a los programas de calidad total
- Identificación de características de la comunidad a estudiar
- Señalamiento puntual de los problemas de salud de la población
- Modificación a los problemas detectados
- Seguimiento del impacto de la intervención⁸.

1.5 Planteamiento del problema:

El Sindicato Nacional de Trabajadores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se registró el 1º enero de 1960. Es una organización que se conforma con los trabajadores de base del mismo y que se eligen en un Congreso Nacional Ordinario, por un periodo de cuatro años, siendo electo por los delegados efectivos del SNTISSSTE de las 48 secciones que lo conforman. En éste se elige al Comité Ejecutivo Nacional y se designa al personal de apoyo que lo integra, con un número de 340 personas comisionadas en él.

En las instalaciones del Sindicato Nacional de trabajadores del ISSSTE, se cuenta con un consultorio médico el cual carece de un estudio previo, así como de historiales clínicos que permitan tener un diagnóstico situacional preciso.

Este personal es heterogéneo por naturaleza, en virtud de que son electos en toda la República y con la participación de todas las ramas laborales y sin cubrir un perfil particular, salvo el de liderazgo político, por lo tanto, participa todo el personal de base de la Institución y la duración en sus funciones es por cuatro años. En consecuencia, se desconocen todos sus parámetros de salud pública, sus características familiares, sus aspectos demográficos generales, su estructura poblacional y por supuesto también se desconocen sus factores de riesgo.

Este grupo poblacional temporal (cuatro años) del cual se ignora todo al inicio de la gestión, merece al menos, un estudio en donde se identifiquen con precisión cuales

son los principales factores de riesgo, para obrar en consecuencia, en el entendido de que esta revisión debe actualizarse periódicamente cada cuatro años.

Por la particularidad que les da la temporalidad de cuatro años, a este grupo, es necesario este tipo de investigación para contar con datos que permitan conocer las características de las familias sus factores demográficos y sus factores de riesgo para implementar programas de seguimiento y/o preventivos que conduzcan a un estado de mejora continua en el aspecto de la salud en este personal comisionado.

1.6 Justificación.

Ante el hecho de que en los sindicatos nacionales no se cuenta con antecedentes que especifiquen las características de las familias y factores de riesgo, es necesario que en el SNTISSSTE, se conozca el índice de marginación, el estado de salud integral de las familias, la escolaridad, y el desarrollo comunitario, con el propósito de implementar acciones y programas de prevención de las condiciones de vida.

Este singular grupo laboral de personal comisionado a un Sindicato Nacional, que cuando menos durante cuatro años, permanece en convivencia estrecha y que desde el punto de vista individual cuentan con los beneficios de la seguridad social, pues todos son derechohabientes del ISSSTE desde el punto de vista social o comunitario hasta la fecha ha sido marginado e ignorado en forma total. Nunca se les ha tomado en cuenta como un grupo social para incidir en ellos con programas de salud.

Con esta investigación se pretende hacer un diagnóstico que permita analizar sus factores de riesgo y en consecuencia implementar acciones inmersas en la salud que abarquen las curativas y las preventivas que incidan en un mejoramiento continuo de sus condiciones de vida.

Con programas establecidos y dirigidos a este grupo específico, con un seguimiento puntual y con las medidas preventivas conducentes, se intenta mejorar el aspecto de

la salud a este grupo laboral, que nunca fue visto como tal, permaneciendo desde el inicio del sindicato en un estado de total abandono en la atención de su salud.

1.7 Objetivo General.

Aplicar el MOSAMEF en su etapa diagnóstica en el personal comisionado al Comité Ejecutivo Nacional de Trabajadores del SNTISSSTE.

Objetivos específicos:

Identificar la tipología y clasificación de las familias del personal comisionado al Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado.

Identificar los factores principales de riesgo del personal comisionado al Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado.

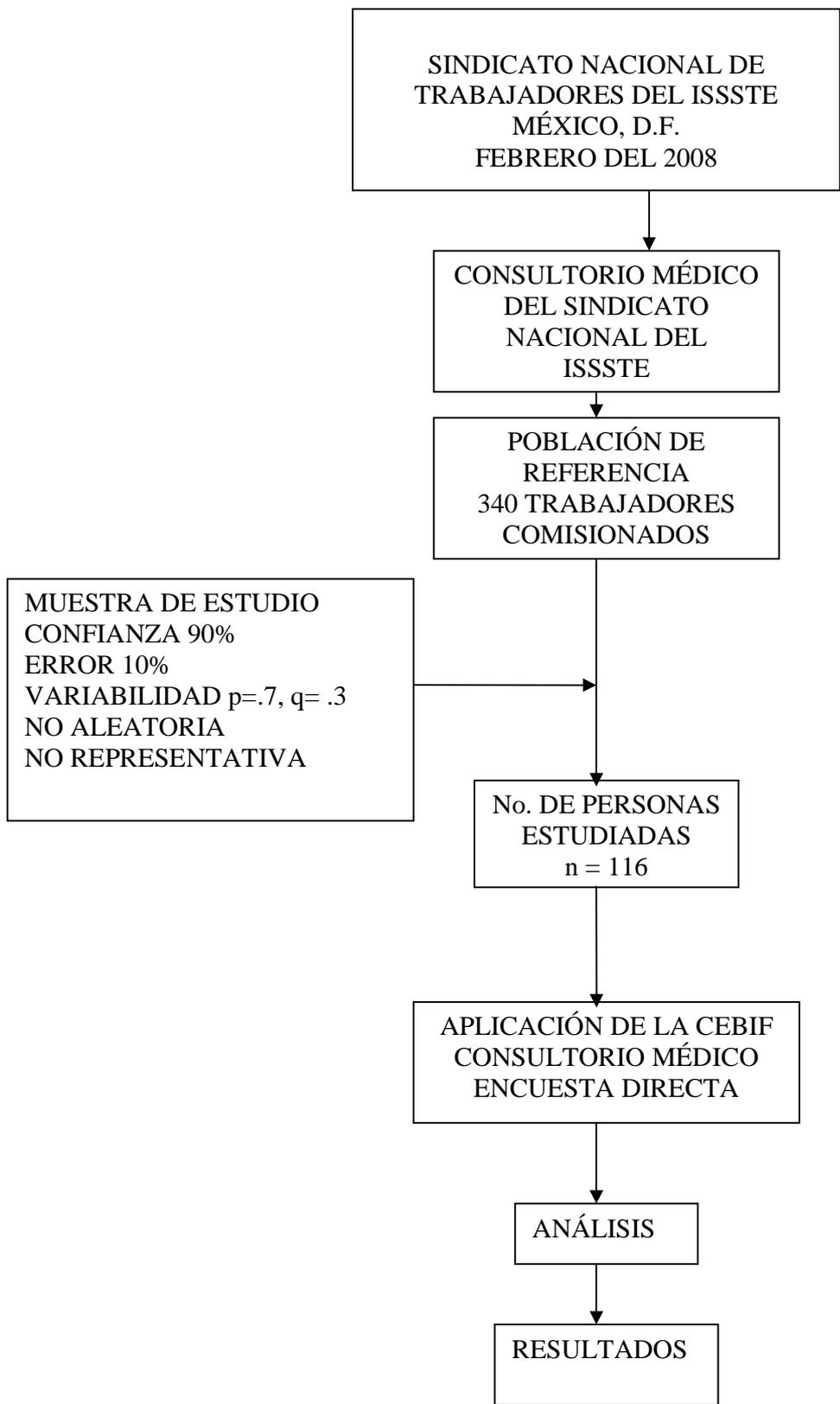
2. MATERIAL Y METODOS.

2.1 Tipo de Estudio.

Observacional, transversal, prospectivo, descriptivo, y cuantitativo.

2.2 Diseño de Investigación del Estudio.

Esquema de las etapas de planeación del proyecto.



2.3 Población.

La población de referencia es de 340, correspondiente al personal comisionado al Comité Ejecutivo Nacional del SNTISSSTE.

2.4 Muestra.

Tamaño de la muestra 116 de acuerdo a la formula:

$$n = \frac{z^2 q}{e^2 p}$$

$$n = \frac{1}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{z^2 q}{e^2 p} - 1 \right]}$$

Donde

z= confianza = 90% = 1.645 (z)

q = .3
 p = .7

\ \ Variabilidad
 / /

e = error = 10% = .10

N= 116

2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Inclusión: Todo el personal comisionado que se encuentra adscrito al Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en el D.F. que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Exclusión: El personal comisionado que no se encuentra dentro del edificio sede del Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

2.6 Variables:

En el siguiente cuadro se especifican el número de variables, las variables, valores de las variables, etiquetas, tipo de variable y escala.

Número	Variables	Valores de la variable	Etiquetas	Tipo de variable	Escala
1	PF Madre	Control de natalidad.	Uso de anticonceptivos	Cuantitativa	Ordinal
2	Método Madre	Otb. Diu Otros	Método anticonceptivo usado por la madre	Cuantitativa	Nominal
3	PF Padre	Control de natalidad	Uso de anticonceptivos	Cuantitativa	Ordinal
4	Estado civil de cónyuges	Casados Unión libre Divorciados Viudos Solteros	Unir en matrimonio Sin vinculo matrimonial Deshacer un matrimonio Muerte del cónyuge Soltero	Cualitativa	Discontinua
5	Parentesco familiar	Hija Hijo Madre Padre		Cualitativa	Discontinua
6	Número Hijos R.N-1	Niño de 0 días a 365 días	Recién nacido a un año	Cualitativa	Continua
7	Núm. Hijos 1-4	Niño de 1 a 4 años	Niño que ha vivido de uno a 4 años cumplidos	Cualitativa	Continua
8	Núm. hijos 5-10	Niño de 5 a 10 años	Niño que ha vivido de 5 a 10 años cumplidos	Cualitativa	Continua
9	Núm. Hijos 11-19	Niño de 11 a 19 años	Niño y/o adolescente de 11 a 19 años cumplidos	Cualitativa	Continua
10	Núm. Hijos 20 o más	Adulto joven	Adulto joven con mas de 20 años cumplidos	Cualitativa	Continua
11	Con parentesco	consanguíneo	Familiar de uno de los cónyuges	Cualitativa	Discontinua
12	Sin parentesco	No consanguíneo	Amigo, compadre, etc.	Cualitativa	Discontinua
13	C.E. Familia Nuclear	Simple Numerosa Ampliada Binuclear Reconstruida	Papás con hijos < de 4 Papás con > 4 hijos Con otros parientes Cónyuges divorciados Nuevas nupcias	Cualitativa	Discontinua
14	C.E. Familia extensa	Ascendente Descendente	Abuelos, bisabuelos Nietos bisnietos	Cualitativa	Discontinua
15	C.E. Familia Mono parental	Simple Ampliada	1 solo cónyuge <4 hijos 1 solo cónyuge y parientes.	Cualitativa	Discontinua
16	C.E. Persona Que vive sola	Soltera	Soltera	Cualitativa	Discontinua
17	Etapa del ciclo Vital de la familia	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro	Recién casados Llegada del 1er. Hijo Escolares y adolescentes Mayoría de edad. Desempleo, jubilación, Viudez y/o abandono.	Cualitativa	Discontinua
18	Des. Com. Serv. Agua potable	Suministro de agua	Con instalación hidráulica adecuada	Cualitativa	Discontinua
19	Des. Com. Serv. Drenaje subterráneo	Recolección de aguas residuales	Red de drenaje subterráneo	Cualitativa	Discontinua
20	Des. Com. Serv. Energía eléctrica	Suministro de energía eléctrica	Instalación de cableado eléctrico.	Cualitativa	Discontinua

21	Des. Com. Serv. telefónico	Servicio telefónico	Instalación de telefonía domestica.	Cualitativa	Discontinua
22	Des. Com. Serv. Alumbrado público	Subministro de luz en la vía pública	Postes e instalación de lamparas.	Cualitativa	Discontinua
23	Des. Com. Pavimentación	Calles pavimentadas	Pavimentación de calles y avenidas	Cualitativa	Discontinua
24	Des. Com. Banquetas	Provisión de banquetas	Construcción de áreas peatonales	Cualitativa	Discontinua
25	Des. Com serv. Transp. publico	Red de transporte público	Autobuses, metro bus, metro etc.	Cualitativa	Discontinua
26	Des. Com. Vigilancia	Seguridad publica	Policías,	Cualitativa	Discontinua
27	Ingreso económico familiar	5 o más sal. Min. 3-4 sal. mínimos 1-2 sal mínimos	Salarios mínimos en el D.F. que equivale aprox. a \$51.00 m.n.	Cuantitativa	Nominal
28	Núm. Hijos dependientes	Ningún hijo 1 hijo 2 hijos 3 o más hijos	Si es dependiente económicamente de los padres	Cuantitativa	Nominal
29	Escolaridad materna	Post-primaria Primaria completa Primaria incompleta. Sin instrucción	Instrucción escolar	Cualitativa	Continua
30	Hacinamiento número de personas por dormitorio.	1-2 personas 3 o más personas	Personas que duermen por habitación	Cualitativa	Nominal
31	Prestaciones laborales	Incapacidad Cuidados maternos etc.	Si lo ameritan o no	Cualitativa	Discontinua
32	Servicios públicos	Seguridad social.	A que servicio médico acuden	Cualitativa	Discontinua
33	Servicio privado	Lab. Gabinetes o médicos	Particulares	Cualitativa	Discontinua
34	IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social	Si acude o no	Cualitativa	Discontinua
35	SSA	Secretaria de Salud	Si acude o no	Cualitativa	Discontinua
36	SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional	Si acude o no	Cualitativa	Discontinua
37	ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	Si acude o no	Cualitativa	Discontinua
38	Diabetes mellitus	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
39	Hipertensión arterial	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
40	Enfermedad del corazón.	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
41	Cáncer. de mama	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
42	Cáncer de próstata	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua

43	Cáncer otros	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
44	Insuficiencia renal	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
45	Enfermedad cerebro vascular	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
46	Asma	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
47	Hepatitis B y C	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
48	Obesidad	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
49	Tabaquismo	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
50	Alcoholismo	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
51	Otras fármaco dependencias	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
52	Violencia intrafamiliar.	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
53	Enfermedades psiquiátricas	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
54	Riesgo ocupacional	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
55	Discapacidad	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
56	Detección de cáncer cervico uterino	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
57	Cáncer de mama	Antecedentes en la familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua

2.7 Método para la recolección de la información.

- ◆ Con la anuencia de las autoridades del SNTISSSTE, se efectuó la aplicación de la (CEBIF) en el personal comisionado en la Sede Nacional.
- ◆ Se informó al personal comisionado, la finalidad de la encuesta invitándolos a participar.
- ◆ En el consultorio médico de la Sede Nacional del SNTISSSTE, se efectuó la encuesta de la (CEBIF) al personal que voluntariamente accedió a contestar en forma personalizada.
- ◆ Se efectuó la encuesta de la CEBIF en los rubros:
 - Datos de identificación
 - Fecha de aplicación
 - Folio personalizado.

- Salud reproductiva.
- Factores demográficos.
- Clasificación estructural de la familia.
- Etapas del ciclo vital de la familia.
- Desarrollo comunitario.
- Índice simplificado de marginación familiar.
- Redes sociales de apoyo.
- Factores de riesgo.
- Patología familiar.
- Detección del cáncer.
- Datos demográficos de la familia.

◆ Se capturó la información en el programa estadístico SPSS detallado y especificado.

◆ Se obtuvieron gráficas y tablas.

◆ Se obtuvo la pirámide poblacional.

◆ Se analizaron los resultados.

◆ Dando como resultado el Diagnóstico Situacional del personal comisionado.

2.8 Maniobras para evitar o controlar sesgos.

Se reconoce que hay sesgo de información, debido a que las personas encuestadas son las que aportan la información, considerando que se debe confiar en ellas.

Sesgo de selección: debido a la naturaleza no aleatoria de los individuos seleccionados.

2.9 Procedimientos estadísticos.

El análisis de la información se hizo mediante estadística descriptiva, medidas de tendencia central, resumen y de dispersión

2.10 Diseño y construcción de base de datos.

Se efectuó la recolección de datos de la CEBIF en el programa SPSS.

2.11 Cronograma

Actividades	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Marco teórico	X	X	X	
Material y métodos	X	X	X	X
Recolección de datos	X	X		
Almacenamiento de la información	X	X	X	
Análisis de resultados			X	X
Integración del reporte final			X	X
Entrega de trabajo				X

2.12 Recursos Humanos, materiales y financieros.

El material que se utilizó: papelería (hojas, lápices, plumas), servicio de fotocopiado, muebles de oficina, computadora etc.

Material Humano: investigador, tutor, capturista.

2.13 Consideraciones éticas.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General, Tokio, Japón, 2004.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México.

En base a la Ley General de Salud en su artículo 17, fracción I, que a la letra dice:

1. Investigación si riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en la variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

En la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial en junio de 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial en Tokio, Japón, en octubre de 1975, en la 35ª Asamblea Médica Mundial en Venecia Italia en octubre de 1983, en la 41ª A.M.M. Hong Kong, septiembre de 1989, 48ª Asamblea General en Sudáfrica, octubre de 1996, la 52ª Asamblea General, en Edimburgo, octubre del 2000, y en Washington en 2002, la declaración de Helsinki establece los principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas; los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

Velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente.

El médico debe actuar solamente en el interés del paciente.

El progreso de la medicina tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.

La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas

La investigación médica debe ser por el bienestar de los seres humanos.

El propósito principal es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y comprender la etiología y patogenia de las enfermedades.

La investigación médica debe estar sujeta a normas éticas para promover el respeto a todos los seres humanos y proteger la salud así como sus derechos individuales.

Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos.

Principios básicos para toda investigación médica.

Es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

Debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados.

Debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica.

Prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar al medio ambiente.

Debe formularse claramente un protocolo experimental.

Debe fundamentarse en las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación.

La investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas.

La investigación médica debe ser llevada a cabo solo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente.

Todo proyecto debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo.

Los médicos deben abstenerse de efectuar proyectos de investigación a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados.

La investigación solo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo.

La investigación solo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que se realiza podrá beneficiarse de los resultados.

Los individuos deben ser voluntarios e informados.

Debe respetarse el derecho de los participantes a proteger su integridad resguardando la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información y reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental así como su personalidad.

El individuo debe recibir información adecuada acerca de los objetivos y métodos de la investigación.

3. Resultados.

En relación a las 116 familias encuestadas en el Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se obtuvieron los siguientes resultados de sus familiares y personas que viven con ellos (n=434):

Es el sexo femenino el predominante con un 56.9% y el 43.1% para el sexo masculino; siendo el promedio de edad de 37.7 años con una desviación estándar de 19.6; con un promedio de escolaridad de 12 años, con una desviación estándar de 5; encontrando que las ocupaciones mas frecuentes fueron las de estudiantes con un 28.3%, empleado con un 8.1% y profesional con 22.4%. Los parentescos predominantes son el hijo con un 44.2%, madre 23.5%, padre 19.1%; nietos 4.1% y abuelos maternos con un 2.5%; en el estado civil predominan los casados con un 61.2%, unión libre 6.0%, los divorciados 13.8%, viudos 11.2% y solteros 7.8%; el grupo etáreo predominante en los hijos es de 20 o más, con porcentaje de 48.3%, siendo el menor de 1 – 4 años con un porcentaje de 5.2%; la clasificación estructural de las familias, nuclear simple con 44.8%, nuclear ampliada con 12.1%, estructura familiar extensa, ascendente como descendente, ambas tienen el 4.3%; la familia monoparental simple es del 19.0% y ampliada el 6.0%, las personas que viven solas con 5.2%. Demostrándose en las tablas de la 1 a la 5.

Tabla 1
Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estudiante	123	28.3	28.3	28.3
Empleado	122	28.1	28.1	56.5
Profesional	97	22.4	22.4	78.8
Ama (o) de casa	42	9.7	9.7	88.5
Jubilado	16	3.7	3.7	92.2
Desempleado	7	1.6	1.6	93.8
Menor de edad	7	1.6	1.6	95.4
Conductor (chofer)	5	1.2	1.2	96.5

Comerciante establecido	4	.9	.9	97.5
Estudia y trabaja	3	.7	.7	98.2
Técnico	3	.7	.7	98.8
Obrero	2	.5	.5	99.3
Otras ocupaciones no especificadas	2	.5	.5	99.8
Servicios diversos	1	.2	.2	100.0
Total	434	100.0	100.0	

Tabla 2
Parentesco

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hijo	192	44.2	44.2	44.2
Madre	102	23.5	23.5	67.7
Padre	83	19.1	19.1	86.9
Nieto	18	4.1	4.1	91.0
Abuelos maternos	11	2.5	2.5	93.5
Hermanos maternos	9	2.1	2.1	95.6
Nuera	5	1.2	1.2	96.8
Yerno	4	.9	.9	97.7
Otros	4	.9	.9	98.6
Sobrinos maternos	3	.7	.7	99.3
Hermanos paternos	2	.5	.5	99.8
Primos maternos	1	.2	.2	100.0
Total	434	100.0	100.0	

Tabla 3
Estado civil de los cónyuges

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--------------	------------	------------	-------------------	----------------------

Casados	71	61.2	61.2	61.2
Unión libre	7	6.0	6.0	67.2
Divorciados	16	13.8	13.8	81.0
Viudos	13	11.2	11.2	92.2
Solteros	9	7.8	7.8	100.0
Total	116	100.0	100.0	

Tabla 4
Familia nuclear

Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Simple	52	44.8	66.7	66.7
Numerosa	5	4.3	6.4	73.1
Ampliada	14	12.1	17.9	91.0
Binuclear	4	3.4	5.1	96.2
Reconstruida	3	2.6	3.8	100.0
Total	78	67.2	100.0	
Perdidos	38	32.8		
Total	116	100.0		

Tabla 5
Familia monoparental

Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Simple	22	19.0	75.9	75.9
Ampliada	7	6.0	24.1	100.0
Total	29	25.0	100.0	
Perdido	87	75.0		
Total	116	100.0		

En el desarrollo comunitario con servicio de agua potable, drenaje subterráneo, energía eléctrica, alumbrado público, servicio telefónico, pavimentación con banquetas, servicio de transporte público y vigilancia; el porcentaje de todos estos elementos son cercanos al 100%.

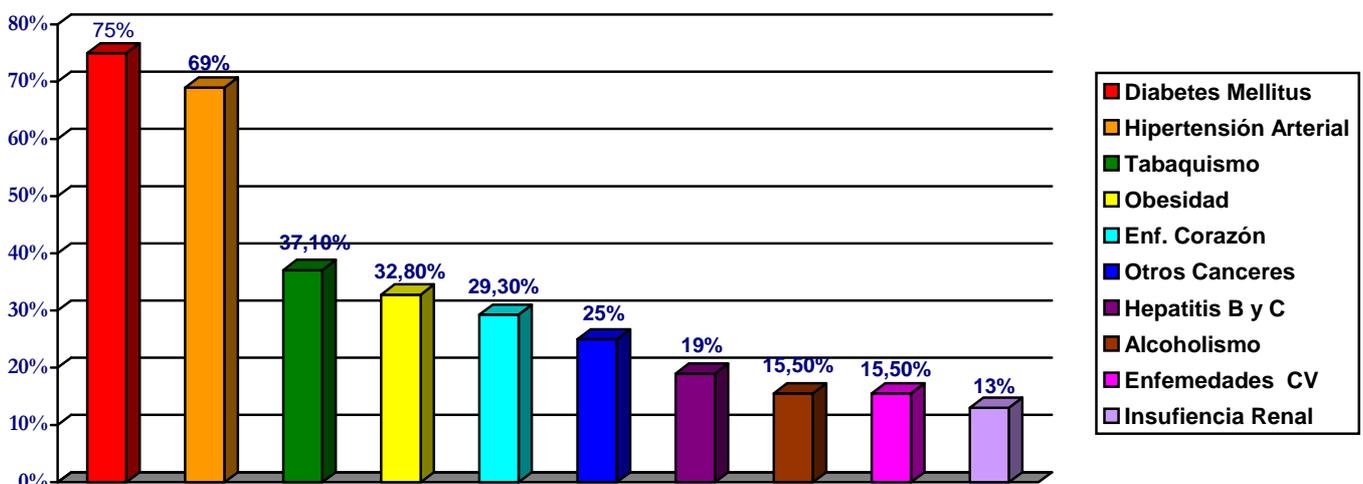
El ingreso económico familiar esta por encima de los cinco salarios mínimos con un porcentaje de 95.7, dato que justifica que en el rubro de hacinamiento el 97.4% es de 1 a 2 personas por dormitorio.

Un dato que resalta es que el 100% cuenta con los servicios, prestaciones y seguros que da la seguridad social dentro de la propia institución.

Los factores de riesgo patológicos familiares en orden progresivo descendente son: diabetes mellitus 75%, hipertensión arterial 69%, tabaquismo 37.1%, obesidad 32.8%, enfermedades del corazón 29.3%, otros cánceres 25.0%, hepatitis B y C 19%, alcoholismo 15.5%, enfermedades cardiovasculares 15.5% e insuficiencia renal 13%.

Demostrándose en la gráfica siguiente:

FACTORES DE RIESGO PATOLOGÍA FAMILIAR.



La violencia intrafamiliar todavía ocupa un porcentaje significativo del 5.2%. Finalmente el riesgo ocupacional es del 13.8% y las discapacidades ofrecen un 6%.

La detección del cáncer cervico uterino y cáncer de mama son del 85.3% y 86.2% respectivamente, porcentaje que deberá llegar al 100% como resultado entre otros, de la presente investigación.

La planificación familiar predomina en la madre con un 67.2%, dejando solamente un 5.2% en el padre, siendo el método mas utilizado el de la obstrucción tubárica bilateral con un 25%.

La pirámide poblacional del personal del Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores del ISSSTE, clasificados por grupos de edad y sexo se muestra en el (anexo 1).

4. Discusión

En el presente estudio efectuado en el personal comisionado en el Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato de Trabajadores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, grupo que por su naturaleza es heterogéneo y con la característica que todos cuentan con los beneficios de la seguridad social y con un nivel socioeconómico que le otorga el tener ingresos de cinco salarios mínimos o más; este grupo se comporta de acuerdo a las expectativas nacionales.

En el estudio se visualizó que prevalece el sexo femenino en comparación con el sexo masculino; en relación a la edad se encontró que la edad promedio oscila entre los 30 a 40 años; población productiva con una escolaridad promedio de 12 años o más, con un número de profesionistas alto.

Las familias estudiadas son principalmente mononucleares simples, siguiendo en frecuencia las monoparentales simples, en un alto porcentaje son casados, con hijos entre 20 años o más y en ciclo vital de independencia y/o expansión.

Se comprobó la prevalencia de los factores de riesgo comunes a los grupos con estatus socioeconómicos similares.

Dentro del rubro de salud reproductiva se visualiza que por las características de idiosincrasia sigue siendo la madre quien lleva el peso de la planificación familiar, en un porcentaje mínimo el padre, siendo el método más utilizado por estas familias la obstrucción tubárica bilateral.

Las familias del personal comisionado al Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, son características de las grandes ciudades con los factores de riesgo que esto conlleva, por lo que se deben de implementar en este centro de trabajo programas específicos de concientización para la prevención de los mismos y alcanzar una mejor calidad de vida.

5. Conclusiones

El pilar fundamental de toda la sociedad en el mundo es la familia, por lo que es necesario conservar la salud y la integridad de sus miembros en todas sus áreas como son: la salud, la sociedad, su estabilidad emocional y actualmente la espiritualidad; por lo que se hace necesario el estudio periódico del ser humano, conservando y registrando antecedentes que nos lleven a un control de la misma.

Por esto el compromiso fundamental del médico familiar es el de conocer la comunidad a la cual presta sus servicios para la conservación y la integridad del individuo y su familia.

Se encontró que las enfermedades crónico degenerativas tienen un patrón similar a diversos grupos de la sociedad.

Razón por la cual es de necesaria obligatoriedad, establecer y llevar a cabo estudios con especial énfasis en los aspectos preventivos, en virtud de que las enfermedades crónico degenerativas tienen una alta prevalencia con las consecuencias socioeconómicas que de ellas se derivan, con especial atención a las complicaciones terminales que la historia natural de cada patología conlleva.

Las enfermedades infecto contagiosas en este estudio están prácticamente ausentes.

La aplicación del Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar por lo tanto es de un gran valor diagnóstico, curativo y preventivo. El programa que al respecto se implemente dará como resultado necesariamente una mejora continua de la salud y será el instrumento para lograr la integridad total de la familia, el individuo y la comunidad.

La realización del presente estudio pretende ser un antecedente vanguardista para que el individuo y la sociedad logren su óptimo desenvolvimiento.

6. Referencias

- 1.- Martín Z A, Cano P J F; Atención Primaria; Cap. I Atención Primaria de Salud; Ed. El Sevier; España; 2003; pág. 4-15.
- 2.- Argiman P J M, Paray B J L; Atención Primaria; Cap. 19 Análisis de la Situación de Salud; Ed. El Sevier; España; 2003; pág. 327 – 344.
- 3.- Foz G G, Gofin, Montaner G J; Atención Primaria; Cap. 20; Ed. El Sevier; España; 2003; pág. 345 – 364;
- 4.- Taylor R B; Medicina de Familia; Cap. 6; Ed. El Sevier; España; 2003; pág. 42 – 50.
- 5.- Turabian J L; Cuaderno de Medicina de Familia y Comunitaria; Cap. 1; Ed. Diaz de Santos, S.A.; España; 1995; pág. 1– 36.
- 6.- Gallo V F J, Altisent T R, Díez E J, Fernández S C, Foz I G G, Granados M M I, Lago D F; Perfil Profesional del Médico de Familia. Atención Primaria. 1999; 23(4): 124 – 144.
- 7.- Domínguez O J; El fructífero aporte al primer nivel de salud en México. En el Primer nivel de atención a la salud. Disponible en URL: <http://www.invdes.com.mx/anteriores/8agosto2001/htm/salud.html-12k>.
- 8.- Irigoyen C A E, Morales L H; Cap. 11; Ed. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar; México; 2006; pág. 151 – 169;
9. - Kart S L; Antecedents Historic; COPC – Working Group on Community Oriented Primary Care; 2005 1: 1 – 3.
- 10.- MOSAMEF; Material de Apoyo del Curso del Taller de elaboración de tesis; 2007.
- 11.- Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud; Alma – Ata; URSS; 6 al 12 de septiembre de 1978.
- 12.- 5º Coloquio Nacional y 3º Internacional de Profesores Investigadores en Medicina Familiar; Elementos Esenciales de la Medicina Familiar; Archivos en Medicina Familiar; 2005; 7(1): S13 – S19.
- 13.- Irigoyen – Coria, Gómez Clavelina; El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: ¿Piedra de Rosetta para la Medicina Familiar?; Arch. Med. Fam.; 2000; 2(1): 5- 6.

- 14.- Kahan E; Edición dedicada a la Medicina Familiar en Israel; Medigraphic Artemisa; 2007; 9 (1): 11 – 16.
- 15.- García M, Viniegra V; Evaluación de la Aptitud Clínica; Rev. Méd, IMSS; 2003; 41 (6): 487 – 494.
- 16.- Rojas; Medicina Familiar; Perfil del Médico de Familia; Archivo de la Clínica de La Salud Hispana; 2007: 1 – 3.
- 17.- Ocampo B; La Investigación Científica en la Práctica Clínica del Médico Familiar; archivos en medicina familiar; 2007; 8(2): 53 – 56.
- 18.- Monroy – Caballero C, Irigoyen C A; Formación de Médicos Familiares en el ISSSTE, México: 25 años de evolución; Archivos en Medicina Familiar; 2005; 7(2): 31 – 32.
- 19.- Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; México; 1987.
- 20.- Trejo J A, Estrada D – Salgado, Peña J – Balderas, Garnica J – García, Ángeles R – Cruz, Díaz J _ Reyes, Salinas R – Velasco, Luís R – Hernández; Desafíos en la Enseñanza de la Medicina Familiar en el Pregrado: El Caso de México; Archivos en Medicina Familiar; 2005; 7(3): 109 – 116.
- 21.- Departamento de Medicina Familiar: ¿Qué es la Medicina Familiar?; Disponible en URL:<http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/quemf/-8.tm>.
- 22.- Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM; Departamento de Medicina Familiar; Disponible en URL:<http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/>
- 23.- Departamento de Medicina Familiar; Breviario de Acontecimientos Relevantes de la Medicina Familiar en México; Disponible en URL:<http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/bremf/> – 9.htm.
- 24.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; Tokio; 2004.
- 25.- Conferencia Mundial de WONCA; Seattle EEUU; 2006.

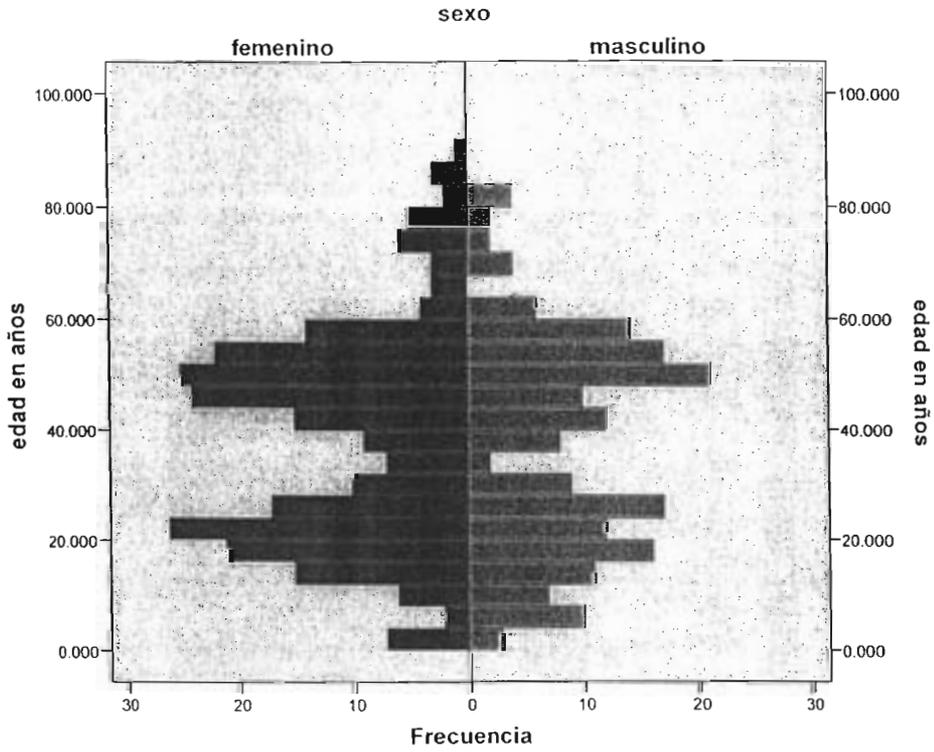
7. Anexos

1 Pirámide poblacional

2 CEBIF

ANEXO 1

Pirámide Poblacional



ANEXO 2



CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)

Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coría A, Terán Trillo M. 15-Oct-2007

IDENTIFICACIÓN		Fecha: _____	Folio: _____
Familia: _____ No. Exp.: _____		Consul./Turno: ____/____	
Domicilio: _____		Teléfono: _____	
SALUD REPRODUCTIVA			
Madre		Si No	Si No
Padre		Si No	Si No
Estado civil de los cónyuges: Casados, Unión Libre, Divorciados, Viudos, Solteros, Años de unión conyugal: _____			
Nombre de la persona que responde esta cédula: _____, Parentesco familiar: _____			

FACTORES DEMOGRÁFICOS			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RN a un año _____ ▪ 1 a 4 años _____ ▪ 5 a 10 años _____ ▪ 11 a 19 años _____ ▪ 20 o más años _____ ▪ Total _____ 	Con parentesco familiar. (abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueras, yernos) Num. _____, Especifique: _____	Sin parentesco familiar. (compadres, amigos, servicio doméstico, huéspedes) Num. _____, Especifique: _____	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nuclear <ul style="list-style-type: none"> Simple () Numerosa () Ampliada () Binuclear () Reconstruida () ▪ Extensa <ul style="list-style-type: none"> Ascendente () Descendente () 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monoparental <ul style="list-style-type: none"> Vive en casa de la familia de origen () Simple () Ampliada () La familia de origen vive en casa de la familia monoparental () ▪ Equivalentes familiares () ▪ Persona que vive sola () 		
Etapas del Ciclo Vital de la Familia			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matrimonio o unión conyugal () ▪ Expansión () ▪ Dispersión () 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Independencia () ▪ Retiro () 		

APGAR FAMILIAR (TAMIZ)		
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?		
Casi Nunca	A veces	Casi siempre
2. ¿Conversion entre ustedes los problemas que tienen en casa?		
Casi Nunca	A veces	Casi siempre
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?		
Casi Nunca	A veces	Casi siempre
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?		
Casi Nunca	A veces	Casi siempre
5. ¿Siente que su familia le quiere?		
Casi Nunca	A veces	Casi siempre
Total		

FACTORES ECONÓMICOS			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de personas que contribuyen al Ingreso familiar: _____ ▪ Casa: <ul style="list-style-type: none"> Propia () Financiamiento () Rentada () Prestada () ▪ Agua entubada intradomiciliaria () ▪ Automóviles: 0, 1, 2, 3 o más _____ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teléfono () () ▪ Computadora () () ▪ Num. de hijos en escuela pública. () () ▪ Num. de hijos en escuela privada. () () ▪ Num. de hijos con becas () () 		
Desarrollo Comunitario			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Serv. de agua potable () () ▪ Drenaje subterráneo () () ▪ Energía eléctrica () () ▪ Servicio telefónico () () 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alumbrado público () () ▪ Pavimentación () () ▪ Banquetas () () ▪ Serv. de transp. público () () ▪ Vigilancia () () 	Si No	Si No

Índice Simplificado de Marginación Familiar		
Índice	Descripción	Puntaje
Ingreso económico familiar	< 1 salario mínimo	4
	1-2 salarios mínimos	3
	3-4 salarios mínimos	2
	5-6 salarios mínimos	1
	> 7 salarios mínimos	0
Número de hijos dependientes económicos	3 ó más hijos	2.5
	2 hijos	2
	1 hijo	1
	ningún hijo	0
Escolaridad materna	Sin instrucción	2.5
	Primaria incompleta	2
	Primaria completa	1
	Post-primaria	0
Hacinamiento (número de personas por dormitorio)	3 o más personas	1
	1 a 2 personas	0
Total		

REDES SOCIALES Y APOYO	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Padres y abuelos <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Amigos, vecinos <input type="checkbox"/> Hijos mayores <input type="checkbox"/> Prestaciones laborales (incapacidad, cuidados maternos, etc.) <input type="checkbox"/> Servicios públicos <input type="checkbox"/> Servicios privados <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No requiere 	() () () () () () () ()
IMSS () SSA () SEDENA () Privado () ISSSTE ()	DIF () PEMEX () Secretaría de Marina () Otros () Especifique: _____

	FACTORES DE RIESGO. PATOLOGÍA FAMILIAR																								
	Diabetes Mellitus	Hipertensión Art.	Enf. Corazón	CaCu	Ca Mama	Ca Próstata	Otro cáncer	Ins. Renal	Enf. Cerebrovas.	Asma	Sida/VIH	Otro ETS	Hepatitis B y C	TB. Pulmonar	Desnutrición	Obesidad	Anorexia Bulimia	Tabaquismo	Alcoholismo	Otras farmacod.	Violencia Intraf.	Enf. Psiquiátricas	Riesgo ocupacional	Discapacidad	
Padre																									
Madre																									
Hijos																									
Abuelos																									
Tíos																									
Total																									

ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO								
Edad	IRAS	EDAS	ESB	Vacunas	Estado Nutricional	Operado		
Menos de 3			0 - 1 años	Completado	Incompleto	Normal	Desnutrición	Operado
3 ó más			1 - 5 años					

APOYO DE CUIDADORES

¿Algún miembro de su familia proporciona cuidados continuos a alguna persona enferma? No Si

¿Quién proporciona los cuidados? _____

¿A quién le proporciona los cuidados? _____

¿Cuál es el motivo o la enfermedad por el que necesita cuidados? _____

DETECCION DE CÁNCER

	Negativo a Cáncer		Positivo a Cáncer	
Doc. cuida	Si	No	Si	No
Doc. enferma	Si	No	Si	No

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

	Nombre	Parentesco	Edad	Sexo 1= mujer 2= hombre	Escolaridad en años	Ocupación
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

**Escriba en el margen izquierdo un asterisco (*) junto al nombre de la persona que responde el cuestionario
Si el grupo familiar tiene más de 10 integrantes, anexe sus datos en una hoja adicional.*

Códigos para los datos demográficos de la familia

Parentesco	Grupos de Ocupaciones	Edad en años
01 = Madre	01 = Ama(o) de casa (hogar)	Meses = años 0 = 0.000 1 = 0.083 2 = 0.166 3 = 0.250 4 = 0.333 5 = 0.416 6 = 0.500 7 = 0.583 8 = 0.666 9 = 0.750 10 = 0.833 11 = 0.916 12 = 1.000
02 = Padre	02 = Jubilado / pensionado	
03 = Hijo	03 = Desempleado (sin trabajo remunerado ni por cuenta propia)	
04 = Nuera	04 = Subempleado (vendedor informal, ambulante, etc.)	
05 = Yerno	05 = Menor de edad (menores de 4 años)	
06 = Nieto	06 = Estudiante (pre-escolar hasta posgrado)	
07 = Hermanos maternos	07 = Estudia y trabaja	
08 = Hermanos paternos	08 = Campesino	
09 = Sobrinos maternos	09 = Artesano	
10 = Sobrinos paternos	10 = Obrero	
11 = Primos maternos	11 = Conductor de auto, camioneta o camión (chofer)	
12 = Primos paternos	12 = Técnico (electricista, carpintero, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.)	
13 = Abuelos maternos	13 = Empleado (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.)	
14 = Abuelos paternos	14 = Profesional (maestros, médicos, sacerdotes, arquitectos, ingenieros, abogados, enfermeras, psicólogos, etc.)	
15 = Bisabuelos maternos	15 = Artista (músico, escultor, pintor de arte, escritor, poeta etc.)	
16 = Bisabuelos paternos	16 = Comerciantes establecidos (tiendas o negocios formales con 1 a 5 trabajadores o familiares a sueldo)	
17 = Otros: amigos, compadres, familiares lejanos, etc.	17 = Empresario (dueño de comercios, organizaciones, industrias o servicios establecidos legalmente)	
	18 = Directivo (ejecutivos, gerentes, directores, etc.)	
	19 = Servicios diversos (gestor, mesero, soldado, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, trabajadora doméstica, etc.)	
	20 = Otras ocupaciones no especificadas	