



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN.**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SEVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

**UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICIA FAMILIAR TLANEPANTLA
CLAVE: 1520800 TLANEPANTLA. EDO. MÉXICO.**

**La etapa diagnóstica del Modelo Sistemático de
Atención en Medicina Familiar en el consultorio 7 de la
Clínica Tlanepantla ISSSTE.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**



p r e s e n t a:

Dr. Jesús Marco Antonio Acevedo Gutiérrez.

**DIRECTOR DE TESIS
E. RAÚL PONCE ROSAS**



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).

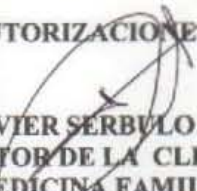
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.


La etapa diagnóstica del Modelo Sistemático de
Atención en Medicina Familiar en el consultorio 7 de
la Clínica Tlanepantla ISSSTE.


**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

**PRESENTA:
JESÚS MARCO ANTONIO ACEVEDO GUTIÉRREZ.**

AUTORIZACIONES


**DR. JAVIER SERBULO RUIZ
DIRECTOR DE LA CLINICA
DE MEDICINA FAMILIAR
"TLANEPANTLA"
I.S.S.S.T.E.**


**DRA. DOLORES PÉREZ OCAMPO
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA CLINICA
DE MEDICINA FAMILIAR
"TLANEPANTLA"
I.S.S.S.T.E.**


**DR. E. RAÚL PONCE ROSAS.
ASESOR DE TESIS
PROFESOR TITULAR "A" TC.
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**


**LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
Y CAPACITACIÓN DEL ISSSTE.**


Tlanepantla, Edo. México

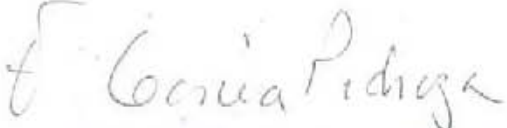
Octubre 2008

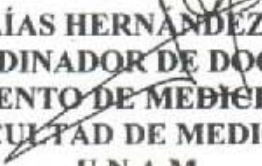
**La etapa diagnóstica del Modelo Sistemático de
Atención en Medicina Familiar en el consultorio 7
de la Clínica Tlanepantla ISSSTE.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
MEDICINA FAMILIAR.
PRESENTA:
JESÚS MARCO ANTONIO ACEVEDO GUTIÉRREZ.**

AUTORIZACIONES


**DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO.
JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**


**DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACION
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.**

Dedico este trabajo a todos aquellos que de alguna forma ayudaron para que se realizara el mismo.

A mi esposa la Dra. Martha Eugenia Martínez Bravo por su apoyo en todo momento por impulsarme para realizar este proyecto y por su amor.

A mi hija Viridiana María (Viyi) por su apoyo y su amor que a pesar de sus 2 años 6 meses supo darme confianza para iniciar y terminar este proyecto y darme su tiempo de juego para poder dedicarme a este trabajo.

A mis hijos Diego Armando y Margarita De Jesús por su apoyo moral y asesoramiento en computación.

A mi asesor de tesis el Dr. E. Raúl Ponce Rosas por darme su tiempo para dirigir este proyecto y llevarlo a feliz termino.

RESUMEN:

OBJETIVOS:

Realizar un estudio que identifique las características de las familias, sus factores de riesgo, las causas de consulta y la realización de la pirámide poblacional de los usuarios de la UMF Tlanepantla turno vespertino consultorio 7 del ISSSTE..

Material y Métodos:

Población adscrita al consultorio 7 de la UMF Tlanepantla ISSSTE, muestra n= 121 encuestas, e informe diario de labores del médico.

Se realizó la aplicación de la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF) en los pacientes del consultorio 7 que voluntariamente quisieron colaborar, la cual cuenta con nueve secciones de la cédula encaminadas a explorar las distintas áreas para la identificación del estilo de vida de las familias y sus factores de riesgo de las mismas.

Aplicándose en el mes de agosto del 2008.

Resultados:

La edad de la madre predominante fue entre los 28 y 30 años con porcentaje 22.3% y del padre de 34 años con un porcentaje de 8.3% con una escolaridad con secundaria terminada con porcentaje de 24%, el estado civil que predomina con 71.1% los casados familias con un promedio de integrantes de uno a tres elementos, son en su mayoría familias nucleares simples con el 75.2%, en etapa de expansión en un 44.6% con un ingreso familiar entre 3 y 4 salarios mínimos, contando la gran mayoría con todos los servicios de urbanización, identificándose factores de riesgo dentro de la población encuestada de: hipertensión arterial 43.8%, diabetes mellitus 37.2% alcoholismo 3.3%, obesidad 2.5%, cáncer Cervico uterino 4.1% violencia intrafamiliar .8% , la mayoría de la población es estudiante y empleados el 20 y el 16.3% respectivamente, dentro de las causas de consulta se encontró que predominan las enfermedades respiratorias altas 16.5% la hipertensión arterial el 12.5%, enfermedades osteomusculares 10.1%, la diabetes mellitus 9.7% enfermedades del aparato digestivo el 5.7%.

CONCLUSIONES:

En la pirámide poblacional se encontró que prevalece el sexo femenino siendo un población en edad reproductiva y con 40 menores de edad, dentro de estos dos rubros y teniendo en cuenta que es la primera vez que se construye la pirámide poblacional en el consultorio 7, se deberá poner más énfasis en la elaboración de programas preventivos, educación , orientación y diagnósticos oportunos para así evitar complicaciones.

En los factores de riesgo se encontró que prevalecen las enfermedades crónico degenerativas tales como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Dentro de la morbilidad se observó que de las principales causas de consulta, son las enfermedades de vía respiratorias altas, la hipertensión arterial, y las enfermedades osteomusculares, el propósito principal es la aplicación de programas preventivos, de educación, orientación de los pacientes y familiares, realizando diagnósticos oportunos y terapéuticos evitando con ello toda la gama de complicaciones.

SUMMARY:

OBJECTIVES:

To make a study that identifies the characteristics of the families, their factors of risk, the causes of consultation and the accomplishment of the population pyramid of the users of the UMF Tlanepantla vespertine turn doctor's office 7 of the ISSSTE..

Material and Methods:

Population assigned to doctor's office 7 of the UMF Tlanepantla ISSSTE, shows to n = 121 surveys, and informs daily into workings of the doctor.

The application of the Basic Certificate of Identificación was made Familiar (CEBIF) in the patients of doctor's office 7 whom voluntarily they loved to collaborate, which counts on nine sections of the certificate directed to explore the different areas for the identification from the life style of the families and its factors of risk of the same ones.

Being applied in the month of August of the 2008.

Results:

The age of the predominant mother was between the 28 and 30 years with percentage 22,3% and of the father of 34 years with a percentage of 8,3% with a finished schooling with secondary with percentage of 24%, the civil state that predominates with 71,1% the married families with an average of members of one to three elements, are in their majority simple nuclear families with the 75,2%, in stage of expansion in 44,6% with a familiar entrance between 3 and 4 minimum wages, telling to the great majority with all the services of urbanization, identifying themselves factors of risk within the population encuestada of: arterial hypertension 43,8%, 37,2% diabetes mellitus alcoholism 3,3%, obesity 2,5%, cancer uterine Cervico 4,1% intrafamiliar violence 8%, most of the population is student and employees the 20 and the 16,3% respectively, within the consultation causes were that the 12,5% predominate 16,5% high respiratory diseases the arterial hypertension, diseases osteomusculares 10,1%, the diabetes mellitus 9,7% diseases of I separate to digestive the 5.7%.

CONCLUSIONS:

In the population pyramid one was that feminine sex prevails being a population in reproductive age and with 40 minor ones, within these two headings and considering that is the first time that is constructed the population pyramid in doctor's office 7, will be due to put more emphasis in the opportune elaboration of preventive programs, education, direction and diagnoses thus to avoid complications.

In the risk factors one was that the degenerativas diseases prevail chronic such as the arterial hypertension and the diabetes mellitus.

Within the morbidity it was observed that of the main causes of consultation, they are high the diseases of respiratory tract, the arterial hypertension, and the diseases osteomusculares, the main intention is the application of preventive programs, of education, direction of the patients and relatives, making opportune and therapeutic diagnoses avoiding with it all the range of complications.

ÍNDICE

	Página
1. Marco Teórico.....	1
1.1. Atención Primaria (APS).....	1
1.1.1. Introducción.....	1
1.1.2. Definición de Atención Primaria de la salud.....	2
1.1.3. Objetivos de la Atención Primaria a la Salud.....	2
1.2. El Médico Familiar.....	6
1.2.1. Síntesis Histórica del Desarrollo de la Medicina Familiar en México.....	6
1.2.2. Antecedentes.....	6
1.2.3. Definición de Medicina Familiar.....	8
1.2.4. Objetivos de la Medicina Familiar.....	8
1.2.5. Compromiso del Médico Familiar.....	9
1.2.6. Perfil Profesional del Médico Familiar.....	9
1.3 Atención Primaria Orientada a la Comunidad.....	22
1.3.1. Antecedentes de Atención Primaria Basada en la Población.....	22
1.3.2. Definición Atención Primaria Orientada a la Comunidad.....	23
1.3.3. Fundamentos del APOC.....	24
1.3.4. Origen y Desarrollo Histórico del APOC.....	25
1.3.5. Marco Conceptual.....	26
1.3.6. Bases Metodológicas.....	28
1.3.7. Filosofía del APOC.....	30
1.3.8. Proceso del APOC.....	31
1.4 Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF)...	33
1.4.1. Antecedentes del MOSAMEF.....	33
1.4.2. Definición del MOSAMEF.....	34
1.4.3. Fundamentos del MOSAMEF.....	34
1.4.4. Propósito del MOSAMEF.....	34
1.4.5. Etapas del MOSAMEF.....	35
1.4.6. El MOSAMEF y el Médico Familiar.....	39
1.4.7. Antecedentes Sociomédicos del MOSAMEF.....	39
1.4.8. Perspectivas del MOSAMEF.....	40
2. Planteamiento del Problema.....	41
3. Justificación.....	42
4. Objetivos	44
4.1. Objetivo General.....	44
4.2. Objetivo Especifico.....	44
5. Material y Métodos.....	44
5.1. Tipo de Estudio.....	44
5.2. Diseño del Estudio.....	45

5.3.	Población.....	46
5.4.	Muestra.....	46
5.5.	Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.....	46
5.6.	VARIABLES.....	47
5.7.	Método para la Recolección de la Información.....	52
5.8.	Maniobras para evitar o controlar sesgos.....	53
5.9.	Procedimiento Estadístico.....	53
5.10.	Cronograma.....	54
5.1.1.	Recursos Humanos, Materiales y Financieros.....	54
5.1.2.	Consideraciones Éticas.....	54
6.	Resultados.....	57
6.1.	Pirámide Poblacional.....	57
6.2.	Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF).....	60
6.2.1.	Edad de la Madre.....	60
6.2.2.	Escolaridad de la Madre.....	60
6.2.3.	Edad del Padre.....	60
6.2.4.	Escolaridad del Padre.....	60
6.2.5.	Estado Civil de los Cónyuges.....	61
6.2.6.	Factores Demográficos.....	61
6.2.7.	Estructura de la Familia.....	61
6.2.8.	Ciclo Vital de la Familia.....	62
6.2.9.	Factores Económicos e Índice de Marginación Familiar.....	63
6.2.10.	Factores Riesgo.....	64
6.3.	Datos Demográficos de las Familias.....	64
6.3.1.	Edad de los Miembros de la Familia.....	64
6.3.2.	Parentesco de los Miembros de las Familias.....	64
6.3.3.	Sexo de los Miembros de las Familias.....	65
6.3.4.	Escolaridad en Años de los Miembros de las Familias.....	65
6.3.5.	Ocupación de los Miembros de las Familias.....	65
6.4.	Las Causas de Consulta más Frecuentes.....	67
7.	Discusión.....	69
8.	Referencias Bibliográficas.....	71
9.	Anexos.....	73

Título:

La etapa diagnóstica del Modelo Sistemático de Atención en Medicina Familiar en el consultorio No. 7 de la Unidad de Medicina Familiar Tlanepantla ISSSTE.

1. Marco Teórico:

1.1 Atención Primaria (APS)

1.1.1 Introducción.

Los sistemas sanitarios y la práctica de la medicina han tenido como objetivo 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 atención a su prevención y a la conservación y promoción de la salud.¹

En la conferencia de la Organización Mundial de la Salud de Alma-Ata en 1978 se vio la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo y por parte de la comunidad mundial, para establecer acciones de promoción de la salud y proteger a todas las personas del mundo.³

Existen múltiples evidencias científicas de que el incremento de la complejidad y de los costos de los sistemas sanitarios no se ha reflejado en la salud de la población atendida. Así mismo la población demanda cada vez más y mejores servicios de salud, pero los recursos no siguen un crecimiento paralelo que permita cubrir totalmente las necesidades de la misma.¹

La eficacia y la eficiencia de un sistema sanitario dirigido exclusivamente al diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades pueden ser insuficientes en términos de grados de salud colectiva alcanzados.¹

Si es necesario cambiar en profundidad el sistema sanitario, también lo es transformar a sus profesionales.¹

1.1.2 Definición de Atención Primaria de la Salud.

La conferencia de la OMS_ UNICEF de Alma-Ata. La define como atención esencial basada en la metodología y tecnología práctica, científicamente fundados y socialmente aceptables, y al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su participación y aun costo razonable que la comunidad y el país pueda soportar con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, para formar un sistema sanitario integral y un desarrollo social y económico de la comunidad.¹

Es el primer contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema Nacional de Salud; llevando lo más cerca posible la atención de salud a su lugar de residencia y trabajo, constituyendo el primer elemento de una asistencia sanitaria permanente.¹

1.1.3 Objetivos de la Atención Primaria a la Salud.

La conferencia Internacional de Atención Primaria a la salud de Alma - Ata, 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 más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere de acción de muchos sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.³

La existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo es inaceptable política, social, y económicamente y, por tanto, implica de manera común a todos los países.³

El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden internacional es de importancia básica para poder conseguir de manera completa la salud para todos, y reducir

la diferencia en el estado de salud existente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. La protección y la promoción de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuye a una mejora calidad de vida y a la paz del mundo.³

Los individuos tienen el derecho y el deber de participar, individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.³

Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, que pueden conseguir mediante la provisión de necesidades sanitarias y sociales adecuadas. El objetivo principal de los gobiernos, organizaciones internacionales y el total de la comunidad mundial, debiendo ser la promoción para todos los habitantes del mundo, y un nivel de salud que les permita llevar a cabo una vida productiva social y económicamente. La atención primaria es la clave para conseguir este objetivo como parte del espíritu de justicia social del desarrollo.³

La atención primaria sanitaria:

- 1.- Refleja las condiciones económicas y socio culturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, y basada en la aplicación de los resultados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia en salud pública.³
- 2.- Se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad, y para ello, proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.³
- 3.- Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación, de agua potable y saneamiento básico; asistencia materno infantil, planificación familiar, inmunización contra las principales enfermedades endémicas y provisión de los medicamentos esenciales.³
- 4.- Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores relacionados y a diferentes aspectos del desarrollo nacional comunitario, en particular, agricultura, los animales de labranza, industria alimentaria, los servicios públicos, la vivienda, las comunicaciones y

otros sectores, y pide los esfuerzos coordinados de todos los sectores.³

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 disponibles; y a través de una formación, la habilidad de las comunidades para participar.³

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 necesitados.³

7.- Se desarrolla a niveles locales y de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares asistentes sociales, en lo que corresponda, así como los tradicionales médicos de cabecera, correctamente formados para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias de la comunidad.³

Todos los países deberán formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria 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 disponibles.³

Todos los países deberán cooperar con espíritu de fraternidad para asignar la atención primaria sanitaria a toda la población ya que la consecución de la salud de una población de un país, afecta y beneficia directamente a otro país. En este contexto el informe conjunto OMS-UNICEF sobre la atención primaria constituye una base sólida para el futuro desarrollo y establecimiento de la atención primaria sanitaria en todo el mundo.³

Se puede conseguir un nivel aceptable de salud para todo el mundo mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales.³

La conferencia Internacional sobre la Atención Primaria a la Salud realizó un llamado

urgente y efectivo para una acción nacional y mundial a fin de desarrollar e implementar la atención primaria a la salud en todo el mundo y particularmente, en los países en vías de desarrollo, con vocación de cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden económico internacional. La conferencia hizo un llamado a todos los foros mencionados para colaborar e introducir, desarrollar y mantener la atención primaria a la salud, de acuerdo al contenido de esta declaración.³

Los cuatros objetivos básicos de la A.P.S. son:

- 1.- La accesibilidad y cobertura universal en función de las necesidades en salud.⁴
- 2.- Compromiso, participación autosostenimiento individual y comunitario.⁴
- 3.- Acción intersectorial por la salud.⁴
- 4.- Costo-eficacia y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles.⁴

La atención primaria es el marco ideal para impulsar y desarrollar un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud, por tratarse del nivel dentro del sistema sanitario donde la población accede de manera directa y suele respetar los consejos del médico.⁵

El núcleo y la función central del desarrollo social y económico global de la comunidad constituyen un elemento de un proceso permanente y continuo de la asistencia a la salud.⁵

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 (I.M.S.S.) reorganiza su sistema de atención médica identificando la figura del médico familiar. En 1971 da inicio la

residencia en medicina familiar, y en 1974 se obtiene el reconocimiento de la Facultad de Medicina, UNAM como especialidad Médica.^{5,6}

El 13 de noviembre de 1975 se crea el primer departamento de medicina familiar en Latinoamérica en la facultad de medicina de la UNAM.⁵

En 1980, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SSA) inicia la formación de especialistas en Medicina Familiar basándose en un programa académico universitario.^{5,6}

En noviembre de 1988 se crea el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar.^{5,6}

En 1994 se constituye el Colegio Mexicano de Medicina Familiar el cual agrupa 19 asociaciones de Medicina Familiar en todo el país.^{5,6}

En 1996 se ingresa como Confederación Iberoamericana. (5)

En 1999 se forma la Academia de profesores de Medicina Familiar A.C. la cual es miembro de la *Internacional Federación of Primary Care Resarch Networks*.⁶

En el año 2002, el Colegio Mexicano ingresa formalmente como un país titular al Colegio Mundial del gremio - WONCA.⁵

1.2.2 Antecedentes.

Se acepta ampliamente que la Medicina Familiar es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia.⁷

La Medicina Familiar es una disciplina académica y especialidad médica que comprende actividades que se fundamentan en tres ejes: Continuidad, Acción anticipatoria, y Estudio de familia.⁷

Continuidad: comprende desde su perspectiva aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos sin importar edad, sexo ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de los mismos y coordinado los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su optima aplicación.⁷

Acción Anticipatoria: se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o el

medio que los rodea produzcan en conjunto una enfermedad.⁷

Estudio de Familia: permite el entendimiento del entorno biopsicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y señala a la familia como un grupo sociales en el que el proceso salud- enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que favorecen o limitan la salud, ya sea individual o familiar.⁷

A mediados de los años sesenta se comenzó a sentir la necesidad de un nuevo médico general, entendiendo 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 personas.⁸

Puede afirmarse que el desarrollo de la Medicina Familiar en cualquier país del mundo, se han dado cuatro pasos fundamentales, una primera fase, de subvaloración del trabajo del médico general y familiar. Una segunda fase de formación médica insuficiente aunada a la identificación de las necesidades de preparación de posgrado. Una tercera fase, en lo que se da el reconocimiento a la Medicina Familiar como rama autónoma de la medicina, con campo específico de investigación y docencia. Y una cuarta fase en la que se da el reconocimiento a la Medicina Familiar como disciplina médica científica.⁵

1.2.3 Definición de Medicina Familiar.

La identificación de un concepto de Medicina Familiar no es sencilla, puesto que diversos autores y en diversas épocas, han hecho esfuerzos por comprender su esencia. La dificultad radica en la integración de una gran variedad de ideas que comprenden a la Medicina Familiar como una disciplina académica, como una especialidad médica y como un modelo de atención a la salud.⁹

Es el profesional responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo

individuo que requiera asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud que prestan sus servicios cuando sean requeridos. El médico familiar como generalista acepta a todo individuo que solicite su atención, al contrario de otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo, y diagnóstico.^{5,8}

1.2.4 Objetivos de la Medicina Familiar.

El Médico Familiar atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad a la que pertenece, sin tener en cuenta la raza, religión cultura o clase social. Es clínicamente competente para proporcionar la mayor de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. Además tiene la responsabilidad de prestar una atención a sus pacientes de forma integral y continuada. En función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles de la comunidad en que trabaja, proporciona atención directamente o a través de otros profesionales de la salud.⁸

Es el médico responsable de coordinar los recursos sanitarios, orientar a la familia y la comunidad, con competencia clínica.⁸

El médico familiar deberá trabajar en equipo, realizar trabajo docente, de investigador y dar garantía de calidad.⁸

1.2.5 Compromiso del Médico Familiar.

El médico familiar es un clínico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia, sobre como y de que se enferman sus miembros. Detecta problemas familiares y valora la intervención en función del problema encontrado y de su propia capacidad en esta área.⁵

El médico familiar reconoce la importancia de la epidemiología clínica y la utiliza en su práctica diaria, tanto en la atención individual y familiar como en la orientada a la comunidad.⁵

El médico familiar, reconoce su responsabilidad sobre la salud de la comunidad en su

conjunto, así como la importancia de la participación de ésta en sus problemas sanitarios para la mejora de su nivel de salud.⁵

El médico familiar reconoce la importancia de las funciones, de docencia, formación continuada e investigación para la mejora de su competencia profesional, para elevar el nivel científico de la atención primaria.⁵

1.2.6 Perfil Profesional del Médico Familiar.

Para hacer una descripción del médico familiar se han establecido cinco grandes áreas de práctica profesional de este profesional que 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 que, en mayor o menor grado, están formando parte de su actividad diaria, individualmente o en coordinación con otros profesionales como son: trabajo en equipo, los sistemas de registro e información, la gestión de recursos y administración sanitaria, y la garantía de la calidad.⁸

También se puede englobar en las siguientes características el perfil del médico familiar. Es el médico de primer contacto, con excelencia clínica y destreza para procedimientos manuales o de consultorio (cirugía menor o procedimientos invasivos, experto en la consulta externa, con atención continua intradomiciliaria, comunitaria, hogar del adulto mayor, hospitalaria y de urgencias, además de los grupos poblacionales, con y sin factores de riesgo, (sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades), capaz de ir del individuo a la familia y la comunidad, integrador de las ciencias biológicas, de la conducta y sociales (medicina integral), además de los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación (medicina integrada), intercesor y abogado del paciente (gerente de los recursos de salud), con amplio liderazgo, conocedor de la realidad nacional,

del impacto de sus acciones y de sus limitaciones, interesado en comprender el contexto de los problemas y buscar soluciones plausibles y costo-efectivas (medicina costo- efectiva), capaz de resolver el 95% de los problemas (desde signos síntomas aislados hasta la complejidad derivadas de múltiples padecimientos), experto en la relación médico - paciente - familia - comunidad, comprometido con la persona (comprende sus dolencias, emociones, esperanzas) medicina humanística con un alto nivel profesional, técnico, investigativo y académico permanentemente actualizado.¹⁰

Área de atención al individuo:

La primera responsabilidad del médico familiar es la de prestar una atención clínica efectiva y eficiente, el médico atiende el proceso diagnóstico y terapéutico de problemas clínicos frecuentes.⁸

La responsabilidad del médico familiar se extiende a la asistencia de enfermedades agudas y crónicas, ya sea de carácter urgente, en la consulta de demanda o programada; favoreciendo la accesibilidad del individuo, en la consulta como en su domicilio.⁸

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, también en la elaboración

de la historia clínica completa y pruebas complementarias, así como en la práctica del diagnóstico precoz y la búsqueda de factores de riesgo en individuos sanos.⁸

La atención del individuo como ser biopsicosocial tiene en el médico familiar un experto capaz de integrar las dimensiones psicológicas y sociales junto con las puramente orgánicas. Pero también se le exigen cualidades humanas que lo hagan digno de confianza en la relación personal, para solicitarle consejo en los cuidados de la salud, para recibir apoyo en el sufrimiento de la enfermedad.⁸

Una de las señales de identidad del médico familiar es su compromiso con la salud de las personas, antes de que se encuentren enfermas. Incorporando la promoción de la salud y la

prevención, al conjunto de responsabilidades tradicionales del médico de cabecera.⁸

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 autocuidado.⁸

La práctica del médico familiar 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 social.⁸

Busca beneficiar a su paciente nunca perjudicarlo, respetando 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 recursos.⁸

Principales Actividades del Médico Familiar:

Entrevista clínica, encaminada a determinar los problemas de salud y a crear un clima emocional terapéutico y la modificación de estilos de vida que sean riesgosos para la salud.⁸

En el marco de la relación médico paciente, tiene importancia atender con competencia algunas situaciones difíciles: Tales como comunicación de malas noticias, acompañamiento en acontecimientos vitales estresantes, relación con pacientes difíciles y manejo de la agresividad.⁸

Complementar la historia clínica con anamnesis general y especificando aspectos somáticos, psicológicos y socio familiares, registrando los datos de la exploración física y pruebas complementarias. Utilizando la tecnología diagnóstica adecuada para la consulta y de forma secuencial.⁸

Atención clínico terapéutica en la consulta de urgencia, de de manda y programada de los problemas agudos más frecuentes, como de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia, prestando especial atención a la rehabilitación de los pacientes en su comunidad.⁸

Atención de los pacientes con enfermedades poco comunes, pero con implicaciones diagnóstica y/o terapéuticas importantes.⁸

Decidir con el conocimiento informado del paciente, siempre que sea posible, la colaboración de otros especialistas.⁸

Atención al niño y al adolescente, en el contexto institucional organizativo.⁸

Atención a la mujer en el nivel primario, con los conocimientos y habilidades para poder asumir el control del embarazo normal, planificación familiar y diagnóstico precoz del cáncer genital femenino.⁸

Atención al paciente en situación Terminal en coordinación con las unidades especializadas.⁸

Atención Integral al anciano en su contexto familiar, en coordinación con unidades interdisciplinarias.⁸

Actividades preventivas, de acuerdo a programas establecidos en las instituciones.⁸

Área de atención a la familia:

El triangulo formado por individuo, la familia y el médico constituye la base fundamental de la medicina familiar constituye un factor trascendental para el mantenimiento de la salud de sus componentes y en el cuidado y la resolución de los problemas cuando uno de los componentes de la familia se enferma. Pero también puede ser generadora de enfermedades, perturbadora de síntomas, y hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas.⁸

La familia en su ciclo vital, se encuentra frecuentemente sometido a crisis, derivadas de su propia estructura como 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 comportamiento futuro.⁸

El médico familiar esta en una posición privilegiada para detectar e intervenir ante problemas familiares ocasionados o no por la enfermedad. Debiendo ser un elemento neutro para todos los miembros de la familia, haciendo resaltar esta postura, pues de ello depende su capacidad como terapeuta, tener continua actividad de observación, recurrir a

otros profesionales cuando la dimensión del problema exceda sus límites de competencia. Estimulara a las familias la autonomía y autocuidado para fomentar la salud de sus miembros.⁸

Actividades del Médico Familiar:

Recopilara información sobre la estructura y composición familiar, resaltando los antecedentes patológicos y estructurarlos de preferencia en forma de genograma. Favoreciendo los sistemas de registro a la atención familiar, usando historias familiares y hojas de problemas familiares.⁸

Ante problemas de salud agudos y crónicos de una entidad, explorará la presencia de factores que indiquen y/o condicionen una mala adaptación familiar y que afecten a su desarrollo, tratamiento y resolución. Identificara, asesorara y apoyara aquellas personas que sean designadas como cuidadores. Ante problemas psicosociales, confusos o indiferenciados, valorara la existencia de disfunciones familiares.⁸

Valorara la trascendencia que sobre los problemas de salud de sus pacientes puedan tener los periodos críticos en el ciclo vital de sus familias. Valorara la intervención familiar cuando así lo requiera la situación.⁸

Área de Atención a la Comunidad.

La necesidad del conocimiento de los problemas de salud de la comunidad, así como de los recursos de la misma y sanitarios como de otros sectores, por parte del médico familiar par poder priorizar las acciones que dan respuesta a los problemas locales de mayor importancia.⁸

Julian Tudor Hart lo expresa así en 1981 en *A new kind of doctor*. El cambio que propongo es construir grupos de generalistas responsables de la salud general de su comunidad tanto como la atención personal de sus pacientes.⁸

La Organización Mundial de la Salud había afirmado previamente que la atención primaria formaba parte 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 *Sidney Kark* afirma en su definición de lo que el bautizo como “*community oriented primary care*” (atención primaria orientada a la comunidad” que había asistido en el pasado una desafortunada separación entre la medicina comunitaria y la atención primaria, cuando no hay razón alguna para que la atención deba limitarse al tratamiento y cuidado de los pacientes individuales.⁸

En España en 1978 se creó la especialidad de Medicina Familiar y comunitaria y uno de sus cometidos se definió en el Real Decreto de su regulación como especialidad de la profesión médica “Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y desarrollo de la educación sanitaria a nivel individual, familiar y comunitario.”⁸

En 1961 Ken White demostró en *Ecology of medical care*, que la atención primaria se sitúa en un lugar privilegiado, el único dentro del sistema sanitario, para ver a toda la población en riesgo y no sólo los casos que llegan a un servicio hospitalario o especializado. Por lo que puede darse cuenta del nivel de salud de la comunidad y tratar de mejorar ese nivel de salud.⁸

Para el desarrollo de la atención orientada a la comunidad, el médico deberá tener los conocimientos necesarios de 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.⁸

El conocimiento de metodologías de planificación sanitaria, análisis de necesidades y de recursos, métodos y de priorización, planificación de programas y metodologías de evaluación sanitaria y económica.⁸

El problema esencial de la formación del médico familiar, no radica en sus conocimientos,

si no en su capacidad de uso de los mismos y la efectividad de sus acciones.⁸

En primer lugar, su sentimiento de responsabilidad sobre la salud de la comunidad en su conjunto, su sentido de anticipación, su reconocimiento de los factores determinantes del estado de salud y prevención de la enfermedad.⁸

En segundo lugar, 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 y en la definición de los problemas comunitarios, ser capaz de coordinarse con los recursos de otros sectores distintos del sanitario.⁸

En tercer lugar, asumir la limitación de los recursos, que obliga al análisis de prioridades en la utilización de los mismos y por lo tanto en la decisión de los programas comunitarios a llevar a cabo.⁸

El médico familiar, deberá incorporar a su práctica profesional las tareas definidas en el programa de especialización de 1993.⁸

Actividades del Médico Familiar:

-Recopilar y presentar los datos disponibles sobre la comunidad, para delimitarla y caracterizarla.

-Identificar los problemas y necesidades de salud de la comunidad.

-Priorizar las intervenciones, de acuerdo a su importancia en la comunidad y a su modificabilidad técnica y operativa.

-Estudiar la distribución y determinantes de los problemas de salud prioritarios en su comunidad.⁸

-Diseñar programas comunitarios con metodología rigurosa de planificación.

-Desarrollar las actividades de los programas

-Llevar a cabo acciones de educación para la salud y promoción de la participación comunitaria.⁸

El médico familiar debe conocer la existencia de todos los recursos comunitarios que pueden ser utilizados en el proceso terapéutico y colaborar en su puesta en marcha y en la

asesoría que le sea solicitada, con actitud de respeto a la autonomía de la dinámica comunitaria.⁸

Área de Docencia e Investigación.

El reconocimiento de las funciones de docencia e investigación en los equipos de atención primaria, cuyo desarrollo práctico ha dado una mejoría cualitativa y cuantitativa de la investigación realizada y con ello llevará a mejorar su formación, prestigio científico y ejercicio profesional del médico familiar.⁸

El médico familiar necesita desarrollar una actividad continuada de su formación.

Las distintas facetas de sus actividades docentes pueden resumirse en las siguientes:

- 1.- Autoformación, de acuerdo a sus necesidades individuales.
- 2.- Formación continuada dentro del equipo de atención primaria, de acuerdo a las necesidades individuales y colectivas expresadas por el equipo de salud.

3.- Docencia a otros profesionales.

Es una actividad de aprendizaje valiosa, ya que obliga al docente a revisar sus propios métodos de práctica médica y tiene dos grandes modalidades:

Docencia de pregrado.

Docencia de posgrado.⁸

La necesidad de dar respuestas a numerosas preguntas no aclaradas que surgen en su ejercicio profesional diario y de cubrir lagunas en el cuerpo de conocimientos propios 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 que permitan decidir el tipo de terapia o prestación de servicio son los más apropiados, el disponer de estudios clínicos y de protocolos realizados desde la atención primaria, son razones para que el médico familiar deba investigar. Llevando con esto a la recuperación de su prestigio profesional. Es evidente que en los médicos familiares hay cada vez más una mayor conciencia investigadora, así como una mejor preparación técnica para poder realizarla.⁸

Actividades del Médico Familiar:

- Desarrollar hábitos de lectura continua.
- Asistencia regular a actividades de formación como congresos, cursos, seminarios, sesiones clínicas, etc.
- Participar en las actividades docentes dirigidas a personal de pregrado.
- Desarrollar actividades docentes, como tutor de los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria.⁸

En Investigación:

- Utilización adecuada del método científico en su práctica diaria.
- Desarrollar el hábito de lectura crítica de los trabajos de investigación.
- Reconocer las diferentes etapas de una investigación clínica o de salud comunitaria.
- Identificar problemas 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 problema.⁸

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 calidad están relacionados, en mayor o menor grado, con la actividad del médico familiar.⁸

Trabajo en Equipo:

- Aporta una serie de beneficios tanto para los propios profesionales del mismo como para los usuarios señalándose entre otras lo siguiente:
 - El enfermo recibe una mejor atención.
 - Proporciona mejor satisfacción profesional a los miembros del equipo.
 - Previene las duplicidades de esfuerzos.
 - Facilita el enfoque biopsicosocial del paciente y la realización de todas las funciones de los

equipos de atención primaria.⁸

El médico familiar debe ser conocedor y conciente, de la dinámica del trabajo en equipo en orden a optimizar la atención prestada a la población para conseguir una atención integral e integrada.⁸

El médico familiar deberá tener actitud de respeto hacia los otros profesionales del equipo, conocimiento de sus roles, de respeto hacia sus opiniones y puntos de vista diferentes, reconocer sus limitaciones personales, e interés por el trabajo desarrollado por los otros profesionales. Asumiendo la división funcional del trabajo en los protocolos y programas que se realizan en el centro de trabajo y trabajar la resistencia al cambio.⁸

Algunas de las actividades a incorporarse en su práctica profesional del médico familiar pueden ser las siguientes:

- Participar en la confección de las normas y procedimientos que regulan el funcionamiento interno del equipo.
- Contribuir en la elaboración de los objetivos de trabajo.
- Asistir e intervenir en las reuniones de médicos y/o del equipo de atención primaria en su centro de trabajo.
- Propiciar la participación de los diferentes profesionales en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades.⁸

Gestión de Recursos y Administración Sanitaria.

El marco laboral más habitual del médico familiar es, el sistema sanitario público, que en nuestro país es el Sistema Nacional de salud (SNS).⁸

El Sistema Nacional de Salud es una empresa de servicios cuya misión es prestar asistencia sanitaria a la población. Como toda empresa, debe ser eficaz y eficiente para poder mantenerse 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 encontramos.⁸

Una conciencia de ello es que se han desarrollado técnicas de gestión y administración

sanitarias en periodos recientes, cuyo conocimiento para el profesional de atención primaria es de utilidad.⁸

Actitudes positivas en cuanto a tener presente que los recursos son siempre limitados y que el uso inadecuado, impide poder utilizarlos para otro fin, asumiendo la necesidad de la priorización de los recursos, teniendo en cuenta que los recursos materiales que se manejan están generados por la propia población garantizando la equidad entre los pacientes para el uso de los recursos disponibles.⁸

Actividades del Médico Familiar.

- Organizar adecuadamente el tiempo diario para las diversas funciones a desarrollar.
 - Evitar varias consultas para la resolución de un problema de salud.
 - Evitar la solicitud de pruebas complementarias que no sean precisas para el proceso diagnóstico - terapéutico de los pacientes.
 - Realizar prescripciones terapéuticas farmacológicas cuando no existan o no sean suficientes las alternativas terapéuticas no farmacológicas.
 - Utilizar principios activos de reconocida eficacia, aceptados por la comunidad científica, escogiendo el de menor costo.
- Monitorizar la evolución de los pacientes en situación de baja laboral o invalidez provisional, adecuando la duración de las mismas al proceso que las origina.
- Colaborar con el coordinador del equipo en aquellos aspectos de gestión que le sean solicitados.⁸

Sistema de Registro e Información Sanitaria.

El médico familiar debe conocer y saber utilizar aquellos sistemas de información sanitaria que respondan a las necesidades de la información de su equipo y los suyos propios, escogiendo los más sencillos.

Reconocer que no es posible tomar decisiones sin disponer de información.⁸

Actividades:

En la práctica diaria del médico familiar relacionadas con lo sistemas de registro e información podemos citar las siguientes:

- Colaborar en la recogida de datos poblacionales.
- Complementar la historia clínica orientada especialmente a la identificación de los factores de riesgo personales y/o familiares.
- Mantener actualizado el registro de morbilidad.

- Utilizar el sistema de clasificación de enfermedades y/o problemas de salud según acuerdo del equipo.
- Mantener actualizado el registro de mortalidad del centro.⁸

Garantía de Calidad.

La trascendencia social del trabajo que se realiza en atención primaria implica que el objetivo no es sólo el de prestar asistencia sanitaria a la población, si no que sea una atención de calidad.⁸

Entre las múltiples definiciones de calidad, existe una bastante sintética:

Provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional optimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando adhesión y la satisfacción del usuario.⁸

Para conocer si el trabajo que realizamos es o no de calidad, se precisa analizar y monitorizar la acción que se emprende.⁸

Es importante recordar que la garantía de la calidad ha de ser un proceso continuo y que todo hasta lo que se hace bien se puede mejorar.⁸

El médico familiar debe reconocer que nuestro trabajo no es una actividad estrictamente personal, si no que tiene una gran dimensión social que hacen necesarias las actividades de garantía de calidad; aceptar que la opinión de la población es también un elemento importante para determinar la calidad de la atención prestada ; aceptar que nuestro trabajo puede ser evaluado por otros profesionales, así como estar dispuesto a realizar auditorias o

evaluaciones sobre el trabajo realizado por otros compañeros.⁸

Las actividades a incorporar en su práctica profesional por el médico familiar pueden ser:

- Conocer los rendimientos teóricos y prácticos de las distintas intervenciones sanitarias para elegir los de mayor efectividad.

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

- trabajar activamente en su formación continuada, de modo que mantenga una competencia profesional de calidad.

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

- 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 indicados.

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

- Intervenir en las evaluaciones de las actividades realizadas, introduciendo posteriormente en el trabajo las correcciones necesarias para subsanar las deficiencias.⁸

1.3 Atención Primaria Orientada a la comunidad.

1.3.1 Antecedentes de Atención Primaria Basada en la Población.

Las últimas dos décadas han sido testigos de amplios cambios en los sistemas de asistencia sanitaria. Han surgido nuevas tecnologías diagnósticas y avance terapéuticos. Al mismo tiempo, las dudas sobre la eficacia de algunas tecnologías, la preocupación por los crecientes costos de la asistencia sanitaria, el número en aumento de individuos sin seguro sanitario o sin acceso a la asistencia y el interés creciente de comunidades y compañías, han dado lugar a cambios en la organización y en la distribución de los servicios de asistencia sanitaria.¹¹

Los médicos familiares están calificados para realizar muchas de las mejoras que persiguen los políticos, consumidores y profesionales. Demostrando que la medicina familiar puede

dar una atención excepcional a los individuos y a sus familias.¹¹

Los médicos familiares tendrán que ampliar el modulo tradicional médico - paciente y adquirir conocimientos y habilidades para desarrollar una práctica clínica basada en la población.¹¹

1.3.2 Definición Atención Primaria Orientada a la Comunidad.

Se ha definido de diversas formas. Supone una transformación de la medicina, desde la que sólo presta atención a un paciente concreto al que atiende también a poblaciones o categorías mayores, estas dos estrategias se complementan. Al mismo tiempo que los médicos intentan mejorar la salud del individuo, si no también de la población, intentando mejorar el resultado de sus intervenciones a nivel individual y sobre la población.¹¹

Medicina comunitaria en el sentido de cuidado sanitario de la comunidad, cuidado sanitario centrado en grupos de población más que de individuos.

La medicina comunitaria se nutre de la administración sanitaria y del concepto de medicina social (ciencia descriptiva que estudia las condiciones sociales sanitarias de la población, estableciendo relaciones causales; también, ciencia normativa que fija criterios y normas a adoptar, y que de limitan tres aspectos en la relación sociedad/salud: salud en relación con la demanda socio - sanitaria, salud como valor social, y salud en relación con la comunidad).¹²

La atención primaria orientada a la comunidad (APOC) es una metodología que posibilita el desarrollo de los postulados de la O.M.S. en la población en relación a la Atención Primaria de la Salud (Alma - Ata).¹³

El desarrollo de la APOC precisa la existencia de un servicio de Atención Primaria, en profesionales interesados en ampliar su ejercicio clínico, a la práctica de Salud Comunitaria y en enfocar la atención sobre toda la comunidad.¹³

La APOC se interesa por la información generada en la comunidad, la analiza en propio servicio de Atención Primaria y la aplica de forma directa sobre esa misma comunidad a través de acciones realizadas por el propio equipo de salud, es una epidemiología local,

específica y pragmática.¹³

Aunque la APOC implica otras actividades además de la práctica clínica individual, no debe suponer una sobrecarga de la agenda de los profesionales, sino una reorientación de los servicios hacia los objetivos de salud de la comunidad.¹³

1.3.3 Fundamentos de la APOC.

La Atención Primaria Orientada a la comunidad (APOC) consolida sus bases conceptuales y metodológicas junto con las nuevas concepciones de la Atención Primaria que surgen a partir de la década de 1950. En la mitad del siglo XX existían orientaciones y experiencias inamovibles en la práctica de la medicina, cabe citar el informe Dawson en Gran Bretaña (1920). La actividad de John Grant en Pequín desde 1921 (Siepp, 1963) y la experiencia de Sidney L. Kark en Sudáfrica desde 1940 (Kark, 1962), es a partir de la definición holística de salud realizada por Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) durante su constitución en 1948 cuando empiezan los cambios importantes en la concepción de los servicios de salud.¹³

La nueva atención primaria surge como un intento de superación de la atención fragmentada prestada por sistemas sanitarios cada vez más basados en la superespecialización y en la tecnología con costos crecientes que pronostican inasumibles por la sociedad en un futuro cercano, y como superación de la Atención Primaria individual prestada por el médico de cabecera de forma aislada.¹³

La nueva atención primaria tiene desde sus inicios, entre sus elementos esenciales la orientación a la comunidad, el objetivo de resolución de los principales problemas de salud y la participación comunitaria.¹³

La medicina comunitaria se nutre de la administración sanitaria y del concepto de medicina social.¹²

La medicina comunitaria aglutina en una sola especialidad a la medicina preventiva, salud pública y medicina social, analizando y racionalizando la organización de los servicios de salud, manteniendo una perspectiva poblacional; es decir su objeto son poblaciones o

grupos más que pacientes individuales (Portella, 1985).¹²

La declaración de Alma - Ata (O.M.S., 1978) considera a la Atención Primaria como parte integral del desarrollo social y económico global de la comunidad. (13)

Uno de los principales problemas de la aplicación práctica de la Atención Primaria ha sido la dificultad de entender, aceptar y aplicar la integración del método clínico (Atención Primaria dirigida a los individuos y familias) con la estrategia poblacional (Atención Primaria dirigida a la Comunidad), dificultad que probablemente está en la base de escasa experiencias de la atención primaria con orientación comunitaria (Starfield, 1992).¹³

La APOC propone una metodología práctica y experimentada que permite superar el problema de integrar el método clínico (Atención Primaria dirigida a los individuos y las familias) con la estrategia poblacional (Atención Primaria dirigida a la Comunidad).¹³

1.3.4 Origen y Desarrollo Histórico del APOC.

Los fundamentos conceptuales de lo que se denomina APOC surgen a partir de las expresiones prácticas de diversos focos de desarrollo de la Medicina Comunitaria que evolucionaron a mediados del siglo xx. APOC (Community Oriented Primary Care - COPC en su denominación original en inglés). Se inicia como un proceso de prestación de servicios en la práctica de la atención primaria, en la década de 1940 en Pholela, área rural de Sudáfrica, a través del trabajo de Sidney Kark y Emily Kark. Este proceso se inició con la creación de un centro de salud comunitario en el que los servicios prestados combinaban la atención curativa con la preventiva a través de la atención del individuo, familia y la comunidad, llevando a cabo el diagnóstico individual, familiar y comunitario.¹³

A través de esta integración de la práctica familiar con la salud comunitaria fue posible la creación del modelo de centro de salud comunitario, bajo los auspicios del Instituto de Salud Familiar y Comunitaria en Durban, llegó a extenderse en toda Sudáfrica. (13)

Afines de la década de 1950, *Sidney y Emily Kark* junto con otro grupo de profesionales sudafricanos extienden su experiencia en el centro de salud comunitario de Hadas y la Universidad hebrea de Jerusalén.¹³

En la segunda mitad de la década de 1970 y 1980 aumenta el número de programas de APOC para diferentes subgrupos etáricos de la comunidad.¹³

En las décadas de 1960 y 1970 destacan también las experiencias de APOC en Estados Unidos, aplicadas en áreas rurales y en enclaves urbanos socialmente deprimidos, con resultados alentadores. El interés por este tipo de orientación determinó en 1982. La Organización de la conferencia sobre APOC en Washington (Abramson, 1983). Esta conferencia generó grupos de trabajo que analizaron diversas experiencias en Estados Unidos, que concluyeron en recomendar la aplicación en toda la Atención Primaria y no sólo en áreas deprimidas (Nutting, 1984). En las décadas de 1980 y 1990 aparecen numerosas publicaciones referidas al significado y aplicabilidad de la APOC, a la formación y entrenamiento de los profesionales y a las aplicaciones prácticas de la metodología en diversos países.¹³

El desarrollo de estas experiencias ha sido creciente a finales del siglo xx. En las experiencias están institucionalizadas (Cuba, Canadá), o constituyen proyectos locales (Inglaterra, Bélgica algunas de estas experiencias no tienen denominación de APOC, pero comparten los mismo elementos conceptuales y metodológicos).¹³

En la celebración en Octubre de 2000 de un Work-shop internacional en Leesburg (Virginia, EE UU) constituyó un marco actualizado de análisis de los logros y opciones del modelo en la situación actual y aplicación Internacional (Epstein, 2001).¹³

1.3.5 Marco Conceptual.

La APOC. Se define como la práctica unificada de la atención Primaria individual y familiar con la atención comunitaria, dirigida a mejorar la salud de la comunidad. Implica

la existencia de los siguientes requisitos:¹³

- Debe existir un servicio de atención primaria accesible, global, continua, coordinación con otros servicios y responsabilidad sobre la salud de los individuos y de la comunidad.
- Los profesionales deben tener interés en ampliar su ejercicio clínico a la práctica de la salud comunitaria.
- Debe existir localización de la atención a la comunidad, identificando sus necesidades, planificando los servicios y evaluando los efectos de la atención prestada.¹³

Las características del servicio de atención primaria que asume una orientación de APOC. Son las que están en la base de las nuevas concepciones.¹³

- La accesibilidad, que incluye la localización del equipo en la propia comunidad y la ausencia de barreras tales como: Geográficas, económicas, lingüísticas, culturales, políticas y religiosas.
- El enfoque global de la atención sanitaria, que incluya los aspectos mentales y sociales y se extienda a todos los determinantes de la salud.¹³
- La integración de todas las funciones sanitarias en la prestación de los servicios a la comunidad: atención curativa, preventiva, rehabilitadora y promoción de la salud.¹³
- La coordinación de la atención prestada por todos los servicios y ámbitos del sistema sanitario.¹³
- La coordinación de la atención en todas las etapas de la vida.¹³
- El trabajo a través de un equipo de salud multidisciplinario.¹³
- La movilidad del equipo fuera del centro de salud para vincularse con la comunidad. Esta movilidad se refiere a la prestación de la atención clínica (en el domicilio, escuela, puestos de trabajo).¹³
- Los servicios de la APOC se responsabilizan por la salud (y sus determinantes) de todos los miembros de la comunidad, tanto de los que utilizan sus servicios como de los que no lo utilizan.¹⁴

1.3.6 Bases Metodológicas.

Metodológicamente, la APOC es un proceso continuado y sistemático de identificación de las necesidades de salud de la comunidad, toma de decisiones sobre las prioridades de planificación e implementación y evaluación de dicha intervención, que permita la realización de un nuevo examen de la situación de salud en la comunidad. (13)

Los siguientes elementos metodológicos en el desarrollo de la APOC. requieren de la síntesis de los elementos conceptuales ya citados entre ellos:

- Definición y caracterización de la población: Es esencial para la práctica de la APOC.

Ya que delimita a la población, por lo tanto es la población diana para la intervención y la población denominador para la evaluación tanto de las necesidades de salud como de la efectividad de la intervención.

- Uso del método epidemiológico: conjuntamente con las habilidades clínicas para definir las necesidades de salud comunitarias y para la evaluación de las acciones.

- Programas comunitarios: para abordar de forma sistemática los problemas de salud identificados como prioritarios.

- Acciones encaminadas a lograr la participación de la comunidad: en todas las etapas del proceso.¹³

La APOC. Sigue un ciclo de planificación basado en las necesidades de la población que se asemeja al procedimiento diagnóstico individual, pero con semejanza comunitaria. Es decir examen inicial del problema, diagnóstico, tratamiento, seguimiento del problema y evaluación del tratamiento prescrito.¹³

Los pasos metodológicos del ciclo de la APOC siguen la metodología de planificación por programas de salud con características específicas (Abramson, 1990) consisten en:

1.- Examen preliminar de la comunidad, que permite reconocer a la comunidad para identificar y priorizar los principales problemas de salud.

2.- Diagnóstico comunitario de uno o varios problemas prioritarios.

3.- Decisión de intervenir sobre este problema de salud y decidir la intervención más adecuada.

4.-Planificación del programa de intervención para tratar el problema de salud priorizado.

- 5.- Ejecución de dicho problema.
- 6.- Vigilancia y/o seguimiento del programa.
- 7.- Evaluación del programa para decidir la introducción de modificaciones, siguiendo o suspendiendo el programa.
- 8.- Reexamen de la nueva situación de salud en la comunidad y de esta manera reiniciar el proceso cíclico.¹³

Epidemiología.

La epidemiología en la APOC se interesa por la información generada en la comunidad, la analiza en el servicio de atención primaria y la aplica directamente; es una epidemiología local, específica y pragmática.¹³

La investigación se considera parte del modo de la APOC en tanto constituye la base de la acción para llevar a cabo el continuo feedback del ciclo. La evaluación puede generar información útil para otros equipos sobre la efectividad de las intervenciones. Los métodos en la APOC pueden ser cuantitativos como cualitativos.¹³

Informática.

Para aplicar bien la asistencia sanitaria de base poblacional, es necesario manejar eficazmente gran cantidad de información, por lo que resulta imprescindible que el médico familiar tenga habilidades básicas para utilizar técnicas de manejo de datos que están surgiendo.¹¹

Trabajo en equipo.

A diferencia del médico familiar de la década de 1960, ejercía su profesión en solitario, los médicos familiares de hoy la ejercen como parte de grupos y organizaciones

complejas. Por consiguiente, para practicar eficazmente una medicina basada en la población, es importante tener la capacidad de funcionar de igual modo como parte del equipo de asistencia sanitaria y no sólo como prestador individual.¹¹

Es esencial utilizar con eficacia a subespecialistas, enfermeras, profesionales de la salud pública, educadores sanitarios y recursos comunitarios. Trabajar bien con estos grupos requiere un liderazgo y una habilidad de comunicación excelente.¹¹

Medicina Basada en la Evidencia.

La medicina basada en la evidencia es un proceso y una filosofía que integran la mejor evidencia externa con la experiencia clínica individual y la elección de pacientes.¹¹

Es un proceso de cuatro pasos que incluye la formulación de una pregunta, la búsqueda de los estudios publicados, la valoración de validez de la información y su aplicación.¹¹

Consideraciones Sociales y Éticas.

Diversas consideraciones éticas y sociales, en las que están la equidad, el acceso, la defensa y la distribución de los recursos, atender a la población y a los individuos no es por fuerza antiético, si no complementario. Coincidiendo con el espíritu de la medicina familiar, que plantea la asistencia en el contexto de la comunidad.¹¹

Un Modelo de Asistencia Sanitario 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.¹¹

La APOC es una estrategia de asistencia sanitaria basada en la población que puede ayudar al médico familiar a equilibrar sus obligaciones con cada paciente, con las de la sociedad en conjunto.¹¹

1.3.7 Filosofía de la APOC.

La atención primaria orientada a la comunidad se propuso hace décadas como un medio práctico para integrar los principios de la medicina comunitaria y la salud pública en la prestación de la Atención Primaria.¹¹

La APOC surge de nuevo como un modelo excelente para practicar la asistencia sanitaria de base poblacional.¹¹

La APOC es una estrategia sistemática para abordar la asistencia sanitaria de la comunidad

y de los individuos en una forma global.¹¹

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 solo mejorar su tratamiento.¹¹

1.3.8 Proceso del APOC.

El paradigma de la APOC puede utilizarse con facilidad en el ejercicio de la atención primaria. Este debe ser global y poder prestar toda una 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 participan en la implicación de los servicios y el suministro de información.¹¹

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 la asistencia sanitaria. El proceso de la APOC requiere de 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.¹¹

Estos cuatro elementos se organizan en un ciclo en la que decisiones se ven influidas de forma continua por el conocimiento de la información basada en la población.

(11)

La definición o enumeración de las características de la población asignada es el paso inicial del ciclo de la APOC.¹¹

Es importante que los médicos familiares adopten un planteamiento amplio sobre su población y tenga en cuenta también a los individuos que no acuden de manera regular a la consulta. Lo ideal es que los médicos puedan hacer un lista de todos los individuos de su población y describir sus características socio demográficas, sus creencias culturales y sus

conductas sanitarias, que permitan evaluar el efecto de la intervención.¹¹

Una vez definida una población, el médico familiar puede identificar y establecer prioridades sobre los problemas de la salud más importantes y sus principales riesgos. Para que posteriormente puedan 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 que permita evaluar el efecto de la intervención.¹¹

El seguimiento puede utilizar la obtención de datos primarios, como la información procedente de encuestas de población, o basarse en datos secundarios obtenidos en entrevistas clínica o en otros datos disponibles.¹¹

Es importante que se hayan desarrollado las técnicas de seguimiento y los métodos de evaluación apropiados antes de iniciar la intervención.¹¹

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.¹¹

Existe una clara convicción en muchas partes del mundo sobre el potencial de la APOC para mejorar la salud de la población. A pesar de ello, la incorporación de la APOC en los sistemas nacionales sanitarios es aun limitada.¹³

En conclusión, el modelo de la APOC, los servicios de salud asumen la responsabilidad por la salud de una población definida, en la cual se desarrollan programas de promoción,

prevención y mantenimiento de la salud, además del tratamiento de las enfermedades. De esta manera se integra la atención clínica individual y familiar con la salud pública. La APOC refleja el “espíritu de Alma - Ata” constituyendo un proceso sistemático que tiene la flexibilidad suficiente para adoptar los principios y adaptar las metodologías a la realidad y a los recursos locales del equipo de salud y de la comunidad.¹⁴

1.4 Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar

(MOSAMEF).

1.4.1 Antecedentes del MOSAMEF.

El médico familiar es un generalista que acepta a toda persona que solicita atención al contrario de otros especialistas que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de la edad, sexo y/o diagnóstico de los pacientes. El médico familiar atiende al individuo en el contexto de la comunidad de la que forma parte sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social: Debe ser un médico clínicamente competitivo, a fin de proporcionar la mejor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En resumen se responsabiliza personalmente de prestar atención integral y continuada a sus pacientes.¹⁵

El MOSAMEF es un modelo de práctica médica familiar, diseñado por un grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar de la UNAM. Fue dado a conocer en 1995 en la tercera edición del libro Fundamentos de Medicina Familiar.¹⁵

La motivación inicial para desarrollar este modelo fue presentar en forma de un protocolo un esquema de atención sistemático a las familias, dirigido a los alumnos del curso semipresencial de especialidad en Medicina Familiar en diplomado de pregrado efectuado por el Instituto de Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la UNAM.¹⁵

Hasta el año 2000 lo habían aplicado más de 100 especialistas en Medicina Familiar. Este ensayo sobre las bases conceptuales del MOSAMEF, no pretende agotar el tema, si no servir de introducción a los principios que sustenta la especialidad en Medicina Familiar.¹⁵

1.4.2 Definición del MOSAMEF.

El Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar (MOSAMEF) Es un conjunto de procedimientos (administrativos, clínicos y operativos) que fundamentan el desarrollo de las actividades del Médico Familiar.¹⁶

1.4.3 Fundamentos del MOSAMEF.

El MOSAMEF se origina a partir de tres preguntas fundamentales:

¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familiar?

¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?

¿Cómo identificar las necesidades de atención a la salud de las familias?¹⁵

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 riesgo.¹⁵

1.4.4 Propósito del MOSAMEF.

En base a estas primicias las actividades que el médico familiar debe realizar, requiere de una guía metodológica que propicie el diagnóstico del estado de salud de las familias que requieran sus servicios.¹⁵

La evaluación demográfica de las familias mediante la descripción de su estructura, clasificación tipológica, etapa en el ciclo vital familiar, y los elementos económicos y sociales constituyen algunos de los componentes del diagnóstico de salud familiar.¹⁵

El análisis de la patología que con mayor frecuencia se presenta en las familias, constituye el perfil de morbimortalidad, aunado a la evaluación demográfica, facilita al médico familiar y a su equipo, ejecutar estrategias específicas dirigidas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.¹⁵

La información obtenida mediante estas actividades ofrece la oportunidad para desarrollar proyectos de investigación multidisciplinaria que permiten un uso más eficiente de los recursos para la solución de problemas de salud y el diseño de estrategias de atención específicas para un consultorio o comunidad.¹⁵

Evaluar los resultados de las estrategias.¹⁶

1.4.5 Etapas del MOSAMEF

1.- Diagnóstica.

Objetivo: Realizar una descripción de los elementos que influyen en la práctica del médico familiar para la planeación y toma de decisiones que favorecen el logro de los objetivos de la medicina familiar.¹⁶

- Población bajo su cuidado poblacional:
- Pirámide poblacional.
- Diagnóstico de salud y riesgo de la población: Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF).
- Expedientes clínicos.

Infraestructura.

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

Perfil epidemiológico y problemas de salud.

- Diez primeras causas de motivos de consulta.
- Diez primeras causas de morbilidad.
- diez primeras causas de referencia.¹⁶

2.- Análisis de la situación.

El médico familiar describirá las características de la población, la infraestructura que respaldará su ejercicio profesional y los principales problemas de salud que deberá atender. (Análisis de la situación).¹⁶

3.- Priorización de problemas.

Objetivo: Evaluar la aplicación de las Normas y los resultados de la aplicación de los programas prioritarios.¹⁶

Estrategia: Investigación basada en la práctica clínica.

Diagnóstico de la aplicación de las Normas.

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

Metas, cobertura, indicadores, tasas, frecuencias, porcentajes etc.¹⁶

Por ejemplo:

- Materno infantil.
- Enfermedades infecciosas.
- Enfermedades crónicas.
- Enfermedades degenerativas.¹⁶

Resultados esperados: Identificará los aciertos y errores en la aplicación de las normas y los resultados obtenidos para la aplicación de los programas prioritarios. La información obtenida se utilizara para la planeación, estrategias dirigidas a la mejoría de su práctica profesional.¹⁶

4.- Planeación de estrategias y modelos de evaluación de las mismas.

Objetivo: Diseñar proyectos dirigidos a la solución de problemas específicos identificados en etapas anteriores al 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 detectados.¹⁶

5.- Desarrollo de actividades o proyectos.

-Desarrollar actividades fundamentales en los principios esenciales de la medicina familiar: Atención integral del individuo y su familia, continuidad de la atención, enfoque de riesgo, y proyectos de investigación.¹⁶

6.- Evaluación de resultados.

La atención primaria es el marco ideal para impulsar y desarrollar un programa de actividades preventivas y de promoción a la salud, por tratarse del nivel dentro del sistema sanitario dado la población accede de manera directa y suele respetar los consejos de su médico.¹⁵

El médico familiar deberá esforzarse por entender el entorno de las enfermedades más frecuentes que ocurren en su población, comprometiéndose más con la persona y observar permanentemente sus pacientes como población en riesgo.¹⁵

El esquema actual de atención médica familiar ha favorecido insatisfacción tanto en el médico familiar como en los pacientes ya que no se ha logrado el impacto deseado sobre la problemática de salud, debido a desconocimiento o a la información insuficiente de las características biopsicosociales y los recursos que pueden ser incorporados para mejorar el nivel de salud de las familias y la población.¹⁵

Es necesario el uso racional de los recursos para mejorar la atención en los consultorios de medicina familiar, desde el tiempo de espera, agilización del uso del archivo clínico, derivaciones justificadas al segundo y tercer nivel y una atención médica de mayor calidad.¹⁵

Para lograr este propósito el médico familiar deberá conocer con detalle la estructura de las familias que están bajo su cuidado, las características de la pirámide poblacional, las patologías más frecuentes, así como la demanda de servicios que ejerce su consultorio, lo que a través del tiempo tendrá un impacto positivo en la salud de las familias, del consultorio y del sistema de salud del país.¹⁵

El MOSAMEF pretende incidir en mayor o menor grado en cada uno de los cinco campos de acción planteados por la carta de Ottawa en la segunda conferencia Interracial de promoción a la salud.¹⁵

- Reorientar los servicios de salud.
- Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida.

- Crear “medioambiente” saludable.
- Elaborar políticas explícitas para la salud.
- Reforzar la acción comunitaria en salud.¹⁵

Hacer promoción de la salud significa, en definitiva, intentar ayudar a las personas y comunidades 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 del MOSAMEF.¹⁵

1.4.6 El MOSAMEF y el Médico Familiar.

Es indiscutible que contar con una población cautiva, atender todo tipo de episodios de salud y enfermedad, atender indistintamente a todos los integrantes de las familias, contar con la posibilidad de desarrollar indicadores de riesgo y estimar probabilidades de ocurrencia de los eventos, dan grandes ventajas al practicante de la medicina familiar.¹⁵

El médico familiar debe de poseer las siguientes cualidades: Ser buen clínico, científico, consejero diagonal, asesor, educador, trabajador, receptivo, accesible, empático, sistemático, racional, respetuoso, comunicativo, con actitud de búsqueda, con afán de superación, que coordina la asistencia preocupado por el paciente y por su propia formación.¹⁵

Un médico familiar debe realizar actividades en cinco grandes áreas:

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

5.- Área de apoyo que incluye trabajo de equipo, sistemas de registro e información, gestión de recursos - administración sanitaria y por último la garantía de la calidad.¹⁵

1.4.7 Antecedentes Sociomédicos 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 la óptima.¹⁵

El MOSAMEF comparte sus principios con el denominado modelo ecológico de asistencia médica propuesto por White, sus elementos principales parten de que la salud es un estado natural que se ve afectado por innumerables factores entre los que destacan:

- a) El microambiente y macroambiente (físico y social).
- b) El acceso a los servicios de salud (niveles de atención, preventivos, curativos y de rehabilitación).
- c) Factores hereditarios.
- d) Estilo de vida. (Actualmente de primordial importancia para la comprensión y manejo de patologías crónico - degenerativas).¹⁵

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 poblaciones.¹⁵

1.4.8 Perspectivas del MOSAMEF.

Partiendo de que la continuidad a decir de Shires, constituye en la quinta esencia de la medicina familiar la aplicación del MOSAMEF, debiendo incluir un proceso de:

- Actualización periódica.
- Evaluación operativa.

- Establecimiento de estrategias para la solución de problemas de salud y anticipación del daño.¹⁵

Debiendo responder a los programas de calidad total que incluye cuatro fases:

- identificación de características de la comunidad a estudiar.
- señalamiento puntual de los problemas de salud de la población.
- Modificación a los problemas detectados, principalmente a desviaciones en la práctica asistencial.
- Seguimiento del impacto de la intervención.¹⁵

La atención médica familiar basada en la comunidad, espíritu del MOSAMEF es deseable que se logre constituir en un modelo eficaz para los médicos familiares que laboran en instituciones de salud, pero no solo para ese sector, sino para los médicos que realizan práctica privada y son responsables también de una población.¹⁵

2. Planteamiento del Problema.

El IMSS en 1954 plantea el primer esbozo de lo que es la medicina familiar y propone un esquema de trabajo dentro de algunas unidades médicas de medicina familiar. En 1971 se inician los curso de especialización en medicina familiar; la UNAM otorga reconocimiento académico en 1974, en 1980 la SSA y ISSSTE inician la formación de especialistas en medicina familiar.⁵

Desde su aparición en México, la medicina familiar se ha practicado conforme a esquemas que si bien han tenido un sustento médico con el propósito de atender las necesidades de salud de las familias, no han contado con una base teórica respaldada por evidencias científicas que permitan esclarecer el conocimiento de los grupos familiares asignados al cuidado de un médico. Esta situación ha limitado la práctica de las tres acciones que fundamentan el ejercicio profesional de la Medicina Familiar (estudio de familia, continuidad de la atención, y acción anticipatorio) ejecutando finalmente actividades que no permiten distinguir con claridad el desempeño profesional que debe realizar un médico familiar, con la consecuente insatisfacción de los usuarios como del propio médico, puesto que su ejercicio clínico es episódico, curativo y con limitantes en la capacidad resolutive y de seguimiento. Esta insatisfacción se ha creado porque no se ha logrado el impacto deseado sobre la problemática de salud, debido al conocimiento insuficiente de las características sociosanitarias y de los recursos que pueden ser implementados para mejorar el nivel de salud de las familias.⁹

El ISSSTE. Creado por decreto presidencial el 30 de diciembre de 1959 es un organismo descentralizado, con administración, personalidad jurídica y patrimonio propio.²⁰

Actualmente el ISSSTE. Ha celebrado convenios con gobiernos estatales y organismos públicos descentralizados para ofrecer seguridad social a sus trabajadores; atiende a más de dos millones de trabajadores y más de cuatro derechohabientes por trabajador en promedio, por lo que en este momento son más de diez millones de derechohabientes.²⁰

El ISSSTE. Para desempeñar sus funciones, empezó con la adquisición de unidades hospitalarias privadas, y en 1960 inicia la construcción de las tres primeras clínicas en el Distrito Federal y compra el centro hospitalario 20 de Noviembre con capacidad de 600 camas, se incorporan también algunas unidades médicas provenientes de diversas dependencias centrales, como las que operaban en la Secretaria de Educación Pública, Secretaria de Hacienda y Crédito Público, el Sindicato del Magisterio, y SCOP.²⁰

Su infraestructura general es: población derechohabiente 10,295,082, centro geriátrico 1, clínicas de medicina familiar 94, clínicas de especialidades 14, unidades de medicina familiar 926, consultorios de auxilio 105, clínicas hospital 71 hospitales generales 71, hospitales regionales 10 centro médico nacional 1, centro de cirugía ambulatoria 2, consultorios 5430, laboratorios 209, quirófanos 293, camas censables 6778, camas de tránsito 2986. Su infraestructura del Estado México es : Hospital General Toluca, Clínica de especialidades Xalostoc, Clínicas de Medicina Familiar: Cuautitlan Izcalli, Ecatepec, Nueva Oxtotitlan, Nuevo ISSSTE, Satelite Naucalpan, Texcoco de Mora, Valle de Aragon, y Tlanepantla. Y algunas unidades con 2 a 4 Consultorios Auxiliares.²⁰

La UMF Tlanepantla se inauguro en octubre 1988 reinaugurándose el 16 de mayo de 1997 en su ubicación actual, en la avenida Chilpancingo esquina Jalapa sin número col Valle Ceylan, certificándose como unidad amiga de la mujer y la familia y del adulto mayor el 11 de octubre del 2000. La unidad cuenta con 14 consultorios de consulta externa de los cuales dos se utilizan para modulo de gerontología y psicología., dos consultorios par el servicio dental, una oficina de coordinación médica, una oficina para el jefe de archivo, un departamento de rayos x, un departamento de laboratorio clínico, una oficina de trabajo social, departamento de archivo clínico, una farmacia, departamento de medicina preventiva, departamento de mantenimiento y almacén, un modulo de atención al derechohabiente y una oficina de enfermería, en la planta alta se encuentra la oficina del director, subdirector, subdirector administrativo, del jefe de enseñanza , recursos humanos, departamento de estadística así como el aula de la unidad , trabaja la clínica en dos turnos matutino y vespertino quedándose dos médicos hasta 21 hrs. no contamos con información de cuanto personal trabaja en esté momento, solo se tienen datos del personal médico, el cual consta de trece médicos en turno matutino, y diez en el turno vespertino un gerontólogo, un psicólogo, dos odontólogos por turno, dos coordinadores médicos, dos radiólogos, dos trabajadoras sociales, un director médico y un subdirector médico.

En la Unidad de Medicina Familiar Tlanepantla Estado de México del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado del consultorio número 7 del turno vespertino, no se dispone de información y se desconocen las características: sociodemográficas y de salud, tipología familiar, factores de riesgo, pirámide poblacional y su morbilidad, y causas de demanda de la consulta de las familias que se atienden.

3. Justificación.

En el consultorio numero 7 del turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar Tlanepantla Estado de México del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, no se cuentan con antecedentes que especifiquen: cuantas familias están adscritas, sus características, causas de consulta, factores de riesgo, causas de morbilidad y pirámide poblacional; que son necesarios saber con el propósito de implementar acciones en los paciente que no tienen factores de riesgo, tales como informar orientar, educar, y en pacientes que tienen un factor de riesgo o un daño establecido, realizar actividades que delimiten el daño y controlarlo, realizar diagnósticos oportunos para realizar acciones específicas

Los resultados obtenidos servirán para conocer a las familias y sus principales causa de consulta para toma de decisiones objetivas y reales que incidan en la salud de los pacientes, realizando diagnósticos oportunos, control de la enfermedad, limitación del daño e incapacidad y referencia a un segundo o tercer nivel de atención, en la prevención, en el tratamiento, y rehabilitación, realizando con la información obtenida un diagnóstico para implementar acciones específicas orientadas al mejoramiento de la salud, y posibles cambios en el estilo de vida de los individuos y las familias adscritas, al consultorio número 7 del turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar Tlanepantla estado México del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Así desarrollar una labor eficaz lo que a través del tiempo tendrá un positivo impacto en la salud familiar de los pacientes que son atendidos en el consultorio.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Aplicar el MOSAMEF en su etapa diagnóstica en el consultorio No. 7 de la UMF Tlanepantla, ISSSTE.

4.2 Objetivo Especifico.

- Identificar las diez principales causas de consulta de primera vez, en el lapso de Enero a Diciembre del 2007
- Identificar las diez principales causas de consulta subsecuente en lapso de Enero a Diciembre del 2007
- Identificar los tipos de familia según su estrato y etapas del ciclo.
- Identificar los principales factores de riesgo de las familias.
- Identificar aspectos sociodemográficos de los individuos estudiados.
- Construir pirámide poblacional.

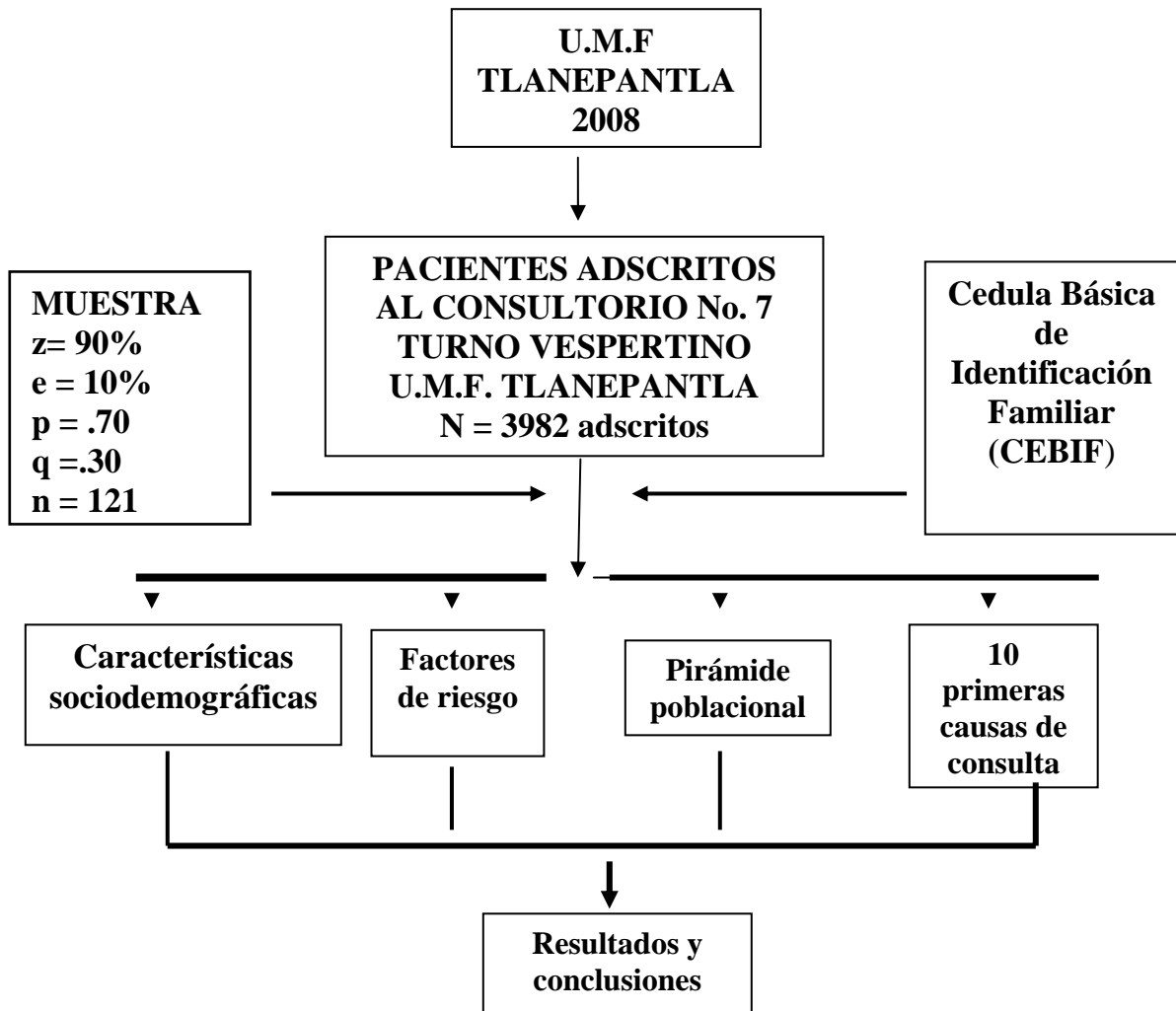
5.- Material y Métodos.

5.1 Tipo de Estudio

Observacional, Descriptivo, Transversal, Retrospectivo.

- 1.- **Observacional:** Porque no interfiere el investigador en el fenómeno a estudiar.
- 2.- **Descriptivo:** Porque se incluye una sola población, midiendo a esta sus variables con el fin de describir.
- 3.- **Transversal:** Porque las variables se medirán una sola vez permitiendo conocer la situación en su momento.
- 4.- **Retrospectivo:** Porque la información ya se produjo y las variables a estudiar serán las primeras 10 causas de consulta de Enero a Diciembre del 2007.

5.2 Diseño del Estudio.



5.3 Población.

La población es la que esta inscrita: 3982 pacientes, la usuaria : 3084 pacientes.

5.4 Muestra

Tamaño de la muestra 121 encuestas: z = 90%, e = 10%, p= .70, q = .30

5.5 Criterios de inclusión exclusión y eliminación

- Criterios inclusión:

- 1.- Que sean derechohabientes del ISSSTE.
- 2.- Usuarios del consultorio 7, turno vespertino de la UMF Tlanepantla.
- 3.- Ambos sexos.
- 4.- Personas mayores de 15 años.
- 5.- Que acepten colaborar en forma voluntaria con el estudio.
- 6.- Diagnósticos claros legibles y de certeza en hoja SM -10.

- Criterios exclusión.

- 1.- Que no sean derechohabientes.
- 2.- No adscritos al consultorio No, 7 de la UMF Tlanepantla
- 3.- Que no acepten participar en el estudio.
- 4.- Que no cumplan con los criterios de inclusión.

-Criterios de eliminación.

- 1.- Encuestas incompletas.
- 2.- Que en la hoja de informe diario existan diagnósticos no claros, no legibles, diagnósticos de estudio o no de certeza.

5.6 Variables.

En el siguiente cuadro se especifican el número de variables, las variables, valores de de las variables o códigos y escala.

Número	Nombre de la variable	Valor de la variable	Tipo de variable	Escala
1	Estado civil de cónyuges	Casados Unión libre Divorciados Viudos Solteros	Cualitativa	Nominal
2	Parentesco familiar	Madre Padre Hijo Hija	Cualitativa	Discontinua
3	Número de hijos R.N. – 1 año	Niños de 0 días a 365 días	Cualitativa	Continua
4	Número de hijos 1- 4 años	Niños de 1 a 4 años	Cualitativa	Continua
5	Número de hijos 5 -10 años	Niños de 5- a 10 años	Cualitativa	Continua
6	Número de hijos 11- 19 años	Adolescentes de 11 a 19 años	Cualitativa	Continua
7	Número de hijos 20 o más años	Jóvenes de 20 o mas años	Cualitativa	Continua
8	Con parentesco	Consanguíneo	Cualitativa	Discontinua
9	Sin parentesco	No consanguíneo	Cualitativa	Discontinua
11	C.E. Familia Extensa	Ascendente Descendente	Cualitativa	discontinua

12	C.E. Familia Monoparental	Simple Ampliada	Cualitativa	Discontinua
13	C.E. Persona que vive sola	Soltero	Cualitativa	Discontinua
14	Etapa del ciclo vital de la familia	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro	Cualitativa	Discontinua
15	Factores económicos	No. De personas que contribuyen al ingreso familiar	Cuantitativa	Discontinua
16	F.E. casa	Propia Financiamiento Rentada Prestada	Cuantitativa	Discontinuas
17	F.E. Agua entubada intradomiciliaria	No. De casas con agua entubada	Cuantitativa	Nominal
18	F.E. Automóviles	No. De automóviles por familia	Cuantitativa	Nominal
19	F.E. Teléfono	No. De casas con línea telefónica	Cuantitativa	Nominal
20	F.E: computadora	No. De familias con computadora	Cuantitativa	Nominal
21	F.E. Hijos en escuela pública	No. De hijos en escuela pública	Cuantitativa	Nominal
22	F.E. Hijos en escuela privada	No, de hijos en escuela privada	Cuantitativa	Nominal
23	F.E. Hijos con becas	No. De hijos con becas	Cuantitativa	Nominal

24	Desarrollo comunitario servicio de agua potable	No. Casas con agua potable	Cuantitativa	Nominal
25	D.C. Servicio de drenaje subterráneo	No. De casas con drenaje subterráneo	Cuantitativa	Nominal
26	D.C. Servicio de energía eléctrica	No. De casas con energía eléctrica	Cuantitativa	Nominal
27	D.C. Servicio telefónico	No. De casas con servicio telefónico	Cuantitativa	Nominal
28	D.C Servicio de alumbrado público	No. De casas con alumbrado público	Cuantitativa	Nominal
29	D.C. Con pavimentación	No. De casas con pavimentación	Cuantitativa	Nominal
30	D.C. Con Banquetas	No. De casas con banquetas	Cuantitativa	Nominal
31	D.C. Con servicio de transporte público	No. De casas con servicio de transporte público	Cuantitativa	Nominal
32	D.C. Con vigilancia	No. De casas con vigilancia	Cuantitativa	Nominal
33	I.S.M.F. Ingreso económico familiar	<1 salario minim 1-2 salarios min 3-4 salarios min 5-6 salarios min >7 salarios min	Cuantitativa	Nominal
34	No. De hijos dependientes económicos	3 0 mas hijos 2 hijos 1 hijo	Cuantitativa	Nominal

		ningún hijo		
35	Escolaridad materna	Sin instrucción Primaria incompleta Primaria completa Post-primaria	Cualitativa	Continua
36	Hacinamiento	3 o más personas 1 a 2 personas	Cualitativa	Nominal
37	F.Riesgo Diabetes M.	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
38	Hipertensión Arterial	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
40	Enfermedades del corazón	Antecedente en la familia	Cualitativa	Discontinua
41	Cáncer cervicouterino	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
42	Cáncer de mama	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
43	Cáncer de próstata	Antecedentes en Familia	Cualitativa	Discontinua
44	Otros cáncer	Antecedentes en Familia	Cualitativa	Discontinua
45	Insuficiencia renal	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
46	Enfermedad cerebrovascular	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
47	Asma	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
48	Sida/VIH	Antecedente en la familia	Cualitativa	Discontinua
49	Otros ETS	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
50	Hepatitis B y C	Antecedentes en	Cualitativa	Discontinua

		la familia		
51	TB Pulmonar	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
52	Desnutrición	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
53	Obesidad	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
54	Anorexia Bulimia	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
55	Tabaquismo	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
56	Alcoholismo	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
57	Otras fármaco-dependencias	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
58	Violencia intra-familiar	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
59	Enf. Psiquiátricas	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
60	Riesgo Ocupacional	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
61	Discapacidad	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Discontinua
62	Datos Demográficos Parentesco	Parentesco con la familia encuestada	Cualitativa	Discontinua
63	D.D. Edad	Edad en años cumplidos	Cuantitativa	Continua
64	D.D. Sexo	1. masculino 2. Femenino	Cualitativa	Nominal
65	D.D. Escolaridad	Años cumplidos de estudio	Cuantitativa	Continua

66	D.D. Ocupación	Ocupación de los miembros de la familia	Cualitativa	Discontinua
67	Pirámide poblacional	Por grupo etareo	Cuantitativa	Nominal
68	Pirámide poblacional	Por sexo Masculino y femenino	Cualitativo	Nominal
69	Causas de consulta	Enfermedades más frecuentes de la población a estudiar por grupo etareo y sexo	Cualitativas	Nominal

5.7 Método para la recolección de la información.

La información se obtuvo a través de:

- * De la cédula básica de identificación familiar (CEBIF).
- * Hoja de informe diario de labores del médico (SM-10).
- * Expedientes clínicos.

-En el consultorio No. 7 de la UMF. Tlanepantla del ISSSTE. Se efectuó la encuesta de la CEBIF, a los pacientes que voluntariamente accedió a contestar en forma personalizada. Previa autorización e información de la encuesta. Realizando 3 a 4 encuestas diarias.

-Las 10 primeras causas de consulta por grupos de edad y sexo se obtuvo de las hojas de informe de labores del médico SM-10 del periodo de enero a diciembre del 2007 previa autorización de las autoridades de la clínica y del jefe de estadística quien nos proporciono las hojas de informe diario del médico por mes y por medio de paloteo se obtuvo la información.

-El censo poblacional se obtuvo de los expedientes clínicos. Que pertenecen al consultorio No. 7 de acuerdo a grupo de edad y sexo, número de familias, y tipo de derechohabiente

-La pirámide poblacional se obtuvo de la información obtenida del censo poblacional de

acuerdo a grupos de edad y sexo.

5.8 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.

5.9 Procedimiento estadístico.

La información se analizó con medidas de estadística descriptiva, medidas de tendencia central, resúmenes.

5. 10 Cronograma.

ACTIVIDADES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE 2008
Marco Teórico	X		
Material y Métodos	X		
Recolección de datos	X	X	
Análisis de resultados		X	
Integración del reporte final		X	X
Entrega del trabajo			X

5.11 Recursos Humanos, materiales y financieros.

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

Material Humano: capturista, investigador, y asesor de tesis.

5.12 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 sin 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 las 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 identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.¹⁷

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 otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.¹⁸*

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 a la experimentación en seres humanos.

La investigación biomédica en seres humanos debe realizarse 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.¹⁸

La investigación médica debe estar sujeta a normas éticas para promover el respecto 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 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.¹⁸

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.¹⁸

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 física y mental así como su personalidad.

El individuo debe recibir información adecuada acerca de los objetivos y métodos de la investigación.¹⁸

6.- Resultados.

6.1.- Pirámide Poblacional

Se revisaron 3084 expedientes clínicos pertenecientes al consultorio Número 7 de la UMF Tlanepantla de acuerdo a grupo etáreo se encontró. Ver cuadro 1.

CUADRO 1
Distribución de derechohabientes del consultorio 7
por grupo etáreo

Grupo etáreo	Número de derechohabientes	Porcentaje
0 a < 1 meses	40	1.2%
1 a 4 años	263	8.5%
5 a 9 años	296	9.5%
10 a 14 años	274	8.8
15 a 19 años	196	6.35
20 a 24 años	116	3.7%
25 a 29 años	293	9.5%
30 a 34 años	272	8.8%
35 a 39 años	217	7.03%
40 a 44 años	194	6.2%
45 a 49 años	217	7.03%
50 a 54 años	209	6.7%
55 a 59 años	161	5.2%
60 a 64 años	108	3.5%
65 o + años	228	7.3%
Total	3084	100%

Fuente: Expedientes del consultorio 7
UMF tlanepantla Mes de agosto del 2008

De las 1429 familias se encontró de acuerdo al sexo 1301 derechohabientes masculinos, que correspondió a 42.2% y 1783 derechohabientes femeninos que correspondió 57.8% del total de derechohabientes.

SE encontró de acuerdo al tipo de derechohabiente lo siguiente ver cuadro 2.

CUADRO 2
Tipo de derechohabiente

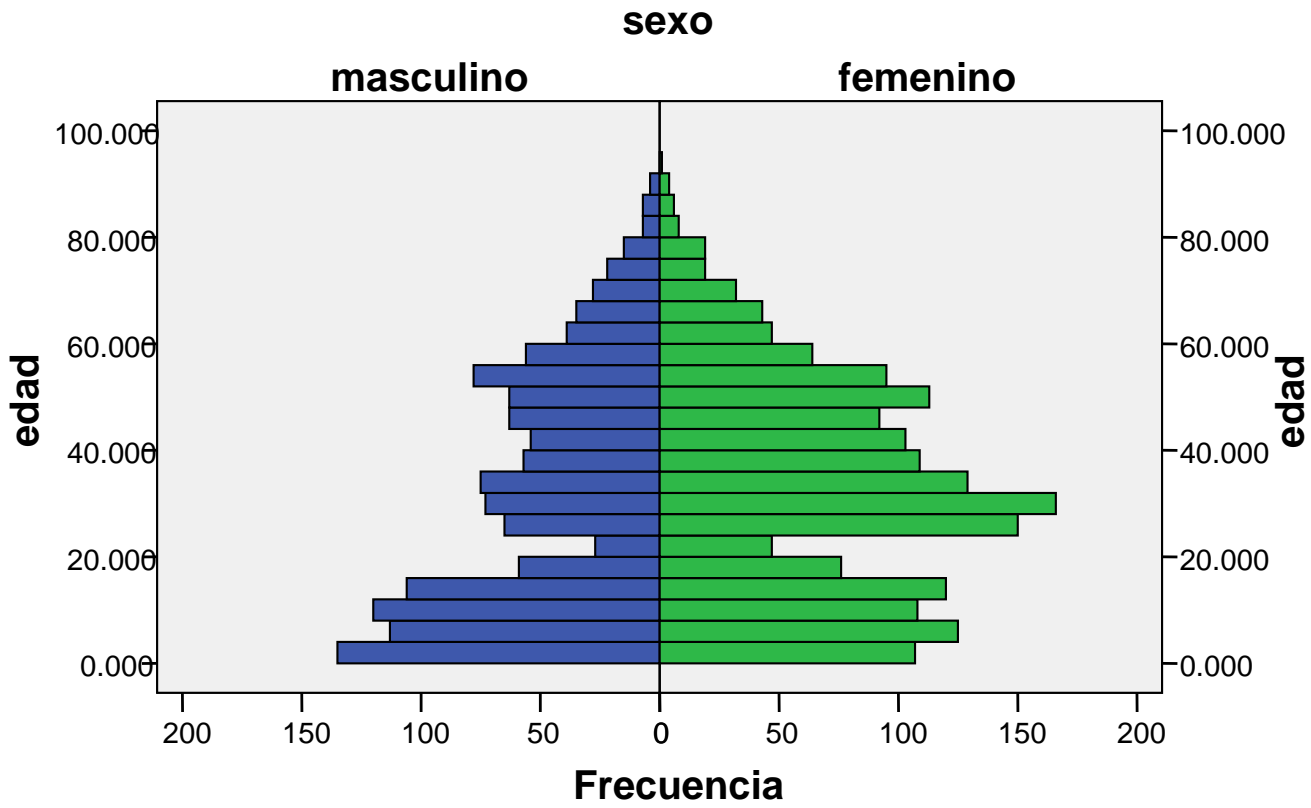
TIPO DE DH	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trabajador Masculino	597	19.4
Trabajador Femenino	585	19.0
Esposa	426	13.8
Esposo	3	00.1
Padre	78	02.5
Madre	172	05.6
Hijo	542	17.6
Hija	544	17.6
Pensionada	80	01.8
Pensionado	54	02.6
Total	3084	100

Fuente: expedientes del consultorio 7 de la UMF Tlanepantla mes de agosto del 2008

En la figura 1 se muestra la pirámide poblacional de los 3084 derechohabientes del consultorio 7 de UMF Tlanepantla.

Pirámide de Población del Consultorio 7 - 2008 -

Unidad de Medicina Familiar "Tlanepantla" ISSSTE



N = 3084 pacientes

Fuente: expedientes clínicos de consultorio 7 de UMF tlanepantla mes agosto del 2008

6.2. Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF)

Se aplicaron 121 encuestas de CEBIF a la población usuaria del consultorio 7 de la UMf Tlanepantla del ISSSTE de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

6.2.1. Edad de la madre.

Se encontró que la edad predominante de la madre fue entre los 28 y 30 años de edad, con un porcentaje del 22.3% de las encuestas de CEBIF. Ver cuadro 3

6.2.2. Escolaridad de la madre.

Dentro del grado de estudios se encontró que 13.2% tiene primaria terminada, el 24% secundaria terminada, el 19% bachillerato o su equivalencia terminada, el 13.2% con carrera técnica terminada, y con el 13.3% carrera profesional terminada. Ver cuadro 3

6.2.3 Edad del padre.

Se encontró que la edad del padre con mayor porcentaje fue de 34 años de edad, con 8.3% del total de las encuestas de CEBIF. Ver cuadro 3

6.2.4 Escolaridad del padre.

Dentro del grado de estudios se encontró que el 14% tiene primaria terminada, el 24.8%, secundaria terminada, bachillerato terminado 10.7%, carrera técnica 9,1%, y el 6.6% carrera profesional terminada. Ver cuadro 3

CUADRO 3
Edad y escolaridad de los padres

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD de la Madre	121	20	65	36.30	9.675
ESCOLARIDAD DE LA MADRE	121	0	18	10.14	3.758
EDAD DEL PADRE	121	0	64	36.61	14.015
ESCOLARIDAD DEL PADRE	121	0	18	9.26	4.560
Puntaje TOTAL ISPF	121	1	8	4.04	1.346

FUENTE. CEDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF) AGOSTO 2008

6.2.5 Estado civil de los cónyuges.

De acuerdo a su estado civil se encontró; que el 71.1% es casado, el 21% esta en unión libre, el 5% divorciado, el 4% soltero y el 4% viudos: Dentro de los años de unión conyugal hubo que el 8.3% tiene 3 años, el 7.4% 6 años, el 5.2% 2 y 10 años respectivamente, y con el 5% 18 años de unión conyugal. Ver cuadro 4

CUADRO 4
Estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casados	86	71.1	71.1	71.1
Divorciados	6	5.0	5.0	76.0
Solteros	4	3.3	3.3	79.3
Unión Libre	21	17.4	17.4	96.7
Viudos	4	3.3	3.3	100.0
Total	121	100.0	100.0	

FUENTE: CEDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)
AGOSTO 2008

6.2.6. FACTORES DEMOGRÁFICOS.

Dentro de los factores demográficos se encontró que el 30 % tiene un hijo, el 26.4% tiene dos hijos, y el .8% tiene 12 hijos, y otras personas que viven el hogar con parentesco el 5% de las 121 encuestas. Ver cuadro 5

CUADRO 5
Número de hijos por familia

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
RN A 1 Año	4	3.3
1 A 4 Años	42	34.7
5 A 10 Años	55	45.5
11 A 19 Años	36	29.8
20 O Más Años	32	26.4

FUENTE. CEDULA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)
AGOSTO 2008

6.2.7 ESTRUCTURA DE LA FAMILIA.

Se observo que dentro de su estructura familiar que el 75.2% es nuclear simple, nuclear numerosa 14%, nuclear ampliada 4.1%, nuclear binuclear el.8% y extensa ascendente el .8%, monoparental simple el 4.1% monoparental ampliada el.8% ver cuadros 6 Y 7

CUADRO 6
Familia nuclear

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Simple	91	75.2
Numerosa	17	14.0
Ampliada	5	4.1
Binuclear	1	.8
Total	114	100.0

FUENTE: CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)
AGOSTO 2008

CUADRO 7
Familia monoparental

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Simple	5	4.1
Ampliada	1	.8
Total	6	100.0

FUENTE: CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)
AGOSTO 2008

6.2.8 CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

Dentro del ciclo vital se encontró que el 44.6% se encuentra en expansión, el 21.5% en dispersión, el 19%, en independencia el 7.4% en fase matrimonio y retiro respectivamente Ver cuadro 8

CUADRO 8 Ciclo vital de las familias

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Matrimonio o UC	9	7.4
Expansión	54	44.6
Dispersión	26	21.5
Independencia	23	19.0
Retiro	9	7.4
Total	121	100.0

FUENTE: CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)
AGOSTO 2008

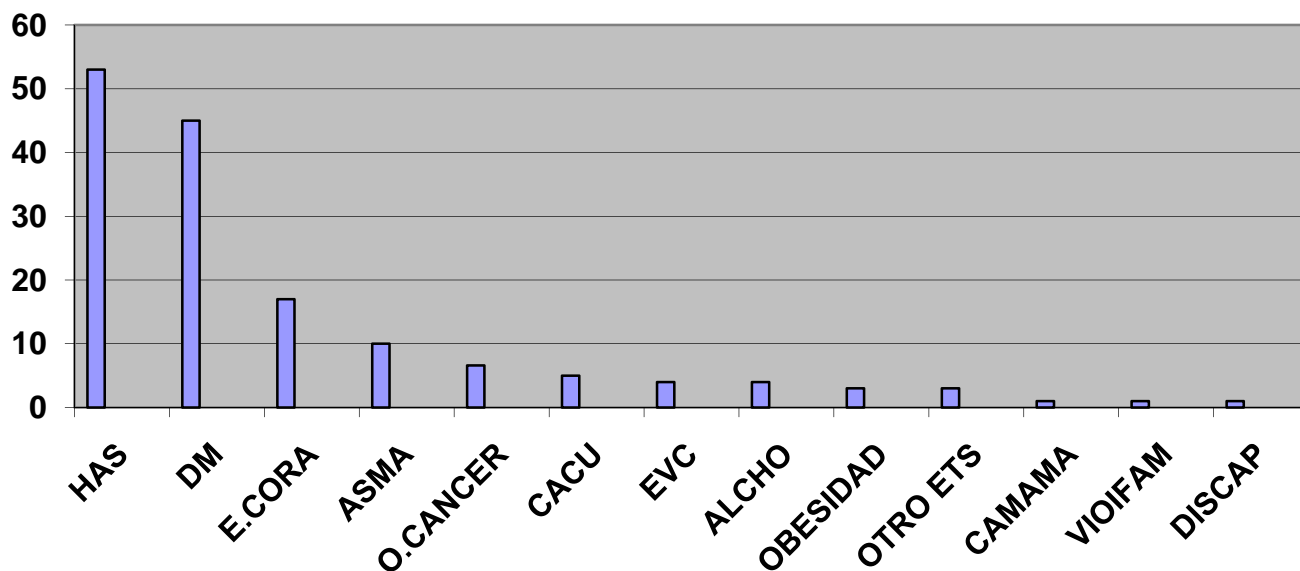
6.2.9 Factores económicos e índice de marginación familiar.

De los factores económicos se encontró que el 51.2% un persona contribuye al ingreso familiar, el 57.9% tiene casa propia., el 30.6% casa en renta, 11.6% casa prestada, el 57.9% tiene automóvil, el 90,9% tiene teléfono, el 81.8% no tiene computadora, el 56.2%, tiene hijos en escuela pública, el 100% cuenta con todos los servicios urbanos, del ingreso económico familiar se encuentra entre 3y 4 salarios mínimos el 53.7%, la mayoría de los encuestados tiene un hijo dependiente económico, y de una a dos personas por dormitorio el 88.4%, el puntaje total de índice de marginación con 4 puntos el 30.6%, con 3 puntos 25.6%, y con 5 puntos 4.1%.

6.2.10. Factores de riesgo.

De los factores de riesgo encontrados en la familias encuestadas en orden progresivo y descendente: Hipertensión arterial con el 43.8%, diabetes mellitas el 37.2%, enfermedades del corazón el 13.2%, asma el 8.3%, otros canceres el 6.6%, cáncer Cerviño uterino el 4.1%, evento vascular cerebral el 3.3%, alcoholismo el 3.3%, obesidad el 2.5% tabaquismo el 1.7%, otros ets, cáncer de mama el .8%, violencia intrafamiliar el.8% y discapacitados el.8%. ver figura 2

FIGURA 2
FACTORES DE RIESGO PATOLOGIA FAMILIAR



FUENTE: CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF) APLICADAS n = 121

6.3. Datos demográficos de las familias.

De las 121 cédulas se obtuvieron 514 integrantes de las 121 familias.

6.3.1 Edad de los miembros de las familias encuestadas.

De acuerdo a las edades que presentaron los integrantes de las familias de las 121 cédulas de CEBIF se encontró hay miembros desde un mes de edad hasta 80 años de edad siendo predominantes las edades entre 28 y 30 años edad. Ver cuadro 11

6.3.2. Parentesco de los miembros de las familias encuestadas.

Se encontró que la madre tiene un mayor porcentaje el 23.7% seguida del padre con un 20.6% y de los hijos 52.3% y otros familiares el 3.3%. Ver cuadro 9

CUADRO 9
Parentesco de las familias encuestadas

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
madre	122	23.7	23.7	23.7
padre	106	20.6	20.6	44.4
hijo	269	52.3	52.3	96.7
nuera	1	.2	.2	96.9
verno	1	.2	.2	97.1
Nieto	3	.6	.6	97.7
abuelos maternos	11	2.1	2.1	99.8
abuelos paternos	1	.2	.2	100.0
Total	514	100.0	100.0	

Fuente: Cédula básica de identificación familiar (CEBIF)
AGOSTO 2008

6.3.3. Sexo de los miembros de las familias encuestadas.

Se encontró que el sexo femenino es predominante con 52.9% y sexo masculino un 47.1%.

6.3.4. Escolaridad en años de los miembros de las familias encuestadas.

Se encontró que el 10,9% no tiene escolaridad, el 11.3% tiene 6 años de estudio (primaria terminada), el 20% tiene 9 años de estudio (secundaria terminada), el 13.4% tiene 12 años de estudio (bachillerato terminado) y el 7 % tiene entre 16 y 18 años de estudio (carrera profesional). Ver cuadro 11

6.3.5. Ocupación de los miembros de las familias encuestadas.

Se encontró que 25.1% son estudiantes, el 20% son empleados, el 16.3% son amas de casa, el 12.5% son profesionistas, y el 8.9 % son menores de edad (menores de 4 años)

CUADRO 10
Ocupación de los miembros de las familias encuestadas

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ama de casa	84	16.3	16.3	16.3
jubilado(a)	7	1.4	1.4	17.7
desempleado(a)	6	1.2	1.2	18.9
menor de edad (menor de 4 años)	46	8.9	8.9	27.8
Estudiante	129	25.1	25.1	52.9
obrero	3	.6	.6	53.5
conductor de vehículo	13	2.5	2.5	56.0
técnico	20	3.9	3.9	59.9
empleado	103	20.0	20.0	80.0
profesional	64	12.5	12.5	92.4
comerciante establecido	5	1.0	1.0	93.4
directivo	2	.4	.4	93.8
servicios diversos	27	5.3	5.3	99.0
otras ocupaciones no especificadas	5	1.0	1.0	100.0
Total	514	100.0	100.0	

Fuente: Cédula básica de identificación familiar (CEBIF)
AGOSTO DEL 2008

CUADRO 11
Edad y escolaridad de los miembros de las familias

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD	514	.083	80.000	26.55593	16.583483
ESCOLARIDAD	514	0	18	7.83	4.771
ESCOLARIDAD EXCLUYENDO A NIÑOS 1 MES HASTA 5 AÑOS DE EDAD	446	0	18	8.96	4.041

Fuente: cédula de identificación familiar (CEBIF) AGOSTO 2008

6.4. Las causas de consulta más frecuentes:

Obtenidas del informe diario de labores del médico (SM 10) del periodo de enero a diciembre del 2007 del consultorio 7 de la UMF Tlanepantla, ISSSTE .

De un total 2293 consultas otorgadas, se encontró que las enfermedades de vías respiratorias altas presenta 16.5% seguida de la hipertensión arterial con un 12.5%, las enfermedades osteomusculares el 10.1%, la DM presenta 9.7%, las enfermedades del aparato digestivo representa el 5.7%, las enfermedades ginecológicas representa 5.4%, las infecciones de vías urinarias altas y bajas el 5.2%, consulta a derechohabiente sano un 3.8%, padecimientos endocrinos 3.4% y las enfermedades neurológicas 3.1%. Ver cuadro 12.

CUADRO 12
Causas de consulta

Causa de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Enf. Respiratorias altas	380	16.5
HAS	288	12.5
Osteomuscular	233	10.1
Diabetes mellitas	224	9.7
Enf. aparato Digestivo	132	5.7
Enf. Ginecológicas	124	5.4
Vias urinarias altas y bajas	120	5.2
Sanos	88	3.8
Padecimientos Endocrinos	80	3.4
Enf. Neurológicas	73	3.1
Enf. Dermatológicas	61	2.6
Control de Embarazo	60	2.6
Enf. Articular Degenerati.	59	2.5
Enf. Reumatológicas	50	2.1
Enf. Psiquiaticas	49	2.1
Diarreas y Enteritis	44	1.9
Enf. Oftalmológicas	43	1.8
Otras Enf no descritas	35	1.5
EPOC	30	1.3
Insuficiencia Venosa	24	1.0
Enf. Vías Respiratorias Bajas	23	1.0

Enf. Otorrinolaringológicas	19	0.8
Enf. Exantemáticas	15	0.6
Tumores	15	0.6
Mastopatía Fibroquística	13	0.5
Cardiopatías	11	0.4
Total	2293	100.0

Fuente: Informe diario de labores del médico SM10
Enero a Diciembre 2007

De las 2293 consultas otorgadas se encontró que de primera vez hubo 1271 consultas con un porcentaje 55.4% y subsecuentes 1022 con un 44.5% y de acuerdo al sexo hubo 629 consultas otorgadas al sexo masculino con un porcentaje 27.4% y al sexo femenino 1664 consultas otorgadas con un porcentaje 72.5%, y pases a otra especialidad 272 con un porcentaje 11.8% y de acuerdo al grupo etáreo se otorgaron con predominio al grupo de 50 a 54 años el 11.9% y el del 65 años y más 11.7% ver cuadro 13

CUADRO 13
Consultas otorgadas por grupo etáreo

Grupo Etáreo	Frecuencia	Porcentaje
0 a < 1 meses	38	1.6
1 a 4 años	86	3.7
5 a 9 años	117	5.1
10 a 14 años	80	3.4
15 a 19 años	64	2.7
20 a 24 años	49	2.1
25 a 29 años	122	5.3
30 a 34 años	166	7.2
35 a 39 años	223	9.7
40 a 44 años	189	8.2
45 a 49 años	212	9.2
50 a 54 años	273	11.9
55 a 59 años	230	10
60 a 64 años	174	7.5
65 a más años	270	11.7
Total	2293	100.0

Fuente: informe diario de labores del médico (SM 10)
Enero a Diciembre 2007

7.- Discusión.

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

Las familias estudiadas principalmente son casadas, con uno a cinco hijos en promedio, con una estructura familiar nuclear simple en su mayoría, con un ciclo vital en expansión, dentro de su factores de riesgo, prevalecen la hipertensión arterial, y la diabetes mellitus, de acuerdo a los factores económicos se observó que las familias tienen un ingreso entre 3 y 4 salarios mínimos, que la mayoría cuenta con casa propia y un automóvil, y cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, encontrándose 514 miembros de las 121 familias.

Las familias del consultorio 7 de la UMF son características de las grandes ciudades con los factores de riesgo que esto conlleva, por lo que se deben implementar en este centro de trabajo programas específicos para la prevención, educación, orientación y tratar de alcanzar una mejor calidad de vida.

Dentro de las causas de consulta se encontraron que las enfermedades de vías respiratorias altas tiene un índice alto seguida de la hipertensión arterial, y las enfermedades osteomusculares, teniendo un 54.4% de pacientes de primera vez, el 72.5% fueron del sexo femenino, y una edad promedio entre los 50 y 54 años de edad.

Por lo que en resumen se obtuvo de las 121 familias estudiadas y dentro de su principales causas de consulta lo siguiente que son parejas en edad reproductiva que predomina el sexo femenino que se encuentran en etapa de expansión que la mayoría tiene secundaria terminada aunque hay un índice alto de profesionistas, que presenta factores de riesgo las enfermedades crónicas degenerativas que su principal causa de consulta son las enfermedades crónico degenerativas; por lo que se deberá trabajar principalmente en programas preventivos dirigidos a la mujer, en orientación y educación en aquellos que presentan enfermedades crónicas degenerativas para así evitar llegar a sus complicaciones, y de acuerdo a sus causas de consulta dar medidas preventivas, orientación y educación.

Dentro de la pirámide poblacional encontramos que tenemos una población con 40 menores de edad con los que se puede trabajar en los programas de vacunación control de niño sano y crecimiento y desarrollo y tenemos 1429 familias con las que se podrá trabajar en programas de prevención en accidentes de trabajo ya que tenemos un alto índice de problemas osteomusculares dentro las primeras causa de consulta no dejando los programas para las enfermedades crónico degenerativas; y programas como ya se menciono dirigidos a la mujer.

8.- 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, 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 conocer la comunidad a la cual presta sus servicios para la conservación y la integridad del individuo y su familia..

Se realizó por primera vez este estudio y su pirámide poblacional en la UMF Tlanepantla consultorio 7 del ISSSTE.

Se encontró que las enfermedades crónico degenerativas y los problemas osteomusculares tienen un patrón similar a diversos grupos de la sociedad y de acuerdo al número de consultas otorgadas en comparación con las estadísticas del ISSSTE del año pasado no dista mucho una similitud encontrada por grupo étnico durante el año pasado en área metropolitana y D.F.

Razón por la cual es de necesidad 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 derivan, con especial atención a las complicaciones terminales que la historia natural de cada patología conlleva, para así establecer programas de educación, orientación, educación, de prevención y rehabilitación y acciones curativas..

La aplicación del Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar por lo tanto es de gran valor diagnóstico. Para realizar actividades como educación prevención, curativa y rehabilitación. 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.

De acuerdo a su estructura y su ciclo vital de las familias encuestadas se observó que la mayoría es nuclear simple y están en etapa de expansión y dispersión, se pudo observar que son familias jóvenes con las que habría que trabajar en aspectos de educación y orientación, realizando programas en conjunto con trabajo social para dar una mejor orientación, y a su vez encontramos nuevamente que dentro de los factores de riesgo las enfermedades crónico degenerativas prevalecen.

La realización del presente estudio nos dio como enseñanza que falta mucho por hacer dentro de nuestra población para realizar un buen estudio de comunidad y así determinar o implementar tareas a seguir en favor de la familia, el individuo y de uno mismo en su tarea diaria como médico familiar, la participación del instituto será un factor importante para llevar a cabo dichas tareas ya que actualmente dado la gran demanda y el aumento de la población usuaria, y el no tener un población fija, el no poderles dar un

seguimiento adecuado, la falta de materiales e insumos, el que vea a los pacientes como una estadística más, dificulta la realización de este tipo de estudios y una atención de verdadera calidad en favor de las familias y los individuos y del propio médico familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Martín Z A, Cano P J F; Atención Primaria cap: 1 Atención Primaria de la Salud quinta edición vol:1 Ed. Elsevier, pag. 3-15
- 2.- Argímon P J M , Peray B J L; Atención Primaria; cap: 19 Análisis de la Situación de Salud pag: 327 – 344.
- 3.- Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud Alma- Ata, URSS. Del 6 al 12 de septiembre de 1978. pag 1 - 3
- 4.- Yeps D C E; La Atención Primaria en Salud, como Escenario Para la formación médica y la transformación social. Ed Atrera/vol: 18 /No.2 / junio2005 pag: 225-234.
- 5.- Irigoyen C A E; cap (8, 9, 10) Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar Ed MFM 3era edición corregida 2007 pag: 125-169
- 6.- 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/1-9.htm>. 5/07/2008.
- 7.-¿Qué es la Medicina Familiar? Disponible en URL: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/quemf/> 1-8 htm. 5/07/2008.
- 8.- Gallo V F J, Altisent T R, Días E J, Fernández S C, F I G G, Granados M M I, y Lago D F; Perfil Profesional del Médico de Familia. Aten. Prim. 1999; 23 (415) pag: 236 -248
- 9.- Irigoyen C A, Gómez C F J. Fundamentos De Medicina Familiar cap 10 de la quinta edición Internacional Editorial MFM 1978 pag: 143- 149.
- 10.- Medicina Familiar – Wikipedia la enciclopedia electronica libre; Disponible en: mhtml:file\Medicina Familiar –Wikipedia, la enciclopedia libre.mht. 14/06/08

- 11.- Taylor RB; M.D. Medicina de Familia Principios y Práctica. Sexta edición cap 6 ed Masson Elsevier pag 44-50
- 12.- Turabián J L; Cuadernos de Medicina de Familia y Comunitaria. Cap 1 Ed Diaz de Santos,S.A. pag 1-36
- 13.- Foz G G, Gofin J, Montaner G I. Atención Primaria Orientada a la Comunidad cap20 pag. 345-364.
- 14.- Revista Panamericana de Salud Pública. Atención Primaria Orientada a la Comunidad: Un Modelo de Salud Pública en la Atención Primaria. Rev Panam Salud Pública 2007; 21 (2-3) pag 1-10
- 15.- Irigoyen C A, Morales L H ; Cap 11 Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: MOSAMEF Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar Ed MFM 2007 pag. 151-169
- 16.- Gómez CFJ. Irigoyen CAE, Ponce RER. Material didáctico del Curso de Metodología de la Investigación para Tesis. Curso de Especialización en Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM 2008.
- 17.- Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud; México, 1987.
- 18.- Declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial; Tokio, 2004.
- 19.- Conferencia Mundial de WONCA; Seattle EEUU, 2006.
- 20.- Historia del ISSSTE.
Disponible URL: [http:// www.issste.gob.mx/issste/historiaissste.html](http://www.issste.gob.mx/issste/historiaissste.html).
2/10/2008



ANEXO 1

CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)

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

IDENTIFICACIÓN		Fecha: _____.	Folio: _____
Familia: _____, No. Exp.: _____, Consul./Turno: ____/____,		Domicilio: _____ Teléfono: _____	
	Edad	Ocupación	Esc (años)
Madre			
Padre			
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

Número de Hijos:	Si viven otras personas en el hogar: ¿Cuántas y cuáles?
<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 _____ 	<p>Con parentesco familiar. (abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueras, yernos) Num. _____, Especifique: _____ Sin</p> <p>parentesco familiar. (compadres, amigos, servicio doméstico, huéspedes) _____, Especifique: _____ Num.</p>

Clasificación Estructural de la Familia

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nuclear Simple () Numerosa () Ampliada () Binuclear () Reconstruida () 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monoparental Simple () Ampliada () Vive en casa de la familia de origen () La familia de origen vive en casa de la familia monoparental ()
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extensa Ascendente () Descendente () 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equivalentes familiares ()
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persona que vive sola () 	

Etapa 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 ()
---	--

FACTORES ECONÓMICOS

Vivienda		Si	No
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de personas que contribuyen al Ingreso familiar: _____ () ▪ Casa: 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

	Si	No		Si	No
<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 	()	()

Índice Simplificado de Marginación Familiar		
Indicadores	Categorías	Punt.
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		

FACTORES DE RIESGO. PATOLOGÍA FAMILIAR

	Crónico Degenerativas									Infecciosas				Trastornos de la Nutrición			Otros									
	Diabetes Mellitus	Hipertensión Arterial	Enf. Corazón	CaCu	CaMama	CaPróstata	Otro Cáncer	Ins. Renal	Enf. Cerebrovas.	Asma	Sida/VIH	OtroETS	Hepatitis B y C	TB. Pulmonar	Desnutrición	Obesidad	Anorexia Bulimia	Tabaquismo	Alcoholismo	Otrofarmaco.	Violencia Intraf.	Enf. Psiquiátricas	Riesgo ocupacional	Discapacidad		
Padre																										
Madre																										
Hijos																										
Abuelos																										
Tíos																										
Total																										
c= en control		sc=sin control																								

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
02 = Padre	02 = Jubilado / pensionado	0 = 0.000
03 = Hijo	03 = Desempleado (sin trabajo remunerado ni por cuenta propia)	1 = 0.083
04 = Nuera	04 = Subempleado (vendedor informal, ambulante, etc.)	2 = 0.166
05 = Yerno	05 = Menor de edad (menores de 4 años)	3 = 0.250
06 = Nieto	06 = Estudiante (pre-escolar hasta posgrado)	4 = 0.333
07 = Hermanos maternos	07 = Estudia y trabaja	5 = 0.416
08 = Hermanos paternos	08 = Campesino	6 = 0.500
09 = Sobrinos maternos	09 = Artesano	7 = 0.583
10 = Sobrinos paternos	10 = Obrero	8 = 0.666
11 = Primos maternos	11 = Conductor de auto, camioneta o camión (chofer)	9 = 0.750
12 = Primos paternos	12 = Técnico (electricista, carpintero, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.)	10 = 0.833
13 = Abuelos maternos	13 = Empleado (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.)	11 = 0.916
14 = Abuelos paternos	14 = Profesional (maestros, médicos, sacerdotes, arquitectos, ingenieros, abogados, enfermeras, psicólogos, etc.)	12 = 1.000
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	

