



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHAVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80

**CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL POR PARTE
DE LOS MÉDICOS FAMILIARES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
GORDIANO ZEPEDA CHÁVEZ.

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MARÍA DEL ROSARIO CALDERÓN GONZÁLEZ.
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN.
CO-ASESOR DE TESIS: DR. GERARDO MUÑOZ CORTÉS. UMF No. 80.

ASESOR ESTADÍSTICO: MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO. CENTRO DE INVESTIGACIÓN
BIOMÉDICA DE MICHOACÁN - IMSS.

MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO. FEBRERO DE 2017.



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80

**CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL POR PARTE
DE LOS MÉDICOS FAMILIARES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
GORDIANO ZEPEDA CHÁVEZ.

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MARÍA DEL ROSARIO CALDERÓN GONZÁLEZ.
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN.

CO-ASESOR DE TESIS: DR. GERARDO MUÑOZ CORTÉS. UMF No. 80.

ASESOR ESTADÍSTICO: MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO. CENTRO DE INVESTIGACIÓN
BIOMÉDICA DE MICHOACÁN - IMSS.

.....
MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO. FEBRERO DE 2017.

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Regional en Michoacán
Unidad de Medicina Familiar No. 80**



Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui.

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dr. Cleto Álvarez Aguilar.

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano.

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Sergio Martínez Jiménez.

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 80

Dr. Gerardo Muñoz Cortés.

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dra. Paula Chacón Valladares.

Profesora Titular de la Residencia de Medicina Familiar

Dr. Jorge Lenin Pérez Molina.

Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO



Dr. Daniel Feliciano Zalapa Martínez.

Jefe de la división de Posgrado

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez".

Dr. Alain Raimundo Rodríguez Orozco.

Coordinador de la Especialidad de Medicina Familiar

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez".

AGRADECIMIENTOS

Desde muy pequeño me enseñaron el valor de la gratitud, y hoy veo la importancia que tiene en nuestras vidas este valor, por ello, quiero mostrarme agradecido por todo lo que me han ayudado y por lo que han llegado a ser, de corazón, muchas gracias. En especial agradezco a todos aquellos que no creyeron en mí, a aquellos que esperaban mi fracaso en cada paso que daba hacia la culminación de mi formación profesional, a todos los que supusieron que no lo lograría y a los que pusieron obstáculos en mi camino que únicamente redundo en conocimiento práctico, a todos ellos les agradezco toda la experiencia que aportaron en mi persona.

Dra. María del Rosario Calderón, por su gran apoyo y motivación para la culminación de la elaboración de esta tesis; al Mat. Carlos Gómez, por su apoyo ofrecido en este trabajo; al Dr. Gerardo Muñoz por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

A mis compañeros residentes, que nos apoyamos mutuamente en esta ardua etapa de la vida y que hasta ahora, seguimos siendo amigos y colegas.

No pretendo ser perfecto, simplemente quiero ser agradecido, debo premiar a esos seres que han dado y hecho tanto por mí, hasta llevarme hasta este lugar en el que hoy me encuentro, sencillamente gracias, las palabras exactas con las que pueda agradecerles la abnegación, el apoyo incondicional, la virtud que poseen para encontrar las palabras apropiadas para hacerme sentir importante.

Al Dr. Danilo Barriga y al Dr. José María Ávila, que me apoyaron tanto en la parte del servicio social, pues me hicieron ver el lado humano de la práctica médica y a siempre dar un poco más de mí y expresarme su confianza en culminar esta etapa de mi vida.

Finalmente, a mis maestros, aquellos que marcaron cada etapa de mi camino en la medicina, y que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en todo momento, al Dr. Felipe de Jesús García, Dra. María del Rocío Zárate, Dr. Alejandro López Soria, Dra. Liliana García, Dr. José Corona, Dra. Teresita Molina y Dr. Sergio Martínez.

DEDICATORIA

A mis padres Francisco Javier Zepeda y Baudelia Chávez hoy quiero darles el más sentido agradecimiento por haber estado presentes siempre, dedicándome su apoyo incondicional. Por ese aguante que como padres me han dado en esas horas donde sentía que mis fuerzas estaban disminuidas, en las que mi ánimo, muchas veces necesitó del amor de ustedes mis queridos padres. Gracias papás por ser mi balaustre, por ser mi norte y mi sostén emocional hacia el avance de mi desarrollo profesional, por el tenaz acompañamiento que siempre han estado preparados para brindarme sólo por quererme tanto y por desear que la vida siempre me sonría.

Esta tesis quiero dedicarla a los impulsores de mis sueños, pues sin ustedes hermanos Melina y Francisco Javier no hubiese podido lograr que entre muchos vaivenes de la vida lograra alcanzar la meta. La cúspide de mi meta como Médico Familiar la he cristalizado, y es también gracias a ustedes, mi carrera profesional, que primero fue un sueño, y juntos hoy vemos materializados esos sueños de la familia. Sólo el amor de ustedes ha conseguido que yo haya logrado alcanzar mis metas. Esta meta, la que hoy veo culminada se las debo a ustedes amados míos, por no dejarme decaer en esos momentos de desesperanza.

Sea propicia la ocasión para dedicarles a mis abuelos Gordiano Zepeda y Angelita Verduzco (QED) unas cortas, pero sentidas líneas, en las que hoy quiero expresarles mi gratitud por tomarme de la mano cuando más lo necesite, en esos momentos de días nublados, donde muchas veces el camino se hizo árido, pero abuelos queridos estuvieron allí, para prestarme el apoyo necesario.

En definitiva, después de este largo caminar quiero darles las gracias a mis maestros, pues han sido por su aporte incansable que hoy vivo este hermoso momento de mi vida, donde todos los honores se quedan pequeño ante lo que realmente merecen. Con el más profundo de los respetos y admiración hoy dedico a mis maestros, quienes han sido impulsores de mis grandes sueños, quienes me han propuesto en todo momento y dándome apoyo incondicional. A ustedes hoy quiero darles mi más sincero agradecimiento por ser mi sustento, por ser mi compañía y por siempre estar, deseándome continuamente lo mejor, gracias por cada momento vivido durante la residencia.

ÍNDICE

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Abreviaturas.....	3
Glosario de términos.....	4
Relación de figuras y tablas.....	9
Introducción.....	10
Marco teórico.....	11
Diagnóstico situacional de salud.....	11
Análisis de la información en el Diagnóstico situacional en salud.....	18
Papel del médico familiar ante el Diagnóstico situacional de salud.....	20
Funciones del médico familiar.....	22
Planteamiento del problema.....	25
Justificación.....	27
Hipótesis y Objetivos (General y Específicos).....	28
Material y Métodos.....	29
Diseño del estudio.....	29
Población de estudio.....	29
Estimación del tamaño de muestra.....	29
Criterios de selección.....	29
Inclusión.....	29
No inclusión.....	29
Exclusión.....	30
Descripción de Variables.....	30
Variables dependientes.....	30
Variables independientes.....	30
Operacionalización de las variables.....	30
Descripción operativa del estudio.....	35
Análisis estadístico.....	35
Consideraciones éticas.....	36

Resultados.....	37
Discusión.....	43
Conclusiones.....	47
Perspectivas.....	48
Recomendaciones.....	49
Referencias bibliográficas.....	51
Anexos.....	55
Hoja de registro ante CLEIS.....	55
Carta de consentimiento informado.....	56
Formatos de colección de datos.....	60
Cronograma de actividades.....	61
Formato de cuestionarios utilizados.....	62
Formato de diagnóstico situacional por consultorio.....	69

RESUMEN

Conocimiento y aplicación del diagnóstico situacional por parte de los médicos familiares en una Unidad de Medicina Familiar.

Zepeda-Chávez Gordiano. UMF 80. Calderón-González María del Rosario. Delegación Regional en Michoacán IMSS. Muñoz-Cortes Gerardo. UMF 80. Gómez-Alonso Carlos. CIBIMI.

Introducción: El diagnóstico situacional es el procedimiento mediante el cual se analiza el contexto y el conjunto de variables y fenómenos que comprende una población, con el fin de conocer su evolución histórica, determinar su realidad actual y proyectar comportamientos futuros, con el propósito de usar dicha información para tomar decisiones, en este caso enfocado al proceso salud-enfermedad. **Objetivos:** Evaluar el grado de conocimiento y aplicación del Diagnóstico Situacional de Salud por parte del Médico Familiar en la UMF 80. **Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y longitudinal. Se incluyó a los médicos familiares con población adscrita. Se empleó estadística descriptiva según el tipo de variables; para las cuantitativas continuas promedio y desviación estándar; y para las variables discretas cualitativas en frecuencia con su respectivo porcentaje. Para el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS Ver. 20.0. La asociación de variables se efectuó con el estadístico de prueba no paramétrico Chi cuadrado. Significancia estadística $P < 0.05$. **Resultados:** Se incluyeron 42 médicos familiares que cumplieron los criterios de inclusión; se agruparon en una antigüedad laboral promedio de entre 11 y 20 años. El nivel de conocimientos de los Médicos Familiares en la elaboración del Diagnóstico situacional fue del 47.6 % suficiente, 38.6 % regular y 13.8 % insuficiente; el grado de aplicación fue 31 % suficiente, 42.6 % regular y 26.4 % insuficiente. **Conclusiones:** El nivel de conocimientos de los Médicos Familiares en la elaboración del Diagnóstico situacional fue suficiente y el grado de aplicación fue regular. **Palabras clave:** Diagnóstico Situacional en Salud, Médico Familiar, Análisis de la Situación de Salud.

ABSTRACT

Knowledge and application of situational diagnosis by family physicians in a Family Medicine Unit.

Zepeda-Chávez Gordiano. UMF 80. Calderón-González María del Rosario. Delegación Regional en Michoacán IMSS. Muñoz-Cortés Gerardo. UMF 80. Gómez-Alonso Carlos. CIBIMI.

Introduction: The situational diagnosis is the procedure by which the context and the set of variables and phenomena that a population is analyzed are analyzed, in order to know its historical evolution, to determine its current reality and to project future behavior, in order to use This information to make decisions, in this case focused on the health-disease process. **Objectives:** To evaluate the degree of knowledge and application of the Situational Diagnosis of Health by the Family Doctor in the FMU 80. **Material and methods:** This is an observational, descriptive, prospective and longitudinal study. Family physicians with attached population were included. Descriptive statistics were used according to the type of variables; For the continuous mean and standard deviation quantitative; And for the qualitative discrete variables in frequency with their respective percentage. For the data processing the SPSS Ver. 20.0 statistical package was used for the social sciences. The association of variables was performed with the nonparametric Chi square test statistic. The statistically significant numbers were those that associated a $P < 0.05$. **Results:** We included 42 family doctors who met the inclusion criteria; Are grouped in an average working age of between 11 and 20 years. The level of knowledge of the Family Physicians in the elaboration of the Situational Diagnosis was 47.6% sufficient, 38.6% regular and 13.8% insufficient; The degree of application was 31% sufficient, 42.6% regular and 26.4% insufficient. **Conclusions:** The level of knowledge of the Family Physicians in the elaboration of the Situational Diagnosis was sufficient and The degree of application was regular. **Key words:** Situational Diagnosis in Health, Family Physician, Health Situation Analysis.

ABREVIATURAS

ARIMAC	Área de Informática Médica y Archivo Clínico.
ASIS	Análisis de Situación de Salud
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
NOM	Norma Oficial Mexicana
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RAIS	Registro de Atención Integral de Salud
SIMF	Sistema de Información de Medicina Familiar
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UMF	Unidad de Medicina Familiar

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD: Es uno de los campos de acción de la epidemiología en la Salud Pública, su objeto de estudio es la situación de salud de poblaciones. En la actualidad es una herramienta que busca transformar la complejidad de los determinantes y condicionantes de la salud en sus múltiples dimensiones, para mejorar el estado de salud y calidad de vida de la población.

ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD: Proceso de atención a la salud que comprende las esferas biológica, psicológica, social y ambiental del individuo, la familia y la población, en aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria, curación, rehabilitación y atención social a la salud.

CARTILLA NACIONAL DE SALUD: Documento a través del cual el equipo de salud, registra las actividades médico preventivas que programa y realiza a cada paciente, de acuerdo a su edad y género.

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO: es el documento médico legal, que expide en los formatos oficiales el médico tratante o el estomatólogo del Instituto al asegurado, para hacer constar la incapacidad temporal para el trabajo y que, al expedirse en los términos del presente capítulo, producirá los efectos legales y administrativos correspondientes de protección al trabajador.

CONSEJERÍA: Decisión voluntaria basada en orientación profesional y el análisis de las circunstancias particulares del individuo que garanticen su derecho a la autodeterminación de la protección de su salud.

CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR: Es el espacio físico, generalmente ubicado dentro un complejo sistema que integra una UMF, donde presta sus servicios el Médico Familiar, atendiendo a pacientes que demandan atención ambulatoria. Atiende los principales problemas de salud en los diferentes grupos etáreos.

DERECHOHABIENTE: Es el asegurado, pensionado o sus beneficiarios legales que adquieren derechos al estar protegidos en los términos de la Ley del Seguro Social.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EN SALUD: El diagnóstico de salud es un proceso de evaluación para medir, comparar y determinar la evolución de las diferentes variables que influyen en la salud enfermedad de la población. Es un juicio de valor en torno al proceso salud enfermedad para la formulación de políticas y lineamientos de acción en salud.

DINÁMICA FAMILIAR: Patrón de interacción psicosocial que está presente entre los miembros de la familia que afecta negativa o positivamente su funcionalidad.

DIRECTIVO: Corresponde al Director de la Unidad, Subdirector Médico, Subdirector Administrativo, Administrador, Jefe de Servicio de Medicina Familiar, Jefe de Servicio, Jefe de Departamento o Jefe de Oficina.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Conjunto de acciones dirigidas a los pacientes y en su caso a los integrantes de su familia para que adquieran conocimientos, habilidades y destrezas encaminadas a modificar su estilo de vida con el propósito de cuidar su salud, disminuir los riesgos, prevenir daños, solicitar oportunamente atención médica.

ENCUESTA: Es un estudio observacional en el que el investigador busca recopilar datos por medio de un cuestionario previamente diseñado, sin modificar el entorno ni controlar el proceso que está en observación. Los datos se obtienen realizando un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto de la población estudiada.

ENFERMEDAD DE TRABAJO: Estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.

EQUIPO DE SALUD: Conjunto de profesionales, técnicos y auxiliares que identifican tareas comunes de la atención médica y desarrollan estrategias y tácticas por consenso para lograr una finalidad en el campo de la salud, las categorías que integra son Médico

Familiar, Médico No Familiar Radiólogo, Epidemiólogo, Urgenciólogo, Químico, Estomatólogo, Psicólogo, Nutricionista Dietista, Trabajador Social Clínico, Enfermera Jefe de Piso en Medicina de Familia, Enfermera Especialista en Medicina de Familia, Enfermera Materno Infantil, Enfermera General, Auxiliar de Enfermería General, Trabajadora Social, Laboratorista, Auxiliar de Laboratorio y Técnico Radiólogo.

EXPEDIENTE CLÍNICO: conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, ópticos o magneto-ópticos, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias aplicables.

FACTOR DE RIESGO: es una característica, condición o circunstancia detectable en un individuo o grupo de personas y el ambiente, que se asocia con una probabilidad aumentada de desarrollar o experimentar una enfermedad o desviación de la salud.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: Instrumento técnico médico, elaborado por expertos en el tema que establece estrategias y líneas de acción, sistematizadas y estandarizadas entre los profesionales de salud, para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes, con sustento en la medicina basada en evidencias.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL: Es una institución del gobierno federal, autónoma y tripartita (Estado, patrones y trabajadores), dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a la población que cuente con afiliación al propio instituto, llamada entonces asegurados y derechohabientes. Está considerada como la institución de seguridad social más grande de América Latina.

MANUALES DE OPERACIÓN: Documentos que orientan el uso del Sistema de Información de Medicina Familiar, de acuerdo a la categoría del usuario, publicados en la red institucional. <http://intranet:5554/simf/Paginas/Actualizaciones.aspx>

MEDICINA FAMILIAR: Es el eje sustantivo de la atención médica, representa el primer nivel de atención del sistema de salud institucional, se caracteriza por atender el proceso salud enfermedad en el individuo, familia y comunidad, en los ámbitos biológico,

psicológico, social y ambiental; proporciona servicios médicos de primer contacto, en un área médica, con atributos de atención integral y continua en las dimensiones de prevención, curación y rehabilitación; se distribuye estructural y funcionalmente lo más cerca posible al lugar donde reside y trabajan los asegurados o se suscitan las demandas de servicios.

La American Academy of Family Physicians, define que “se trata de la especialidad médica que proporciona atención sanitaria continua e integral al individuo y a la familia. Es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y de comportamiento. El ámbito de la medicina familiar abarca todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas orgánicos y todas las enfermedades.

MÉDICO FAMILIAR / MÉDICO DE FAMILIA: el médico especialista en Medicina Familiar o el profesional de la medicina, responsables de proporcionar atención médica primaria, integral y continua al individuo y su familia, que se vincula y comparte responsabilidad con el equipo de salud y que, en su caso, deriva oportunamente a los pacientes a otro nivel de atención.

MORBILIDAD: Es la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado. Es un dato estadístico importante para comprender la evolución o retroceso de alguna enfermedad, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones. Se expresa en números a través de la prevalencia e incidencia.

MORTALIDAD: Es la proporción de personas que fallecen respecto al total de la población en una unidad de tiempo, habitualmente expresada en porcentaje.

PACIENTE: Asegurado o beneficiario que interactúa con el equipo de salud en los procesos de atención médica.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: Lo constituyen las unidades de medicina familiar en donde se otorga atención médica integral y continúa al paciente.

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR (SIMF): Programa informático de registro y recolección de los datos que se generan en el proceso de atención médica integral por parte del personal médico y paramédico en las unidades de medicina familiar.

SPSS: es un programa estadístico informático muy usado en las ciencias sociales y las empresas de investigación de mercado. Originalmente SPSS fue creado como el acrónimo de Statistical Package for the Social Sciences aunque también se ha referido como "Statistical Product and Service Solutions". Sin embargo, en la actualidad la parte SPSS del nombre completo del software (IBM SPSS) no es acrónimo de nada. Es uno de los programas estadísticos más conocidos teniendo en cuenta su capacidad para trabajar con grandes bases de datos y un sencillo interface para la mayoría de los análisis. El programa consiste en un módulo base y módulos anexos que se han ido actualizando constantemente con nuevos procedimientos estadísticos.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR: Unidad médica de primer contacto con la población, donde se proporciona atención medica familiar y odontológica, medicina preventiva gineco-obstétrica; actualmente se da énfasis a la transformación y aprovechamiento del uso espacial del área de exploración en los consultorios de medicina familiar, atreves de la utilización compartida por cada dos áreas de entrevista y la polivalencia funcional con curaciones y observación del paciente en tránsito.

RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS

TABLA I. Conocimiento sobre el Diagnóstico Situacional. *Página 38*

TABLA II. Apego a documentación oficial, censos y expediente electrónico por parte de los médicos familiares. / Seguimiento y aplicación del Diagnóstico Situacional de Salud. *Página 40*

FIGURA 1. Conocimiento sobre elaboración e integración del Diagnóstico Situacional según antigüedad laboral. *Página 40*

FIGURA 2. Muestra la relación entre la antigüedad laboral y el apego a documentación oficial dentro del Instituto. *Página 41*

FIGURA 3. Figura que muestra la relación que hay entre la antigüedad laboral y el seguimiento que le dan al Diagnóstico Situacional en su consultorio. *Página 42*

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico situacional de salud es el procedimiento mediante el cual se analiza el contexto y el conjunto de variables y fenómenos que comprende una población, con el fin de conocer su evolución histórica, determinar su realidad actual y posiblemente proyectar comportamientos futuros.

La investigación sobre la situación de salud de una población se realiza con el objetivo de conocer las principales características demográficas, socioeconómicas, así como conocer su forma y modo de vida, determinar cuáles son las enfermedades que afectan con más frecuencia a nuestros pacientes, analizar los diferentes factores de riesgo que los afectan y de esta manera poder planificar las diferentes acciones de salud.

En la actualidad el médico de la atención primaria de salud (médico familiar) ocupa un lugar relevante en la atención a la salud de la población, su función implica un desempeño fundamentalmente dirigido a la observación y la actuación sobre cualquier fenómeno o evento que atente contra el bienestar de la comunidad. Dentro del manual de procedimientos del primer nivel de atención se marca como primera función del médico en consultorio el realizar un Diagnóstico Situacional para mejor conocimiento del usuario.

Para que la vigilancia en los niveles superiores resulte efectiva, debe basarse en una verdadera actividad de observación permanente desde el consultorio médico, el cual debe constituir una fuente ágil, segura y sistemática de información de datos confiables que permitan a los especialistas encargados de realizar el análisis, elaborar hipótesis, sacar conclusiones, así como proponer y ejecutar acciones ante cada problema que lo requiera. En su labor de vigilancia, el médico de familia debe lograr la transmisión de todos los datos necesarios.

Una parte importante de ese gran sistema, lo constituye el médico de familia, el cual no solo cura enfermos, sino que debe ser capaz de relacionarse con cada persona de su población, conocer su entorno, sus dificultades familiares y personales, capaz de orientar, educar y ayudar a buscar soluciones más apropiadas a cada problema.

MARCO TEÓRICO

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD

El Análisis de Situación de Salud (ASIS), término más difundido en la actualidad para llamarle al Diagnóstico Situacional de Salud, es uno de los campos de acción de la epidemiología en la Salud Pública su principal objeto de estudio es la situación de salud que guardan las poblaciones. Hoy en día es la herramienta que busca transformar la complejidad de los determinantes y condicionantes de la salud en sus múltiples dimensiones, para mejorar el estado de salud y calidad de vida de la población¹.

En concepto de ASIS se fue perfilando desde 1990, como se ha planteado, pero el término se propone por OPS en 1992 y su definición aparece en 1999, que en forma resumida es la siguiente^{2,3}: ASIS es el proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños o problemas de salud, así como sus determinantes, que facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto³.

La Salud Pública es definida como los esfuerzos organizados de una sociedad, para la prevención, control y atención de los problemas de salud y para promover una vida saludable de sus habitantes. Por tal motivo, los ASIS como parte de la Salud Pública, conllevan una intención de intervención, cuya dirección es fortalecer las decisiones y acciones en materia de salud y otros, donde se involucra a la población con un fin único de reducir o disminuir las inequidades sociales⁴.

El estado de salud de la población constituye el objeto de estudio de la Salud Pública. Se define como la expresión sintética del comportamiento del proceso salud-enfermedad en la comunidad, en un momento histórico concreto determinado a través del grado de equilibrio que establecen los hombres entre sí y con la naturaleza en el plano de la salud física, mental y social⁵.

El Diagnóstico Situacional de Salud es el proceso multidisciplinario e intersectorial mediante el cual se describe la situación y analiza la situación concreta de salud-enfermedad de una comunidad. Mientras que el Análisis de Situación de Salud, representa un instrumento científico-metodológico útil para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios⁶.

Los términos “Diagnóstico Situacional de Salud” y “Análisis de la Situación de Salud” pueden manejarse como sinónimos, se considera que más bien representan diferentes etapas del mismo procedimiento epidemiológico para enfrentar los problemas de salud, el primero es la fase descriptiva de su desarrollo, mientras que el segundo es el elemento conclusivo para la solución de esos problemas⁷.

La elaboración de Diagnósticos Situacionales en servicios de salud es una tarea relativamente reciente. Como antecedente importante esta la investigación de Lawrence y Lorsch⁸, hecha en 1967 sobre las características distintivas de las organizaciones altamente productivas en las industrias de plásticos, alimentos y transportes y que dio lugar a la llamada Teoría Contingente.

El modelo que en general es aplicable a las ciencias sociales, se deriva de la regla de oro de la perspectiva estructuralista “Solo se conoce por Diferencia”⁹, diferencia entre la realidad y el modelo, lo cual permite establecer un diagnóstico. En realidad, la palabra Diagnóstico, que etimológicamente viene de los vocablos día (a través) y gnosis (conocimiento), trasciende ese concepto, ya que consiste en comparar la realidad con una norma o con un modelo y por lo tanto remite a nociones de isomorfia. La realidad se entiende como un conjunto de hechos objetivos y demostrables, que tiene un componente subjetivo o emocional de la persona o del grupo que lo estudia^{10, 11}.

El ASIS es la primera Función Esencial de la Salud Pública: es una función generadora de inteligencia sanitaria para el ejercicio de la Administración en Salud y, por ende, necesaria para la conducción política de la agenda social en salud¹². El ASIS tiene, metodológicamente, cuatro grandes propósitos:

- 1) Caracterizar el perfil de salud de la población, incluyendo el acceso a la atención y las inequidades en salud;

- 2) Evaluar las necesidades de salud por parte de los usuarios no satisfechas y facilitar la identificación de prioridades de salud;
- 3) Generar evidencia para la formulación de estrategias de promoción de la salud y aplicación de Medicina Preventiva; y,
- 4) Fortalecer las capacidades predictivas y resolutivas del sector salud, apoyando la construcción de escenarios prospectivos de salud.

En términos prácticos o de desempeño de los servicios de salud, el ASIS contribuye significativamente a:

- 1) La determinación de las necesidades básicas en salud;
- 2) El desarrollo de políticas, prioridades y planes de acción en materia de salud; y,
- 3) La implementación, la ejecución y el aseguramiento de programas y servicios prioritarios.

Estas tres son, precisamente, las características básicas que indican una presencia efectiva de la salud pública en el nivel local. De ahí la importancia del ASIS en la práctica de la salud pública.

El ASIS representa entonces un instrumento científico, metodológico y aplicativo para identificar, priorizar y solucionar problemas sociales en el ámbito de la salud en diferentes niveles. En la actualidad es la herramienta utilizada por los gobiernos para desarrollar y aplicar los programas de desarrollo nacional en el área de la salud.

Los sustratos de los ASIS son las poblaciones, las cuales presentan diferentes niveles de salud resultante de las condiciones y calidad de vida a las que están expuestas dichas poblaciones.

En su elaboración se identifican dos etapas:

- *Primera Etapa:* Búsqueda de información e interpretación de los datos: Diagnóstico de la Situación de Salud.

- *Segunda Etapa:* Análisis con los actores sociales para precisar necesidades sentidas de salud, el cual se realiza a través de la Identificación y Priorización de los Problemas de Salud.

Siguiendo en este contexto, se puede expresar que los Diagnósticos Situacionales en Salud tienen como finalidad identificar las interacciones entre múltiples variables, de diversas dimensiones: política, social, económica, demográfica, cultural, ecológica, servicios de salud, entre otros, que actúan en distintos niveles de la sociedad; además de conocer los factores explicativos claves en la producción social de salud, estimar su peso específico en la cadena de producción de malestar en la población, para definir las Intervenciones para su modificación favorable.

Hernández, Dávila & Gafanhao¹³ refieren que hoy en día el ASIS es imprescindible en la formación del recurso humano en salud, ya que el mismo se le reconoce como un instrumento útil y probado para la identificación de los problemas y las soluciones a los mismos en los diferentes niveles de intervención, que permite una amplia participación social y de todos los sectores que requiere el ASIS.

Si tomamos en cuenta que gran parte de las condiciones en que muchos individuos nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen están directamente vinculadas al modo de producción de cualquier sociedad, se hace necesario, que impere un nuevo enfoque de desarrollo, resultando interesante para la Epidemiología el reconocer que existe un problema y conseguir que se evalúe la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel nacional y global es un punto de partida esencial para la acción sobre los determinantes sociales de la salud¹⁴.

El vincular la situación de salud a las condiciones de vida, es decir, Filosofía-Epidemiología-Salud mantiene su vigencia, pues esa propuesta de analizar la situación de salud según condiciones de vida se apoya en la reproducción social, categoría filosófica indiscutible y de la cual derivan las dimensiones que una vez operacionalizadas intentan aproximarse a esas condiciones de vida de la comunidad que se estudia¹⁴.

En este sentido, correspondió a la Epidemiología como disciplina científica dadas las características de su objeto de estudio, sustentar esas alternativas teórico-prácticas, mucho más concretas después del seminario sobre “Usos y Perspectivas de la Epidemiología”

realizado en Buenos Aires, Argentina, donde se precisaron esos importantes usos, uno de los más relevantes resultó ser el Análisis de la Situación de Salud¹⁵.

Existen tres tipos fundamentales de Diagnóstico Situacional de Salud, reconocidos a nivel Nacional y Latinoamérica:

1.- Administrativo: evalúa la eficiencia de los recursos para causas inmediatas a la enfermedad. Tiene como variables lo insumos, procesos y resultados. Como variables de análisis los daños, servicios de salud y factores condicionantes del proceso salud-enfermedad.

2.- Estratégico: identifica necesidades de cambio a establecerse en diferentes estratos. Como única variable la calidad y como variables de análisis el proceso salud-enfermedad, respuesta social organizada y marginación social.

3.- Ideológico: identifica procesos sociales y busca estabilidad social. Se emplea para sustentar afirmaciones cualitativas. Como variables tiene la igualdad y equidad. Sus variables de análisis son la problemática social de salud, reproducción social y desigualdad.

La información debe ser recogida, analizada y descrita en un Informe de ASIS con criterio multidisciplinario. La tendencia a transformar el análisis en un grupo de indicadores o tasas que en ocasiones nada sugieren, es un obstáculo a veces insalvable en su utilización correcta, de ahí que, al convertirse en uno de los instrumentos básicos del trabajo epidemiológico en los servicios, compromete al equipo de salud a traducir correctamente sus postulados, y aplicar consecuentemente su metodología.

Según muchas experiencias de realización de Diagnósticos Situacionales de Salud, se sugiere una metodología que evita la tendencia de realizarlos bajo esquemas rígidos, sin embargo, con fines académicos y de organización de un informe final se acepta que existen una serie de pasos en su construcción. Una vez realizada la caracterización de la población en estudio, se siguen las siguientes fases:

1. Identificación de Problemas.
2. Priorización de Problemas.
3. Análisis Causal y Búsqueda de Alternativas de Solución.

4. Elaboración del Plan de Acción.

5. Vigilancia y Evaluación.

El plan de ejecución, operacional o plan de trabajo, tradicionalmente se elabora para un año, pudiendo ser en períodos más cortos y es de gran importancia pues sin él no se puede aplicar en la práctica el plan de acción, por tanto, es imprescindible, aunque muchas veces no es cumplimentado. Lo más utilizado para la elaboración del plan de ejecución son los métodos de planear acciones, el más utilizado es el esquema de Gantt. Para cada problema se deberán tener en cuenta los siguientes puntos:

- Qué: lo que se quiere alcanzar en el período de un año.
- Quiénes: los responsables y los participantes.
- Cuándo: la fecha de cumplimiento.
- Dónde: lugar o alcance en que se realizará.
- Por qué: necesidad e importancia.
- Cómo: modo de realizar cada actividad o acción.

A diferencia de las características de una población y el ambiente donde se ubica, que son bastante estables en el tiempo, la morbilidad y la mortalidad se muestran sumamente dinámicas. Por lo tanto, si se pretende que el Diagnóstico Situacional de Salud provea información para la toma de decisiones, y la morbi-mortalidad, componente clave del ASIS, es muy fluctuante, es precisa que sea permanentemente actualizada.

Sin importar su nivel, cada unidad médica tiene características propias, tal como lo demostró Wennberg en su investigación sobre el estilo de la práctica médica en diversos hospitales de EUA¹⁶. Es necesario estudiar cada unidad de manera integral, inclusive si se encuentra en la misma área geográfica y tiene una población usuaria aparentemente similar.

Para que el sector salud cumpla eficazmente las funciones que la sociedad le ha encargado, es preciso una planificación permanente de sus acciones. Un paso fundamental en todo proceso de planificación es la estimación y medición de la cantidad y magnitud de los problemas objetivo; problemas de salud en este caso. Por lo tanto, un aspecto clave en el proceso de análisis de una situación de salud, es la medición de los problemas de salud,

representados concretamente por los individuos enfermos y muertos, como signos evidentes y tangibles de tales problemas. Resulta crítico para la planificación en salud, tener una medición constante de la morbilidad y la mortalidad, como índices claros de las necesidades de atención en salud de las poblaciones¹⁷.

Los servicios de salud no sólo requieren conocer el número de enfermos y muertos para planificar las acciones de prevención y control. Es necesario, además, recopilar información sobre tres variables fundamentales que configuran un diagnóstico básico de los problemas de salud: tiempo, espacio y persona. Por la relevancia que tienen estas tres variables, muchas veces se les denominan las variables epidemiológicas elementales. La morbilidad y mortalidad miden eventos tangibles de un proceso complejo denominado enfermedad.

Si bien es importante, no es suficiente para el conocimiento integral de los problemas de salud. Puede definirse el espectro de la enfermedad como la secuencia de hechos que acontecen en el organismo humano desde una situación denominada como “normal” o “estar sano” hasta el de la muerte. Comprende dos componentes generales: el subclínico y el de la enfermedad clínica. El progreso de un individuo con la enfermedad a través del espectro total depende de la disponibilidad y la eficacia de acciones preventivas o terapéuticas o ambas. Si esas acciones se introducen en un punto determinado del espectro evitarán completamente o retardarán cualquier desarrollo consecutivo de la enfermedad.

El aporte del Diagnóstico Situacional de Salud a la investigación es muy valioso, ya que a través del mismo encontramos nuevos conocimientos sobre algunas variables de la situación de salud de la población estudiada, de allí que se le considere un trabajo de investigación en el campo social que bajo un enfoque holístico emplea los métodos epidemiológicos, clínico, sociológico y también se vale de la planificación para las estrategias y acciones, permitiendo la vinculación de la investigación y la práctica, con la finalidad de que la definición de políticas de salud y la toma de decisiones, sean más pertinentes y oportunas.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EN SALUD

Este apartado se refiere a cómo se organiza la información de morbilidad y mortalidad. Para ello es importante considerar algunos aspectos previos.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) se define como un sistema de categorías a las que se asignan entidades morbosas de conformidad con criterios establecidos. La clasificación puede girar en torno a muchos ejes posibles, y la elección de uno en particular estará determinada por el uso que se hará de las estadísticas recopiladas. Una clasificación estadística de enfermedades debe abarcar toda la gama de estados morbosos dentro de un número manejable de categorías.

La principal innovación en la Décima Revisión (CIE-10) fue el uso de un sistema de codificación alfanumérico consistente en una letra seguida de tres números en el nivel de cuatro caracteres. Como consecuencia, aumentó a más del doble el tamaño de la base de codificación en comparación con la Novena Revisión, y fue factible asignar a casi todos los capítulos una letra única o grupo de letras, con la posibilidad de obtener así 100 categorías de tres caracteres. De las 26 letras del alfabeto, se utilizaron 25 y la U se dejó vacante para adiciones y enmiendas futuras, y para posibles clasificaciones provisionales que resuelvan las dificultades surgidas en los ámbitos nacional e internacional entre una revisión y la siguiente.

Se debe de comparar la tasa de mortalidad general, por edad y general, así como la morbilidad con los años previos de la misma localidad, para realizar comparaciones con otras localidades, con las municipales, con las estatales y con las nacionales. También este análisis permitirá determinar incrementos, descensos o tendencias estacionarias, así como identificar áreas de oportunidad, para dirigir acciones y plasmarlas en el programa de trabajo para la comunidad de estudio. En resumen, los puntos a analizar resultan ser:

- Variaciones estacionales
- Variaciones cíclicas (anuales y tendencias)
- Elaboración de canales endémicos

- Comparación de incidencias con otras unidades a zona, del estado e indicadores nacionales e institucionales.
- Comparación de prevalencias con otras unidades de la zona y del estado e indicadores nacionales e institucionales¹⁸.

Estos daños a la salud deberán de verse en el contexto de la información recabada de factores condicionantes o que determinan este perfil epidemiológico de la aparición, desarrollo y distribución de la morbilidad, la invalidez o la mortalidad presentes en la localidad de estudio. Esto permitirá ubicar las localidades del estudio como un todo, como un micro ambiente donde los individuos vienen y conviven y no de forma aislada. Este análisis de los daños a la salud nos permitirá finalmente identificar las patologías en la localidad que son un verdadero problema de salud pública por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad. Esto permitirá también dirigir la auto-enseñanza del médico familiar, que deberá estar preparado para el manejo de estos daños en los tres niveles de prevención conforme a la historia natural de la enfermedad.

El análisis de la situación de salud es un proceso de abstracción y de síntesis, por el cual manejamos datos para tratar de construir un marco referencial donde situamos el proceso salud-enfermedad de una población. Involucra instrumentos y metodologías que permiten simplificar los datos, pero también mucho de explicación y sustento de la relación que se establecen entre los datos. Por lo tanto, el ASIS demanda de ambos esfuerzos, la disponibilidad de una metodología de simplificación y la descripción del conjunto de sucesos relacionados a la situación de salud¹⁹.

Por tanto, es un ejercicio que no se elabora exclusivamente como apoyo al accionar de los servicios de salud, sino que permite la integración de las percepciones sociales; lo que implica la discusión y construcción a partir de la participación de sectores (salud, educativo, económico, etc.) y grupos sociales de la comunidad, interesados en el bien común de la salud individual y colectiva²⁰.

PAPEL DEL MÉDICO FAMILIAR ANTE EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD

En la actualidad el médico de la atención primaria de salud, ocupa un lugar relevante en la atención a la salud de la población; su función implica un desempeño fundamentalmente dirigido a la observación y la actuación sobre cualquier fenómeno o evento que atente contra el bienestar de la sociedad.

Para que la vigilancia en los niveles superiores resulte efectiva, debe basarse en una verdadera actividad de observación permanente desde el consultorio médico, el cual debe constituir una fuente ágil, segura y sistemática de información de datos confiables que permitan a los especialistas encargados de realizar el análisis, elaborar hipótesis, sacar conclusiones, así como proponer y ejecutar acciones ante cada problema que lo requiera. En su labor de vigilancia, el médico familiar debe lograr la transmisión de todos los datos necesarios⁵.

En la actualidad, a nivel nacional, se ha avanzado mucho en la aplicación del Diagnóstico de la situación de Salud, pero aún existen deficiencias, comprobadas por estudios y controles realizados, que impiden su correcta aplicación. Las deficiencias de mayor frecuencia son:

- Falta de unidad de criterios en el proceso de elaboración del Diagnóstico Situacional de Salud.
- Existencia de variadas guías que crean confusión.
- Inadecuada asesoría al equipo básico de salud.
- No utilización de métodos adecuados.
- Falta de priorización de los problemas y no análisis de sus causas.
- Aplicación incorrecta del procedimiento de solución de problemas.
- Restar importancia y utilidad al DSS-ASIS en la APS.

En cuanto a la importancia y utilidad del Diagnóstico Situacional de Salud no existen dudas acerca de que el enfoque poblacional se debe aplicar por parte de todos los niveles del sistema de salud y de sus servicios de atención, ya que el análisis y vigilancia de la situación de salud identifica los problemas de salud en cualquier territorio-población y esto permite establecer sus tendencias, con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y sus determinantes y de evaluar los efectos de las estrategias elaboradas para la solución de los problemas de salud²¹.

Es necesario tener en cuenta que los estudios nacionales y regionales, que se basan generalmente en promedios, no pueden expresar la realidad que existe en la sociedad y las familias, o conocer los perfiles diferenciales de salud en particulares sectores o grupos, salvo que se realicen investigaciones específicas.

La mayor utilidad del Diagnóstico Situacional de Salud a nivel del Equipo de Salud de las Unidades Médicas, radica en el hecho de permitir tomar decisiones por evidencias, lo que asegura mejorar continuamente la calidad y eficiencia de la atención de salud y de las condiciones de vida.

Existe conocimiento de su poca utilización por parte de los equipos de salud en la Atención Primaria a la Salud, así como de cierto rechazo a su realización como consecuencia quizás de la poca utilidad que se le atribuye y de la complejidad de su elaboración. Se percibe como una tarea impuesta que consume mucho tiempo, y que no resulta imprescindible para la práctica cotidiana en el consultorio. Esto queda claro en el estudio realizado en el año 2006 en Cuba, donde quedó demostrada la poca utilización de esta herramienta tan valiosa para la práctica de la medicina²².

Tales circunstancias se reflejan hoy en día en nuestro país al observar el fracaso de muchas estrategias encaminadas a mejorar la calidad de vida y el estado de salud de la población, puesto que a nivel operacional no se le da el seguimiento ni la importancia necesaria para que estos funcionen y cumplan con sus objetivos.

El Médico Familiar debe considerar la ética de la investigación, y requiere del uso de los métodos de la investigación en salud, del método clínico, epidemiológico y social, el cálculo e interpretación adecuado de indicadores de salud, el dominio de técnicas de trabajo

comunitario para la indagación de los criterios de la población, y de elementos de planificación estratégica para la confección del plan de acción.

FUNCIONES DEL MÉDICO FAMILIAR

De acuerdo al documento Procedimiento para otorgar Atención Médica en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS²³, como acciones específicas del Médico Familiar enumera las siguientes:

- Elaborar un Diagnóstico Situacional de salud de su población.
- Enviará al Servicio de Materno Infantil o Atención de Enfermera Especialista en Medicina de Familia a los pacientes que cumplan las siguientes condiciones:
 - Embarazada: Cuando su embarazo presente bajo riesgo,
 - Pacientes en edad fértil: Cuando utilicen metodología anticonceptiva o requieran consejería en salud reproductiva,
 - Menor de 5 años: Cuando se encuentre sano,
 - Diabético y/o hipertenso: Cuando durante tres meses consecutivos no haya presentado enfermedad aguda o descontrol de su padecimiento.
- Otorgará al asegurado y sus beneficiarios, atención médica que cubra sus necesidades de salud en forma integral.
- Registrará en la papelería oficial las actividades que realice en caso de que se presente un estado de contingencia SIMF.
- Destinará el tiempo de la consulta de medicina familiar de acuerdo al motivo que la genere para la atención integral del derechohabiente.
- Prescribirá el Certificado de incapacidad temporal para el trabajo, de acuerdo al Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, con apoyo del Consejero Médico de Incapacidades (GPC).

- Aplicará los criterios médicos y el contenido de las Guías de práctica clínica, para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, de acuerdo a lo que corresponda en cada caso.
- Aplicará los criterios de referencia y contrarreferencia para el envío de pacientes a unidades de mayor complejidad.
- Recabará la firma del paciente y sus testigos en la “Carta de consentimiento bajo información” cuando los procedimientos de diagnóstico y tratamiento así lo requieran.
- Enviará al paciente a interconsulta en los servicios de apoyo cuando requiera complementar el diagnóstico o tratamiento.
- Derivará al paciente a otros servicios de la unidad de medicina familiar, cuando identifique la necesidad de su participación.
- Derivará al Servicio de Trabajo Social al paciente que requiera intervención de instancias extrainstitucionales para el manejo y control de adicciones.
- Orientará al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre la posibilidad de acudir en forma voluntaria a la Asociación de Alcohólicos Anónimos como parte de su tratamiento.

La Medicina Familiar es esencial para un sistema de atención a la salud exitoso, pues, entre muchas otras cosas, constituye una forma de prestar servicios de atención primaria. Las fortalezas más importantes de este tipo de atención se derivan de su ubicación cercana al paciente, una amplia perspectiva, y el carácter disciplinario, así como la flexibilidad y adaptabilidad de sus métodos²⁴.

Los servicios efectivos y flexibles de la medicina familiar, que aplican prevención de padecimientos infecciosos y no infecciosos, detección oportuna de enfermedades crónicas y un manejo adecuado de los padecimientos crónicos existentes para prevenir o retrasar sus complicaciones, son clave en la superación del abrumador escenario financiero y de resultados de salud.

El médico familiar es el profesional que presta una atención integral a cualquier tipo de pacientes, independientemente del tipo de problema, edad, género, enfermedad o sistema.

La medicina familiar se centra en el grupo. Este enfoque no está determinado por el diagnóstico ni por los procedimientos, sino por las necesidades humanas. Una visión tradicional idealizada del médico familiar lo percibe como a un profesional que conoce a todos los miembros de una familia, ha brindado cuidados y atención a varias generaciones de la familia y está disponible para visitar el hogar familiar a cualquier hora que se le requiera. El diseño de los servicios de atención médica, la carga de trabajo y las presiones demográficas sobre el médico familiar han imposibilitado que esta visión se materialice, en particular, si se continúa percibiendo a las intervenciones de la medicina familiar como reactivas, basadas en las visitas y centradas en el médico.

Los médicos familiares pueden ahora apoyarse en sistemas de información, en sistemas de apoyo a la toma de decisiones y en la atención en equipo, lo que hace posible una nueva promesa de atención a la familia. Junto con nuevas relaciones terapéuticas, la meta es la continua y bien planeada prestación de atención médica basada en evidencia científica.

Para definir el perfil del médico familiar se considera conveniente la agrupación en áreas en las que desempeña su ejercicio profesional, así como los conocimientos, habilidades, actitudes, valores y actividades que debe desarrollar en cada una de ellas²⁵.

Las principales áreas en que debe desempeñarse el médico familiar son:

- 1.- Asistencial.
- 2.- Administrativa.
- 3.- Educativa.
- 4.- Investigación.

Lo que distingue a la Medicina Familiar de las especialidades lineales y hace diferente su práctica son los fundamentos y principios que la sostienen. De allí que su conocimiento y manejo sean indispensables para el médico de familia^{26, 27}.

Son precisamente los principios y fundamentos de nuestra disciplina los que nos distinguen de los mencionados tipos de abordajes a la atención del paciente

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Médico Familiar debe ser investigador por convicción, indagar y conocer la problemática de salud de su población; por ello la importancia de saber integrar y elaborar un Diagnóstico de Salud. Es imposible poder conocer la situación de salud de nuestra población si no se cuenta con un diagnóstico de salud y, por ende, no se pueden planear o aplicar estrategias para mejorar o incidir en el proceso salud-enfermedad.

En la investigación en biomedicina existen diferentes niveles, de acuerdo a su complejidad y por la metodología utilizada para llegar a conclusiones; en la base de la pirámide tenemos la investigación observacional, dividida en 2 grupos, siendo los estudios ecológicos la base de toda investigación. No se pueden desarrollar otras investigaciones de forma cabal si primero no conocemos la dinámica del proceso salud-enfermedad de la población que vamos a estudiar.

No podemos pensar en realizar un estudio aplicando una estrategia educativa a pacientes portadores de Diabetes Mellitus si no conocemos primero la población que tenemos en nuestro universo de trabajo que reúnan los criterios para que la investigación sea trascendente.

Por lo anterior, establecer el grado de conocimiento e implementación del diagnóstico de salud por parte de los médicos familiares de la UMF 80 es factible pues no se invertirán muchos recursos para llevarlo a cabo, ya que dispondré de información estadística y epidemiológica ya establecida; es interesante pues como médico familiar debemos conocer las características de la población con la cual trabajaremos; resulta novedosa pues sentará las bases para muchos más estudios en un futuro que involucren a la población que estudiaremos; es ética realizarla porque por el tipo de estudio no intervendré para nada directamente en los sujetos estudiados, sin embargo, se debe someter a autorización por el comité de ética local; por último, es relevante ya que en base a los resultados de este

estudio se podrán aplicar estrategias y recursos para incidir de manera positiva en el proceso salud-enfermedad de la población estudiada.

Dentro de la Delegación Regional del IMSS en Michoacán, la UMF 80 será piloto en la implementación de esta estrategia para estimular a los Médicos Familiares a que elaboren y den seguimiento al Diagnóstico Situacional de su población adscrita.

Por lo anterior, nos hacemos la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuál es el conocimiento y aplicación del Diagnóstico Situacional de Salud por parte de los Médicos Familiares en la UMF 80?**

JUSTIFICACIÓN

Durante mucho tiempo se han tomado decisiones en salud sin un conocimiento sistemático de la realidad, sus potencialidades y problemas relevantes en la atención y en el funcionamiento de los servicios de salud, provocando respuestas institucionales inadecuadas a las verdaderas necesidades de la población. Estas decisiones han generado brechas o diferencias sustanciales en la situación de salud y desarrollo de unas poblaciones respecto a otras. Los objetivos del Diagnóstico o análisis de situación en Salud son:

a. Brindar información agregada, oportuna y confiable, que permita a las instituciones de salud y gobiernos alcanzar niveles óptimos de eficiencia en la gestión y en los procesos de toma de decisiones.

b. Contribuir con la consolidación de una cultura de uso y aprovechamiento de la información, mediante el manejo permanente de indicadores seleccionados y de análisis de eficiencia comparativa en el seguimiento y la evaluación de programas, proyectos u otras intervenciones.

El diagnóstico de salud es un proceso de evaluación para medir, comparar y determinar la evolución de las diferentes variables que influyen en la salud enfermedad de la población. Es un juicio de valor en torno al proceso salud enfermedad para la formulación de políticas y lineamientos de acción en salud.

El médico familiar tiene la difícil tarea de desempeñar diferentes funciones, como son a nivel del área asistencial, administrativa, educativa y de investigación, coordinando a la vez dichas funciones. Logrando con ello armonía en el equipo de salud, reflejándose esto en una atención de óptima calidad a la familia y la comunidad. De manera particular, dentro del perfil del médico familiar, se establecen puntos muy especiales como el hecho de que éste debe ejecutar planes preventivos en base al análisis del expediente familiar; diseñar, programar y realizar el censo operacional en el área de influencia; planificar, organizar y administrar los recursos a fin de proporcionar a sus pacientes el máximo beneficio; planificar los mecanismos y acciones en base al censo y diagnóstico de salud de su consultorio.

HIPÓTESIS

Los Médicos Familiares de la UMF 80 tienen conocimiento suficiente y aplican el Diagnóstico Situacional de Salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el nivel de conocimiento y aplicación del Diagnóstico Situacional de Salud por parte del Médico Familiar en la UMF 80.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Conocer las características de los Médicos Familiares participantes (edad, antigüedad laboral, turno de trabajo y género).
- 2) Determinar el nivel de conocimientos que tiene el Médico Familiar sobre la elaboración, integración, distribución/características y morbi-mortalidad del diagnóstico situacional.
- 3) Identificar como el médico familiar registra la información en los documentos oficiales del diagnóstico situacional.
- 4) Evaluar el seguimiento y aplicación del diagnóstico situacional.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Tipo de investigación: observacional.

Método de observación: descriptivo.

Temporalidad: prospectivo.

Tipo de diseño: longitudinal.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Médicos familiares con población adscrita en la UMF 80 del IMSS en Morelia, Michoacán.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se incluyó a los 50 médicos familiares que cuentan con población adscrita en la UMF 80 del IMSS en Morelia, Michoacán durante el tiempo en que se desarrolló el presente estudio, respetando en todo momento el anonimato y confidencialidad del encuestado.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN:

- 1.- Médicos Familiares con población adscrita en la UMF No. 80 de Morelia, Mich.
- 2.- Médicos Familiares que acepten participar en el estudio, previa autorización por medio de la firma del respectivo Consentimiento Informado.

NO INCLUSIÓN:

- 1.- Médicos cubrevacaciones.
- 2.- Médicos Familiares eventuales que se identifiquen laborando en la UMF No. 80.

EXCLUSIÓN:

- 1.- Médicos Familiares que se jubilen a lo largo del tiempo que durara este estudio.
- 2.- Médicos Familiares que cambien de adscripción durante el tiempo de este estudio.
- 3.- Médicos Familiares que en un momento dado decidan no continuar con su participación en el presente proyecto.

VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

- Diagnóstico Situacional por consultorio de la UMF 80. IMSS, Morelia, Mich.

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Conocimiento sobre el Diagnóstico Situacional de Salud.
- Aplicación del Diagnóstico Situacional.

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Diagnóstico Situacional	Es la identificación, descripción y análisis evaluativo de la situación actual de la organización o el proceso, en función de los resultados que se	1.- Cuenta con esta herramienta. 2.- No cuenta con ella.	Cualitativa ordinal.	1.- Si 2.- No

	esperan y que fueron planteados en la Misión. Es a la vez una mirada sistémica y contextual, retrospectiva y prospectiva, descriptiva y evaluativa.			
Nivel de conocimiento del diagnóstico situacional	El conocimiento que se tiene sobre la elaboración de un diagnóstico situacional.	Se evalúa a través del cuestionario No. 1, de 10 preguntas. El nivel de conocimientos se evaluó en base a las respuestas afirmativas: CONOCIMIENTO SUFICIENTE: ≥ 9 respuestas afirmativas. CONOCIMIENTO REGULAR: 7 u 8 respuestas afirmativas. CONOCIMIENTO INSUFICIENTE: ≤ 6 Respuestas	Cualitativa ordinal.	1.- Conocimiento suficiente. 2.- Conocimiento Regular. 3.- Conocimiento Insuficiente.

		afirmativas.		
Nivel de conocimiento sobre la integración del diagnóstico situacional	El conocimiento que se tiene sobre las partes que integran un Diagnóstico Situacional y el orden del mismo.	Se evalúa a través del cuestionario No. 2, de 10 preguntas. El nivel de conocimientos se evaluó en base a las respuestas afirmativas: CONOCIMIENTO SUFICIENTE: ≥ 9 respuestas afirmativas. CONOCIMIENTO REGULAR: 7 u 8 respuestas afirmativas. CONOCIMIENTO INSUFICIENTE: ≤ 6 Respuestas afirmativas.	Cualitativa ordinal.	1.- Conocimiento suficiente. 2.- Conocimiento Regular. 3.- Conocimiento Insuficiente.
Nivel de conocimiento sobre características demográficas de la población adscrita	EL conocimiento que se tiene sobre las características de la población adscrita a cada uno de los consultorios en la UMF No. 80.	Se evalúa a través del cuestionario No. 3, de 10 preguntas. El nivel de conocimientos se evaluó en base a las respuestas afirmativas:	Cualitativa ordinal.	1.- Conocimiento suficiente. 2.- Conocimiento Regular.

		<p>CONOCIMIENTO SUFICIENTE: ≥ 9 respuestas afirmativas.</p> <p>CONOCIMIENTO REGULAR: 7 u 8 respuestas afirmativas.</p> <p>CONOCIMIENTO INSUFICIENTE: ≤ 6 Respuestas afirmativas.</p>		<p>3.- Conocimiento Insuficiente.</p>
<p>Nivel de conocimiento sobre causas de morbi-mortalidad e incapacidad temporal para el trabajo</p>	<p>EL conocimiento que se tiene sobre las principales causas de morbi-mortalidad de los derechohabientes adscritos a la UMF No. 80; así como las causas por las que se emite incapacidad temporal para el trabajo.</p>	<p>Se evalúa a través del cuestionario No. 4, de 10 preguntas. El nivel de conocimientos se evaluó en base a las respuestas afirmativas:</p> <p>CONOCIMIENTO SUFICIENTE: ≥ 9 respuestas afirmativas.</p> <p>CONOCIMIENTO REGULAR: 7 u 8 respuestas afirmativas.</p> <p>CONOCIMIENTO</p>	<p>Cualitativa ordinal.</p>	<p>1.- Conocimiento suficiente.</p> <p>2.- Conocimiento Regular.</p> <p>3.- Conocimiento Insuficiente.</p>

		INSUFICIENTE: ≤6 Respuestas afirmativas.		
Nivel de apego a documentación oficial y expediente electrónico	Se refiere a como el médico familiar requisita todos los documentos institucionales para el seguimiento de sus pacientes.	Se evalúa a través del cuestionario No. 5, de 10 preguntas. El nivel de apego se evaluó en base a las respuestas afirmativas: BUEN APEGO: ≥ 9 respuestas afirmativas. APEGO REGULAR: 7 u 8 respuestas afirmativas. APEGO INSUFICIENTE: ≤6 Respuestas afirmativas.	Cualitativa ordinal.	1.- Apego suficiente. 2.- Apego Regular. 3.- Apego Insuficiente.
Aplicación del diagnóstico situacional	Una vez que se tiene y se cuenta con el diagnóstico situacional, se refiere a como se desarrolla y el seguimiento que se le da al mismo,	1.- Aplica y da seguimiento al diagnóstico situacional en la práctica médica diaria. 2.- No aplica el	Cualitativa ordinal.	1.- Si 2.- No

	actualizando censos, tableros y todos los aspectos que contempla esta herramienta.	diagnóstico situacional en la práctica médica diaria.		
--	--	---	--	--

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en las instalaciones de la UMF No. 80 del IMSS en Morelia, Mich., tomando en cuenta la información estadística, epidemiológica y operativa ya existente en la unidad; recopilándose y organizándose de manera metódica para poder ser presentada de manera ordenada de acuerdo a los objetivos del estudio.

Se presentó en sesión general a todos los médicos adscritos a la UMF 80 para dar a conocer el protocolo y hacer la invitación a participar en el mismo.

Se aplicaron un total de 5 cuestionarios / encuestas en diferentes momentos en un periodo comprendido de junio a octubre de 2015, para poder evaluar el grado de conocimiento y aplicación que se tiene del diagnóstico situacional por parte de los Médicos Familiares y el seguimiento que se le da al mismo.

Cabe señalar que a cada médico se le hizo llegar el Diagnóstico Situacional de su consultorio, elaborado por la Dirección de la UMF y en base a ello se evaluó el seguimiento que se le dio al mismo en cada consultorio de Medicina Familiar, previa autorización del estudio por parte del CLEIS.

Una vez aplicados los cuestionarios se hizo la validación de los mismos por el método KR20, que se trata de la misma fórmula que el Alfa de Cronbach solo que esta última es expresada para ítems continuos y Kuder Richardson para ítems dicotómicos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se empleó estadística descriptiva según el tipo de variables; para las cuantitativas continuas promedio y desviación estándar; y para las variables discretas cualitativas en frecuencia con

su respectivo porcentaje. La asociación de variables se efectuó con el estadístico de prueba no paramétrico Chi cuadrado. Las cifras estadísticamente significativas son las que asocian a un $P < 0.05$. Se presentan tablas de contingencia y gráficos en barras de porcentaje.

Las encuestas elaboradas para este protocolo tienen validez de contenido, elaborándose semánticamente los reactivos; una vez realizadas se les dará validez de estructura o de contenido para ver si aporta valores confiables de reproducción. La forma de confiabilizarlos fue con el método KR20.

Para el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Ver. 20.0).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se rigió por las declaraciones de la asociación mundial de Helsinki (1964), con las modificaciones de Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1964), Somerset West (1996), y de acuerdo a las normas internacionales para la investigación Biomédica en sujetos Humanos de la Organización Mundial de la Salud. Por lo apegado a los documentos previos se mantuvo total discreción con respecto a los datos generales y los resultados obtenidos en este trabajo, así como durante todo el tiempo de la investigación. Se contemplaron normas del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título primero, capítulo único, artículo 3. Título segundo, capítulo I artículos 13 y 14. Título quinto, capítulo único, artículos 98-100, 102.

Por lo que ningún participante sufrió daño físico ni moral durante el desarrollo de la investigación.

La investigación no representó riesgos para los participantes y se realizó tomando en cuenta las consideraciones éticas establecidas en la ley general de salud de México y en la Declaración de Helsinki.

Se recabó el consentimiento informado por parte de cada uno de los médicos familiares que participaran en este estudio; llevándolo también al comité de ética local.

RESULTADOS

Se incluyeron 42 médicos que cumplieron los criterios de inclusión para considerarlos en este protocolo, representando el 84% de los médicos familiares con población adscrita en la UMF No. 80. El 8% (4 médicos) no deseo participar en el estudio por motivos personales y el 8% (4 médicos) no pudieron ser encuestados debido a la falta de tiempo dentro de su jornada laboral para tal efecto.

Del total, 21 Médicos corresponden al sexo masculino (50%) y 21 al sexo femenino (50%). 23 Médicos laboran en turno Matutino (54.8 %) y 19 en el turno Vespertino (45.2%).

La edad de los participantes fue de 47.8 años \pm 10.5 años. La antigüedad laboral se identificó en los 17 años \pm 10 años. Se agruparon en 3 categorías, la primera con antigüedad de 0 a 10 años, la segunda de 11 a 20 años y la tercera a los médicos con más de 21 años de antigüedad dentro del Instituto, sin considerar su tiempo de estancia dentro de la UMF 80 en particular. En el primer grupo se encontraron 7 médicos (16.7%), en el segundo grupo 22 médicos (52.4%) y en el grupo 3, con más de 21 años de antigüedad laboral se identificaron 13 médicos (30.9%).

De los 42 médicos encuestados, 38 contaban con el Diagnóstico Situacional de su población adscrita en físico, correspondiendo al 90.5% del total; al inicio del estudio se proporcionó el Diagnóstico Situacional al 100% de los médicos con población adscrita en la UMF No. 80.

VALIDACIÓN DE CUESTIONARIOS

Se aplicó la Fórmula de Kuder Richardson (KR 20), que se trata de la misma fórmula que el Alfa de Cronbach solo que esta última es expresada para ítems continuos y Kuder Richardson para ítems dicotómicos, relacionado con la consistencia interna de los ítems.

En cuanto al primer cuestionario, cuyos ítems se diseñaron para identificar el conocimiento que el médico familiar tiene sobre la elaboración del Diagnóstico Situacional de Salud, se obtuvo un valor de fidelidad de 0.232; para el segundo cuestionario, encaminado a

identificar el conocimiento sobre la integración del Diagnóstico Situacional de Salud, se obtuvo un valor de 0.142; el tercer cuestionario se elaboró para conocer la distribución de la población adscrita a cada consultorio de medicina familiar, obteniendo un valor de fidelidad de 0.241; el cuarto cuestionario se integró con ítems sobre el conocimiento de la morbi-mortalidad, motivos de incapacidad y apego a Guías de Práctica Clínica, obteniendo un valor de fidelidad de 0.345; el quinto y último de los cuestionarios se diseñó con la intención de conocer el apego a documentación oficial por parte del médico familiar, obteniendo un valor de fidelidad de 0.735.

Podemos observar la baja fidelidad de los ítems utilizados en los cuestionarios aplicados, sin embargo, estos valores no restan trascendencia a los resultados, ya que el número de ítems fue mayor al número de médicos que participaron en el estudio, de ahí que se obtuvieran valores tan bajos.

De acuerdo al análisis del conocimiento, aplicación y seguimiento que los participantes han dado a esta herramienta dentro de sus actividades dentro de la Institución, encontramos que 20 médicos (47.6%) tenía conocimientos suficientes sobre la elaboración del diagnóstico situacional (19% hombres y 28.6% mujeres), y el nivel de conocimientos en general fue: 47.6 % suficiente, 38.6 % regular y 13.8 % insuficiente (Ver Tabla I).

TABLA I. Conocimiento sobre el Diagnóstico Situacional.				
<i>VARIABLE</i>	<i>INSUFICIENTE</i>	<i>REGULAR</i>	<i>SUFICIENTE</i>	<i>p</i>
Elaboración del Diagnóstico Situacional	6 (13.8%)	16 (38.6%)	20 (47.6%)	0.591
Demografía de la población adscrita	7 (16.5%)	29 (69.3%)	6 (14.2%)	0.746
Causas de morbi-mortalidad e incapacidad	4 (10.3%)	18 (42.1%)	20 (47.6%)	0.056

Chi cuadrada, $P < 0.05$.

El conocimiento sobre datos demográficos de la población son importantes para que el médico familiar conozca y modifique en cierta medida, a través de acciones dirigidas, los factores de riesgo a los que está expuesta su población, dependiendo del entorno en que se desarrolla. De acuerdo a la Tabla I, solo 6 de 42 médicos (14.2%) tenía conocimientos suficientes sobre la demografía de su población (7.1% hombres y 7.1% mujeres), y el nivel de conocimientos fue: 14.2 % suficiente, 69.3 % regular y 16.5 % insuficiente.

También se plasma como los médicos familiares de la UMF No. 80, conocen las principales causas de morbi-mortalidad de su población, así como las causas por las que se incapacitan sus pacientes. Esto permite que el médico diseñe estrategias para incidir directamente en dichas causas. En relación a esta tabla III, 20 de 42 médicos (47.6%) tenía conocimientos suficientes sobre las principales causas de morbi-mortalidad e incapacidad de sus pacientes (23.8% hombres y 23.8% mujeres), y el nivel de conocimientos fue: 47.6 % suficiente, 42.1 % regular y 10.3 % insuficiente.

La Figura I demuestra que el médico familiar identifica el proceso salud-enfermedad adecuadamente, a través del diseño del Diagnóstico Situacional de Salud. A pesar de que el P valor resulto estadísticamente no significativo, no podemos menospreciar su valor pues nos permite apreciar el gran conocimiento que tiene el médico de familia sobre dicha herramienta.

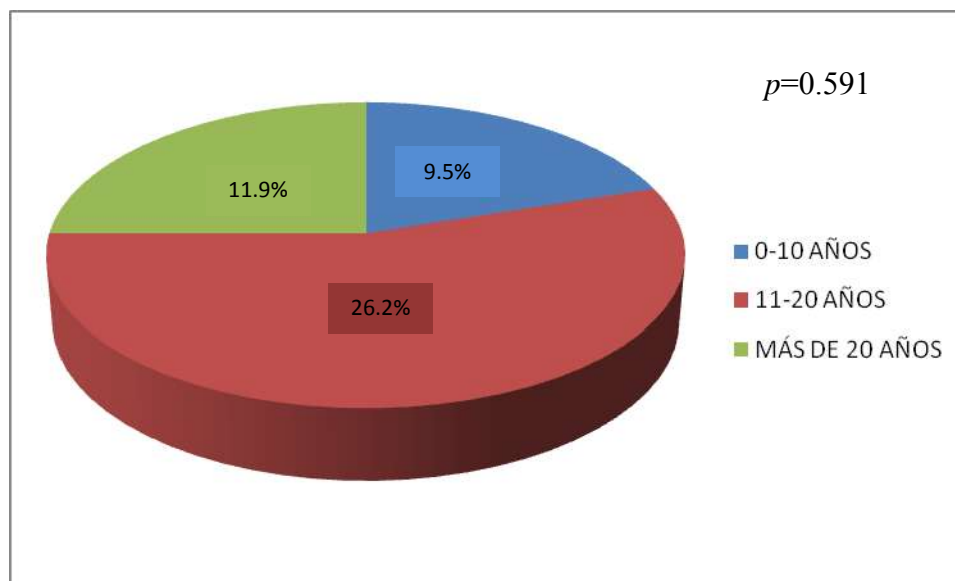


Figura 1. Conocimiento sobre elaboración e integración del Diagnóstico Situacional según antigüedad laboral.

La Tabla II refleja el apego que tiene el médico familiar a la documentación oficial diseñada por el Instituto para el registro y seguimiento de los pacientes; además se aprecia el conocimiento que tienen sobre el uso del SIMF. En este caso, 13 de 42 médicos (31%) tiene un apego suficiente a la documentación oficial y expediente electrónico (14.3% hombres y 16.7% mujeres), y el nivel de apego fue: 31 % suficiente, 60.4 % regular y 8.6 % insuficiente.

TABLA II. Apego a documentación oficial, censos y expediente electrónico por parte de los médicos familiares. / Seguimiento y Aplicación del Diagnóstico Situacional de Salud.

<i>VARIABLE</i>	<i>INSUFICIENTE</i>	<i>REGULAR</i>	<i>SUFICIENTE</i>	<i>p</i>
Apego a documentación Oficial.	4 (8.6%)	25 (60.4%)	13 (31%)	0.084
Seguimiento del Diagnóstico Situacional.	11 (26.4%)	18 (42.6%)	13 (31%)	0.597

Chi cuadrada, $P < 0.05$.

La Tabla II muestra que a pesar de que los médicos familiares conocen la elaboración e integración del Diagnóstico Situacional de Salud, de acuerdo a sus argumentos personales, no todos le dan seguimiento a dicha herramienta. Se ve que 13 de 42 médicos (31%) realmente da un seguimiento suficiente al Diagnóstico Situacional (14.3% hombres y 16.7% mujeres), y el nivel de seguimiento fue: 31 % suficiente, 42.6 % regular y 26.4 % insuficiente.

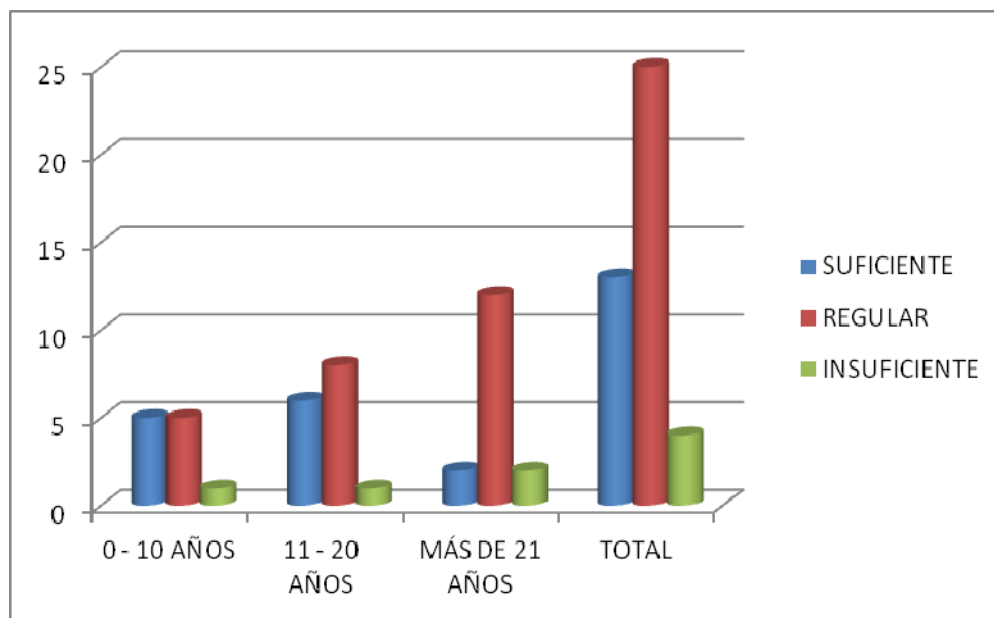


FIGURA 2. Muestra la relación entre la antigüedad laboral y el apego a documentación oficial dentro del Instituto. Obtenemos p valor de 0.084.

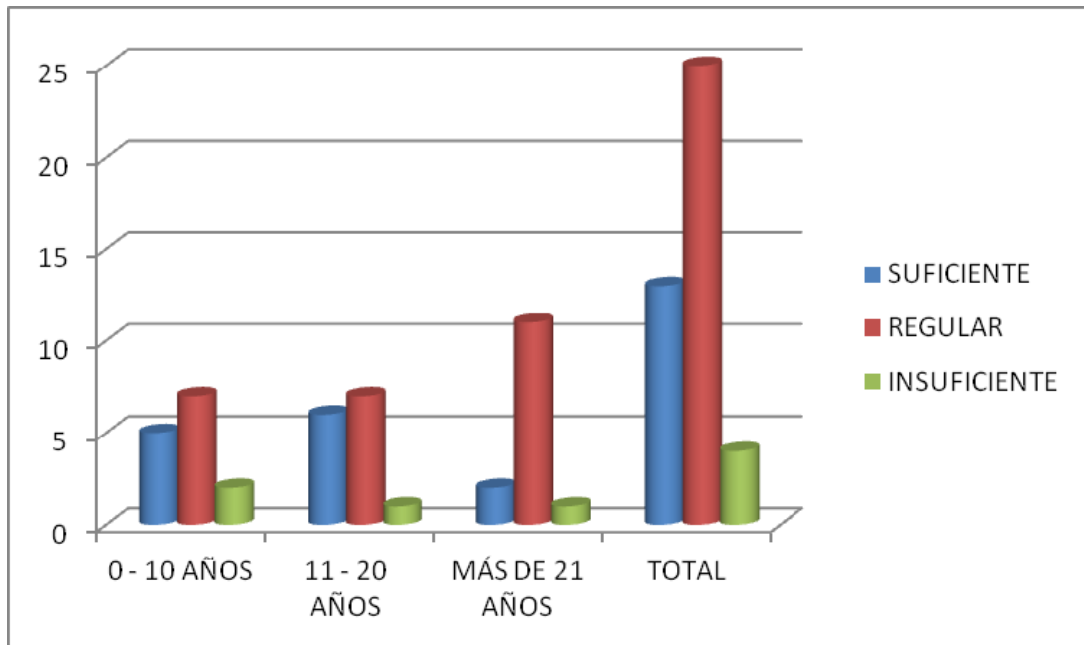


FIGURA 3. Figura que muestra la relación que hay entre la antigüedad laboral y el seguimiento que le dan al Diagnóstico Situacional en su consultorio. Obtenemos p valor de 0.646.

DISCUSIÓN

Las estrategias y prioridades de salud en nuestro país actualmente constituyen un cambio en las estrategias de intervención como eje del nuevo salto cualitativo que imponen las transformaciones en la situación de salud producidas en otros países; hoy en día es crucial que el médico familiar conozca a su población y que éste se convierta en la fuente primaria para diseñar y priorizar estrategias de intervención en las comunidades, dirigidas a transformar los estilos de vida, interactuando muy de cerca con los derechohabientes; tal como lo evidencian Ochoa Alonso²⁸ y Sansó Soberats²⁹, cuyos estudios realizados en Cuba demostraron que el bajo conocimiento de los equipos de salud en cuanto a la Situación de Salud de sus poblaciones resultó ser un obstáculo para diseñar las estrategias adecuadas para impactar en el beneficio de las comunidades.

El Diagnóstico Situacional de Salud constituye metodológicamente el centro de la estrategia y operacionalmente es el instrumento más valioso en el trabajo del médico de primer nivel, tal como lo señala Martínez Calvo^{30,31} en sus 2 estudios publicados en Cuba; en nuestro estudio esto quedó demostrado, al conocer los resultados de los cuestionarios aplicados, como la evaluación realizada a los diagnósticos de salud de manera indirecta al evaluar el seguimiento que se les da a los mismos por parte de los médicos familiares de la UMF No. 80, evidenciando la suficiente preparación de los médicos para aprovechar consecuentemente esta herramienta.

En nuestro estudio los médicos familiares identifican la salud no solo como la ausencia de enfermedad, resaltando la satisfacción de necesidades humanas y sociales así como los criterios sobre la responsabilidad acerca de la salud; consideramos que este conocimiento existente sobre el diagnóstico de salud evidencia cuán lejos se encuentra este instrumento de ocupar el relevante lugar que le corresponde, ya que al realizar una búsqueda exhaustiva de bibliografía nos dimos cuenta de que en México realmente no se le da el auge y trascendencia que debe tener en el primer nivel de atención, a diferencia de países como

Cuba y Venezuela, que han incursionado y estudiado a fondo las repercusiones que tiene el dominio de esta herramienta. Aguilera-Velasco³², la Carta de Bangkok para la promoción de salud en un mundo globalizado³³ y Martínez Fortún³⁴ lo demuestran en sus estudios publicados.

Al concluir este estudio pudimos corroborar que el médico familiar adscrito a la UMF No. 80 conoce en general ampliamente las causas de morbi-mortalidad de su población, así como los principales motivos por los que sus pacientes se incapacitan temporalmente para el trabajo. Contrastando estos resultados con estudios realizados por García y Tobón³⁷, Ordoñez³⁸ y Rojas Ochoa³⁹ en nuestro país, Cuba y Venezuela nos damos cuenta de que dicha información es crucial para que desde el primer nivel de atención se generen las fuentes primarias para el diseño de estrategias que determinen el camino de las macrotendencias en salud de la actualidad.

De acuerdo a los resultados de nuestro estudio, es muy notorio apreciar que los médicos familiares que participaron en este protocolo aplican y resaltan la trascendencia de utilizar documentos estandarizados para el registro de todas las acciones realizadas en sus pacientes. Con el actual crecimiento de la tecnología es de suma importancia unificar criterios para la atención médica en las instituciones, es por ello que el IMSS no podía ser la excepción y hoy en día cuenta con una vasta gama de documentos y herramientas digitales para agilizar la atención de los pacientes. De la misma manera, O'Reilly⁴⁰ y el diario electrónico de Sanidad en Madrid⁴¹ reconocen la necesidad de utilizar dichas herramientas y así reducir los sesgos en la calidad de la atención médica y que a la vez la información generada en el primer nivel de atención sea de fácil acceso y manejo para los niveles superiores de salud y de esta manera poder diseñar planes acordes a las necesidades de la población.

La UMF No. 80 es líder en cuanto a la aplicación del Diagnóstico Situacional de Salud por parte de los médicos familiares en la delegación Michoacán y en el país, considerando el entorno en el que se desarrollan los derechohabientes adscritos a cada uno de los

consultorios en ambos turnos. Tal como lo evidencia la bibliografía consultada, son países como Cuba y Venezuela^{42,43}, cuyos sistemas de salud han incursionado e impulsado el desarrollo y apego al Diagnóstico de Salud, y según estudios realizados en dichos países, los resultados de ello han favorecido la aplicación de estrategias y mecanismos sobre todo en el área de la Medicina Preventiva, promoviendo estilos de vida saludables en su población.

La actual estrategia sanitaria en Latinoamérica constituye en esencia un cambio en las estrategias de intervención como eje del nuevo salto cualitativo que imponen las transformaciones en la situación de salud producidas en etapas anteriores. Hoy se plantea mantener y consolidar lo alcanzado y desarrollar una nueva etapa en la cual se priorizan las estrategias de intervención poblacionales, dirigidas a transformar los estilos de vida, para lo cual las acciones de promoción pasan a ocupar el centro de la atención. El Diagnóstico Situacional de Salud constituye metodológicamente el centro de la estrategia y operacionalmente es el instrumento más valioso en el trabajo de la atención primaria a la salud^{44,45,46}; no obstante, tanto los resultados de la revisión bibliográfica realizada para este estudio, como la evaluación realizada a los diagnósticos de salud en el presente protocolo, evidencian insuficiente preparación de los profesionales del primer nivel de atención para aprovechar consecuentemente esta herramienta.

El elevado porcentaje de comentarios de los médicos familiares encuestados desestiman la satisfacción de necesidades humanas y sociales así como los criterios sobre la responsabilidad acerca de la salud, denotan como aún no se le concede la importancia necesaria al enfoque promocional y a los estilos de vida, con persistencia de concepciones propias de las estrategias predominantemente curativas y de prevención específica, por demás coherentes con el grado de desarrollo social y del sistema nacional de salud de etapas anteriores^{47,48}.

Hablar de calidad en la atención médica es muy complejo y es muy difícil de definir por varias razones; por un lado, además de ser un juicio de valor, es un término primario desde

el punto de vista lógico; esto se entiende al explicar que dicho término se utiliza para definir muchos otros términos. Sin embargo, la calidad en la atención médica es fácil de entender, pero difícil de definir debido a la percepción que de ésta tienen el paciente, el médico y el área administrativa de las instituciones de salud. En este estudio se confirmó la relevancia que tiene el hecho de que el médico familiar conozca los principales motivos de consulta de su población y encamine todos sus conocimientos y el área técnica a elevar la calidad de vida y la atención de sus pacientes, como lo demuestra Burmester³⁵ y Aguirre³⁶ en sus estudios realizados con la finalidad de evaluar la calidad de la atención médica desde la percepción de los usuarios; considerando como usuarios tanto a los prestadores de servicios de salud, como a quienes demandan dicha atención, englobando, claro está, al área administrativa y gerencial.

En el análisis de los comentarios recibidos se manifiesta la insuficiente atención a las necesidades sentidas y su análisis en el diagnóstico, hecho que limita el grado de participación de la identificación y priorización de los problemas, condición necesaria para que el proceso de decisión oriente los esfuerzos a la obtención del mayor factible sobre los problemas sentidos como más importantes por el conjunto social. Aun cuando nuestra atención primaria se orienta hacia un enfoque clínico epidemiológico y social, en algunos de los diagnósticos de salud evaluados se observa la tendencia a priorizar los problemas de atención directa en detrimento de aquéllos relacionados con la salud^{49,50}, que a juicio de la comunidad constituyen sus principales problemas. La opinión sobre los servicios de salud llama la atención que la mayoría de los médicos familiares se sienten insatisfechos con ellos, lo cual atribuimos a un mayor grado de exigencia, propio de su condición.

Finalmente, consideramos que aunque el conocimiento existente sobre el diagnóstico de salud es muy bueno, la aplicación y seguimiento del mismo evidencia cuán lejos se encuentra este instrumento de ocupar el relevante lugar que le corresponde.

CONCLUSIONES

- 1.- El nivel de conocimientos de los Médicos Familiares en la elaboración del Diagnóstico situacional fue suficiente.
- 2.- La edad de los participantes fue de 47.8 ± 10.5 años; La antigüedad laboral se identificó en los 17 ± 10 años, de ambos turnos y ambos sexos.
- 3.- El nivel de conocimientos sobre las características demográficas de la población fue: regular. El conocimiento sobre las principales causas de morbi-mortalidad e incapacidad de los pacientes fue suficiente.
- 4.- El nivel de apego a documentación oficial fue regular.
- 5.- El nivel de seguimiento del diagnóstico fue regular.

PERSPECTIVAS

Una vez que sentamos el precedente sobre la aplicación del Diagnóstico de Salud en los consultorios de Medicina Familiar de la UMF 80, se convierte en unidad piloto para tal herramienta tan valiosa en la toma de decisiones respecto al proceso salud-enfermedad.

Una vez concluida esta investigación, será conveniente realizar un protocolo exclusivamente para dar validez a los cuestionarios diseñados para este proyecto y poder de esta manera desarrollarlo en niveles más amplios, como los es a nivel delegacional y, en su caso, a nivel nacional.

Deberá darse seguimiento permanente dentro de la UMF 80 sobre la actualización y seguimiento del Diagnóstico Situacional en cada uno de los consultorios, para seguir observando la dinámica de cómo impacta en beneficio de los derechohabientes y de los propios médicos y directivos para la toma de decisiones y la elaboración de estrategias que redunden en la mejora continua de la atención médica.

Impulsar talleres de capacitación sobre el Diagnóstico de Salud dentro de las unidades de primer nivel del IMSS, para que cada médico pueda interactuar y trabajar con su población adscrita con el objetivo de conocer su problemática y diseñar programas de trabajo encaminados a las necesidades particulares de cada población, siempre en estricto apego a las líneas prioritarias de salud fijadas a nivel nacional y delegacional.

Sin duda alguna, la UMF 80 será reconocida a nivel delegacional y nacional como impulsora de la implementación del Diagnóstico Situacional, que permitirá ser referente para el resto de unidades médicas de primer nivel de atención médica en el país.

RECOMENDACIONES

Dentro de un proyecto tan ambicioso como lo fue éste, se espera que haya una mejora continua del mismo; por lo tanto, se recomienda a futuros residentes en medicina familiar que tengan interés en el proyecto, la continuidad y complementación del estudio no solo en la UMF No. 80, si no que tenga repercusión en todo el primer nivel de atención médica.

Esperamos que los resultados obtenidos en la presente investigación sirvan para llamar la atención y permitan incrementar la toma de conciencia acerca de la enorme necesidad que existe de implementar la herramienta del Diagnóstico Situacional de Salud en la Atención Primaria a la Salud, y que las estrategias y programas de Salud sean acordes a las necesidades de la población y sobre todo obteniendo la satisfacción de ambas partes, prestadores de salud y usuarios.

Al concluir este protocolo, podemos recomendar:

- 1.- Elaborar, implementar y ejecutar programas de capacitación en “Diagnóstico Situacional de Salud” para todos los centros de atención médica de la Delegación Regional en Michoacán, con la intención de informar, sensibilizar y concientizar a los médicos del primer nivel de atención la necesidad de conocer a la población a la cual prestan sus servicios y así poder diseñar estrategias en su beneficio y que tomen conciencia sobre su rol tan trascendente en la educación de estilos de vida saludables en sus pacientes.
- 2.- Desarrollar talleres y charlas con la población para conocer sus expectativas de vida y sus necesidades en el Sistema de Salud al cual se encuentran inmersos, promoviendo la participación social en la elaboración de estrategias en pro de la salud de las comunidades.
- 3.- Incluir dentro del curriculum vitae de los médicos del primer nivel de atención un Diagnóstico Situacional de Salud del medio donde desarrollan su labor profesional.
- 4.- Dar seguimiento a la aplicación del Diagnóstico Situacional de Salud en la UMF No. 80, pudiendo conocer muchas más variables en un corto y mediano plazo para que se enriquezca este proyecto.

5.- Puede realizarse una tesis para validar los cuestionarios utilizados en este proyecto, para darle fortaleza científica y poder aplicarlos a nivel delegacional o donde se considere pertinente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Añez, E., Dávila, F., Gómez, W., Hernández, T., Reyes, I. & Talavera, J. Manual para la elaboración de un análisis de situación de salud. 2010; (1): 13-20
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Boletín Epidemiológico. 1992; 12 (3):7-12.
3. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Boletín Epidemiológico. 1999; 13 (3): 1-3.
4. Dávila F, Gómez W, Hernández T. Situación de salud, una herramienta para la gerencia en los posgrados. Revista Cubana de Salud Pública. 2009; 35 (1): 1-10.
5. Cruz Rodríguez S. Diagnóstico de la situación de salud. 2012; 1(1): 1-27.
6. Martínez, S. Análisis de la Situación de Salud en México: el caso de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. 2006; 24 (2): 3-7.
7. Toledo C. Fundamentos de Salud Pública. 1ª ed. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas; 2004.
8. Lawrence PR, Lorsch JW. Teoría de la Contingencia de Lawrence y Lorsch. Cambridge, Mass.; Harvard University Press, 1967.
9. Levi C. El pensamiento salvaje. México. Fondo de Cultura Económica. 1975.
10. García H, Cordera A, et. al. Diagnóstico Situacional de Unidades de Petróleos Mexicanos. Revista Salud Pública de México. 1993; 35 (6): 556-562.
11. Cordera A, Kuthy J, Sucilla H. Diagnóstico Situacional de Sistemas de Atención Médica. Salud Pública Mex. 1986; (28): 243-249.
12. Harnecker M, Chávez Frías H. Taller de Alto Nivel “El nuevo mapa estratégico”. 2004; (1): 1-3
13. Hernández, T, Dávila F, Gafanhao S. Situación de Salud, una herramienta para la gerencia en postgrados. 2007; (1): 61-70.
14. Castellanos P. Pobreza y Desigualdades en Perfiles de Mortalidad. Washington DC: OPS-OMS. 1992; (1): 3-5

15. Organización Panamericana de la Salud Usos y Perspectivas de la Epidemiología. Boletín Epidemiológico. 1984; 1(5): 1-8.
16. Wennberg JE. Dealing with medical practice variations: A proposal of action. Health Affairs. Summer 1984; (1): 6-32.
17. Suárez L, Vásquez L, et. al. Guía para el análisis del proceso Salud-Enfermedad (indicadores de morbilidad y mortalidad). Perú. Ministerio de Salud. 2002; (1): 15-19.
18. Martínez S, Carballoso M, Astraín ME, Pría M, Perdomo I, Arocha C, et. al. Análisis de la situación de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2004; (1): 3-14.
19. Landeros L. Guía técnica para la elaboración del Diagnóstico de Salud (Estudio de comunidad). 2012; (1):1-8.
20. Mendoza M. Gestión del conocimiento I y salud pública I: Productos de los módulos. Xalapa, Ver. 1ª ed. 2002.
21. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Funciones esenciales. Washington: OPS/OMS; 2001.
22. Pría M, Louro I, Fariñas AT; Gómez H; Segredo A. Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. 2006; 22(3):12-15
23. Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar. IMSS, Dirección de Prestaciones Médicas. Dr. Santiago Echeverría Zuno, Director de Prestaciones Médicas. Unidad de Organización y Calidad. Folio: 001. 07/Enero/2010.
24. Muñoz O, García MC, Vázquez F. Perspectivas en medicina familiar. 2006; 8(3): 145-151
25. Elementos esenciales de la medicina familiar. Archivos de Medicina Familiar. Suplemento 1. Volumen 7. 2005.
26. Ceitlin J. Introducción a la Medicina Familiar. Libros virtuales. IntraMed. 2013.
27. Ceitlin J. Evolución histórica de la Medicina Familiar y los procesos de reforma del sector salud en las Américas, Conferencia presentada en México, julio, 1996.
28. Ochoa Alonso A, Selva Suárez L, Rodríguez Pupo E. El análisis de la situación de salud: Una vía para el perfeccionamiento de la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1996 Ago; 12(4): 349-355. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000400005&lng=es.

- 29.** Sansó Soberats F. Análisis de la situación de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2003 Sep; 29(3): 260-267. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300010&lng=es.
- 30.** Martínez Calvo S. El análisis de la situación de salud: su historicidad en los servicios. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 1997 Ago; 35(2): 57-64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30031997000200001&lng=es.
- 31.** Martínez Calvo S. Análisis de la situación de salud como instrumento en la política sanitaria cubana. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 1998 Jun; 24(1): 19-22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661998000100003&lng=es.
- 32.** Aguilera-Velasco MA, Acosta Fernández M, Rodríguez Figueroa RM, Madrigal Figueroa MG, Pozos Radillo BE. Intervención socioeducativa y promoción de salud ocupacional. Rev Cubana Salud Trabajo 2008;9(2). <http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol9_2_08/rst09208.html.
- 33.** Carta de Bangkok para la promoción de salud en un mundo globalizado. Hacia Promoción Salud 2016; 11:133-42.
- 34.** Martínez Fortún J. Epidemiología (síntesis cronológica). Cua Hist Salud Pública. Rev Venezolana Epidemiología. 2013;(5):1-51.
- 35.** Burmester H. Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de calidad. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2015; 1(2): 19-25.
- 36.** Aguirre-Gas H. Administración de la calidad de la atención médica. Rev Med IMSS, 2013; 35(4): 257-264.
- 37.** García C, Tobón O. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención primaria en salud y plan de atención básica. ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa? México, DF: Universidad Distrital de Caldas, 2012.
- 38.** Ordóñez C. Organización de la atención médica en la comunidad. Rev Cubana Adm Salud 2015;2(2): 141-52.

39. Rojas Ochoa F. Estado de Salud de la población: objeto y contenido de su estudio. Rev Venezolana Adm Salud. 2014; 8:1.
40. O'Reilly CG. Definiciones de calidad en atención médica. Evolución histórica y actualidad [s.p.]. Texto subido a la red el 16 de marzo del 2014. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/calidad-definicion-evolucion-historica.htm>
41. [s.a.] Garantía de calidad en atención primaria. En: El médico interactivo. Diario electrónico de la sanidad. Madrid, España [s.f]. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula2013/tema1/ap2.htm>
42. Huaiquián JS, Olson J. Promoción de salud y calidad de vida en Venezuela. Una etnografía enfocada. Rev Latinoam Enfermagem 2005; 13(número especial):1164-8.
43. Rojas Ochoa F. Estado de Salud de la población: objeto y contenido de su estudio. Rev Cubana Adm Salud 1982; 8:1.
44. OMS/OPS. Estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe. Anexo N° 6. Documento de trabajo. Ginebra: OMS, 2015.
45. Batista Moliner R, Feal Cañizares P. Epidemiología en la Atención Primaria de Salud. En: Epidemiología en la Atención Primaria de salud. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2012:308; cap. 7, t. 1.
46. Martínez Fortún J. Epidemiología (síntesis cronológica). Cua Hist Salud Pública 1952;(5):1-51.
47. Taylor RB. Conceptos centrales en medicina familiar. En: Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. Madrid: IM&C, 2011:31.
48. Fernández J. Programa Integral de Salud para el adulto según modelo de Medicina en la Comunidad. Rev Cubana Adm Salud 2013;(1):155-73.
49. Bustos Eslava J, Rivas Valles JL. Experiencia de un servicio de promoción de la salud dirigido a trabajadores de una institución de Salud en México. Arch Med Fam 2012;8 (3):152-4.
50. Franco Z. La promoción de la salud en el marco de la bioética y el desarrollo humano. Hacia Promoción Salud 2016;11:39-49.

ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE REGISTRO ANTE CLEIS.

Carta Dictamen Página 1 de 1

  **Dirección de Prestaciones Médicas**
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud 

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1603
H GRAL ZONA NUM 8, MICHOACÁN

FECHA 07/08/2015

DRA. MARIA DEL ROSARIO CALDERÓN GONZÁLEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL POR PARTE DE LOS MÉDICOS FAMILIARES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-1603-35

ATENTAMENTE


DR.(A). GUSTAVO GABRIEL PÉREZ SANDI LARA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1603

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

http://sistema-imss.com.mx/Dictamen.../2015-1603-35... 07/08/2015

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL PROTOCOLO: CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL POR PARTE DE LOS MÉDICOS FAMILIARES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR. REGISTRO SIRELCIS: R-2015-1603-35

INVESTIGADOR PRINCIPAL: DR. GORDIANO ZEPEDA CHAVEZ. RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

ASESOR: DRA. MARÍA DEL ROSARIO CALDERON GONZÁLEZ. DIRECTOR MÉDICO DE LA UMF. 80.

CO-ASESOR: DR. GERARDO MUÑOZ CORTÉS. COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD. UMF 80.

CO-ASESOR ESTADÍSTICO: MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO. ANALISTA DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MICHOACÁN. IMSS.

SEDE DONDE SE DESARROLLARÁ EL ESTUDIO: UMF. No. 80. IMSS, Morelia, Mich.

<i>Nombre del participante (Médico Familiar Adscrito a la UMF 80)</i>	<i>No. De Consultorio</i>	<i>Turno (Matutino / Vespertino)</i>

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Durante mucho tiempo se han estado tomando decisiones en salud sin un conocimiento sistemático de la realidad: sus potencialidades y problemas relevantes en la atención y en el funcionamiento de los servicios de salud, provocando respuestas institucionales inadecuadas a las verdaderas necesidades de la población.

Estas decisiones han generado brechas o diferencias sustanciales en la situación de salud y desarrollo de unas poblaciones respecto a otras.

El diagnóstico de salud es un proceso de evaluación para medir, comparar y determinar la evolución de las diferentes variables que influyen en la salud enfermedad de la población.

El médico familiar tiene la difícil tarea de desempeñar diferentes funciones, como son a nivel del área asistencial, administrativa, educativa y de investigación, coordinando a la vez dichas funciones. Logrando con ello armonía en el equipo de salud, reflejándose esto en una atención de óptima calidad a la familia y la comunidad.

De manera particular, dentro del perfil del médico familiar, se establecen puntos muy especiales como el hecho de que éste debe ejecutar planes preventivos en base al análisis del expediente familiar; diseñar, programar y realizar el censo operacional en el área de influencia; planificar, organizar y administrar los recursos a fin de proporcionar a sus pacientes el máximo beneficio; planificar los mecanismos y acciones en base al censo y diagnóstico de salud de su comunidad.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo general evaluar el grado de conocimiento y aplicación del Diagnóstico Situacional de Salud por parte del Médico Familiar en la UMF 80.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

En estudios realizados anteriormente se ha observado que el médico familiar, como médico de primer contacto en atención primaria de salud tiene la obligación de conocer y aplicar el Diagnóstico Situacional en Salud para buscar estrategias en beneficio de sus pacientes.

Con este estudio conocerá de manera clara si usted aplica esta herramienta tan valiosa en su práctica diaria dentro de la Institución de Salud.

Este estudio permitirá que las autoridades de la UMF 80 y, sobre todo, sus Médicos Familiares puedan beneficiarse al conocer el Diagnóstico Situacional de su población y poder brindar una atención de mayor calidad a sus pacientes.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En coordinación con la Subdirección Médica de la UMF 80 se hará llegar el Diagnóstico Situacional por consultorio y turno a cada Médico Familiar adscrito a esta UMF. El estudio se llevará a cabo de Noviembre de 2014 a Marzo de 2016. Posterior a la distribución de dicha herramienta, se realizará una serie de cuestionarios a cada participante del estudio, de manera muy general y tomando en cuenta los mismos parámetros que se

encontrarán dentro del Diagnóstico Situacional que se le proporcionará, con el objetivo de evaluar el seguimiento que se le da a dicho documento.

Se aplicarán un total de 5 cuestionarios / encuestas en diferentes momentos, en los meses comprendidos entre Julio y Octubre de 2015.

RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

Solamente los predecibles, haciendo la aclaración de que también pudiera haber riesgos impredecibles que escapan al conocimiento del investigador.

ACLARACIONES

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Usted, tiene acceso a la información del proyecto, en caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante del estudio puede comunicarse con: Dr. Gordiano Zepeda Chávez. al 4531000964. Dra. María del Rosario Calderón González. 4432165774 o Dr. Gerardo Muñoz Cortés. 4433477907. En horario de 08:00 -16: 00 horas de lunes a viernes.

Secretario del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1603, al teléfono 4525243731.

O también a la Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avénida Cuahutémoc No. 330, cuarto piso, bloque B de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F. CP. 06720, Tel. 5556276900 Ext. 21230. Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

Testigo 1

Fecha

Testigo 2

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Dr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

ANEXO 3. FORMATOS DE COLECCIÓN DE DATOS

CONSULTORIO: _____				TURNO: _____							
CONSENTIMIENTO INFORMADO		ENCUESTA 1		ENCUESTA 2		ENCUESTA 3		ENCUESTA 4		ENCUESTA 5	
E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R
ANOTACIONES:											

ANEXO 4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<i>ACTIVIDAD</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>			<i>2016</i>			<i>2017</i>
	<i>N-D</i>	<i>E-A</i>	<i>M-A</i>	<i>S-D</i>	<i>E-A</i>	<i>M-A</i>	<i>S-D</i>	<i>E-F</i>
Revisión de información								
Presentación de protocolo de Investigación								
Distribución de Diagnósticos Situacionales por consultorio a los Médicos Familiares								
Elaboración de Marco Teórico								
Seguimiento y apoyo con la actualización de Diagnósticos Situacionales								
Presentación de proyecto ante el SIRELSIS								
Aplicación y análisis de la primer encuesta								
Aplicación y análisis de la segunda encuesta								
Aplicación y análisis de la tercer encuesta								
Aplicación y análisis de la cuarta encuesta								
Aplicación y análisis de la quinta encuesta								
Análisis final de la información y elaboración de resultados y conclusiones.								
Fin del estudio								

ANEXO 5. FORMATO DE CUESTIONARIOS UTILIZADOS

1.-

ELABORACION DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD

(PRIMERA ENCUESTA DE UNA SERIE DE CINCO)

PROTOCOLO: CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL POR PARTE DE LOS MÉDICOS FAMILIARES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

NOMBRE DEL MÉDICO FAMILIAR: _____

No. DE CONSULTORIO: _____ TURNO: _____

ANTIGÜEDAD LABORAL: _____ EDAD: _____

GÉNERO: _____ ESPECIALIDAD: _____

TIPO DE CONTRATACIÓN: _____

CUENTA CON EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SU CONSULTORIO: _____

FECHA: _____

REACTIVO	RESPUESTA	
	SI	NO
1.- ¿Conoce usted los elementos que componen un Diagnóstico Situacional de Salud?		
2.- ¿Sabe cómo se elabora un Diagnóstico Situacional de Salud?		
3.- ¿Conoce la pirámide poblacional de los pacientes adscritos a su consultorio?		
4.- ¿Conoce los principales motivos de consulta de sus pacientes?		
5.- ¿Identifica las principales causas de mortalidad de su población?		
6.- ¿Conoce los principales padecimientos por los que se incapacitan sus pacientes?		
7.- ¿Identifica las causas por las que sus pacientes llegan a tener incapacidades prolongadas?		
8.- ¿Identifica las causas por las que sus pacientes no cumplen con las citas médicas que usted mismo les otorga?		
9.- ¿Encamina sus acciones en el consultorio directamente para incidir sobre los índices de morbi-mortalidad de sus pacientes?		
10.- Conociendo las metas que se deben cumplir en un consultorio de medicina familiar; ¿cuáles cree usted que sean las causas por las que no se logran?		
Agradezco sus comentarios sobre el presente cuestionario:		

2.-

INTEGRACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD

(SEGUNDA ENCUESTA DE UNA SERIE DE CINCO)

PROTOCOLO: CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO
SITUACIONAL POR PARTE DE LOS MÉDICOS FAMILIARES EN UNA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR.

NOMBRE DEL MÉDICO FAMILIAR: _____

No. DE CONSULTORIO: _____ TURNO: _____

ANTIGÜEDAD LABORAL: _____ EDAD: _____

GÉNERO: _____ ESPECIALIDAD: _____

TIPO DE CONTRATACIÓN: _____

CUENTA CON EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SU CONSULTORIO: _____

FECHA: _____

REACTIVO	RESPUESTA	
	SI	NO
1.- ¿Conoce cuáles son los elementos básicos de infraestructura y mobiliario que debe tener un consultorio de medicina familiar?		
2.- ¿Le parece adecuada la distribución en cuanto a infraestructura de la UMF 80?		
3.- ¿Considera adecuados los accesos con que cuentan los usuarios para acceder a los diferentes servicios dentro de la UMF 80?		
4.- ¿Cree usted que son adecuadas y suficientes las áreas destinadas para la estancia de los usuarios dentro de la UMF 80?		
5.- ¿Cree que es suficiente el mobiliario con que cuenta en su consultorio para prestar una atención de calidad a sus pacientes?		
6.- ¿Le son suficientes los recursos humanos con que cuenta como apoyo para el desempeño de sus actividades dentro de la UMF 80?		
7.- ¿Considera usted eficaz el desempeño de su personal de apoyo?		
8.- ¿Para usted son suficientes los servicios con que cuenta para prestar a sus pacientes dentro de la UMF 80?		
9.- ¿Considera adecuados en general los servicios que presta a sus usuarios la UMF 80?		
10.- Complemente estos cuestionamientos agregando lo que usted considere pertinente que le seria de utilidad, en cuanto a recursos humanos y materiales dentro de la UMF 80, para proporcionar un mejor servicio a sus pacientes:		
Agradezco sus comentarios sobre el presente cuestionario:		

3.-

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN

(TERCERA ENCUESTA DE UNA SERIE DE CINCO)

PROTOCOLO: CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO
SITUACIONAL POR PARTE DE LOS MÉDICOS FAMILIARES EN UNA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR.

NOMBRE DEL MÉDICO FAMILIAR: _____

No. DE CONSULTORIO: _____ TURNO: _____

ANTIGÜEDAD LABORAL: _____ EDAD: _____

GÉNERO: _____ ESPECIALIDAD: _____

TIPO DE CONTRATACIÓN: _____

CUENTA CON EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SU CONSULTORIO: _____

FECHA: _____

REACTIVO	RESPUESTA	
	SI	NO
1.- ¿Identifica usted la pirámide poblacional de los pacientes adscritos a su consultorio?		
2.- ¿Considera que la población adscrita a su consultorio se encuentra distribuida equitativamente respecto al resto de la UMF (otros consultorios)?		
3.- ¿Conoce los grupos etarios en los que se encuentra distribuida su población?		
4.- ¿Sabe cuáles son los principales motivos de consulta de primera vez en su consultorio?		
5.- ¿Conoce usted los principales motivos de consulta subsecuentes de sus pacientes?		
6.- ¿Identifica cuáles son los principales Diagnósticos con que cuentan los pacientes a los que se les otorga receta resurtible?		
7.- ¿Conoce los principales motivos de incapacidad entre su población adscrita?		
8.- ¿Aplica usted adecuadamente los criterios de acuerdo a las normas institucionales para otorgar incapacidades a sus pacientes?		
9.- ¿Recibe asesoría y apoyo por parte de sus superiores dentro de la institución para resolver problemáticas inherentes a la atención de sus pacientes?		
10.- ¿Realiza usted las acciones pertinentes de acuerdo a normatividad para incidir sobre las principales casusas de morbi-mortalidad de sus		

pacientes?		
Agradezco sus comentarios sobre el presente cuestionario:		

4.-

MORBI-MORTALIDAD

(CUARTA ENCUESTA DE UNA SERIE DE CINCO)

PROTOCOLO: CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO
SITUACIONAL POR PARTE DE LOS MÉDICOS FAMILIARES EN UNA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR.

NOMBRE DEL MÉDICO FAMILIAR: _____

No. DE CONSULTORIO: _____ TURNO: _____

ANTIGÜEDAD LABORAL: _____ EDAD: _____

GÉNERO: _____ ESPECIALIDAD: _____

TIPO DE CONTRATACIÓN: _____

CUENTA CON EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SU CONSULTORIO: _____

FECHA: _____

REACTIVO	RESPUESTA	
	SI	NO
1.- ¿Conoce usted las tasas de morbilidad de su población adscrita?		
2.- ¿Se relacionan las causas de morbilidad de los pacientes adscritos a su consultorio respecto a la Ciudad, Estado y País a los que pertenecen?		
3.- ¿Conoce los diagnósticos por los que sus pacientes obtienen incapacidades prolongadas?		
4.- ¿Identifica las principales causas de mortalidad de sus pacientes?		
5.- ¿Conoce los criterios para derivar pacientes a otros servicios dentro y fuera de la UMF 80?		
6.- ¿Recibe usted y da seguimiento adecuado a las indicaciones señaladas en contrarreferencias de otros servicios para sus pacientes?		
7.- ¿Conoce y aplica las Guías de Práctica Clínica y las Normas Oficiales Mexicanas de Salud en beneficio de sus pacientes?		
8.- ¿Conoce los padecimientos a los cuales se les debe dar seguimiento epidemiológico?		
9.- ¿Recibe con regularidad capacitación y actualización sobre normatividad institucional?		
10.- ¿Acude con cierta frecuencia a módulos de actualización para mejorar su desempeño profesional?		
Señale algunas acciones que considere usted pertinentes aplicar por su parte de la Institución y de usted mismo para mejorar la calidad de la atención prestada a los usuarios:		
Agradezco sus comentarios sobre el presente cuestionario:		

5.-

DOCUMENTACIÓN OFICIAL

(QUINTA ENCUESTA DE UNA SERIE DE CINCO)

PROTOCOLO: CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO
SITUACIONAL POR PARTE DE LOS MÉDICOS FAMILIARES EN UNA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR.

NOMBRE DEL MÉDICO FAMILIAR: _____

No. DE CONSULTORIO: _____ TURNO: _____

ANTIGÜEDAD LABORAL: _____ EDAD: _____

GÉNERO: _____ ESPECIALIDAD: _____

TIPO DE CONTRATACIÓN: _____

CUENTA CON EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SU CONSULTORIO: _____

FECHA: _____

REACTIVO	RESPUESTA	
	SI	NO
1.- ¿Conoce usted los formatos, manuales y registros institucionales necesarios para el desarrollo de sus actividades dentro de la UMF 80?		
2.- ¿Recibe la capacitación necesaria para el conocimiento y aplicación de formatos y registros institucionales?		
3.- ¿Cuenta con el material necesario en su consultorio para apearse a la normatividad del IMSS?		
4.- ¿Plasma usted toda la información de sus actividades en los formatos correspondientes?		
5.- actualmente ¿cuenta usted con los manuales necesarios dentro de su consultorio para poder llevar a cabo el registro de manera adecuada de sus actividades dentro de la Institución?		
6.- ¿Actualiza los registros (censos, plataformas) con que cuenta dentro de su consultorio?		
7.- ¿Conoce y aplica de manera adecuada el expediente electrónico?		
8.- ¿Utiliza todos los formatos institucionales para solicitar servicios u otorgar alguna prestación a sus pacientes?		
9.- ¿Ha dado seguimiento al Diagnóstico Situacional con que cuenta en su consultorio?		
10.- ¿Actualiza su Diagnóstico Situacional de acuerdo a los rubros que así lo requieren?		
Emita sus comentarios respecto al desempeño de sus actividades de acuerdo a formatos, registros y manuales de operación del IMSS:		

Podría proporcionar su opinión respecto al impacto que para usted ha tenido el contar con un Diagnóstico Situacional de Salud de su consultorio:

Agradezco sus comentarios sobre el presente cuestionario:

ANEXO 6. FORMATO DE DIAGNOSTICO SITUACIONAL POR CONSULTORIO

	<p>DIAGNÓSTICO SITUACIONAL POR CONSULTORIO 2015</p>
---	--

<p align="center">Nombre de la Unidad. Unidad de Medicina Familiar No 80</p>

<p align="center">AUTORIZACIÓN:</p>		
<p align="center">Dra. María del Rosario Calderón González. Director Médico de la Unidad</p>		<p align="center">Dr. Sergio Martínez Jiménez. Subdirector Médico de la Unidad</p>
<p align="center">SUPERVISÓ:</p>		<p align="center">ELABORÓ:</p>
<p align="center">DR. GABRIEL RAMÍREZ GONZÁLEZ JEFE DE DEPTO. CLÍNICO</p>		<p>DR. (A): _____ CONSULTORIO: _____ TURNO: _____</p>

INTRODUCCIÓN:

El principal objetivo es proporcionar información específica y fidedigna para aplicar medidas preventivas y correctivas, permite la detección de diversa problemática y su importancia en el cumplimiento de los objetivos, así como los factores que lo determinan. Nos permite identificar situaciones factibles de intervenir o transformar y otras en las cuales no es factible actuar, pero que se tienen perfectamente bien identificadas.

Un diagnóstico situacional nos debe permitir solucionar los principales problemas de salud de la población adscrita a este consultorio de la Unidad de Medicina Familiar No 80.

MISIÓN DELEGACIONAL:

En la Delegación del IMSS Michoacán, otorgamos prestaciones médicas, económicas y sociales con oportunidad y trato digno, con una cultura organizacional comprometida, espíritu de servicio, lealtad, desarrollo del talento humano, innovación y creatividad; para garantizar a través de la vinculación efectiva del personal, la recaudación y manejo eficiente de los recursos, la satisfacción y bienestar de nuestros usuarios coadyuvando a la cobertura universal de salud.

VISIÓN DELEGACIONAL:

En el año 2016, seremos la mejor Delegación del IMSS en el país, con un fuerte reconocimiento social, practicando una cultura laboral de alto compromiso Institucional y sentido humanista.

MISIÓN DE LA UNIDAD:

Otorgar atención de Medicina Familiar con oportunidad, calidad, competitividad, trato amable, atendiendo a la mejora continua, con talento humano e innovación, mediante acciones preventivas, curativas y de rehabilitación, que garanticen las necesidades de salud de los derechohabientes y su núcleo familiar.

VISIÓN DE LA UNIDAD:

Para el 2016, ser una Unidad de salud que brinde servicios, oportunos, integrales, con estándares de calidad, efectividad, asertividad y sustentabilidad que respondan a la demanda del usuario y su núcleo familiar, así como a los patrones y la sociedad.

GENERALIDADES

La unidad de medicina familiar es una unidad de primer nivel de atención médica que brinda servicio de consulta externa de medicina familiar ubicada en la ciudad de Morelia Mich; siendo por su población adscrita la unidad de medicina familiar más grande del estado.



Su infraestructura está distribuida o adaptada por cada 4 consultorios se cuenta con un consultorio de atención preventiva integrada (API) cuya finalidad es cumplir con las metas regionalizadas de los diferentes grupos en cuanto a detecciones e inmunizaciones para la atención integral con calidad y seguridad de los derechohabientes adscritos a consultorio.

Se cuenta con servicios de apoyo como lo son: nutrición, trabajo social, dental etc.; excepto psicología.

CAPACIDAD REAL DE PRODUCCIÓN DE LOS RECURSOS FÍSICOS INSTALADOS

EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 80

En relación a la capacidad potencial de acuerdo a la infraestructura instalada, se requiere una mayor eficiencia en el aprovechamiento de los recursos en ciertos procesos toda vez que se aprecia un déficit de calidad en la atención en las supervisiones mensuales por los Jefes de Servicio. Principalmente se requiere efficientar en el proceso de consulta externa en lo que se refiere a los auxiliares de diagnóstico y tratamiento, ya que requiere mayor aplicación de la GPC para una prescripción razonada en el uso de para clínicos, congruencia en la prescripción de incapacidades, receta resurtible, etc.

Servicio	Capacidad Instalada	Producción factible de realizar con la capacidad instalada	Producción realizada real 2013	Déficit o superávit de producción	Análisis de la producción
Consulta Externa de Medicina Familiar. Consultorio Turno:		24 consultas diarias por turno. 480 consultas por mes. 5,760 consultas por año.	Consultas anuales.		

PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN ADSCRITA A CONSULTORIO 2014

TOTAL MUJER

EDAD	ENE	FEB	MZO	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
≤ 1												

1 A 4 AÑOS												
5 A 9 AÑOS												
10 A 14 AÑOS												
15 A 19 AÑOS												
20 A 24 AÑOS												
25 A 29 AÑOS												
30 A 34 AÑOS												
35 A 39 AÑOS												
40 A 44 AÑOS												
45 A 49 AÑOS												
50 A 54 AÑOS												
60 A 64 AÑOS												
65 A 69 AÑOS												
70 A 74 AÑOS												
75 A 79 AÑOS												
80 A 84 AÑOS												

FUENTE: CONCENTRADO ANUAL SIAIS UMF80

TOTAL HOMBRE

EDAD	ENE	FEB	MZO	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
≤ 1												
1 A 4 AÑOS												
5 A 9 AÑOS												
10 A 14 AÑOS												

15 A 19 AÑOS												
20 A 24 AÑOS												
25 A 29 AÑOS												
30 A 34 AÑOS												
35 A 39 AÑOS												
40 A 44 AÑOS												
45 A 49 AÑOS												
50 A 54 AÑOS												
60 A 64 AÑOS												
65 A 69 AÑOS												
70 A 74 AÑOS												
75 A 79 AÑOS												
80 A 84 AÑOS												

PROMEDIO DE PACIENTES ADSCRITOS POR CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR 2012-2014

INDICADOR DE 2400 DH	ENE	FEB	MZO	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
AÑO 2012	4577	4577	4646	4646	4760	4799	4853	4886	4904	4917	4999	4926
AÑO 2013	4955	4993	5000	5016	5023	5027	5037	5030	5034	5044	5157	5216
AÑO 2014												

FUENTE: PIRAMIDES POBLACIONALES

**PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA POR FRECUENCIA
DE MEDICINA FAMILIAR 2014**

CIE	PADECIMIENTO	TOTAL	%
I10	HIPERTENSION ESCENCIAL (PRIMARIA)	83,434	19.09
E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	49,336	11.29
Z34	SUPERVISIÓN DE EMBARAZO NORMAL	14,542	3.33
J00	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	13,911	3.18
F41	OTROS TRANSTORNOS DE ANSIEDAD	7,440	1.70
E10	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE	6,970	1.60
M54	DORSALGIA	6,707	1.53
J02	FARINGITIS AGUDA	5,526	1.26
J06	INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	5,245	1.20
E78	TRAST. DE METABOLISMO DE LIPOPROTEINAS	4,584	1.05

FUENTE: CONCENTRADO ANUAL SIAIS UMF80

**PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA POR FRECUENCIA DE PRIMERA
VEZ EN MEDICINA FAMILIAR AÑO 2014**

CIE	PADECIMIENTO	TOTAL	TASA
I10	HIPERTENSION ESCENCIAL (PRIMARIA)	708	3.25
E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	454	2.08
Z34	SUPERVISIÓN DE EMBARAZO NORMAL	1,797	8.24
J00	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	10,294	47.22
F41	OTROS TRANSTORNOS DE	799	3.67

	ANSIEDAD		
E10	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE	34	0.16
M54	DORSALGIA	1,941	8.90
J02	FARINGITIS AGUDA	4,077	18.70
J06	INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	3,712	17.03
E78	TRAST. DE METABOLISMO DE LIPOPROTEINAS	746	3.42

FUENTE: CONCENTRADO ANUAL SIAIS UMF80- TASA POR 1000 DH
ADSCRITOS A MEDICINA FAMILIAR (217,983 A JUNIO 2013).

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA QUE GENERARON DÍAS DE INCAPACIDAD

DIAGNOSTICO:

- LUXACIONES, ESGUINCES Y TORCEDURAS.
- ENFERMEDAD DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO.
- FRACTURAS.
- TRAUMATISMOS INTERNOS E INTRACRANEALES Y OTROS TRANSTORNOS.
- FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTOS.
- INFECCIONES Y OTRAS ENFERMEDADES DE VIAS RESPIRATORIAS.
- HERIDAS.
- ENFERMEDADES ENDOCRINAS Y METABOLICAS.
- ENFERMEDADES DE OTRAS PARTES DEL APARATO DIGESTIVO.
- ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO.

Se debe reflexionar sobre la importancia que tiene la atención del paciente **diabético** e **hipertenso** en la atención primaria y de la necesidad de actualización continua por el equipo multidisciplinario encargado de la estabilidad de estos enfermos, se debe tomar en cuenta a la familia de los enfermos para el convencimiento en la aceptación y el cumplimiento de los diferentes programas que ayudan a que el paciente se mantenga estable y en la participación en los grupos de autoayuda.

Cabe mencionar que son el **sobrepeso** y la **obesidad**, los principales precursores de la **DM** y **HAS**, por lo que pasa a ser una patología con indicadores específicos que se diagnostican en medicina familiar y el problema puede ser atendido por el equipo multidisciplinario de la unidad médica en los diferentes ámbitos.

Es importante que todos los médicos están familiarizados con el manejo normado de estas patologías (**GPC**) y apegarse a ellas en la atención del paciente para poder otorgar una atención integral con calidad y seguridad al derechohabiente adscrito al consultorio.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES

TRASMISIBLES 1RA. VEZ 2015

TASA:

IRAS	26,193 CASOS	120.16x1000 DHMF
IVU	4,726	21.68X1000DHMF
INFECCIONES INTESTINALES		20.42X1000DHMF
ENF. DE TRASMISION SEXUAL		9.98X1000DHMF

ENF. CRONICO-DEGENERATIVAS O NO TRANSMISIBLES 2014

OBESIDAD Y SOBREPESO	2,352	10.79
ULCERAS, GASTRITIS Y DUODENITIS	1,412 CASOS	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	934 CASOS	
DIABETES MELLITUS	653 CASOS	

FUENTE: INFORME SEMANAL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES. SUAVE UMF80 TASA POR 1000DH ADSC. A MEDICINA FAMILIAR A 30 DE JUNIO DEL 2014.

Tomando en cuenta que se mantienen altas las tasas de incidencia de los padecimientos transmisibles y crónico-degenerativos en nuestra unidad y que estos últimos

se están presentando cada vez en personas más jóvenes, se ratifica la necesidad de dar cumplimiento cabal al programa PREVENIMSS en todos los grupos de edad , enfatizando en niños y jóvenes.

MORTALIDAD

La tasa general de defunción de la UMF 80 para el año 2014 es de 2.36 muertes por cada 1000DH adscritos a MF, usando como población 217,983 derechohabientes.

CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD SEGÚN FRECUENCIA

ACUMULADO DE ENERO A DICIEMBRE 2014

CIE	CAUSA DE LA MUERTE	NÚMERO	TASA	%
E11	DMNID	76	34.87	14.73
I67	ENFERMEDAD CEREBRAL	38	17.43	7.36
I21	IAM	30	13.76	5.81
J18	NEUMONIA	29	13.30	5.62
I12	ENF. RENAL HIPERTENSIVA	24	11.01	4.65
J44	EPOC	17	7.80	3.29
K74	FIBROSIS Y CIRROSIS DE HIGADO	13	5.96	2.52
C34	CANCER DE BRONQUIOS Y PULMON	11	5.05	2.13
N18	IRC	11	5.05	2.13
C61	TUMOR MALIGNO DE PROSTATA	9	4.13	1.74
C53	CA. CERVICOUTERINO	7	3.21	1.36

FUENTE: REPORTE GENERAL DE DEFUNCIONES DE LA COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INFORMACIÓN MÉDICA.

*POR 100,000 DH ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR A JUNIO 2014. % TOTAL DE DEFUNCIONES.

MORTALIDAD POR CAUSAS AGRUPADAS SEGÚN MAGNITUD UMF80

ACUMULADO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.

CAUSA DE MUERTE	CIE	DEFUNCIONES	TASA*	%
TUMORES MALIGNOS	COO-C97			
BRONQUIOS Y PULMON	C34			
PROSTATA	C61			
TUMOR MALIGNO DE CUELLO DEL UTERO	C53			
ESTOMAGO	C16			
TUMOR MALIGNO DE COLON	C18			
TUMOR DE HIGADO Y VIAS BILIARES	C22			
TUMOR MALIGNO DE MAMA	C50			
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	100-152			
DM	E10-E14			
ENF. APARATO RESPIRATORIO	J06-J96			
EVC	160-169			
OTRAS ENF. DEL SIST. DIGESTIVO	K22-K92			

FUENTE: LISTADOS SISMOR COORDINACION DELEGACIONAL DE INFORMATICA MEDICA. *TASA POR 100,000DH ADSCRITOS A MEDICINA FAMILIAR (217,983 AL 30 DE JUNIO DEL 2014)

**ACCIONES DE UN DIA TIPICO DE ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO.
(2015)**

(REGISTRAR DIA ____ MES _____ Y AÑO _____)

ACCION	No
TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS	
No DE REFERENCIAS A 2DO. NIVEL	
No DE REFERENCIAS A UMAA	
DERIVACIONES A SERVICIOS DE APOYO: API	
DERIVACIONES AL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL	
DERIVACIONES AL SERVICIO DE NUTRICIÓN	
DERIVACIONES AL SERVICIO DE DENTAL	
DERIVACIONES AL SERVICIO DE URGENCIAS (AMC)	
NUMERO DE SOLICITUDES DE LABORATORIO	
NUMERO DE SOLICITUDES DE RADIODIAGNOSTICO	
NUMERO DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD A TRABAJADORES IMSS	
NUMERO DE CETIFICADOS DE INCAPACIDAD A EMPRESAS AFILIADAS	
NUMERO DE RECETAS RESURTIBLES EXPEDIDAS DURANTE LA JORNADA	

TABLERO DE INDICADORES MÉDICOS PERSONAL PROMEDIO AÑO 2014

ANALÍSIS DE PRODUCTIVIDAD POR CONSULTORIO 2015

Servicio	Indicador Fuera de Rango de acuerdo a MMIM 2013	Observaciones	Acciones Preventivas y/o Correctivas
Consulta Externa de Medicina Familiar.			
Consultorio			
Turno:			

TABLERO DE PRODUCTIVIDAD EN INDICADORES DE SALUD PUBLICA POR CONSULTORIO (API) AÑO 2015.

SE ANEXAN CENSOS DE:

- DIABETES MELLITUS (CENSO ACTUALIZADO DE ARIMAC VS TARJETERO DE PACIENTES POR ASISTENTE MÉDICA).
- HIPERTENSION ARTERIAL CENSO ACTUALIZADO DE ARIMAC VS TARJETERO DE PACIENTES POR ASISTENTE MEDICA).
- EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO (TARJETERO DE PACIENTES POR ASISTENTE MEDICA CON MARCAJE CORRESPONDIENTE).
- OBESIDAD (LISTADO)
- PACIENTES CON IRC (LISTADO)
- TRASTORNOS PSIQUIATRICOS (LISTADO)
- CENSO DE PPF (LISTADO Y/O TARJETERO DE PACIENTES DE MANEJO DE CONTROL DE EMBARAZO Y METODO UTILIZADO POSTERIOR AL EVENTO OBSTETRICO).
- CENSO DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON PATOLOGIA CRONICO DEGENERATIVA Y METODO QUE USAN. (TARJETAS DE ASISTENTES MEDICAS POSTERIOR A CULMINAR EVENTO OBSTETRICO Y HABER CURSADO CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO POR PATOLOGIA CRONICO DEGENERATIVA – PACIENTES REGISTRADAS EN SIMF EN EL PARTADO DE RIESGO OBSTETRICO):
- LISTADO DE PACIENTES DERIVADOS A CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL (CIJ).
- LISTADO DE PACIENTES DERIVADOS A CENTRO DE SEGURIDAD SOCIAL (CSS) (A TRAVES DE SIMF POR 4-30-8).
- LISTADO DE PACIENTES DISCAPACITADOS.
- LISTADO DE PACIENTES DERIVADOS AL MODULO DE DIABETIMSS.
- LISTADO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES EGRESADOS DE DIABETIMSS. (TARJETAS QUE SE ENTREGAN DEL MODULO AL CONCLUIR LAS SESIONES).
- LISTADO DE PACIENTES CON CUMPLIMIENTO DE METAS DE CONTROL EN EL PACIENTE DM.

- LISTADO DE PACIENTES CON INCAPACIDAD PROLONGADA Y ESTADO ACTUAL DEL TRAMITE MEDICO Y/O ADMINISTRATIVO.
- LISTADO DE PACIENTES CON DM O HAS QUE SE LES HA REALIZADO TASA DE FILTRADO RENAL E HISTORIA CLÍNICA.
- LISTADO DE PACIENTES CON DX DE CANCER CERVICOUTERINO
- LISTADO DE PACIENTES CON DX DE CANCER DE MAMA.
- LISTADO DE PACIENTES CON RECETA RESURTIBLE.

**FORMATO DE REGISTRO DE TASA DE FILTRADO RENAL EN
PACIENTE DIABETICO E HIPERTENSO 2015**

NOMBRE	No DE AFIL.	AGREG	DIAGNOSTICO	RESULTADO	FECHA DE REGISTRO

FORMATO DE REGISTRO DE INCAPACIDADES PROLONGADAS 2015

NOMBRE	No DE AFIL.	AGREG	DIAGNOSTICO	No. DE DIAS ACUM.	ESTADO ACTUAL	FECHA DE CAPTURA

**PLAN DE TRABAJO SUPERVISIÓN PERSONALIZADA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN**

**% De congruencia Clínico-Diagnóstico-Tratamiento-Incapacidad en
Trabajadores IMSS 2015**

*mas del 80%	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC

**. % De congruencia Clínico-Diagnóstico-Tratamiento-Incapacidad en Trabajadores
de empresas afiliadas 2015**

*mas del 80%	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC

**% DE REGISTRO DE METAS DE CONTROL DEL PACIENTE DIABÉTICO EN
CONSULTORIO 2015**

No DE DIABETICOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC

% De cumplimiento de Criterios de liberación de Receta Resurtible 2015.

100%	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC

% DE APEGO A PRESCRIPCIÓN RAZONADA DE MEDICAMENTOS 2015

100%	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC

% De congruencia en prescripción de Solicitudes de Laboratorio 2015

100 %	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC

% De congruencia en prescripción de solicitudes de estudios de Radiodiagnóstico 2015

100%	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC

% De cobertura de PREVENIMSS 2015

*más de 90%	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC

% De cobertura de 1ra.vez de DM en paciente de más de 45 años. 2015

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC

% DE COBERTURA DE CAMA POR MASTOGRAFIA 2015

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC

% DE COBERTURA DE CACU 2015

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC