

11226  
20/78



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

" EL MODELO DE PRACTICA FAMILIAR EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
EN PUEBLA "

# TESIS

Que para obtener el Grado de Especialista en :

## MEDICINA FAMILIAR

Presenta

Dr. Julián Alejandro García y Márquez

U. M. F. No. 1

I. M. S. S.



### IMSS

Puebla, Pue.

1984-1986

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

# INDICE :

	PAGINAS
I INTRODUCCION	2 a 4
II ANTECEDENTES CIENTIFICOS	5 a 17
III MATERIAL Y METODO	18 a 23
IV RESULTADOS	24 a 27
V DISCUSION	28 a 31
VI CONCLUSIONES	32 a 33
VII RESUMEN	34 a 35
VIII BIBLIOGRAFIA	38

## I N T R O D U C C I O N .

El ejercicio de la buena medicina institucional requiere una estructura docente formal y ésta tiene su mayor sustento en una amplia y original producción científica. Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, se viene otorgando un apoyo creciente a la investigación científica para que se mantenga la calidad de atención médica en óptimas condiciones de calidad, con el único fin de preservar la salud en la población. (1)

Un ejercicio profesional eficiente lleva implícita cierta condición en la cual el médico debe de disponer de conocimientos actualizados. Es posible que exista consenso acerca de la información precisa que se requiere, pero es evidente que el mundo de la medicina cambia rápidamente como resultado de los logros y alcances de la investigación científica, que pone a disposición del médico resultados de actualidad, pero que pronto se vuelven inoperantes.

Todavía podría dividirse en dos grandes rubros a la educación médica continua: la aplicada al médico denominado general o formado por una institución de salud, y el médico formado por el curso de especialidad de medicina familiar. Dicha educación puede obtenerse a través del hospital, la clínica, las escuelas de medicina, programas de residencia de postgrado, consejos y congresos e institucionalmente como capacitación para el trabajo. Es necesario que la educación médica continua del médico familiar deba de existir en nuestro medio, ya que esta no se brinda aún en las Unidades Médicas Familiares ni mucho menos en los hospitales ni en las instituciones, puesto que es un concepto que en algunos sitios apenas nace. Por otra parte, en sociedades médicas, consejos, colegios, academias y congresos, la posibilidad de educación médica continua para el médico familiar es escasa, ya que los organismos antes mencionados se encuentran en fase incipiente; por

se hace necesario la implantación de medios educacionales para la promoción de cursos intensivos de educación médica continua a los médicos familiares.(2)

Muchas empresas cuentan con un departamento de Control de Calidad para asegurar a sus productos determinadas características con funciones permanentes, rectificando la maquinaria y la mano de obra, logrando perfeccionar la técnica y por ende mejorar la calidad de la producción. Asimismo, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, donde la producción es la prestación de atención médica en forma permanente, un sistema semejante se requiere con mayor razón. En la consulta externa, el recurso institucional son los médicos familiares que coordinados por el Jefe de Departamento Clínico, deben vigilar por la calidad de los servicios médicos proporcionados, sugiriendo modificaciones pertinentes y coordinarlos en el otorgamiento de dicha atención médica. Vigilar que el médico familiar se encuentre debidamente capacitado para desempeñar sus funciones, así como su preparación para trabajar en equipo, identificándose con la doctrina y filosofía de la seguridad social. Los fracasos de la atención médica, sugieren que las fallas características se refieren exclusivamente a la atención personal dentro del ámbito hospitalario, y a nivel del médico familiar a su competencia técnica. Los especialistas, así como los médicos familiares deben tener funciones claramente definidas y distintas; cada grupo debe ganarse el respeto del otro por la calidad de trabajo que realiza. Según la ecología de la atención médica, de cada mil personas, setecientas visitan por lo menos una vez al médico al año y cien son admitidas en un segundo nivel y sólo diez ingresan a un tercer nivel, por lo que obviamente un alto porcentaje de pacientes es atendido por el médico familiar, situación que lo ubica en la condición necesaria de ser competente, ya que representa la piedra angular del sistema.

En este trabajo analizamos el diagnóstico situacional en cuanto a la atención médica se refiere y en la Unidad Médico Familiar-Número Uno, por medio de la encuesta realizada a los médicos familiares adscritos a la consulta externa, ya egresados de la residencia, como a los formados por la institución; comparativamente con la encuesta realizada en 1000 pacientes al azar, en relación al otorgamiento de atención médica familiar. El análisis de la educación médica continua dentro de la misma unidad; el programa operativo de la Residencia de Medicina Familiar, tanto del primero como del segundo año, correspondiente a los ciclos 1984- y 1985, en cuanto a las metas fijadas, logros y desviaciones más importantes; con el objetivo de realizar propuestas hacia un programa de atención médica integral; despertar la inquietud de iniciar la educación médica continua en forma permanente dentro de la unidad médica y su personal médico; y proponer modificaciones al programa operativo de la residencia de medicina familiar, estimulando así la inquietud hacia la enseñanza e investigación. Y todo ello dirigido hacia el único fin de aumentar el nivel de calidad de la atención médica del paciente y su familia. (3)

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS .

El principal objetivo de la medicina familiar es el de contar - en el futuro con médicos familiares que practique la mediciba - en forma integral, predominantemente en los niveles de promoción y prevención, más que en los de diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación del núcleo familiar, teniendo en mente los - aspectos orgánico y psicosocial;proviendo el cuidado inicial a la familia en sí, y en caso necesario derivar a los niveles II y III, para asegurar la continuidad del cuidado requerido.(1)

Los años adolescentes de la medicina familiar académica han sido años de exploración y de consolidación en forma gradual, pero lenta, sin que haya alcanzado aún la madurez, por lo que la medicina familiar debe ahora aceptar la responsabilidad para su propio mantenimiento y desarrollo. Dentro de su estatus como una -- disciplina, la medicina familiar contiene diferentes discusiones del contenido corriente, que la diferencia de las otras especialidades, como son el contenido de la práctica familiar y sus más importantes principios, que se enuncian a continuación:

### CONTENIDO DE LA PRACTICA FAMILIAR:

Las diversas subespecialidades, como son la Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Gineco-obstetricia, juegan un importante papel con la función de la práctica de la medicina familiar, al constituir la mayor parte de padecimientos que demandan atención médica de primer nivel, y que se relacionan con algunas otras ramas - en cuanto al cuidado de la salud.(2)

### PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR:

Una disciplina profesional como la medicina familiar, no sólo es ta basada en una lista de contenidos, sino también en una serie de principios. Así como la práctica general se ha desarrollado - dentro de una disciplina, ha sido necesario clarificar estos conceptos y principios sobre los cuales está basada, y entre estos-

tenemos a los siguientes:

- La enfermedad es vista en un estadio temprano.
- El conocimiento de los recursos de la institución es esencial para su manejo.
- El entender el desarrollo de la enfermedad, es crucial para enseñar al paciente a comprenderla.
- La enfermedad frecuentemente es vista en contexto de la vida familiar.
- Los factores psicológicos son parte integral de cada problema
- El médico familiar es el primer contacto.
- El médico familiar debe ser un guía en el mantenimiento de la salud, y enseñar a sus pacientes a como mantenerse sanos.
- Muchos de los trabajos del médico familiar dependen de la relación favorable con el paciente.
- Algunas veces los cuidados necesitan continuidad hasta el domicilio del paciente.
- Es necesario tomar decisiones acertadas, y algunas veces es necesario decir "lo siento, no puedo ayudarlo".

Hay diferencias significativas e identificables en el conocimiento, destreza y actitud del médico familiar, cuando se comparan con la práctica de otros especialistas. En las tres últimas décadas, se han hecho muchos intentos para definir a la medicina familiar como una disciplina, sin embargo, hay aún muchos malentendidos de nuestra especialidad con otras ramas de la medicina y lo que es peor, aún dentro de nuestra especialidad, en relación a nuestro método clínico. (3)

No se puede integrar un acuerdo entre los médicos familiares en cuanto a la práctica de la vida familiar, ya que hay variación de pensamiento entre los médicos familiares dentro del área urbana con los del nivel rural o de áreas marginadas; aunque esto-



no es del todo cierto, ya que se dice que, donde quiera que se -- proporcione atención médica de primer nivel, la relación médico-paciente, no varía en mucho. La falta de unanimidad entre nuestra disciplina es muy seria. No se ha desarrollado un modelo de práctica de atención médica a la familia. Como Morrissy dice: es amplia la diferencia entre el plan de estudios de los programas de residencia de Medicina Familiar entre las sedes y así como -- la percepción de los mismos por los residentes, que hasta los maestros las contradicen en su mayoría. Por lo que se hace esta -- pregunta: ¿qué debería de esperarse de cada médico familiar?. La respuesta va a depender de dos objetivos. Uno de ellos es para identificar los problemas que surgen en el estadio más temprano, lo que implica la identificación de los problemas antes de que sean definidos claramente; ya que la mitad de las enfermedades -- vistas en la práctica familiar no pueden diagnosticarse en términos de la patología física; la clave de esto, es el entender al paciente, en otras palabras, hay un cambio en el entendimiento de la enfermedad al entendimiento del paciente; al igual, el punto -- en el cual la investigación diagnóstica debe ser detenida, es de crucial importancia. Es importante determinar si el valor de la precisión diagnóstica mayor está compensado con los riesgos del tratamiento para obtener aquella precisión y que esto se realice con el entendimiento del paciente. Otro objetivo, es el manejo -- individualizado de los pacientes con problemas de larga evolución, a lo que Stephens llama la quinta esencia de la práctica familiar. Para proveer el manejo individual, el médico familiar debe entender al paciente tan bien como a la enfermedad. Esto nos hace pensar que el método clínico debe estar centrado en el paciente y no en la enfermedad, diagnosticándolos en forma similar para mejor resultado. (2,3)

**METODO DE LA ENFERMEDAD CENTRADA:**

Es de utilidad primeramente, confrontar al paciente con el método de la enfermedad centrada. Este método es para clasificar la enfermedad del paciente en los términos del sistema de clasificación convencional de enfermedades y es para identificar una causa hasta dónde sea posible, para prescribir un remedio específico. Los intentos del médico para interpretar los síntomas del paciente en términos de su propio sistema de referencia. El trata, en otras palabras, de traer al paciente dentro de su mundo. Es quizás el intento del modelo de la enfermedad centrada, y no es de sorprenderse que el médico dirija y controle el curso de la entrevista. Le dice al paciente que este pendiente para las respuestas a las preguntas específicas; generalmente serán preguntas muy directas, diseñadas para respuestas cortas y verdaderas, más bien que observaciones que faciliten y animen al paciente a entrar al libre dialogo. Este método fué desarrollado en el pasado siglo XIX, y tuvo como propósito el de establecer una relación entre la enfermedad del paciente y la patología orgánica, restringiendo el enfoque del médico y dirigió su atención al contexto social y personal de la enfermedad. Probó ser útil con el aumento de la precisión diagnóstica y terapéutica, sin embargo, ha ido a menos en las enfermedades crónicas y en los padecimientos sin enfermedad orgánica. (3)

#### METODO DEL PACIENTE CENTRADO:

La esencia de este método es el intento de muchos médicos para tratar de entender el significado del padecimiento del paciente también como la interpretación del padecimiento en términos de su propio mundo, el médico tratará de entrar al mundo del paciente. De acuerdo con Levenstein, esto compromete a la respuesta de la pregunta: ¿Por qué viene el paciente, cuales son sus expectativas, sentimientos y temores?. Cada paciente tiene algunas expectativas del médico, las cuales no son hechas necesariamente expli-

citas. Todos los pacientes tienen sentimientos acerca de su problema y en la mayoría de los padecimientos tienen miedo. A meros que el médico trate con estos sentimientos para la satisfacción del paciente y en términos de su propio mundo, la interacción tiende generalmente a ser disfuncional, y sólo una limitada cantidad del ideal será alcanzada. (3,4)

Una cosa es decirlo y otra es llevarlo a cabo. Como está hecho?. La clave para el método del paciente centrado es permitir tanta información como sea posible que fluya del paciente. La destreza crucial, es la capacidad de responder a las indicaciones verbales y no verbales. Por medio del ser cuidadoso, el escuchar y el uso de preguntas terminantes y la facilitación de observaciones el paciente se alentará a expresar sus sentimientos y pensamientos. Hay dos modos de pensar de este método; uno es para pensarlo como "segunda línea", para ser llamado cuando el método ha fallado para encontrar una respuesta para el problema del paciente; y el otro, que es el único que se apoya, es que el método debería ser usado por todos y en todos los casos. Desde otro punto de vista, siempre es importante responder a las indicaciones, las cuales conducen a un entendimiento del contexto del padecimiento. También es importante entender el temario del paciente, sus valores, su prioridad y el significado de su padecimiento. (3)

#### EFFECTIVIDAD DE LA MEDICINA DEL PACIENTE CENTRADO:

Este método efectivamente promueve el rendimiento con el tratamiento y recuperación del paciente. Bryne y Long compararon 37 consultas disfuncionales con 926 consideradas como funcionales, el criterio de disfunción fué la falta de comunicación entre el médico y el paciente. La diferencia significativa entre los dos grupos fué el tiempo dedicado a descubrir la razón de la visita del paciente. En el promedio, los médicos en las consultas disfuncionales dedicaron únicamente la mitad de tiempo necesario. Ste-

wart anotó las consultas de 24 médicos familiares durante dos meses y citados posteriormente para su control y pudo constatar con satisfacción, la resolución del motivo de consulta a base de el cuidado y su rendimiento con el tratamiento de paciente centrado. La mayor satisfacción estuvo relacionada con las consultas del paciente centrado y que la recuperación ante ciertos padecimientos estuvo relacionada con la oportunidad que se le dio, al discutir sus problemas con su médico familiar. (3,4)

#### POSIBLES OBJECIONES PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE CENTRADO:

Podría ser objetable que en las urgencias, accidentes y enfermedades agudas, la acción del médico familiar toma precedencia sobre la averiguación del temario del paciente, y nadie lo discutiría; sin embargo, una vez que la situación aguda ha sido atendida es esencial poner estrecha atención al temario del paciente, ya que su recuperación puede depender de ello. Otra objeción podría ser que no hay tiempo para escuchar a los pacientes de este modo sin embargo, la falla para descubrir el temario del paciente puede ser de tiempo perdido a la larga, porque podría conducir al médico a investigar el problema equivocado. En las manos de un médico experimentado, quién conoce bien a su paciente, el método no puede ser perdedor de tiempo y la comunicación puede ser realizada. Pero que sucede cuando el temario del paciente choca con el temario del médico? El médico pudiera estar interesado en la toma de la presión arterial, y el dedo en su problema de dedo en martillo; el paciente podría esperar un medicamento para su infección y el médico sentir que no lo necesita; por lo que el intento es llegar al acuerdo, cada vez que sea posible. (4)

#### EDUCACION MEDICA CONTINUA:

La educación médica convencional de postgrado, y la llevada dentro de las unidades médicas de atención no había traído proble-

mas, los que ahora enfrentan la mayoría de los médicos familia- res. Como resultado de la ausencia de postgrado de los egresa- dos de la residencia de medicina familiar y en los niveles de e- ducación médica continua, como son los congresos médicos y la li- teratura especializada, al igual que en los médicos familiares - formados por la institución, son problemas que confrontan sobre- los aspectos médicos y biomédicos de sus pacientes. Es que mien- tras que los problemas de nuestros pacientes son importantes, es- tos también nos traen nuevos problemas y que son diferentes a - los encontrados durante una residencia y los encontrados en la- literatura o congresos, por lo que es necesario aprender a exami- nar el modelo de resolver el problema. (4)

El aprender a aceptar y tratar con los problemas es importante- para los médicos familiares en el entrenamiento y que facilitan- te con el tiempo son discontinuos y considerados sin importan- cia para aquellos que deciden a no tratarlos o no saben como ha- cerlo. Lo inapropiado, el acercamiento reducido a los pacientes - lo cual es aprendido en las escuelas de medicina y en hospita- les, deben ser reemplazados por un acercamiento mucho más real. La experiencia de medicina de postgrado debe ser primeramente e- ducacional, el objetivo es producir un médico completamente ca- lificado, sino una persona educada.

Cuando aprendemos destrezas sofisticadas, una ha aprendido las - partes, pero eventualmente las partes tienen que ser colocadas - juntas. El buen médico familiar no es Internista por un minuto y un psiquiatra después; ellos integran estos modelos dentro de un modelo nuevo y funcional, así el médico familiar trata de en- contrar las soluciones que deben de diferir con los recursos lo- cales, costumbres y tradiciones.

Todo lo antes mencionado requiere no sólo de nuevas ideas, sino- de una buena disposición a los programas de educación médica

actualización dentro de las instituciones de atención médica, así como en los profesores académicos encargados de los programas de residencia de medicina familiar. Pero tal problema no sólo es de esta unidad, sino en la mayor parte de las instituciones de salud del país; por lo que debe hacerse el esfuerzo de integrar una medicina familiar dirigida al paciente centrado y en base a una actualización médica permanente, para la mejor atención integral, así como de la superación personal y profesional, de mayor proporción en relación a otras ramas de la medicina; todo ello en forma permanente, participando en las actividades esenciales del médico familiar, como son la enseñanza, investigación y administración, con intercambio permanente con los especialistas de los niveles II y III, y que el beneficio mayor será para nuestro núcleo de atención: la familia. (2,4)

#### PROGRAMA DE RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR:

Un hecho significativo de la medicina en los últimos años, ha sido el desarrollo académico de la medicina familiar. Las metas de primer orden, la descripción de su empleo, metas políticas, consumidores, asociaciones profesionales, universidades, unidades médicas familiares y los coordinadores de la medicina familiar, sor- en sí la esencia de dicha especialidad en su evolución.

#### METAS:

De acuerdo a Job, deben prepararse practicantes de la medicina familiar prospectivos, para ejercer aquellas tareas encomendadas teniendo como objetivo educacional el de desarrollar algunas metas; los programas, que necesitan la existencia de un currículum- impartido a través de una variedad de métodos de enseñanza, los cuales comunmente son apreciados por una variedad de procedimientos de evaluación. (5)

Revisando las cascada de pasos en los procesos educacionales, re

ne la materia de metas dentro de algunas perspectivas; ellos das cansar muy por arriba en las extensiones superiores de los estadios de la educación médica. Una declaración clara de las metas- esencial es para una planeación educacional considerada, aunque- podría ser de utilidad crear metas explícitas para un departa- mento y, que podrían existir sólo implícitamente en sus programa- mas de enseñanza. (5)

#### FUENTE DE METAS:

Las metas constantemente cambian debido a los procesos de evolu- ción, deben ser efímeros. También existe una cascada de fuente - de metas. Como los pasos son descendentes, las metas se vuelven - más específicas, sin embargo, para proveer el máximo apoyo y sa- tisfacción dentro de un departamento, deben ser comprobables. Los- programas de entrenamiento de medicina familiar deben actuar en instituciones relacionadas a la aplicación de cursos de medici- na familiar y se consideran ocho metas a seguir:

- Sostener y mejorar la calificación de los médicos familiares.
- Promover altos estándares en la práctica familiar.
- Fomentar y asistir en la provisión de un amplio estándar de - enseñanza y entrenamiento para los residentes de medicina fa- miliar.
- Ilustrar y dirigir la opinión pública en relación a la medici- na familiar.
- Establecer un registro de los miembros de un colegio forma- do por médicos familiares.
- Conducir, dirigir, fomentar y proveer para la investigación en- materias relacionadas con la medicina familiar.
- Publicar y fomentar la publicación de revistas, reportes y de- tratados en materias relacionadas a la práctica de medicina - familiar.
- Empezar otras actividades legales, en relación a los mencio-

nados anteriormente.(5,6)

#### ACTIVIDADES ESSENCIALES DEL MEDICO FAMILIAR:

Tradicionalmente desarrolla cuatro actividades:

- Provisión de servicios.
- Administración.
- Enseñanza.
- Investigación.

Lo antes mencionado no ha tenido la extensión que debería, siendo la causa multifactorial, como es demasiada consulta externa, poco tiempo disponible, falta de entrenamiento formal, altos costos, falta de interés personal, falta de motivación, limitación en el campo de acción y escaso material a nivel de las unidades de medicina familiar.(5)

Debería de existir una tendencia entre los departamentos de medicina familiar para la organización de los puntos arriba señalados, y aplicarlos en cada una de las sedes de residencia de medicina familiar, lo que incrementará la educación médica continua, no sólo para el personal becario, sino a los médicos familiares adscritos a la consulta externa. Pero el objeto no es producir un médico calificado, sino más bien una persona educada, quien se calificará en el curso de la residencia. eright cita la diferencia entre la educación y el entrenamiento de postgrado. El entrenamiento está relacionado primeramente con la preparación de ciertas tareas y vincule ciertos patrones de aprendizaje. La educación de postgrado prepara al estudiante para tareas menos específicas. Estos diferentes tipos de aprendizaje no pueden tomar lugar hasta que los residentes han reconocido la necesidad para ello y en una atmósfera de confianza y confianza construida entre el residente y el coordinador de la residencia. Este proceso lleve tiempo, con un mínimo de dos a tres meses por cada módulo de práctica familiar en el curso de los años. Idealmente-



esto debería ser con el mismo profesor y el mismo paciente, pero es más importante con el mismo profesor. No es tan importante si el aprendizaje se lleva a cabo en una enseñanza de tipo completo o en las aulas del hospital. Los ingredientes esenciales para este tipo de aprendizaje son los pacientes con problemas, los resistentes, profesores sensitivos y experimentados y de tiempo para la discusión de reflexión. El núcleo de la medicina familiar es la consulta y todo lo que se origina de ella, problemas a resolver, relaciones con la misma enfermedad, mismo temor, mismo entendimiento, la historia natural de la enfermedad, del problema y el entendimiento de los roles. Un buen maestro de medicina familiar debe ser un excelente médico, con buenas experiencias de relaciones y experiencia especial en la enseñanza, ya que puede -- proveer retroalimentación constructiva con claridad de pensamiento, expresión y organización. (5)

#### SIENDO Y HACIENDO:

Haciendo las cosas que hace un médico general, no necesariamente lo lleva a ser un ente individual, un médico familiar. Muchas de nuestras críticas pasan mucho tiempo siendo, pero jamás haciendo y contrariamente, siendo puede llevar a haciendo. Hay una diferencia entre aprender las partes y aprender el conjunto de una nueva especialidad. El residente de medicina familiar puede aprender lo relacionado a la técnica óptica del gastroenterólogo, pero no de como manejar al paciente con dolor abdominal quien fura y bebe demasiado y cuyo esposo ha tratado de abandonar. Los médicos familiares actúan de diferente manera al gastroenterólogo, aprendiendo a tratar con los pacientes y sus problemas, así un médico familiar requiere aprender el método de la medicina familiar. El aprendizaje en un hospital es útil, pero no directamente transferible a la práctica familiar, debe ser -- primeramente "traducido". Debe aprender el rol del médico famili

ar en relación a sus pacientes, con la institución, y no sólo el rol, sino que debe serlo para él mismo y este rol no puede ser aprendido en las clínicas de especialidades de pacientes externos o en el resguardo hospitalario bajo la tutela de los especialistas orientados a la práctica no familiar; así como la psiquiatría no es aprendida en la unidad de neurología, la neurología no se aprende en la unidad de psiquiatría. (4)

Debemos comenzar con el componente de la medicina familiar, y que es nuestro núcleo, teniendo de hecho que podemos trabajar externamente. Uno sólo puede aprender a ser médico familiar, actuando como tal para un grupo de pacientes por un tiempo prolongado e interactuando con los médicos familiares experimentados para la discusión práctica y filosófica en el modelo de el rol del médico familiar. Durante la rotación por el servicio de medicina familiar, debería de existir un programa de enseñanza formal, con el tema que los pacientes presentan, debiendo incluir otras de los programas prioritarios de salud, terapia farmacéutica y su aplicación en la medicina familiar; y la rotación por el nivel hospitalario debería de ser mínimo. Considerando como metas durante el curso de medicina familiar a los siguientes:

- Proporcionar excelente entrenamiento a los residentes, desarrollando el rol de la letra el rol económico mediante previamente con una planta de maestros de tiempo completo, reconocidos por la UNAM y el IMSS, ya que esto serviría como un incentivo.
- Educación médica continua, permanente, que comprenda hasta los médicos familiares en año de campo, que es dónde se observa una gran severación de la enseñanza académica inicial.
- Desarrollar áreas dentro de los niveles II y III, con actividades exclusivas a los médicos familiares y becarios de esta especialidad.
- Establecer un puente entre la comunidad y los residentes en

año de campo, a través de la provisión de servicios activos para el desarrollo comunitario y de solidaridad social; además de servir de representación de los médicos en provincia en el foro académico.

Todo lo antes mencionado es con el único fin de hacer una nueva generación de médicos familiares de postgrado, que no sólo tendrán la capacidad de desarrollar actividades propias de su rol, sino que de abrir nuevos horizontes a la medicina familiar por medio de la enseñanza e investigación en forma activa y permanente. (4,5,6)

#### M A T E R I A L :

- Encuesta a Médicos Familiares de la Unidad Médico Familiar Número Uno, de la Ciudad de Puebla, adscritos a la consulta externa; con veinte preguntas que comprenden a los rubros de Curriculum personal, Educación Médica Continua, Actividades Esenciales del Médico Familiar, Actividades Esenciales de la Familia, Enseñanza e Investigación y de Prestación de Servicios.
- Encuesta a mil demandantes de atención médica, escogidos al azar, con diez preguntas relacionadas a la prestación de servicios.
- Programa Operativo de la Residencia de Medicina Familiar, correspondiendo a los ciclos educativos de 1984-1985 y de primer y segundo año.

#### M E T O D O :

- Análisis comparativo de los rubros Curriculum personal, Educación Médica Continua, Actividades Esenciales del Médico Familiar, Actividades Esenciales de la Familia, Enseñanza e Investigación y de Prestación de Servicios.
- Análisis cualitativo de las respuestas de los mil pacientes muestreados, en relación a la prestación de servicios médicos.
- Análisis Cualicuantitativo del Programa Operativo de la Residencia de Medicina Familiar, en relación a sus Metas, Logros y Desviaciones, en los ciclos académicos de 1984-1985.

ENCUESTA REALIZADA A LOS MEDICOS FAMILIARES ADSCRITOS AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA U.N.F.No. UNO DE PUEBLA, PUF.

- 1.-MEDICO FAMILIAR FORMADO POR LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR?: (SI) (NO)
- 2.-MEDICO FAMILIAR FORMADO POR EL IMSS?: (SI) (NO)
- 3.-PERTENECE A ALGUNA ASOCIACION MEDICA DE MEDICINA FAMILIAR?: (SI) (NO)
- 4.-ASISTE A CONGRESOS DE MEDICINA FAMILIAR?: (SI) (NO)
- 5.-LEE LITERATURA DE MEDICINA FAMILIAR?: (SI) (NO)
- 6.-REALIZA ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA?: (SI) (NO)
- 7.-REALIZA ACTIVIDADES DE INVESTIGACION?: (SI) (NO)
- 8.-MENCIONE LAS ACTIVIDADES DEL MEDICO FAMILIAR:
- 9.-MENCIONE LAS FUNCIONES ESSENCIALES DE LA FAMILIA.
- 10.-MENCIONE LAS FASES DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA.
- 11.-MENCIONE LAS ETAPAS CRITICAS DE LA FAMILIA.
- 12.-ESCRIBA LA CLASIFICACION DE FAMILIA EN BASE A SU DESARROLLO
- 13.-ESCRIBA LA CLASIFICACION DE FAMILIA EN BASE A SU INTEGRACION.
- 14.-ESCRIBA LA CLASIFICACION DE FAMILIA EN BASE A LO TIPOLOGICO
- 15.-ESCRIBA LA CLASIFICACION DE FAMILIA EN BASE A SU COMPOSICION.
- 16.-ASISTE A LLAMADAS TELEFONICAS DE PACIENTES CON PROBLEMAS FAMILIARES?
- 17.-REALIZA VISITAS HOSPITALARIAS A PACIENTES ENCAMADOS?
- 18.-REALIZA VISITAS DOMICILIARIAS A PACIENTES CON PATOLOGIA GRAVE?
- 19.-REALIZA VISITAS A CENTROS DE TRABAJO DE PACIENTES PROBLEMAS?
- 20.-HA ACTUADO COMO CONSEJERO FAMILIAR ANTE CONFLICTOS FAMILIARES?

ENCUESTA APLICADA A MIL PACIENTES ESCOGIDOS AL AZAR, QUE ACUDIAN A LA UNIDAD MEDICO FAMILIAR No. UNO DE PUEBLA, PUE. A NIVEL DE LA CONSULTA EXTERNA.

- 1.-RECIBI TRATO ADECUADO POR PARTE DE SU MEDICO FAMILIAR?
- 2.-EL TRATAMIENTO PRESCRITO ES EFECTIVO?
- 3.-ACUDE A CONSULTA DOMICILIARIO CUANDO LA SOLICITA?
- 4.-DURANTE LA ATENCION MEDICA, SU MEDICO REALIZA PROCEDIMIENTOS-CLINICOS DE EXPLORACION?
- 5.-CUANDO HA REQUERIDO SER ENVIADA A OTRO NIVEL DE ATENCION MEDICA, HA SIDO EN FORMA OPORTUNA?
- 6.-SU MEDICO SIGUE EL CURSO DE SU PADECIMIENTO?
- 7.-LE HA VISITADO AL HOSPITAL, SIN HABERLO SOLICITADO?
- 8.-LE HA VISITADO EN SU DOMICILIO SIN SOLICITARLO?
- 9.-ALGUNA VEZ HA RECIBIDO APOYO MORAL POR PARTE DE SU MEDICO FAMILIAR?
- 10.-HA RECIBIDO ORIENTACION POR PARTE DE SU MEDICO Y EN RELACION A LAS FUNCIONES ESSENCIALES DE LA FAMILIA?

ANALISIS CUALICUANTITATIVO DEL PROGRAMA OPERATIVO DE LA RESIDEN  
 CIA DE MEDICINA FAMILIAR EN LA U.R.P. No.UNC, CICLOS 1984 y 1985

Analisis porcentual global del Primer Año, ciclo 1984, por módulo  
 programado, realizados, horas asignadas y efectuadas.

MODULO	ASIGNADAS	EFFECTUADAS	LOGRO
HISTORIA Y EVOLUCION DE LA MEDICINA FAMILIAR.	19	14	74%
LA FAMILIA I.	58	48	83%
PROCTOLOGIA.	06	06	100%
NEFROLOGIA.	05	05	100%
MENTAL Y AFECTIVO.	21	00	00%
PATOLOGIA PEDIATRICA.	58	23	40%
SEGURIDAD SOCIAL.	20	20	100%
ALERGOLOGIA.	12	00	00%
GASTROENTEROLOGIA.	17	17	100%
CARDIOLOGIA.	09	09	100%
INFECTOLOGIA.	14	00	00%
NEUMOLOGIA.	14	00	00%
SOMATOMETRIA Y DENTICION.	08	00	00%
PUERICULTURA, INMUNIZACIONES, ALIMENTACION Y EDUCACION PARA LA SALUD.	13	00	00%
PSICOLOGIA MEDICA.	40	00	00%
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION, DISEÑO DEL PROYECTO E INVESTIGACION.	20	00	00%
SISTEMA MEDICO FAMILIAR.	20	20	100%
ANGIOLOGIA.	10	00	00%
ENDOCRINOLOGIA.	08	08	+ 50%
HEMATOLOGIA.	09	09	100%
MUSCULO ESQUELETICO.	10	10	100%

NEUROLOGIA.	09	09	100%
PSIQUIATRIA.	06	06	+ 50%
REUMATOLOGIA.	06	06	100%
UROLOGIA.	04	00	00%
DESARROLLO PSICOMOTOR.	07	00	00%
MANEJO DEL NIÑO ENFERMO, ANTIMITICO BIANOS, MECANISMOS DE AGRESION Y- DE DEFENSA.	12	00	00%
PSICOLOGIA SOCIAL.	42	00	00%
PRINCIPIOS DE BIOESTADISTICA.	11	11	100%

- MODULOS PROGRAMADOS :	29		
MODULOS REALIZADOS :	16		
MODULOS COMPLETOS :	11		
MODULOS INCOMPLETOS :	5	. Por no abarcar las horas se-	
HORAS ASIGNADAS :	406	ñaladas y por conocimientos-	
HORAS EFECTUADAS :	201	desactualizados.	
META :	100%		
LOGRO :	49.5%	Global.	

Análisis porcentual global del segundo año, ciclo 1985, por módulo programado, realizados, horas asignadas y efectuadas.

MODULO	ASIGNADAS	EFECTUADAS	LOGRO
MEDICINA DEL TRABAJO.	14	14	100%
MEDICINA TRADICIONAL.	11	05	50%
DEMOGRAFIA.	15	00	00%
ANTROPOLOGIA.	15	05	30%
ECONOMIA Y SOCIOLOGIA.	29	07	30%
DERMATOLOGIA.	24	24	100%
OTORINOLARINGOLOGIA.	12	12	100%



EPIDEMIOLOGIA	27	00	00%
ADMINISTRACION GENERAL.	10	05	50%
ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA	05	00	00%
ENSEÑANZA.	34	34	100%
SEXUALIDAD HUMANA.	19	19	100%
PLANIFICACION FAMILIAR.	13	13	100%
OPFALMOLOGIA.	14	14	100%
MEDICINA FAMILIAR.	09	00	00%
URGENCIAS.	26	13	50%
SANEAMIENTO.	10	00	00%
ORTOPEDIA.	10	10	100%
GINECOLOGIA.	13	00	00%
OBSTETRICIA.	16	16	+ 50%

- MODULOS PROGRAMADOS	:	20	
MODULOS REALIZADOS	:	14	
MODULOS COMPLETOS	:	08	
MODULOS INCOMPLETOS	:	06	. Por no abarcar las ho
HORAS ASIGNADAS	:	331	ras señaladas y por -
HORAS EFECTUADAS	:	191	conocimientos desacty
DEM	:	100%	lizadas.
LOGRO	:	57.7%	Global.

PORCENTAJE GLOBAL DE LOS DOS AÑOS DE RESIDENCIA, CILOS 1984-1985

FUE DE:

- MODULOS PROGRAMADOS	:	49
MODULOS REALIZADOS	:	30
MODULOS COMPLETOS	:	19
MODULOS INCOMPLETOS	:	11
HORAS ASIGNADAS	:	737
HORAS EFECTUADAS	:	392
DESA	:	100%

LOGRO GLOBAL DE LA RESIDENCIA : 53.18%

R E S U L T A D O S :

Encuesta aplicada a Médicos Familiares de la U.M.F. No. Uno, adscritos al servicio de consulta externa:

Preguntas:

1.- SI: 11 NO: 23	2.- SI:23 NO:11
3.- SI: 16 NO: 18	4.- SI:06 NO:28
5.- SI: 07 NO: 27	6.- SI:02 NO:32
7.- SI: 00 NO: 34	8.- 11 CORRECTA 23 INCORRECTA
9.- 09 CORRECTA 25 INCORRECTA	10.- 13 CORRECTA 21 INCORRECTA
11.-16 CORRECTA 18 INCORRECTA	12.- 15 CORRECTA 19 INCORRECTA
13.-11 CORRECTA 23 INCORRECTA	14.- 12 CORRECTA 22 INCORRECTA
15.-24 CORRECTA 10 INCORRECTA	16.- SI:03 NO:31
17.-SI:02 NO:32	18.- SI:01 NO:33
19.-SI:06 NO:28	20.- SI:06 NO:28

Estos rubros se engloban en seis categorías, que corresponden a: Currículum, Educación Médica Continua, Actividades Esenciales del Médico Familiar, Actividades Esenciales de la Familia, Enseñanza, Investigación y Prestación de Servicios; los que son reflejados en la tabla Uno. Desafortunadamente no tienen significado estadístico por el escaso número de ellos a codificar, teniendo únicamente relevancia comparativa.

MÉDICOS FAMILIARES

1  
B  
=

	23	Médicos Familiares formados por Institución.
	11	Médicos Familiares formados por Residencia.
	7	Con Educación Médica Continua.
	27	Sin Educación Médica Continua.
	13	Conoce Actividades Esenciales del Médico Familiar.
	21	Conoce Incompletamente las Actividades Esenciales.
	2	Conoce Actividades Esenciales de la Familia.
	32	Conoce Incompletamente las Actividades Esenciales de la Familia
	4	Realizan Actividades de Enseñanza e Investigación.
	30	No realizan Actividades de Enseñanza e Investigación
	4	Con Prestación de Servicios
	30	Sin Prestación de Servicios

T  
A  
B  
L  
A  
I

(25)

## R E S U L T A D O S :

Encuesta aplicada a mill pacientes que demandaron atención médica en la U.M.F. No.Uno, escogidos al azar, y en relación a la -- prestación de servicios.

### Preguntas:

- 1.- NO:345 SI:655
- 2.- NO:422 SI:578
- 3.- NO:00 SI:1000
- 4.- NO:749 SI:251
- 5.- NO:322 SI:173            505 no ameritaron envio a otro nivel
- 6.- NO:479 SI:16
- 7.- NO:495 SI:00
- 8.- NO:1000 SI:00
- 9.- NO:984 SI:16
- 10.- NO:917 SI:83

Cifras que sólo son de características cuantitativas, no factibles de plasmar en medios gráficos y estadísticos por la gran -- desproporción entre las cifras antes anotadas.

## R E S U L T A D O:

Evaluación cualicuantitativa del Programa Operativo de la Residencia de Medicina Familiar, correspondiente a los ciclos de primero y segundo años, y de los años 1984 y 1985.

CARACTERISTICAS	PRIMER AÑO	SEGUNDO AÑO
MODULOS PROGRAMADOS	29	20
MODULOS REALIZADOS	16	14
MODULOS COMPLETOS	11	08
MODULOS INCOMPLETOS	05	06
HORAS ASIGNADAS	406	331

HORAS EFECTUADAS	201	191
META	100%	100%
LOGRO	49.5%	57.7%

EL PORCENTAJE GLOBAL DE LA RESIDENCIA DE DOS AÑOS ES COMO SIGUE

MÓDULOS PROGRAMADOS	49
MÓDULOS REALIZADOS	30
MÓDULOS COMPLETOS	19
MÓDULOS INCOMPLETOS	11
HORAS ASIGNADAS	737
HORAS EFECTUADAS	392
META	100%
LOGRO	53.18%

Haciendo la observación que dentro del rubro de módulos incompletos, se usó el criterio de no estar actualizados y sin provecho alguno para la Residencia de Medicina Familiar.

## D I S C U S I O N :

Respecto a la responsabilidad de saber, debe admitirse que aun-- que nadie está obligado a ser sabio, todos tenemos la responsabi- lidad de no ignorar lo que nos hemos comprometido a conocer. No- se concibe que el médico ignore lo aceptado universalmente, ya - que este desconocimiento privará al enfermo del beneficio o la- oportunidad de curarse, conservar la salud o quizá de preservar- le la vida misma. Por supuesto, cuanto más se conoce lo que se ha de practicar mejor será la atención del paciente. En este sentido - el precepto 'primero no dañar', debe interpretarse como aprender- a servir, ya que la abstinencia y la omisión por ignorancia con- lleva negligencia e irresponsabilidad. El ejercicio de la profes- sión médica requiere de una actualización permanente; los cursos de capacitación continua tienen esa finalidad, pero no siempre - los que más los necesitan son los que hacen uso de ellos. Los je- fes de servicio en la consulta externa, al conocer por medio del control de calidad las áreas en que los médicos necesitan actua- lizarse, deben fungir como motivadores persistentes para que los grupos se integren y hagan uso de los cursos en la mejor forma- posible, ya que su aprovechamiento determina un punto clave en - el mejoramiento de la atención médica, y según como se plantea - la asesoría y como sea la comunicación de los jefes de servicio con los médicos familiares a su cargo, el personal compartirá la responsabilidad en la atención del enfermo y ubicará al profes- onal en el límite de sus funciones para que conozca y reconozca hasta que punto el tratamiento es de su competencia y cuándo y- por qué se solicitará la interconsulta y en que condiciones su- paciente deberá llegar al segundo y tercer niveles; y la coordi- nación de los niveles de atención especializada, establece un ex- lace verdadero entre el médico familiar y especialista, y deter- mina que el primero no resulte un derivador constante, sino el -

conciente analizador que aprovecha en forma apropiada los recursos de la institución.(7)

La educación médica continua es el proceso alimenticio por la devoción de aprender para servir. Es una actividad que se inicia - al terminar la educación formal perfectamente sistematizada, en la cual deben comprometerse el individuo y las instituciones de salud, científicas y educativas, en tanto que sin ellas no es posible realizarlas. Es activa y permanente y debe tomar en cuenta la práctica familiar diaria, conjuntamente con las actividades esenciales del médico familiar y de la familia en sí, la capacidad, habilidades, ética y aprendizaje del que la ejerce, todo con el fin de mantener en el médico familiar su capacidad para resolver los problemas del núcleo familiar. Debe planearse en forma racional, tomando en cuenta que es una actividad que resulta de una mezcla compleja de, necesidades sociales, necesidades de las instituciones de salud, necesidades individuales, experiencias prácticas, estilos de aprendizaje, actitudes personales y las circunstancias del medio ambiente.(3)

La instrucción académica a nivel de la residencia de postgrado debería contemplar a 5 componentes esenciales: objetivos, razón, contenido, estrategia y control; los cuales están interrelacionados entre sí y que cada uno de ellos puede fortalecerse con respecto de las aptitudes del médico residente lo cual facilitará o mejorará el aprendizaje, y la identificación de las actitudes contribuirá a hacer posible la individualización de la instrucción. El uso de los objetivos en el aprendizaje ayudan a la instrucción individualizada, provienen organización para el desarrollo de tareas de aprendizaje, factibilidad de saber evaluar su desarrollo en el curso de instrucción. Muchos educadores creen que los residentes difieren en la razón en la cual ellos aprenden, cuando la razón total de la instrucción está fijada por la extensión de la resi-

dencia, tiempo disponible en cada módulo. El contenido depende de tres aptitudes: madurez, conocimiento previo e interés, siendo los dos últimos críticos en el inicio de la residencia, ya que la mayoría de los residentes carecen de un conocimiento previo del contenido académico y su esencia del programa de residencia de medicina familiar. En la estrategia, las aptitudes del residente son pertinentes, al igual que lo es el aprendizaje del medio ambiente, interés, motivación, experiencias personales y su ansiedad contribuyen a la estrategia instruccional; la individualización del control, como resultado de la instrucción, por el maestro, el residente o por ambos, se aplica a todos los componentes de la instrucción. (8)

Al alcanzar los puntos vitales de nuestra capacidad profesional que serán aplicables a cada interacción entre el paciente y su médico familiar, podemos afirmar que se ha comprendido que debemos diagnosticar al paciente en una forma somera, es decir en el núcleo de su persona, sin diversificar sobre la enfermedad -- que le aqueja o sobre su patología orgánica. Un buen médico familiar debe explorar las necesidades del paciente, sus miedos y esperanzas, chequear el bienestar, bio-psico-social, y buscará el acuerdo del paciente en la presencia de problemas definidos. Esto es lo que el médico familiar debe hacer; es lo que debe ser la medicina del paciente centrado. (4)

Las encuestas realizadas a médicos familiares adscritos al servicio de consulta externa y a los mil pacientes es exploratorio y no puede considerarse como una herramienta de diagnóstico para la evaluación de las causas de falla en la atención médica familiar; ambos grupos son relativamente pequeños y con diferencias estadísticas no valorables muy significativas. Es con el objeto de conocer el número de médicos familiares formados por la residencia de medicina familiar y los formados por la instituci



ón; así como una evaluación global de la falta de conocimientos de tipo esencial relacionados con las actividades del médico familiar y los del núcleo familiar; sus antecedentes curriculares, actividades académicas y científicas y la prestación de servicios a sus comunidades. A todo lo anterior se le aplica una gama de situaciones que actuarían como justificantes, entre ellos se menciona a: falta de interés personal, excedente de consultas diarias, límite de campo acción, límite de tiempo, falta de motivación hacia la enseñanza e investigación, cumplimiento mecánico de los programas prioritarios de salud, burocracia, etc.

## CONCLUSIONES :

- 1.-Las metas departamentales son declaraciones amplias que indican direcciones intencionadas de actividad.
- 2.-Muestra herencia de la medicina familiar, definición, estatus-descripción de las actividades esenciales del médico familiar; una comisión para la provisión de servicios es primordial y de importancia capital, seguidas por la enseñanza, administración y la investigación.
- 3.-El modelo de medicina familiar que se describió como modelo del paciente centrado, promovería las metas básicas de la medicina familiar, porque ninguno de los pacientes sería excluido; habría continuidad y comprensividad del cuidado, dando al médico la oportunidad para practicar la medicina preventiva y proveer consejos de salud. También actúa como instrumento de enseñanza, pues cambia el estilo de atención médica integral.
- 4.-De llevarse a cabo los procedimientos en forma adecuada y sobretodo la comprensión de este método, se unificaría el criterio en cuanto al modelo de atención médica familiar, que aún no es apoyado entre la comunidad de médicos familiares.
- 5.-La educación médica continua forma parte de la responsabilidad profesional de cada médico, con el objetivo de elevar la calidad de la atención médica familiar.
- 6.-Los programas deben diseñarse para satisfacer las necesidades de quién lo requiera, elevando el nivel de conocimientos y técnicas, al través del refrescamiento, actualización y la complementación.
- 7.-La evaluación de la calidad de la atención a los pacientes es el medio más valioso para identificar las necesidades de educación médica continua; lo que aumenta la motivación para la autoinstrucción y otras formas de educación continua.
- 8.-Los programas se deben realizar en los propios centros de e-

sistencia médica familiar, ya que es aquí dónde se encuentren los problemas que ameritan su inmediata atención.

- 9.-La institución de un programa operativo de la residencia de medicina familiar debe ser actualizado en forma constante, en forma integral, con la participación conjunta de los coordinadores de la residencia y los médicos residentes, ambos intimamente implicados en este proceso de enseñanza académica; regionalizándolo con otras sedes dentro de la misma entidad federativa, ya que se observa desigualdad en su ejecución, evaluación y su distribución posterior en relación al uso de campo con un sitio específico de impartición de módulos; al igual - el de contar con áreas específicas para residentes de medicina familiar en los niveles II y III, coordinados por un médico familiar para la interrelación con los otros especialistas. Todo ello haría que la especialidad de Medicina Familiar ocupará el lugar que le corresponde y así su aceptación como tal, por aquellos que ahora le atacan.

## RESUMEN :

A menudo se acepta que la tendencia a educarse es algo innato y personal, que depende de las circunstancias en que un individuo se desarrolla social, familiar o culturalmente. Así, la educación continua podría ser una estrategia por medio de la cual una persona se enriquece en los procesos naturales de su práctica cotidiana o en la realización de esfuerzos que determinen un mayor nivel educacional. Sin embargo, por razones de orden práctico o histórico, al hablar de educación continua se piensa de alguna forma que se trata de una actividad de enseñanza y aprendizaje organizada con carácter institucional. Sin embargo, en toda actividad institucional debe estar implícita la gran tarea, que como segunda naturaleza, logre que el individuo desarrolle sus propios recursos y capacidad y se convierta en una persona permanentemente inquisitiva; necesita la objetividad de una educación médica continua que origine, no sólo una nueva motivación para hacer las viejas tareas, sino también la visión para modificar la práctica profesional, que tenga el valor para buscar los cambios de los propósitos institucionales de las estructuras en que se desarrolla y las inspiraciones más sencillas para encontrar nuevos métodos para la atención médica familiar integral.

La amplia comunicación entre el Jefe de Departamento Clínico y los Médicos Familiares debe ser estrecha y de suma importancia, complementada con la revisión permanente de expedientes, para la organización de la demanda de atención médica de primer nivel y para su mejor control. Por lo que para mejorar la vigilancia del control de calidad de la prestación de servicios al paciente en sí y su núcleo familiar. Y hablar de control de calidad en la atención médica implica el conocimiento completo de los factores mencionados en las encuestas realizadas, lo que permitirá otorgar una prestación de mayor calidad.

El modelo de práctica de la medicina familiar con el modelo de paciente-contrato, nos da alternativas de solución en cuanto a la resolución de los problemas que afectan al paciente y su núcleo familiar, con la identificación no sólo de su enfermedad, sino de sus patologías físicas, y las disfunciones familiares específicas. Este modelo promueve las metas básicas de la medicina familiar, sin excluir a ningún paciente; se presta a la continuidad y comprensión de los citados cuidados que se requieren, dando la alternativa de practicar la medicina de promoción y prevención, así como la derivación oportuna de los pacientes con patología grave a cualquiera de los niveles de atención inmediatos. Es una herramienta poderosa de enseñanza, produciendo cambios importantes en cuanto al comportamiento, no sólo del médico familiar, sino de los pacientes; sin embargo falta mucho trabajo para que este modelo sea aceptado unánimemente, logrando así terminar con los altercados de nuestra especialidad.

La contemplación dentro de los programas de educación a nivel de Residencia de Postgrado, deberá contemplar a los objetivos básicos, la razón, el contenido, la estrategia y el control, individualizándolos para su mejor funcionamiento. Todos ellos interrelacionados para el buen funcionamiento, que requieren en forma complementaria de las tres características del residente, como son: madurez, conocimiento previo e interés. Al llevarse a cabo estos programas en forma ideal, el resultado se observará en corto tiempo, logrando así elevar el nivel académico del residente, con una visión diferente de lo que es su especialidad con las relaciones estrechas en su comunidad familiar.

## BIBLIOGRAFIA :

- 1.-Granham.P. Setting goals for family practice departments.  
Canadian Family Physician.Vol.20.April.1982.,pp.791-794.
- 2.-Hennen K. Family Medicine Education in Canada.  
Canadian Family Physician.Vol.29.December.1983.,pp.2340-2344.
- 3.-Mc Crocken E.,Stewart W. A model of familiar practice.  
Canadian Medicine Physician.Vol.29.October.1984.,2213-2216.
- 4.-Morrissey J.R. The need for a clearly stated curriculum.  
Canadian Family Phyeician.Vol.28.May.1982.,pp.1025-1032.
- 5.-Katerndahl D.A. Individualizing instruction in family medici  
ne preceptorships.  
Canadian Family Physician.Vol.30.April.1984.,pp.939-942
- 6.-Frenette j. What do family practice graduates do?.  
Canadian Family Physician.Vol.30.November.1984.,pp.2281-2288
- 7.-Poncerrada M. Transtornos de la Atención Médica.  
Revista Médica del IMSS.Vol.22.Febrero.1984.,287-294.
- 8.-Valentine S. A family physician.A sabbatical.  
Canadian Family Physician.Vol.29.October.1983.,pp.1766-1768
- 9.-Westbury R.C. The guerrilla force in the war against disease  
Canadian Family Physician.Vol.20.February.1984.,pp.254-257
- 10.-Quintero G.H. Un modelo de control de calidad en Consulta Ex  
terna.  
Revista Médica del IMSS.Vol.19.No.5.Septiembre-October.1981.  
pp.592-596
- 11.-Boletín Médico del IMSS.Vol.18.No.9.,Septiembre.1976.,pp.317  
220
- 12.-Rivero S.O.Educación Médica Continua.Gaceta Médica de Mexico  
Vol.117.No.6.Junio.1981.,pp.215-220
- 13.-Normas y Procedimientos,Serie Investigación Clínica.  
IMSS.1978.,pp.5-6