

11226
24-16



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“ ESTUDIO SOBRE LA FALTA DE INFORMACION
ACADEMICA ACERCA DE LA MEDICINA FAMILIAR ”

TESIS

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE

MEDICINA FAMILIAR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRESENTADA POR

DR. FERNANDO BERNAL TORRES

CIUDAD OBREGON, SONORA

ENERO DE 1987



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.

I N D I C E :

Pág.

| | |
|--|----|
| ANTECEDENTES: - - - - - | 1 |
| LA MEDICINA FAMILIAR COMO ESPECIALIDAD. - | 12 |
| EL MEDICO FAMILIAR Y LOS NIVELES DE ATEN- CION. - - - - - | 18 |
| FAMILIA: - - - - - | 23 |
| Funciones: - - - - - | 28 |
| Fases: - - - - - | 29 |
| Tipos: - - - - - | 30 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROGRAMA: - - - - - | 35 |
| OBJETIVOS: - - - - - | 36 |
| HIPOTESIS: - - - - - | 37 |
| PROGRAMA DE TRABAJO: - - - - - | 38 |
| RESULTADOS: - - - - - | 40 |
| CONCLUSIONES: - - - - - | 52 |
| BIBLIOGRAFIA: - - - - - | 56 |

ANTECEDENTES:

Toda ciencia, todo arte, ha sufrido a través del tiempo avances y cambios que la hacen perfeccionarse en sus diferentes ramas y manifestaciones. La Medicina no ha escapado a ello pues a través de su historia ha experimentado una serie de cambios y progresos que la han -- llevado desde la Medicina primitiva hasta la e ra de las superespecialidades.

Algunos hechos históricos que han vivido la humanidad han tenido relación con el progreso de la Medicina, y para ello, hablaremos antes que nada del origen de la Seguridad Social.

Uno de los cambios que provocó la revolución industrial fué el transformar la artesanía de los hogares a la industria de las fábricas. Antes de la introducción de las máquinas, el hilado y el tejido de algodón se realizaba en las casas. En principio el tejedor no dependía de nadie; compraba el hilo, era propietario de su propio telar y vendía por su cuenta los paños que fabricaba; pero al disponer de pocas reservas de capital y de materia prima, al venir los malos tiempos se endeudaba. Después de cierto tiempo al comerciante le resultó conveniente enviar a sus encargados a casa del tejedor para entregarle la materia prima y recoger los géneros acabados. Para entonces el comerciante adquiría conciencia de tener una inversión en esas familias y requería vigilar atentamente las herramientas y materiales de --

uso. El tejedor se convertía así en un trabajador asalariado.

La profunda transformación de la técnica industrial no se limitó a Inglaterra, ni se detuvo en la primera mitad del siglo XIX. Desde 1800 aproximadamente, se extendieron las formas de producción, primero a Francia y a Alemania y hacia fines del siglo a Rusia, a los Estados Unidos de América y a otros países. En el último cuarto del siglo XIX, la gran industria más productiva que las pequeñas empresas fué dominado el mercado, los monopolios desplazaron a la libre competencia y controlaron la producción y la distribución de determinada mercancía. Adquirió importancia decisiva la industria pesada. Desde entonces las grandes potencias industriales quieren controlar las fuentes de materias primas y asegurar los mercados para sus productos.

Las máquinas habían cambiado fundamentalmente las condiciones de trabajo y sustituido el tradicional trabajo doméstico y manual por el febril y mecánico. Los antiguos artesanos dueños de su propio taller, de las materias primas y de los artículos manufacturados, habían desaparecido. Los nuevos artesanos no podían adquirir las máquinas por ser demasiado caras y también eran demasiado complicadas para poder ser instaladas en sus casas, tampoco podían resistir su competencia. Aparecieron los capitales poseedores de los bienes de capital necesario para las grandes industrias, adquirir las -

materias primas y pagar el salario de los obreros.

El predominio de las tendencias económicas liberadas favoreció el desarrollo del capitalismo. Los capitalistas practicaron entonces un --crudo individualismo y reclamación:

- 1.- Libertad completa para la industria y su --presión de todas las trabas y reglamentos --propios del mercantilismo. Según ellos el --Estado debía estar simplemente encargado de mantener el orden y evitar el robo y el a --sesinato.
- 2.- La libertad del comercio y la supresión de los monopolios que estorbaban la libre competencia;
- 3.- La prohibición de la formación de uniones de trabajadores cada uno de los cuales debía --contratar libremente y por separado su trabajo con un patrón.

Por primera vez, las mujeres y los niños --fueron empleados en gran escala fuera de sus --hogares y durante un número excesivo de horas.-- Se estima que cuando menos, tres cuartas partes de los trabajadores de las fábricas de algodón--eran mujeres y niños, los cuales manejaban la --mayor parte de las máquinas "con relativa facilidad". Las horas de trabajo en las factorías --eran excesivas y los jornales extraordinaria --mente bajos. El trabajar 16 y 18 horas diarias--no era cosa rara, incluso para los niños meno --

de 14 años. Las leyes higiénicas más elementales eran ignoradas. Los dispositivos de seguridad, desconocidos.

Así los trabajadores industriales quedaron a merced de la clase patronal, hasta que sus organizaciones estuvieron en condiciones de defenderlos y servirles de instrumento para contrar colectivamente las condiciones de su trabajo.

A fines del siglo XVIII se produjeron los primeros levantamientos obreros, que reclamaban la prohibición de las máquinas y al no lograrlo las destruían, pues veían en ellas la causa de sus males.

A mediados del siglo XIX, ante el aumento de los infortunios de los grupos obreros por el gran desarrollo mundial en la industria, se hizo necesaria la promulgación de las primeras leyes modernas de protección al trabajador. Alemania fué, puede decirse la que inició el Sistema del Seguro Social. Su revolución industrial ha traído consigo la fundación de empresas industriales que muchas veces carecían de solidez necesaria. El afán de especular cundió en amplios sectores de la población y originó que se suprimiera la protección de los accionistas.

Alemania también tiene el mérito de haber aplicado por primera vez el principio del riesgo profesional. Desde 1884 garantizó a los asalariados de las empresas industriales el derecho

a la reparación de los accidentes de trabajo, - sin obligar a la víctima a probar la culpabilidad del patrón.

Es así como el nacimiento de las primeras leyes sobre seguros sociales está ligado históricamente a los problemas planteados por la clase obrera del siglo XIX.

En Europa la creación de los seguros sociales tuvo como objetivo tratar de ayudar a aliviar la inseguridad en que vivían los asalariados. La clase obrera era la más pobre y por lo tanto, fué sencillo adoptar las técnicas de responsabilidad mutua y de los seguros para los grupos que contaban al menos con un ingreso económico que, aunque insuficiente pudiera ser fijo.

Así mismo, el surgimiento de los seguros sociales en Europa se encuentra ligado estrechamente, entre otras causas, a la presión directa que las masas de los trabajadores ejercieron sobre el Estado; acción que provocó que este asumiera una actitud de protección al trabajador - y a su familia garantizándole la seguridad de su ingreso.

En América Latina, México, vió en 1876, la ascensión al poder del General Porfirio Díaz, - fiel seguidor de la ideología liberal. Díaz produjo los ferrocarriles, coadyuvó al desarrollo de la industria y dió amplias facilidades al ingreso del capital extranjero. Pero la ausencia-

de justicia social pasaba inadvertida y la legislación liberal mantenía en la pobreza y la esclavitud que a la mayor parte de la población cuyos padecimientos eran atribuidos a defectos congénitos del hombre latinoamericano.

La Revolución Mexicana de 1910, vino a modificar el esquema social y económico impuesto por el porfiriato. Después de que Díaz abandonó el país en 1910, el presidente Francisco I. Madero, inició diversas investigaciones en materia laboral, las cuales dieron fruto mucho más tarde, (se dieron a conocer como proyecto de ley durante el régimen usurpador de Victoriano Huerta). Poco después los insurgentes alzados contra Huerta, iniciaron una labor legislativa en materia social para defender los aspectos más nobles e importantes de la Revolución, y a expresar por la vía jurídica los anhelos del pueblo mexicano.

La constitución Mexicana de 1917, reunió en su orden normativo estos ideales de libertad y justicia sociales.

Los años de la posguerra influyeron en la política social del mundo entero. El origen y los principales motivos de la política social de los tiempos posteriores a la Primera Guerra Mundial, no se encuentra solo en el deseo de conservación y armonía de las fuerzas sociales sino también en el temor que sentían la clase dominante frente al creciente descontento del proletariado.

La inseguridad y la debilidad económica - producida por la guerra, los millones de viudas y huérfanos, los soldados que volvían de las -- trincheras, heridos, enfermos e inutilizados, -- fueron los factores que obligaron al Estado a -- iniciar una política social eficaz, con el fin -- de que los necesitados no quedaran en la mise -- ria. De esta manera se inició una conciencia de responsabilidad colectiva para evitar la caída -- del sistema social imperante.

Inglaterra fué uno de los primeros países -- imperantes en legislar en cuanto a la Seguridad social,. Desde 1897 en que se inició el seguro -- contra riesgos profesionales, se inició también el proceso de legislación (eficaz, con el fin -- de que los necesitados no quedaran en la mise -- ria. De esta manera, se inició una conciencia -- de responsabilidad) sobre aspectos de seguridad.

Los seguros sociales alemanes por su parte no tuvieron cambios sensibles desde su creación por Bismark hasta 1920.

Los liberales del siglo XIX en América La -- tina, tenían ideas avanzadas en materia social. Sin embargo la Seguridad Social se remota al si -- glo pasado, con el establecimiento de regímenes de pensiones y jubilaciones en Uruguay (1822) y en Argentina (1887) que protegía específicamente a los empleados públicos, a los militares y al -- personal de docencia oficial.

El Seguro Social como sistema generalizado

Y basado en la experiencia de los regímenes -- europeos aparece en Chile en el año de 1924, -- con la adopción de la "Ley del 8 de septiembre" la cual viene a ser la primera ley obligatoria del Seguro Social, con esa ley se crean la cobertura de las contingencias de enfermedad, maternidad, invalidez vejez y muerte.

En este mismo año (1924), en Bolivia se aprobó, la Ley de Accidentes de Trabajo. Posteriormente Paraguay aprobó la Ley del "7 de Septiembre de 1927" sobre accidentes y enfermedades profesionales; en 1928 en Ecuador. En Nicaragua se aprobó la ley el 13 de Mayo de 1931. -- En Cuba en 1933. En 1936 en Perú; en 1938 en -- Chile se aprobó la Ley de Medicina Preventiva.-- Más tarde en Venezuela.

Sin embargo la implantación de los regímenes del Seguro Social en América Latina no se efectuó de una manera uniforme pues mientras -- países como Ecuador, Venezuela, Panamá, Costa Rica y México, lograron establecer durante ese período sistemas que protegían un alto porcentaje de la población contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, así como riesgos profesionales países como Colombia el Salvador y República Dominicana, poseían sistemas que amparaban solo algunos sectores de la población y contra ciertos riesgos. -- En este período, la mayoría de los países de la zona del Caribe carecían de regímenes de seguridad social.

La expresión "Seguridad Social" fué ideada para atribuir a la ley Federal Americana de --- 1935, que concedía a la Seguridad Social como -- una amalgama de seguridad económica y seguro so cial, y funcionaba el seguro de vejez y el de -- empleo con la política de asistencia a la vejez y de salud pública.

Por lo que se refiere concretamente el -- problema de desempleo de los años cuarenta, es necesario analizar la evolución del mismo y las medidas que en forma paulatina se fueron tomando al respecto.

La crisis de los años treinta propició que los países instituyeran un sistema organizado -- de seguridad social para los desempleos, con el objeto de substituir las diversas formas de asistencia social de caracter general, que los protegía. Este impulso condujo también a la mejora -- de los sistemas existentes y apareció de -- nuevo después de la II Guerra Mundial, ante el peligro de un grave desempleo.

Sin embargo, la protección contra el desempleo por medio de la Seguridad Social se fué extendiendo más lentamente que la protección -- contra otros riesgos.

Debido al desarrollo constante de los sistemas de seguridad social, se observa que para 1960, la mayoría de los países habían logrado -- ya establecer, al menos, regímenes reducidos de seguridad social; aquellos que ya los tenían en

en virtud de la promulgación de las nuevas leyes y de la iniciativa de los gobiernos, lograron ampliar sus regímenes.

Así podemos ver que desde la II Guerra Mundial, la seguridad social recorrió un largo camino demostrando por la tendencia progresiva a complementar las prestaciones de cada contingencia con otros beneficios que contribuyen al desarrollo de las comunidades, en los 25 años transcurridos. En el terreno internacional, todas las organizaciones avocadas a la Seguridad Social adoptaron esta tendencia, como resulta de estudiar los problemas de desarrollo económico mundial, se llegó a aceptar la necesidad de revisar y (re-interrogar) re-interpretar las orientaciones de la seguridad social como parte de las políticas nacionales de desarrollo y de los problemas de bienestar social. Se acordó — además que los modelos y las técnicas públicas de los países industrializados no podían aplicarse totalmente en los países en vías de desarrollo.

La multipolarización del mundo, el surgimiento del Tercer Mundo en los foros internacionales, y la crisis económica mundial tuvieron gran impacto sobre el desarrollo de la Seguridad Social Nacional y mundialmente. El reconocimiento de la importancia de la interrelación de los problemas políticos, económicos y sociales de todas las naciones, transformó el concepto de seguridad social que emergió de la II Guerra Mundial. Si bien las ideas de Beverch,--

y de la O.N.U. sobre seguridad social seguan -
vigentes en 1970, el Tercer Mundo con su parti-
cipación dinámica modificó los conceptos tradi-
cionales y logró que los países desarrollados -
e industrializados tomaran en cuenta sus muy --
particulares características.

Si el desarrollo económico y social es en-
tendido como un medio para alcanzar el bienes -
tar general de los pueblos, a través de una re-
distribución social de los recursos, es eviden-
te que la problemática de la salud interdepen-
diente de todo ese contexto. Si se adjudica a -
la salud un valor social este será el parámetro
para medir las actividades que esta área se rea-
licen. En los países del Tercer Mundo, la prácti-
ca médica tradicional solo alcanza a los secto-
res privilegiados. Los sectores subalternos no-
solo no han tenido acceso a las ventajas del --
crecimiento económico sino que no han podido --
mejorar sus condiciones básicas de vida.

LA MEDICINA FAMILIAR COMO ESPECIALIDAD.

La especialidad de Medicina Familiar, como tal, es muy joven en nuestro país y en el mundo su cuerpo de conocimientos aún no se encuentra claramente delimitado. (10)

El acontecimiento desafortunado que fué la primera Guerra Mundial propició desde el punto de vista médico, grandes avances y se inició la tendencia a la especialización. (3).

La Segunda Guerra Mundial, además del advenimiento de las sulfonamidas y la penicilina trajo consigo un aumento rápido y explosivo en el progreso de la medicina científica, con una gran potencialidad técnica, lo que dió lugar a una cantidad abrumadora de conocimientos y a -- que fuera prácticamente imposible que una persona por sí misma, pudiera ser experta en todas las modalidades de diagnóstico y tratamiento, -- por lo que se fragmentó la profesión en espe -- cialidades. (3)

La tendencia fué bien vista por el médico e inclusive por el público dándole una gran acogida. Ambos factores ayudaron aún más a la inclinación del médico por especializarse. Además las escuelas y facultades de Medicina, han contribuido a la tendencia a la especialización, -- debido al fraccionamiento de los planes de estudio y a que casi todas las plazas de profesor han sido ocupadas por médicos especialistas así como el hecho de que la educación médica ha

dependido de los acontecimientos episódicos manejados en grandes hospitales mismos en los que se lleva a cabo la docencia desde el primer procedimiento propedéutico hasta la obtención del título profesional.

El resultado es que se hace muy pora referencia al campo de acción de la llamada medicina general (3)

Lo que aparentemente funcionó bien en un principio, llevó en corto plazo a entender tanto a los profesionales de la medicina como a la gente que era necesario contar con un médico -- que proporcione atención de primer contacto, de forma personal y continua, que estudie a sus pacientes y a las enfermedades con el contexto de la familia y su ambiente y que les considere como un todo y no como un conjunto de órganos o de sistema potencialmente enfermos. Y para hablar de familia dejaremos un capítulo especial para ella pues tiene impotencia fundamental en la base de este trabajo. (3)

Se precisa de un médico que no esté unido a alguna fase especial del diagnóstico o del -- tratamiento, sino que por disponer de una base suficientemente amplia, sea experto en el manejo de todos aquellos problemas inherentes al paciente y a su familia. Que se de cuenta de que la enfermedad puede ser algo diferente en grupos distintos y en las varias edades, así como en ambientes diversos. (3).

Aparentemente nadie discute la necesidad -

de contar con médicos familiares, sin embargo existe una cierta batalla, tanto en las salas de conferencias como en la literatura, con respecto al nombre que se debería de dar a la figura central de cualquier sistema de atención médica. Sin embargo, lo que la Medicina Familiar requiere, no es un cambio de nombre, sino disponer de personas entrenadas adecuadamente para satisfacer las necesidades de atención médica más frecuentes, así como ser capaz de capacitar a la familia para su propio cuidado. (7)

De acuerdo a esto, el Médico Familiar es un especialista que se vale de muchas disciplinas para proporcionar atención médica de primer contacto, continua y adecuada a todos los miembros de la familia, independientemente de su edad, sexo, o padecimiento actual. (2)

La Medicina Familiar debe ser considerada como una disciplina académica que es adquirida y aplicada por el médico familiar. Es una especialidad "horizontal", lo que a diferencia de otras especialidades consideradas como "verticales" en términos de su contenido. Esto quiere decir que su amplitud es vasta y que cubre con poca profundidad áreas de otras especialidades. A su vez, se ocupa de aspectos que no son abordados por ninguna especialidad. Las especialidades verticales lo son porque su amplitud es restringida, en relación del panorama de la medicina. (3)

Los especialistas verticales se ocupan de aspectos episódicos de las enfermedades, mientras que la medicina familiar es la responsable de todos los sucesos de la historia natural del hombre, en su familia y en su ambiente y de todos los acontecimientos que constituyen la historia natural de sus enfermedades. (3)

En México, la historia de la Medicina Familiar es corta y está ligada a la evolución propia de la aplicación del concepto de seguridad social en el I.M.S.S. y se remota al año 1955, cuando se instituyó en México el modelo de atención familiar en dos clínicas. (3)

Aproximadamente por 1953 no existía un control adecuado sobre los pacientes, éste tenía libre elección sobre el médico de consultorio, traduciéndose en que los médicos no se responsabilizan de sus pacientes, dando lugar a que el paciente duplicara la consulta, por lo consiguiente no existía ningún control sobre la población derechohabiente. Posteriormente como se mencionó en 1955 se introdujo la adscripción de una población fija adscrita a cada médico familiar independientemente de la edad y sexo con el mismo médico, se implantó el sistema de cita previa y se definió que la visita domiciliar era responsabilidad del médico familiar, este cambio fue aunado a modificaciones en el manejo del expediente, archivo, etc. Sin embargo, en 1959 sufrió una variación; la división en Médico Familiar de adultos y Médico Familiar de menores, se requirieron casi 20 años para que

el sistema retornara al modelo previo. Actualmente cada médico familiar tiene bajo su carga la salud de entre 2,200 y 2,400 derechohabientes. (3).

El 13 de marzo de 1971 nace la Residencia de Medicina Familiar, en un curso dirigido a 32 médicos. En un curso en el que se sabe de antemano que la Medicina Familiar es la Medicina General que se practica en relación con las necesidades biológicas, sociales y psicológicas de los individuos que actúan en grupos sociales -- particulares cuya unidad fundamental es la familia. (3)

Por otra parte, en muchas personas inteligentes existe la duda fundamental y razonable -- acerca de la viabilidad de la Medicina Familiar como especialidad. Pensamos que la clave para -- su sobrevivencia y vida misma, depende esencial -- mente de la posición que la sociedad le concede dentro de las categorías de sus funciones -- y estructura sociales, lo que a su vez esta determinado por el concepto que se les trasmite -- a los residentes de la especialidad de Medicina Familiar por parte de la institución en que se capacitan además la actuación de los médicos -- familiares como grupo, por la manera en que utilizan su preparación y por el reforzamiento -- de su motivación hacia el campo que han elegido. En pocas palabras: LA MEDICINA FAMILIAR COMO ESPECIALIDAD LLEGARA AL LUGAR EN QUE LOS -- PROPIOS MEDICOS FAMILIARES LA SITUEN. La evolución no va a ser rápida ni está exenta de --

obstáculos. (3).

Para concluir, es muy conveniente hacer algunos comentarios relacionados con la Medicina-Familiar como especialidad en el ámbito de la seguridad social. Un derecho elemental de la sociedad, que además es una necesidad básica, es el que tienen sus componentes de disfrutar de salud. La práctica de la Medicina ya no puede circunscribirse a la actuación en consultorio, o en la sala de un hospital sino que debe proyectarse forzosamente a la familia que es la unidad social fundamental y por ello la estructura básica de salud de una sociedad. El ejercicio de la Medicina debe llegar al hogar, a la escuela, al taller, a la fábrica y a todos aquellos lugares donde se desenvuelven los grupos-familiares es decir a la comunidad. (11)

Insistimos en que el camino es largo, probablemente fatigante, para recorrerlo se requiere de gente convencida que, tomando como ejem-plo la entrega y la convicción de los creadores de la Medicina Familiar en México, sea capaz de convertir la inquietud juvenil en un verdadero-proyecto histórico que trasienda las barreras de la temporalidad. (10)

EL MEDICO FAMILIAR Y LOS NIVELES DE ATENCION:

Los servicios Médicos otorgados por las -- instituciones de seguridad social son una realidad, para los tiempos que corren, de ninguna manera es discutible la eficacia de ellos como medio capaz de encauzar a sectores muy amplios de población, dentro de los países en vías de desarrollo, con la finalidad de que ejerzan su derecho a la salud. (9)

En los países de desarrollo los costos de la asistencia médica crecen incensantemente, -- con un incremento superior al que representa -- al alza en el costo de la vida, el presupuesto nunca alcanza, requiere aprovechar los límites máximos que el desarrollo científico y al avance tecnológico ofrecen. En ocasiones diversas sucede también que la falta de un programa específico en dicha asistencia general el gasto excesivo. (9)

Situados en la realidad presente, podemos decir que la seguridad social mexicana, de no muy larga vida, ha dotado al país de una larga red hospitalaria moderna, bien equipada en general, tal vez, con exceso en ciertas oportunidades, atendida por especialistas competentes expresados de las residencias existentes en las propias unidades médicas de concentración. Empero, la irradiación y ampliación del número de hospitales, a veces irregular, raya en la anarquía cuando no responde a las necesidades reales. Con frecuencia puede observarse la dupli -

cación de atenciones enormemente costosas en -- centros hospitalarios, dentro de una misma área o ciudad, por incoordinación que inclusive ocasiona subutilización de ellos. Cabe también el señalamiento del renglón referente a exceso de equipo destinado para la atención de problemas menores. (9)

Han de considerarse muchos otros renglones contribuyentes al desperdicio económico o costo exagerado en la atención médica. Las consultas acumuladas originan al desembolso en gastos superfluos así como exploraciones complementarias repetitivas, por descuido en una misma unidad, o por desconfianza tratándose de otra, dando por resultado la elevación de los costos en forma exorbitante. En fin, el Estado caótico de la fenomenología expuesta., indudablemente, no es -- sino motivo múltiple nacido de la complejidad de la tecnología, y del apremio de satisfacción, a las necesidades sociales explosivas o abrumadoras que rigen el contexto de crisis económica mundial al cual nos enfrentamos los hombres y las sociedades de hoy en día (9)

La experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social concreta la distribución de los recursos, selectivos en calidad y cantidad, de acuerdo con los diversos grados de complejidad de la atención médica. Dicha distribución, organizada, conduce a los llamados niveles de atención. (9)

El primer nivel satisface el 85% de la de-

manda de atención médica. Es en el que se en --
tra al sistema y en que son movilizados y coordinados todos los servicios básicos. Esta --
constituido por las unidades de medicina fami --
liar, en él se atienden en forma ambulatoria a --
la totalidad del núcleo familiar, y se realizan actividades de promoción de la salud, protección --
específica diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, tanto en los consultorios de las uni --
dades médicas cuanto en los domicilios de los --
usuarios. (9)

Las unidades que integran el segundo nivel de atención médica representan el 12% de la demanda total de servicios. Comprende las cinco --
especialidades básicas (medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, cirugía y medicina --
del trabajo). Imparten consulta externa, hospitalización y urgencias; como unidades de con --
centración que son, constituyen el soporte de --
las unidades de medicina familiar. (9)

El tercer nivel, constituido por servicios altamente especializados, disponibles sólo en --
algunos hospitales generales o en los grandes --
centros médicos. Atienden el 3% de la demanda --
total de servicios. (9)

En lo concerniente al nivel primario de --
atención médica que es el que corresponde a los médicos familiares, se citan a continuación a --
tributos fundamentales. (9)

1.- Tiene un campo de acción muy amplio y se --
ocupa de problemas de salud comunes e ines-

pecíficos y raros.

- 2.- Está dirigido a grupos de población pequeños.
- 3.- Requiere estar ubicado en la propia comunidad a la que sirva.
- 4.- Debe existir identificación psicológica -- con el público.
- 5.- La atención de las personas es práctica -- mente en bases ambulatorias, ya sea en con sultorios o en la propia comunidad.
- 6.- Se le puede identificar fácilmente, la res puesta que se obtiene es rápida y el públi co tiene acceso directo.
- 7.- Es el nivel responsable de la coordinación de todos los aspectos de la atención, así como de la atención de la misma.
- 8.- La principal fuente de información es el - paciente y su familia, son importantes --- también los datos epidemiológicos.
- 9.- Requiere de un nivel básico de tecnología- y habilidades.
- 10.- La orientación de la práctica es fundamen- talmente hacia el mantenimiento de la sa - lud y la prevención de las enfermedades, - sin dejar de incluir el diagnóstico y tra- tamiento oportunos de los padecimientos. - Su enfoque es esencialmente integrador, su atención principal es hacia la sociedad y - su elemento básico lo constituye la fami - lia.
- 11.- El tipo de entrenamiento requerido es ge - neral y de gran amplitud por lo que nece - sariamente es de poca profundidad. (12)

La Medicina Familiar y el nivel primario de atención médica, constituyen desde nuestro particular punto de vista, el campo más necesitado de la medicina actual, y también el más inquietante. El médico Familiar, y una organización -- adecuada, que permita hacer eficiente la prestación de servicios en el nivel primario forman -- parte de la solución de la gran crisis de la medicina actual. (9).

FAMILIA:

Aunque el término familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer, e hijos, sigue siendo la unidad básica en la cultura de Occidente, conservando -- aún la responsabilidad de proveer de miembros-nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. Por otra parte -- la Familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural. Aún cuando la forma de la familia varía en las diversas sociedades, toda la sociedad -- mantiene algún sistema típico constante, es -- por esto, que cada forma particular de Familia se tiene como un valor primario dentro de la -- sociedad.

CONSENSO CANADIENSE.- Una familia está compuesta por un marido y una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre -- con uno o más niños, que viven bajo el mismo techo.

CONSENSO NORTEAMERICANO.- Una familia es un -- grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas -- unas con otras por lazos sanguíneos de matrimonio o adopción.

LA FAMILIA COMO CONSTITUCION.

La existencia humana podría definirse como la capacidad de respuesta a las necesidades

no solo de subsistencia, sino también de bus --
queda de mejoramiento de bienestar físico y es-
piritual. Es por ello que el hombre, en su vida
de necesidades, se plantea formas colectivas --
de respuestas a esas necesidades. La vida no es
sino la conjunción de los esfuerzos humanos pa-
ra buscar formas de respuesta a las necesida --
des de todos, de manera que éstas sean adecua --
damente satisfechas.

Sin embargo, las necesidades de los indi --
viduos, vistas en forma colectiva, plantean, a-
su vez problemas de armonización de intereses --
entre unos y otros. Por el hecho de existir, --
todos tenemos derecho de que nuestra necesidad--
sean consideradas como objeto de preocupación --
y esfuerzo colectivo, para poder resolverlas --
pero a la vez, también por el hecho de existir--
todos tenemos la obligación existencial de con-
tribuir, con nuestra colaboración y esfuerzo, a
la satisfacción de las necesidades colectivas, --
que de hecho, son las tuyas y las de cada quien
vistas conjuntamente. Conciliar estos derechos--
y estas obligaciones de manera simultánea exige
una coordinación de esfuerzos y aspiraciones. --
Para alcanzarla, el hombre de todas las épocas--
crea lo que se llama Instituciones Sociales; --
respuestas colectivas y organizadas frente a --
las necesidades conjuntas de los miembros de la
sociedad.

La vida en sociedad está necesariamente --
organizada por formas más o menos permanentes --
de regulación de la conducta de uno y otros, --

para que de manera conjunta, se pueda convivir y contribuir directa o indirectamente a la satisfacción de las necesidades colectivas. La institución social viene a constituir en este sentido, un sistema complejo en el que se integran, propósitos racionales, series de normas que regulan múltiples actividades interrelacionadas entre conjuntos de personas, utilizando un determinado aparato material y ciertos recursos físicos disponibles.

Dentro de una institución se pueden generar dos tipos de dinámica, una en el seno de la sociedad en la que surge y en la que realiza una función social, y otra al interior de su cuerpo institucional. En el primer sentido lo primero que se debe de tomar en cuenta es el objetivo que persigue dicha asociación, tanto en función de sus integrantes como en el contexto social en el cual va a moverse. Viene después el conjunto de normas, escritas y no escritas, que pueden regular institucionalmente a los miembros. Estos quedarán necesariamente jerarquizados de manera normal, de acuerdo a los puestos y papeles que les correspondan. Habrá una división de las tareas a realizar, utilizando y generando los recursos que requieran y puedan disponer.

Las Instituciones Sociales, creadas por los hombres para la satisfacción de sus necesidades las trascienden, a través de las generaciones y mantienen su vigencia, más allá de un momento determinado. Llegando a constituir, ---

así la estructura formal de la sociedad en la cual fueron generadas. Son la manifestación de lo que se llama la cultura del pueblo, sin la cual difícilmente podría concebirse una sociedad organizada y con potencialidad colectiva de desarrollo y pujanza. Las Instituciones reflejan la capacidad creativa de una sociedad, para satisfacer sus necesidades vitales y su aspiración solidaria superior.

La dinámica de las instituciones plantea, sin embargo, un serio problema para la vida social. La vida contemporánea se presenta cada vez más compleja y en proceso de transformación. Necesidades generan nuevas necesidades a una velocidad cada vez mayor. El formalismo Institucional y la rigidez de una gran mayoría de ellas impide, casi siempre, una adecuación al proceso de cambio rápido que experimentamos. Más aún, el sistema Institucional refleja muchas veces el interés de aquéllas que dirigen las Instituciones, en el lugar de responder al objetivo real de las necesidades colectivas por las cuales se han establecido las Instituciones. Las funciones sociales reales de muchas de ellas son contrarias al sentido social teóricamente propuesto. Formando entonces la red institucional un enjambre de fuerzas de control social, de unos cuantos, frente a la mayorías de la población, necesitaba de satisfactores.

LA FAMILIA COMO GRUPO PRIMARIO INSTITUCIONALIZADO:

Todos nos interrelacionamos antes que nada con personas con las cuales tenemos un contacto directo y a las cuales conocemos no simplemente como individuos ajenos a nuestras vidas, sino como personas a las que identificamos en su carácter y forma de ser. Ellas a su vez nos conocen a nosotros de manera también personal. Formando círculos concéntricos de cercanía en las relaciones sociales, es lo que se podría llamar Mundo Social Primario, siendo las relaciones entre las personas directas "cara a cara", existiendo un sentimiento de pertenencia común formando precisamente lo que se llama "Grupo Primario".

El grupo primario se forma a través del contacto, si no cotidiano, sí frecuente y significativo. En este y en cualquier caso, se manifiesta la persona humana con sus características psicológicas y físicas frente a los demás, el grupo primario es el lugar de expresión de la interrelación social espontánea, a veces puede inhibir el desarrollo personal de manera tajante; otras, al contrario, puede favorecer su desarrollo social y humano en forma decisiva. El grupo primario es; por lo tanto, desde el punto de vista humano y sociológico, el contrapunto de la institución formal, pues mientras ésta tiende a ser un tanto impersonal para regular la acción de personas que ocupan un puesto o realizan una actividad funcional a ciertos fines, en el grupo primario, la interrelación -

humana se dá en función de la conexión personal entre sus componentes. El grupo primario tiene una estructura más bien informal, mientras que la institución la tiene, por definición, formal.

FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA:

A) **SOCIALIZACION.** La tarea primordial de la familia es transformar en un tiempo determinado, a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo con plena tendencia para desarrollarse en la sociedad. Los estudios de la familia han colocado a la madre como educador primario de la familia con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa lactante y pre escolar, constituyéndose el padre como un soporte a sus acciones por lo menos en estas etapas primarias, ya que posteriormente la responsabilidad de socializar a los nuevos miembros de la familia es compartido por los profesores, padres, clubes, y otros.

B) CUIDADO.

Esta función para la vida familiar el resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud, en cada uno de sus miembros.

C) AFECTO.

Se deben de cubrir las necesidades afectivas, proporcionando así la recompensa básica

de la vida familiar.

D) REPRODUCCION.

Históricamente el matrimonio nace para regular dos factores fundamentales dentro de la familia y por lo tanto de la sociedad: el ambiente sexual y la reproducción. Cumpliendo -- con una función esencial: Proveer de nuevos miembros a la sociedad.

E) ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO.

Se refiere al lugar que ocupará dentro de la sociedad.

FASES EN EL CICLO DE VIDA EN UNA FAMILIA.

A) FASE DE MATRIMONIO.

Se inicia propiamente con el matrimonio y termina con la llegada del primer hijo. Durante esta etapa hay que poner especial atención en el ajuste sexual, la información sobre planificación familiar y la interacción de la personalidad.

B) FASE DE EXPANSION.

Se inicia con la llegada del primer hijo y termina cuando este empieza a salir del hogar. Es necesario cubrir la atención y educación -- prenatal, la atención del parto, el cuidado -- postnatal y atención al niño sano. También se

pueden encontrar pacientes que soliciten abortos y algunas con síndrome del niño Maltratado.

C) FASE DE DISPERSION.

Se inicia con la salida del hijo de la casa y termina cuando éste la abandona para formar un nuevo hogar. En esta fase se fragua la independencia y autonomía de ese miembro, fenómeno que se da dolosamente si la pareja ha logrado realizar una adecuada socialización, para que él, por sí mismo empiece a cubrir sus necesidades de una manera satisfactoria.

D) FASE DE INDEPENDENCIA.

Se inicia cuando los hijos han formado nuevas familias, sin embargo, los lazos de unión entre padre e hijos no se rompan.

TIPOS DE FAMILIAS.

A) En base a su composición o estructura se divide en tres grupos:

Extensa: Compuesta por padres, hijos, abuelos u otros parientes.

Extensa compuesta: Formada por padres, hijos abuelos, compadres, amigos.

B) En base a su desarrollo se divide en:

a) Moderna. Aproximadamente forma el 30% de-

las familias de nuestro medio.

b) Tradicional. De ésta encontramos el más al to porcentaje llegado a ser del 60%.

c) Arcaica o Primitiva. La menos numerosa, re presenta el 10% aproximadamente de las familias mexicanas.

C) En base a su demografía la división es:

a) urbana, forma el 40% en nuestro medio.

b) Rural. La más numerosa siendo el 60%.

D) En base a su integración encontramos:

a) Integrada. Entendiéndose por esto que los cónyuges viven y cumplen sus funciones.

b) Semi-integrada: En esta los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

c) Desintegrada: Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

E) Desde el punto de vista tipológico la divi - sión se hará en base a la ocupación de uno o ambos cónyuges y se divide en:

a) Campesina.

b) Obrera.

c) Profesional.

FASE DE RETIRO Y MUERTE:

Los elementos que agravan la estabilidad familiar en esta etapa son los siguientes: Incapacidad para laborar; Desempleo; Agotamiento de los recursos económicos, las familias de los hijos casados, en fase de expansión sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres.

PROCESO EXISTENCIAL DE LA FAMILIA. ETAPAS.

- A) ETAPA PRENUPCIAL. Esta etapa se caracteriza por el galanteo y la selección del futuro cónyuge, se da como eco la libre elección - al escoger la la pareja con la cual se quiere contraer matrimonio. Se considera al noviazgo una etapa de exploración y preparación, de acuerdo con las normas morales y religiosas que nuestra sociedad acepta. Todos los jóvenes tienen como expectativa el llegar a encontrar su pareja, esto se debe a la carencia de información que facilite la selecta y subjetiva en la que el individuo muchas veces refleja, más que una actividad madura una acción compulsiva, no responsabilizándose de lo que significa el matrimonio.
- B) ETAPA NUPCIAL. Se caracteriza por la vida conjunta de los cónyuges, desde el matrimonio hasta el nacimiento de los hijos.

En esta etapa se crean los cimientos de lo que la familia llegara a ser en el futuro, es al inicio del matrimonio donde se empiezan a afirmar los roles del padre y la madre.

Padre: Centro de la actividad económica y social

Madre: Centro afectivo y en gran medida de la seguridad emocional. A la mujer se le han asignado tres diferentes papeles dentro del matrimonio.

- a) Esposa/madre. Depende económicamente del marido, como principal obligación debe ser -- fiel al marido. De ella se esperan la prestación de servicios domésticos, una subordinación a los intereses económicos del esposo y una limitación a cualquier actividad de tipo socioeconómica-cultural dentro del ambiente en que se desenvuelva.
- b) Esposa, 'Compañera. Generalmente este tipo de rol se da en las clases acomodadas y representa un modelo al que irracionalmente algunos grupos de la clase media alta tratan de copiar. En este caso la esposa trata con su presencia de fortalecer el papel social de su marido, debe compartir diversiones -- con él y afirmar la personalidad de éste, -- siendo objeto de admiración, por lo tanto -- debe conservarse activa. Esta actitud lleva a un segundo término las relaciones para -- con los hijos.
- c) Esposa/Colaboradora. Aparece con frecuencia en la clase media siendo las modificaciones

socioeconómicas las que han proporcionado este papel, la esposa dedica una parte de su tiempo a realizar una labor remunerada económicamente representando un renglón muy importante dentro de los ingresos familiares, por lo que se considera como un igual en relación con su marido tiene en muchas ocasiones la cuenta bancaria - compartida, y las decisiones son comunes en -- en aspectos de compras y ubicación de la casa, el trabajo del esposo, la selección de la es--cuela de los hijos y la decisión de tener hi - jos.

C) ETAPA DE FORMACION Y EDUCACION DE LOS HIJOS.

Tanto la paternidad como la maternidad son - hechos eminentemente culturales y el tener hi - jos debe de ser fruto de una profunda medita - ción, de un conocimiento real y una absoluta - responsabilidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El Médico se desenvuelve dentro de un sistema de educación donde no se le brinda información acerca de la familia, y de la impotencia que ésta revierte en la génesis de la patología física, psíquica y social. De ésta manera la especialidad en Medicina Familiar surge dentro de la más absoluta ignorancia de la importancia y trascendencia de la misma; por lo que el Médico la elige, sin conocerla, para realizar especialidad como rama de la Medicina, lo que no sucede con el resto de especialidades.

OBJETIVOS:

- 1.- Investigar si la elección de la residencia de Medicina Familiar está acorde con la -- previa información académica de la misma, -- por el residente de reciente ingreso.
- 2.- Investigar si el Médico Familiar egresado -- se identifica, está satisfecho y realiza -- en forma adecuada las labores con respec -- to a la Medicina Familiar.
- 3.- Demostrar si la medicina familiar es debi -- damente conocida por el Médico No Familiar.

HIPOTESIS:

- 1.- La Medicina Familiar no es debidamente -- conocida como especialidad, debido a la -- falta de información académica.
- 2.- La desorientación previa acerca de la Medicina Familiar trae consigo inestabili -- dad como especialidad Médica.
- 3.- El Médico Familiar no se identifica con -- su especialidad por la falta de informa -- ción sobre la misma desde su información -- universitaria.

PROGRAMA DE TRABAJO:

MATERIAL.- Se eligieron al azar 20 Médicos familiares, 20 Médicos no Familiares y 10 Residentes de primer ingreso a la residencia de Medicina Familiar, del Hospital General de Zona No. 1 con UMF.

METODOS.- Se aplicaron tres cuestionarios, -- uno a residentes al ingreso a la -- residencia y el mismo cuestionario a los 10 meses de estancia. El se-- gundo cuestionario se aplicó a 20 -- Médicos Familiares, egresados de la Residencia y Médicos Generales, y-- un tercer cuestionario dedicado a -- 20 Médicos no Familiares, que labo-- ran en distintas especialidades.

Las preguntas se anuncian al calce:

QUESTIONARIO PARA RESIDENTES:

- ¿Cuál es la diferencia entre Medicina General y Medicina Familiar?
- ¿Qué es el Médico Familiar?
- ¿Cree Usted que el papel de Médico Familiar esté limitado?
- ¿Qué nivel de atención cubre el Médico Familiar?

- ¿Qué porcentaje de problemas resuelve el Médico Familiar?
- ¿Es una especialidad la Medicina Familiar?
- ¿Cuáles son sus objetivos al realizar la Residencia de Medicina Familiar?
- ¿Deseas realizar otra especialidad?
- ¿ Qué es Familia?
- ¿Cuáles son las funciones de la Familia?

CUESTIONARIO PARA MEDICOS FAMILIARES:

- ¿Desde cuándo conoce la Medicina Familiar?
- ¿Realizó Residencia en Medicina Familiar?
- ¿Porqué ingreso como Médico Familiar?
- ¿Desea realizar otra Especialidad?
- ¿Está satisfecho como Médico Familiar?
- ¿Cree usted que el campo de la Medicina Familiar y del Médico Familiar esten limitados?
- ¿ Qué nivel de atención Médica cubre el Médico Familiar?
- ¿Qué porcentaje de la demanda de la consulta resuelve el Médico Familiar?
- ¿Qué nivel de atención cubren los otros especialistas?
- ¿Qué tipos de actividades desarrolla el Médico Familiar .

dentro de la historia natural de la Enferme --
dad?.

TIEMPO:

De Marzo de 1986 a Diciembre de 1986.

LUGAR:

Hospital de zona No. 1 CMF, I.M.S.S. Cd.
Obregón Sonora.

TIPO DE ESTUDIO:

Retrospectivo-prospectivo ó de cohortes-
analítico observacional.

ESPACIO:

Se eligieron al azar 20 Médicos Familia-
res.

20 Médicos No Fami-
liares.

10 Residentes de Me
dicina Familiar de nuevo ingreso.

RESULTADOS:

CUESTIONARIO APLICADO A RESIDENTES DE PRIMER -
AÑO DE MEDICINA FAMILIAR:

1.- Diferencia entre Medicina Familiar y Medici

na General.

Tomándose como acertada la respuesta que - hablara del Médico que vé al paciente integralmente formando parte de la familia, así como la influencia que tiene esta y el medio ambiente - sobre su patología. Y no así el Médico General.

En el primer cuestionario el 90% (9) no -- sabían si existía diferencia; El 10% (1) no res-- podió; y durante el segundo cuestionario el 90% (9) continuaron sin saber la diferencia. El 10% (1) expuso que no existía diferencia.

- 2.- ¿Qué es el Médico Familiar?.- Se tomó como respuesta buena la anotada en la anterior-pregunta. En el primer cuestionario respon-- dieron el 100% (10) así como el segundo -- cuestionario respondieron de manera incompleta.
- 3.- ¿Cree usted que el papel de Médico Familiar esté limitado?.- La respuesta fué NO. En -- el primer cuestionario el 100% (10) con -- testó acertadamente; mientras que el se--- gundo, sólo el 80% (8) lo hizo. El 10% (1) contestó afirmativamente, y otro el 10% (1) no contestó.
- 4.- ¿Las preguntas 4 y 5 se refieren al nivel-- de atención Médica que cubre el Médico Fa-- miliar, y el porcentaje de demanda de con-- sulta que resuelven respectivamente, para-- la primera, la respuesta fué primer Nivel-- de atención Médica, y en cuanto al porcen--

taje la respuesta era 85%.

En el primer cuestionario el 80% (8) contestó acertadamente, el 20% (2) equivocadamente. En el segundo cuestionario un 90% (9) respondió correctamente; y el 10% (10) con errores.

6.-¿Es una Especialidad la Medicina Familiar?

La respuesta era SI. En el primer cuestionario el 100% (10) contestó afirmativa -- mente; En el segundo cuestionario respondieron acertadamente el 90% (9) y un 10% (1) nó contestó.

7.-¿Cuáles son sus objetivos al realizar la-- Residencia de Medicina Familiar?.

En el primer cuestionario el 80% (8) contestó que era por lo que estudia en sí, -- la Medicina Familiar. El 10% (1) contestó para obtener un mejor nivel profesio -- nal; y un 10% (1) dió ambas respuestas. -- En el segundo cuestionario el 30% (3) se -- refirió a un mejor nivel de tipo profesio -- nal; El 50% contestó en base a lo que es -- tudia en sí, la Medicina Familiar; y un -- 10% (1) dió ambas respuestas. No dió res -- puesta el 10% (1) lo que nos llama la a -- tención en ésta respuesta es el hecho de -- que mencionen estar motivados por lo que -- estudia en sí la Medicina Familiar, sin -- embargo, no la mayoría. Esto corrobora el -- hecho de que entran a hacer la Especiali -- dad sin conocer sus principales objetivos, -- ya que además hubo respuestas de hasta el

30% (3) quienes contestaron hacia un mejor nivel de tipo profesional.

8.-¿Deseas realizar otra Especialidad?

En el primer cuestionario el 80% (8) contestaron que NO; y en el segundo cuestionario el 60% (6) contestaron negativamente. Lo que nos infiere, que durante 10 meses de estancia un 40% aproximadamente, no conocían la Medicina Familiar, y al conocerla tal vez no les ha satisfecho de tal manera que les gustaría realizar otra especialidad.

9.-¿Qué es Familia?

En esta pregunta se tomó como respuesta -- correcta aquella que hablara de que la Unión de Dos o más personas, que vivan bajo el mismo techo, que mantengan cierta interdependencia y que estén unidos bajos lazos sanguíneos o de adopción.

Durante el primer cuestionario el 30% (3) su respuesta la encausaron como núcleo básico de la Sociedad; El 50% (5) contestaron acertadamente y un 20% (2) definieron con sus propias palabras conceptos distintos de familia. En el segundo cuestionario el 20% (2) dió el concepto de núcleo básico de la sociedad; el 40% (4) contestó acertadamente; el 20% contestó con sus propias palabras, distintos conceptos de familia. Un 10% (1) contestó conceptos mez--

clados de familia, y un último 10% (1) de -
finió tipos de familia.

10.-¿Cuáles son las funciones de la Familia?

La respuesta correcta es; Cuidado Afecto, -
Socialización, Reproducción y Estatus.

En el primer cuestionario, el 80% (8) nó --
contestó; El 10% (1) encaminó su respuesta-
con sus propias palabras hacia el concepto-
de Socialización. El 10% (1) restante no con-
testó. De acuerdo a las respuestas dadas,--
es de suponer que el Residente a su ingreso
desconoce estas funciones, y por ende, la -
Medicina Familiar.

CUESTIONARIO APLICADO A MEDICOS FAMILIARES:

1.-¿Desde cuándo conoce la Medicina Familiar?

En cuanto a estas preguntas podemos observar
que el 55% (11) la conocen desde la Facultad
y el 45% (9) al ingresar al Instituto, lo --
que nos hace suponer que al iniciar la resi-
dencia de Medicina Familiar ya deberían co--
nocerla, sin embargo, esto no sucede así, yá
que como se vió en el cuestionario aplicado-
a Residentes de recién ingreso a Medicina --
Familiar, aunque definieron correctamente lo
que es el Médico Familiar, hubo discrepancia
entre el concepto de Médico Familiar y Médi-
co General.

2.- ¿Realizó la Residencia en Medicina Familiar?

El 65% (13) hizo residencia, mientras que-- el 35% restante (7) no la realizó, lo que -- arrojó respuesta a favor del primer grupo, -- en base a que para conocer la Medicina Fa-- miliar, al menos a lo que se refiere al -- I.M.S.S., hay que trabajar en el Instituto-- o realizar la Residencia de Medicina Fami -- liar.

3.-¿Porqué ingresó como Médico Familiar?

El 50% (10) ingresaron por convencimiento-- el 25% (5) lo hicieron porque no había op-- ción; El 15% (3) quedó sin respuesta, mien-- tras que el 10% (2), lo hizo por convenien-- cia. Con estos porcentajes, nos lleva a --- pensar, que la gran mayoría conocía la Me-- dicina Familiar desde antes de ingresar al-- I.M.S.S.

4.-¿Desea realizar otra Especialidad?

El 60% (12) respondieron que NO; El 35% (7) respondieron que SI; solo un 5% (1) nó con-- testó. Esto refleja la satisfacción profe-- sional y de elección de la mayoría.

5.-¿Está satisfecho como Médico Familiar?

El 75% (15) respondieron afirmativamente;-- el 20% (4) respondieron que desean realizar otra especialidad; y un 5% (1) contestó -- NO.

Esta pregunta concuerda con la anterior - ya es mínima la proporción que se encuentra bien situada en el campo de la Medicina Familiar.

6.-¿Cree usted que el Campo de la Medicina Familiar y del Médico Familiar estén limitados?

En esta pregunta el 55% (11) contestó que no se encuentra limitada; contrariamente contestó el 45% (9). Esto refleja que la mayoría de los Médicos Familiares se encuentran satisfechos con su especialidad.

7.- En las preguntas 7, 8, y 9 se interroga sobre conceptos básicos acerca del porcentaje de consulta que resuelve el Médico Familiar, así como el nivel de atención que le corresponden al Médico Familiar y a los otros Especialistas y todos respondieron acertadamente.

10.-¿Qué tipo de actividades desarrolla el Médico Familiar dentro de la Historia Natural de la Enfermedad?

En esta pregunta respondieron básicamente que el papel del Médico Familiar es preventivo el 75% (15); el 20% (4) de tipo curativo, y únicamente el 5% (1) respondió que en todos los períodos de la Historia Natural de la Enfermedad.

En esta pregunta cabe hacer incapié que a

pesar de que no todas las enfermedades las -
incide el Médico Familiar, hay algunas en -
las que basta tener el conocimiento del cur -
so natural de dicha enfermedad, para saber -
actuar adecuadamente, orientar al paciente -
y evitar las complicaciones. Así podemos de -
cir que en lo que se refiere a rehabilita -
ción el Médico Familiar tiene un papel im -
portante en ésta área, yá que cuando algun -
paciente ha sido sometido a alguna cirugía -
o bién con alguna secuela de algún padeci -
miento el Médico Familiar es quién vá a se -
guir su curso hasta reintegrarlo a la Socie -
dad.

QUESTIONARIO APLICADO A MEDICOS NO FAMILIARES:

1.-¿Conoce usted la Medicina Familiar?

Todos los médicos especialistas contesta --
ron que si la conocían.

2.-¿Conoce diferencias entre el Médico General -
y el Médico Familiar?

En esta pregunta el 80% (16) dieron varios -
conceptos; el 50% (8) hablaron de que el Mé -
dico Familiar requiere de mayor entrenamien -
to hospitalario; el 6.25% (1) lo enfocó ha -
cia la atención de la familia como célula -
social; 5 de ellos el (31.25%) respondió --
que es toda una especialidad, y el 12.5% --
(2) no dió respuesta.

Por otro lado el 20% (4) de la totalidad -
emitió un juicio de no haber diferencia al-
guna.

3.-¿Qué diferencia encuentra usted entre su Es-
pecialidad y la de Medicina Familiar?

El 50% (10) responde que su trabajo es más
específico, y el 50% (10) restante, dice -
que aún NO es una Especialidad. Esto se re-
fleja un desconocimiento a fondo de la Me-
dicina Familiar, y que tal vez en el momen-
to de la elección para su especialidad en-
particular, ignoraban esta profesión o pa-
ra algunos de ellos, no existía como Espe-
cialidad.

4.-¿De que manera influye la Medicina Familiar
en su trabajo?

En esta pregunta el 80% (16) responden que
se complementa con el diario trabajo; el -
20% (4) dice que no influye en sus labores
De esto se desprende que la mayoría de los
Especialistas confían en el Médico Familiar
en manejo integral de sus pacientes.

5.-¿Habría elegido a la Medicina Familiar como-
primera opción de especialidad?

El 90% (18) contestó que NO, mientras que--
un 10% (2) que SI; Esto quiere decir que co-
mo la Medicina Familiar es para muchos des-
conocida, se inclinan por el resto de Espe-

cialidades.

- 6.-¿Qué porcentaje resuelve usted de la diaria consulta, con respecto a la Medicina Familiar?

El 50% (10) respondió que resuelve el 85% de la consulta, lo que no concuerda con las cifras reales del Médico Familiar, y evoca un desconocimiento cuantitativo de su labor con respecto al del Médico Familiar.-- El 35% (7) respondió que su trabajo se equipara de un 30-40% con respecto al Médico Familiar, lo que hoy en día podría tomarse como cifra real; sólo el 15% (3) respondió que resolvían la consulta desde un 3-12%.

- 7.-¿Recomendaría usted la Medicina Familiar -- con alguna otra persona interesada en realizar su Especialidad?

En esta pregunta el 90% (18) contestó negativamente; mientras que un 10% (2) lo hizo de manera afirmativa. Esto refleja la falta de información y reconocimiento como toda una especialidad acerca de la Medicina Familiar, como se vió en la pregunta No.2- donde el 31.25 de los que contestaron a favor lo manifestaron.

- 8.-¿Compara usted a la Medicina Familiar con -- alguna otra Especialidad?

En ésta pregunta hubo dos grupos; El primero fué de un 80% (16) quienes la compararon en un 20% de ése grupo (4) con Medicina Interna, y un 60% (12) con Medicina General. El otro grupo que englobó el 20% -- (4) nó la comparó con ninguna.

9.-¿Habría diferencia entre un Médico egresado de la Residencia de Medicina Familiar, con respecto al resto de Especialidades?

Para esta pregunta existieron tres grupos-- El primero del 50% (10) dieron varios conceptos. El 15% (3) dijo que NO es una Especialidad; el 30% (6) expusieron que todavía no se reconoce como Especialidad y un 5% (1) afirmó el tener la capacidad de conocer la Morbimortalidad en su grupo social en forma completa y poder influir directamente en su comportamiento. Esto refleja que a pesar de lo reciente de la Medicina Familiar y lo tradicional del resto de las Especialidades, existen gentes que la conocen.

El segundo grupo de un 25% (5) estuvo de acuerdo en que la Medicina Familiar es toda una Especialidad. Y el último grupo --- constituido por el restante 25% (5) no dió respuesta.

Como podemos ver la forma de pensar del Médico Especialista a favor del conocimiento de la Medicina Familiar es muy reducido, -- tal vez se deba a la gran mayoría de los --

encuestados carecieron de una información previa acerca de la Medicina Familiar antes de -- ingresar a la Residencia; por otro lado el gru po reducido que habló a favor de la Medicina - Familiar, tal vez la conoce recientemente y de manera superficial.

CONCLUSIONES:

El hombre ha sobrevivido por su inteligencia, gracias a la cual ha podido conocer no sólo parte de la naturaleza, sino transformarla y -- trascenderla. Así ha elaborado instrumentos que le han de permitir conocer y construir sus casas por una parte, y por otra satisfacer sus -- necesidades con una organización tal, que la de fienda del medio ambiente hostil; de esta manera, el hombre ha sufrido la presión de sus fuerzas; una interna del grupo al que pertenece y la otra externa del medio ambiente lo que conforman su salud o enfermedad. Gracias a su historia, percibimos que el hombre no es la suma --- aritmética de sus órganos, sino que alguien que piensa, tiene problemas, es influido por la sociedad a que pertenece y a su vez influye en -- ella; todo lo cual le ocasiona emociones diversas y angustias que inciden en su salud. Por -- otro lado como la resultante de las interrelaciones que se establecen en su grupo y de la estructura del mismo, surge también el proceso salud enfermedad; que se pueden considerar a dicho grupo como la unidad básica de la Sociedad y la unidad básica de la salud; es por esta razón que si la Medicina como ciencia y Arte, tiene el propósito de prevenir, curar los problemas de salud del hombre; debe enfocar al hombre mismo en su propio contexto y no sólo a sus órganos aisladamente.

Cualquier agente externo le afecta y res-

ponde cambiando de estructura una y mil veces y cambiara las necesarias, es decir, es dinámica y como tal, se encuentra en continuo desarrollo con un ciclo de vida muy propio y muy particular. Toda la Génesis de esto es multicausal.

La Medicina Familiar es una disciplina, - que con un enfoque científico, estudia a la familia y a sus integrantes en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, a fin de poder explicar, diagnóstico y tratar los efectos que el proceso Salud Enfermedad produce en sus miembros y en ella misma.

La Especialidad de Medicina Familiar, como tal es joven en nuestro País y en el Mundo, su cuerpo de conocimientos aún no se encuentra claramente delimitado y como consecuencia, el estatus profesional del Médico Familiar aún no es reconocido. Todo esto con lleva varias implicaciones y consecuencias; entre las implicaciones que consideramos más importantes encontramos que:

- 1.- Nuestra preparación escolar nos inclina hacia el especialismo vertical.
- 2.- Que nuestra característica personales no son siempre las más favorables para ésta práctica profesional.

Las consecuencias son obvias y consisten en:

- 1.- Un alto índice de frustración personal y -

profesional.

- 2.- Una gran falta de convicción en lo que hacemos o intentamos hacer; lo que nos lleva a una serie de fracasos profesionales, que a su vez retroalimenta la frustración.

Está demostrado que en estatus profesional no es algo que se regale o se obtenga por secreto, sino por el contrario es algo que se tiene - que ganar mediante la delimitación del cuerpo de conocimientos de la disciplina que se representa con base en el método científico y divulgándolos mediante la docencia, el escrito y la organización profesional; por lo que resulta de extrema-urgencia que el residente y el post-graduado de Medicina Familiar aprenda la metodología científica, practique la investigación y la docencia - y participe activamente en todo lo relacionado con su especialidad; pues sólo de esta forma se consolida el avance y consolida el estatus profesional.

Todo esto nos lleva a mencionar los principios más sobresalientes que el Dr. Varela ha identificado.

- 1.- El futuro de la disciplina y el buen éxito del ejercicio profesional de los especialistas en Medicina Familiar, dependerán en buena medida del establecimiento de una apropiada relación médico paciente, y de la relación del equipo de salud enfermedad se de en forma satisfactoria.

- 2.- Debe tener proyección social y no individual.
- 3.- Debe lograrse que el especialista atienda a sus pacientes como persona y no como casos, que su ejercicio profesional sea permanente y no de carácter intermitente y episódico.
- 4.- Se debe fomentar la concepción científica de la práctica médica teniendo como eje la salud y el desarrollo de la familia.
- 5.- El curso ha de planificarse en relación con los aspectos que se deben manejar en el primer nivel de atención médica, con lo cual representa centrarlo en los problemas familiares y comunitarios y no los casos que se observan en la salud de hospitalización.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Conn, Rakel, Johnson: Estructura y Función de la familia en: Medicina Familiar, teoría y práctica, Primera Edición, México, - D. F. Nueva Editorial Interamericana, 1974 (2-15).
- 2.- Jaime Alarid y Gómez Pastén: Evolución Histórica del Médico Familiar en el I.M.S.S.- en fundamentos de Medicina Familiar, 1a. - Edición, México, D. F. Ediciones Medicina-Familiar Mexicana, 1982: (209-218).
- 3.- Jaime Alarid, Audelo Nolasco, Bonilla Marín. La Medicina Familiar en México y en otros países; en: Fundamentos de Medicina-Familiar, 1a. Edición México, D. F.; Ediciones Medicina Familiar Mexicana 1982: (177-208).
- 4.- Wall Montejano, Esteban Hidalgo, Gómez Camarillo, Irigoyen Coria. La familia en - - fundamentos de Medicina Familiar, 1a. Edición México, D. F.: Ediciones Medicina Familiar Mexicana, 1982: (3-14).
- 5.- Irigoyen Coria, Buendía Palao, Amezcua Aguirre: Ciclo vital de la Familia, en: Fundamentos de Medicina Familiar, 1a. Edición

México, D. F.: Ediciones Medicina Familiar Mexicana. 1982: (15-20).

- 6.- Buendía López, García Meneses, Núñez Jarquín, Domínguez del Olmo: Dinámica Familiar; en: Fundamentos de Medicina Familiar Mexicana, 1982: (21-42).
- 7.- Rivas Guzmán: La realidad Social en México y la Residencia de Medicina Familiar; en: III Jornadas Nacionales de Medicina Familiar, México, D. F. Cía. Litográfica Rendón, 1978: (31-42).
- 8.- Narro Robles: La evolución de la Enseñanza Familiar; en: III Jornadas Nacionales de Medicina Familiar; México, D. F. Cía. Litográfica Rendón. 1978: (43-58).
- 9.- La Revolución Industrial, El Movimiento Obrero y el Surgimiento de los Seguros Sociales en: La Seguridad Social en el proceso de cambio Internacional la. Edición México, D. F. Ediciones Culturales Mexicanas, 1980: (7-33).
- 10.- Los Organismos Internacionales de la Pos guerra y la Aparición del Concepto de Seguridad Social; en: Seguridad Social en el Proceso de Cambio Internacional, la. Edición, México, D. F. Ediciones Culturales Mexicanas, 1980: (71-122).
- 11.- Varela Rueda: Medicina Familiar y los Nive-

les de atención. Bol. Méd. del I.M.S.S.-
1975; Vol. 17 No. 6 (213-217).

12.- Varela Rueda: La especialidad de Medicina Familiar en México, Bol. Méd. del --
I.M.S.S., 1972; Vol. 14: (205-210).

13.- Varela Rueda: La Medicina Familiar como-
Especialidad, Bol. Méd. del I.M.S.S., --
1974; Vol. 16 No. 11 (401-408).