



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“EL MEDICO FAMILIAR EGRESADO DE LA RESIDENCIA
Y LA PRACTICA REAL”

TESIS RECEPTACIONAL
PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :
DR. JORGE ARELLANO LOPEZ

J. Arellano



MEXICO 1944



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Identificación del problema	1
Justificación	2
Marco Teórico	3
Antecedentes	3
Medicina Familiar en México	5
Medicina General, Familiar y Comunitaria	8
Formación del MF en pregrado y postgrado	11
a) Plan de Medicina General Integral	11
b) Plan de Medicina General / Familiar SSA / ISSSTE	18
c) Plan de Medicina Familiar IMSS	22
Perfil profesional del Medico Familiar en el IMSS	28
Aspectos demográficos	35
Teorías demográficas	35
Aspectos sociológicos	41
Sociogeografía	43
Demografía y Economía	47
Qué es sistema	50
Comunicación	52
Aspectos administrativos	54
Aspectos económicos	58
Motivación	61
Hipótesis	65
Objetivos	66
Diseño e investigación	67
Material y métodos	69
Ruta crítica	70
Resultados	72
Análisis de los resultados	124
Conclusiones	129
Recomendaciones.	130

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Durante la rotación por la consulta externa de Medicina Familiar, en la Unidad de Medicina Familiar # 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social, notamos que los médicos familiares egresados de la Residencia hacen poca aplicación de los conocimientos adquiridos durante la misma, con respecto a la exploración de la familia, realizando ocasionalmente es tudios médicos familiares integrales; dedicando la mayor parte del tiempo a otorgar consulta de manera tradicional y casi siempre dentro del segundo nivel de prevención de la Historia Natural de la Enfermedad.

JUSTIFICACION

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene como propósito desde 1971 la formación de médicos especialistas de primer contacto, capaces de resolver el 90% de la atención médica solicitada, tratando a los pacientes dentro de su grupo familiar, esto es, ofreciendo atención médica integral.

Este estudio se hace con el fin de conocer los motivos -- de los Médicos Familiares egresados de la Residencia, por -- los cuales no pueden desarrollar adecuadamente sus conoci--- mientos en la práctica clínica diaria.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

La medicina, a través del tiempo, ha sufrido grandes cambios y éstos han sido dados al unísono con los cambios que ha tenido el hombre conforme se ha ido desarrollando intelectual y tecnológicamente.

Hace poco más de 100 años, la medicina estaba todavía basada en polvos y hierbas, cuyo empleo llevaba implícito el principio de no hacer daño.

A partir de la Primera Guerra Mundial se propició un cambio dramático desde el punto de vista médico, ya que se inicia la aparición de las especialidades, con motivo de los sobrevivientes de la guerra y asimismo mayor introducción de la tecnología a la medicina; con la Segunda Guerra Mundial se inicia la era de los antibióticos, y con el advenimiento de aparatos de investigación coadyuvantes en su práctica, lo que propicia al mismo tiempo un enorme caudal de conocimientos, lo cual hace que se fragmente aún más la medicina, en especialidades y subespecialidades, notándose a partir de entonces una gran despersonalización con respecto al trato de los pacientes.

Tuvo al principio una gran aceptación general el advenimiento de las especialidades, sin embargo, se notó tiempo -- después que hacía falta un médico que proporcionara atención primaria y personal, continua, que estudie al paciente y a sus enfermedades en el contexto de la familia y su medio ambiente, y que lo considere un todo y no como un conjunto de órganos o de sistemas potencialmente enfermos. Se hizo necesario un médico con conocimientos básicos de las diferentes ramas de la medicina, capaz de proporcionar y satisfacer las necesidades de salud a un nivel primario y cuando sea necesario, pedir la asistencia especializada.

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 grandes grupos sociales cuya unidad fundamental es la familia. (1) (4)

LA MEDICINA FAMILIAR EN MEXICO

La práctica de la medicina familiar en México, se remonta al año de 1955, cuando se instituyó en dos clínicas de la ciudad de México el modelo de atención familiar. Los elementos más notables que se introdujeron fueron: adscripción de una población fija a cada médico, adscripción de todo el grupo familiar independientemente de la edad y el sexo, se implantó el sistema de cita previa y se definió que la visita domiciliaria era responsabilidad del médico familiar; este cambio fue aunado a modificaciones en el manejo del expediente, archivo, etc.. 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.

El 13 de marzo de 1971, el IMSS inició un curso dirigido a 32 médicos, con actividades de un programa docente de especialización en Medicina Familiar, de 2 años de duración, que se imparte en forma de Residencia.

En el mes de agosto de 1974, el H. Consejo Técnico de la Facultad de Medicina de la UNAM, aprobó de primera instancia el Programa de Medicina Familiar, mismo que fue aprobado definitivamente el 18 de febrero de 1975. El día 8 de octubre de 1974, la Comisión de Educación del H. Consejo General Uni

LA MEDICINA FAMILIAR EN MEXICO

La práctica de la medicina familiar en México, se remonta al año de 1955, cuando se instituyó en dos clínicas de la ciudad de México el modelo de atención familiar. Los elementos más notables que se introdujeron fueron: adscripción de una población fija a cada médico, adscripción de todo el grupo familiar independientemente de la edad y el sexo, se implantó el sistema de cita previa y se definió que la visita domiciliaria era responsabilidad del médico familiar; este cambio fue aunado a modificaciones en el manejo del expediente, archivo, etc.. 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.

El 13 de marzo de 1971, el IMSS inició un curso dirigido a 32 médicos, con actividades de un programa docente de especialización en Medicina Familiar, de 2 años de duración, que se imparte en forma de Residencia.

En el mes de agosto de 1974, el H. Consejo Técnico de la Facultad de Medicina de la UNAM, aprobó de primera instancia el Programa de Medicina Familiar, mismo que fue aprobado definitivamente el 18 de febrero de 1975. El día 8 de octubre de 1974, la Comisión de Educación del H. Consejo General Uni

versitario de la Universidad de Guadalajara, aprobó el programa y el 12 de octubre del mismo año, la Universidad Autónoma de Nuevo León, también dió su aprobación.

Desde hace algún tiempo, la UNAM ha venido realizando intentos para capacitar médicos que proporcionen a la sociedad atención médica continua e integral, tanto a nivel pregrado como postgrado. Es en este contexto de búsqueda de posibilidades en el desarrollo de preguntas educacionales en Medicina General, Familiar y Comunitaria y la División de Estudios Superiores, propusieron en 1979 el establecimiento de un curso de Especialización en Medicina General y Familiar.

El 1o de marzo de 1980, con una sede por Institución en el D.F., se puso en marcha dicho programa. El curso se desarrolla actualmente en dos sedes de la Secretaría de Salud y Asistencia y en dos sedes del ISSSTE.

A partir de 1982, cualquier médico que desee hacer una Residencia hospitalaria en las Instituciones del IMSS, deberá acreditar primero el curso de Medicina Familiar en la Institución.

Estos reconocimientos han significado un esfuerzo fundamental para la Medicina Familiar como disciplina académica y de alguna manera ha contribuido a que un mayor número de médicos se interese en estudiarla.

Con todo este panorama, podemos ver que el Médico Familiar en México se ha convertido en piedra angular de todo tipo de sistema de atención y se ha ido consolidando como una disciplina académica independiente.

MEDICINA GENERAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA

El interés que despierta el definir los conceptos de Medicina Familiar y Medicina Comunitaria, rebasa con mucho el mero campo de la semántica. Dado que estas diferencias hablan de campos de acción del quehacer médico y no estructuras separadas y bien definidas entre sí, el tratar de ubicar es---tos conceptos en función de una definición basándonos en el sentido estricto de las palabras que la componen, es tarea - que además de ser estéril, no nos llevaría a manejar los conceptos en forma funcional.

Otro elemento que tomaremos en cuenta y que se analizará en el escrito, será el tema referente al campo de acción de la medicina de primer contacto y lo que llamaremos medicina especializada.

Parte de esta inquietud de definir tanto los conceptos de Medicina General, Medicina Familiar y Medicina Comunitaria, así como el campo de acción de la Medicina de Primer Contacto y la Medicina de Especialidad, viene de la necesidad de - caracterizar al profesional de la medicina que desarrolla su quehacer en el primer nivel de atención.

Es en el primer nivel de atención, el nivel primario de atención, en el cual se ejerce la Medicina General, Familiar

y comunitaria.

Hasta hace poco tiempo, el nivel primario de atención se encontraba relegado en aspectos de desarrollo de recursos y tecnología, así como planeación de actividades tendientes a resolver la problemática de salud presente en él. (1) (3)

M E D I C I N A G E N E R A L

Los problemas de salud que afectan un nivel individual, serán aquellos que se encuentran exclusivamente en un individuo, serán riesgos para la salud o padecimientos que afecten a una sola persona, tomándola como parte integrante de una sociedad, por lo mismo, estos riesgos o padecimientos tendrán un carácter aislado, fortuito o circunstancial. (3) (4)

M E D I C I N A F A M I L I A R

Aquí se habla de situaciones que afectan a un grupo de personas con características comunes, unidad funcional de la sociedad y por lo tanto presentar riesgos para la salud y patología que se deriva de las características propias de este grupo humano. (2)

M E D I C I N A C O M U N I T A R I A

En este nivel encontraremos los problemas que se refieren a un grupo de familias, en las cuales los factores sociales

culturales y de desarrollo son comunes, que se encuentran en un ámbito geográfico definido y por lo tanto, se encuentran sometidos a los mismos riesgos ambientales.

Otro aspecto que nos podría ayudar a definir estos diferentes campos de aplicación de cada uno de estos tipos de medicina primaria, es que la Medicina Familiar y la Comunitaria, deben apoyarse en un equipo de salud dentro de un programa de salud estructurado, requisitos que limitan las funciones del médico que ejerce a nivel privado. (4)

FORMACION DEL MEDICO FAMILIAR EN PREGRADO Y POSTGRADO

En base a la problemática existente en la formación de -- médicos en el pregrado, se han estructurado diversas modificaciones en los planes de estudio vigentes, tanto en la UNAM como en otras Instituciones Educativas. Por otro lado, las - Instituciones de Salud se han abocado a la formación del personal de postgrado, que consideran adecuado para la solución de los problemas existentes en el nivel primario de atención.

(1)

PROGRAMA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL

(PLAN A-36)

El programa de Medicina General Integral de la Facultad - de Medicina de la UNAM se inició en mayo de 1974, con el propósito de que una vez evaluado, retroalimentara no solo a éste, sino también al sistema de educación médica de la propia Facultad. El planteamiento que originó esta alternativa, que en sus programas fue mejor identificado como " Plan A-36 ", se diseñó pretendiendo evitar los inconvenientes detectados en el plan tradicional y propuso como estrategia básica, li- gar a la Facultad de Medicina con las Instituciones de Salud

en una tarea común: formar un médico general orientado a las necesidades de la comunidad y de las Instituciones aplicativas.

Por lo anterior, los principales criterios sociales y pedagógicos en los que se sustentó el plan, fueron definidos - como sigue:

- a) Basarse en objetivos de aprendizaje precisos, congruentes con la realidad y capaces de orientar las decisiones sobre la estructura del plan de estudios, las actividades, la metodología didáctica y la evolución del aprendizaje.
- b) Llevar la enseñanza a situaciones reales como las que - confrontará el futuro profesional de su ejercicio.
- c) Evitar la división arbitraria entre la información teórica y la práctica, de manera que el conocimiento científico se retenga más fácilmente por el alumno, al ser aplicado a un esquema de acción que originan áreas paralelas de competencia por el interés por el alumno.
- d) Basarse en una metodología activa que diera la oportu-

nidad al alumno de que participara en actividades de aprendizaje en las tres esferas.

E S T R U C T U R A C U R R I C U L A R

La Facultad de Medicina de la UNAM, mediante un convenio de enseñanza con el IMSS y la SSA, desarrolla el programa de Medicina General Integral, que cuenta con importantes innovaciones de metodología de la enseñanza. Desde el inicio de sus actividades escolares, el estudiante es puesto en contacto con situaciones y problemas reales y orientados a encontrar la información y los medios para resolverlos.

La enseñanza de tipo tutorial, es impartida por médicos generales y médicos familiares que asesoran al estudiante, permitiendo profundizar en la teoría y práctica médica y participar activamente a nivel asistencial.

El sistema de evaluación del alumno es continuo y considera la adquisición de habilidades y destrezas inherentes a la práctica médica. Para ello cuenta con apoyos didácticos del más alto nivel. Y mientras que la mayor parte de los programas utilizan las Unidades hospitalarias de superespecialización como escenario natural del proceso educativo, el Programa de Medicina General Integral utiliza la comunidad, la familia, los Centros de Salud de la SSA, las Unidades de Medi-

cina Familiar y los Hospitales Generales de Zona del IMSS.

El curriculum está proyectado para que las actividades de enseñanza-aprendizaje se realicen integrando biología, psicología, sociología, clínica, patología y epidemiología; áreas del conocimiento científico que integran el saber médico de alta calidad.

El programa de enseñanza-aprendizaje, dividido en dos niveles y un año de servicio social, se desarrolla en cinco años. Cada ciclo escolar se complementa en un promedio de 42 semanas.

Durante los dos años que integran el primer nivel, el alumno cursa sus estudios en cualquiera de las cuatro unidades docentes anexas a los Centros de Salud de la SSA y en zonas metropolitanas identificadas por la mayor incidencia de problemas médico-sociales: en Cuajimalpa, Agrícola Oriental, Ciudad Universitaria y Ciudad Netzahualcóyotl.

Cada unidad cuenta con un coordinador, cuatro tutores de tiempo completo y tutores de apoyo que trabajan con el alumno en los Centros de Salud y Hospitales. Dispone además de apoyo de un laboratorio multidisciplinario y de personal administrativo.

La enseñanza en el primer nivel está dirigida al conocimiento del ser humano y del medio ambiente que condiciona --

los riesgos para la salud, comprende los módulos de introducción a la medicina, ecología, nutrición, crecimiento y desarrollo y módulos de aparatos y sistemas. Las actividades académicas se realizan en el aula laboratorio, en la comunidad y en el Centro de Salud. Para su aprendizaje teórico, el alumno recibe material impreso (complementado por apoyos audiovisuales y lectura de bibliografía adicional), que es analizada y discutida en grupo bajo la coordinación del tutor. El trabajo de la comunidad adiestra al estudiante en el manejo de los problemas biológicos, psicológicos y sociales que afectan a la comunidad, a través de actividades que incluyen un estudio de comunidad, seguimiento de familias a las que el alumno da pláticas de promoción de la salud y en las que descubre y conduce enfermedades hacia las unidades de atención médica; el desarrollo de campañas de higiene escolar para la detección de padecimientos de la niñez y pláticas de educación para la salud y finalmente, la realización de investigación de salud pública.

El segundo nivel corresponde al tercer y cuarto años de la carrera, durante los cuales el alumno trabaja en nuevos módulos relacionados con la biomedicina, la clínica y la medicina social en Unidades del IMSS: Introducción a la clínica, genética, obstetricia y desarrollo, vida de relación, gi

necología, traumatología y ortopedia, regulación de gases, pediatría, regulación de líquidos, nutrientes y medicina y - sociedad.

En el tercer año, las actividades docentes, tanto del área cognoscitiva como de la psicomotora y afectiva, se realizan en Unidades de Medicina Familiar, aprovechando los distintos servicios con que éstas cuentan: consultorios de Medicina Familiar y servicios de epidemiología, planificación familiar, radiología, laboratorio y urgencias.

Los alumnos que cursan el cuarto año en los Hospitales Generales de Zona, que corresponden a unidades de atención del segundo nivel. Las actividades clínicas se realizan participando en los distintos servicios básicos de cada Hospital: - Consulta externa, hospitalización, urgencias y tocoquirúrgica.

Al terminar el cuarto año, el alumno se incorpora a los ciclos de servicio social establecidos en el Plan de Estudio por Asignaturas de la Facultad de Medicina de la UNAM. Posteriormente, junto con los alumnos inscritos en dicho plan presenta su examen profesional a fin de obtener como ellos, el título profesional de Médico Cirujano.

Para cumplir con sus funciones y dar apoyo a las actividades académicas, el programa tiene un coordinador general y - dos coordinaciones: las de primer y segundo nivel. La del---

primer nivel es responsable de todos los aspectos referentes a los dos primeros años de la carrera. La del segundo nivel se responsabiliza de los dos últimos años - 3o y 4o -

Para cumplir con sus funciones y dar apoyo a las actividades académicas y de apoyo logístico a las actividades docentes del programa, la Coordinación General tiene cuatro departamentos: Comunidad, que tiene funciones normativas y de apoyo en cuanto a las actividades que se realizan alrededor de la epidemiología y la salud pública en la comunidad; Evaluación que está orientada principalmente a apoyar la evaluación del proceso enseñanza-aprendizaje, así como también al desarrollo de algunas actividades específicas de investigación - en este campo. Apoyo técnico que como su nombre lo indica, - se orienta a dar apoyo al personal docente en cuanto a la elaboración y aprovisionamiento de material didáctico y audiovisual, de acuerdo a los señalamientos que integran el plan de desarrollo de estudios. Finalmente, el departamento de laboratorio que es responsable de coordinar la realización de las actividades prácticas en esta área. (7)

RESIDENCIA DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR

SSA - ISSSTE

Esta es una Residencia, que se basa en el plan de estudios propuesto por el Departamento de Medicina General/ Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la UNAM, a través de la División de Estudios Superiores y que se desarrolla en la actualidad en unidades de atención primaria -- tanto de la SSA como en el ISSSTE. Actualmente funcionan dos unidades por Institución y existe la perspectiva de ampliar a corto plazo el número de unidades que entrenarán a estos -- residentes. Las unidades se encuentran en el D.F. El esquema general de actividades comprende 3 años, durante los cuales pasan 6 meses del primer año en la unidad académica de Medicina General que es el nombre que recibe la unidad de atención primaria en la que se encuentran adscritos los residentes. Los otros 6 meses en la unidad hospitalaria, rotando -- por los servicios de Urgencias, Ginecoobstetricia, Pediatría y Medicina Interna. La rotación en este primer año entre la unidad académica y el hospital es cada dos meses en forma al ternada. Durante el segundo año, rotan cuatro meses contínuos en la unidad académica, cuatro meses en el hospital, cubrien do los mismos servicios, dos meses en un hospital rural y --

dos meses en una área selectiva. En el tercer año, este rol se repite.

Para el ingreso a estos estudios de postgrado, se requiere acreditar el exámen del Comité de Evaluación para Aspirantes a Residencias Médicas en las Instituciones de Salud del Sector Público, además de un examen de personalidad y uno -- psicométrico.

El plan es de tipo modular, basándose en objetivos de aprendizaje y en el cual se desarrollan actividades prácticas en los servicios, además de actividades teóricas que se revisan en los mismos servicios, además de actividades teóricas complementarias, coordinadas por la UNAM.

Estas actividades teóricas comprenden aspectos sobre Medicina Interna, Ginecoobstetricia, Pediatría y Urgencias Médico-quirúrgicas, así como un curso de psicología médica y otro de Medicina Social, estos se desarrollan en los tres años como módulos horizontales.

La evaluación se desarrolla en tres áreas: psicomotoras y afectivas a través de listas de cotejo, el área cognoscitiva es evaluada a través de exámenes de opción múltiple semestrales.

OBJETIVOS EDUCACIONALES GENERALES

Al finalizar el curso el estudiante estará capacitado para:

- a) Impartir atención médica de contacto primario de alta calidad en forma efectiva y eficiente.
- b) Promover y mantener la salud de sus pacientes como parte de su responsabilidad profesional.
- c) Redactar historia clínica completa utilizando adecuadamente las técnicas y equipo existente.
- d) Analizar en base a juicio clínico el significado de las alteraciones encontradas.
- e) Determinar la probable causa de cada signo, síntoma, síndrome o complejo nosológico, distinguiendo los problemas de origen somático de aquellos de naturaleza mas bien psicosocial.
- f) Utilizar la relación médico-paciente como un importante arma o elemento terapéutico y educativo, ajustándolo de acuerdo a las características propias de cada paciente.
- g) Diseñar los esquemas terapéuticos, profilácticos o de rehabilitación necesarios para la solución de los problemas de sus pacientes.
- h) Diagnosticar y tratar o referir a los pacientes con problemas interpersonales o padecimientos psiquiátricos vis-

tos en la consulta externa de medicina general.

- i) Proporcionar la atención inicial, reconociendo sus capacidades y limitaciones, solicitar consulta o referir todos aquellos casos en que esto se vea como una ventaja para - el paciente.
- j) Evaluar la evolución del proceso educativo de rehabilitación para asegurar que el paciente reinicie sus labores - habituales en la forma más completa y temprana posible.
- k) Identificar los recursos existentes de la comunidad y utilizar aquéllos que puedan llevar solución de los problemas de sus pacientes. (6)

CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR EN EL IMSS

" El plan de estudios se ha estructurado por módulos, cada uno de los cuales tiene una relación directa con los propósitos y objetivos terminales del curso, tienen una relación directa con el perfil profesional del médico familiar - en el IMSS y con el otro nivel de atención donde desarrollará su actividad profesional.

Cada módulo posee una introducción, objetivos intermedios y está integrado por unidades didácticas, cada una de las cuales tiene objetivos operativos y el contenido temático de las mismas. Cada uno de los mismos define no tan solo una carga teórica sino que también pretende guiar el desarrollo de actividades de enseñanza-aprendizaje. En el caso particular de los módulos de Pediatría, Medicina Interna y Medicina Familiar, por ejemplo, dichas actividades que el educando deberá llevar a cabo forman parte de la llamada práctica clínica que se desarrolla en los servicios respectivos. En caso de módulos como Salud Pública, Ciencias sociales, Administración e Investigación por ejemplo, deberán ser apropiadas para cada caso particular. Con ello se busca una vinculación teórica-práctica en el quehacer diario del educando.

La definición de objetivos de aprendizaje se realizó utilizando una metodología deductiva e inductiva y el diseño de los mismos se procuró ajustar a los lineamientos propuestos por Mager.

Dentro de lo posible, se procuró diseñar objetivos de aprendizaje en cada uno de los módulos, para que cada una de las esferas del conocimiento propuestos por Bloom, estuvieran cubiertas.

Los módulos comprendidos en este plan de estudios, pretenden en su conjunto contribuir a la capacitación del Médico Familiar en el manejo satisfactorio de problemas técnico-médicos, problemas técnico-administrativos y en aspectos de enseñanza e investigación. Pueden así reconocerse tres áreas de organización de los módulos, que son: área técnico-médica, área técnico-administrativa y área de enseñanza e investigación. Cada uno de los módulos agrupa a su vez varias unidades didácticas.

El contenido programático de cada una de las unidades didácticas de los módulos de Medicina Interna, Pediatría y Ginecología y Obstetricia, se estructuró siguiendo el principio de organización en base a procesos patológicos.

Se dejan al docente la libertad de seleccionar las prácticas o actividades de aprendizaje y experiencias significativas necesarias, ya sean equivalentes o análogas, que permita que el educando, logre los objetivos de aprendizaje en cada caso particular.

El diagrama de modelo educativo incluye: actividades académicas, práctica clínica e instrucción clínica complementaria. Los servicios por donde rotan los residentes para realizar su práctica clínica y su instrucción clínica complementaria, así como la permanencia por cada uno de ellos, deberán ser observados en todas las sedes, quedando a criterio de -- los profesores titulares del curso. En lo que se refiere a -- actividades académicas estas se desarrollan en los servicios excepto para las unidades académicas de los siguientes módulos: Ciencias sociales, Psicología, Administración y Enseñanza e Investigación.

En cada caso particular de los módulos de Psicología y -- Ciencias de la salud, orientados a la comprensión del proceso salud-enfermedad en el núcleo familiar, las actividades - teórico-prácticas están integradas al tiempo de rotación en el servicio de Medicina Familiar, para que durante los dos - años de formación, el residente tenga la oportunidad de vincular de inmediato el conocimiento teórico de la realidad --

concreta de las familias que se atienden en la Unidad. Puede ser de gran utilidad usar durante el transcurso de la Residencia la organización de SEMINARIOS BALINT Y LABORATORIOS DE FAMILIA, para una mejor comprensión de la relación Médico paciente dentro de la práctica de la Medicina Familiar.

Evaluación: Se desarrollan evaluaciones en cada uno de los módulos, efectuándose de la misma manera en todas las sedes, siendo así un sistema de evaluación nacional.

Objetivos terminales: Mediante el cumplimiento del programa se busca que el educando reafirme los conocimientos obtenidos en la licenciatura de medicina y adquiera información y técnicas que le permitan interpretar en forma integral, todos los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad, familiar y de la comunidad, para que actuando en consecuencia, aplique las medidas preventivas, terapéuticas y de rehabilitación correspondientes.

Al finalizar el curso de Especialista en Medicina Familiar con las familias a su cargo y los recursos del primer nivel de operación será capaz de:

EN EL AREA TECNICO MEDICA

--- Planear la atención médica primaria, integral y continua con la participación activa del paciente y su familia.

EN EL AREA TECNICO ADMINISTRATIVA

- Administrar los recursos y las actividades inherentes a la atención médica primaria integral y continua

EN EL AREA DE ENSEÑANZA

- Diseñar programas educacionales dirigidos a su propio desarrollo (autoenseñanza) a la población adscrita de la cual es responsable y al equipo de salud al que pertenece.

EN EL AREA DE INVESTIGACION

- Investigar científicamente problemas de su práctica profesional y utilizar los resultados obtenidos en la solución de los mismos.

El tercer año de la Residencia consiste en un trabajo de campo que incluye tres actividades primordiales: estudio integral de familias, estudio de comunidad y desarrollo de comunidad, en donde deberá aplicar los conocimientos obtenidos durante los dos años anteriores.

Además de utilizar adecuadamente los recursos y la organización que las Instituciones de Salud ponen a su disposición el especialista en Medicina Familiar debe contar con sus propios elementos de conocimiento y con una mística de servicio

que le haga proyectar sus actividades en forma continua y a nivel tal que le caracterice como un verdadero promotor integral de salud.

Al término de los tres años de la Residencia el IMSS ab--sorbe a la mayoría de los médicos egresados, ofreciendo pues tos de base como tales dentro del Instituto.

PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR EN EL IMSS

Entendemos por funciones profesionales al conjunto de acciones de tipo genérico que desempeña un determinado profesionalista.

Existen tres preguntas que pueden ayudar a determinar las características profesionales que debe ser capaz de realizar el egresado:

- ¿ Qué hace el profesional actualmente ?
- Además de los que hace ¿ Qué debería hacer ?
- ¿ Existen otros profesionales que realizan estas funciones ?

Una primera actividad consiste en enlistar las funciones que está realizando o es necesario que realice el profesional que se desea formar y las tendencias futuras de la profesión.

En este momento se dispone ya de un perfil profesional, puesto que se definieron las funciones que va a ser capaz de realizar.

Al médico familiar se le define en los siguientes términos: dentro del IMSS:

" Es aquel profesional que cuenta con un cuerpo de conocimientos que le permiten realizar con eficiencia funciones técnico-médicas, funciones técnico-administrativas y funciones de enseñanza e investigación, y que a través de su práctica diaria en el -- primer nivel de atención médica, contribuye al logro de los objetivos Institucionales. " (2) (5)

A continuación se describen las actividades de cada una de las áreas:

1.- EN EL AREA TECNICO MEDICA

1.1 Funciones de asistencia médica

1.1.1 Brinda atención integral y continua, tanto al individuo como a su familia, contribuyendo con ello a la salud comunitaria.

1.1.2 Es capaz de ofrecer una atención médica eficiente tanto en el consultorio como en el domicilio del paciente.

1.1.3 Reconoce los límites de su competencia y responsabilidad, es capaz de consultar a otros especialistas y deriva a otros niveles de atención médica a los pacientes cuando así lo ameriten.

1.1.4 Realiza acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria de acuerdo al modelo propuesto en

en la Historia Natural de la Enfermedad.

- 1.1.5 Usa los recursos de la familia, la Institución y la comunidad, para la adecuada solución de problemas de salud, individuales y familiares.
 - 1.1.6 Integra y aplica sus conocimientos sobre aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la atención médica del paciente y la familia.
 - 1.1.7 Reconoce los aspectos inherentes a la relación médico-paciente, médico familia y es capaz de emplearlas en solución de problemas.
 - 1.1.8 Se responsabiliza del manejo de cierto tipo de padecimientos, ya sean éstos agudos o crónicos, infecciosos o degenerativos y orgánicos o psicosociales.
 - 1.1.9 Tiene conocimientos suficientes que le permiten realizar estudios de estructura y dinámica familiar y en base a ello establecer planes de manejo para la solución de situaciones disfuncionales en la familia.
- 1.2 Funciones de asistencia quirúrgica.
- 1.2.1 Realiza el diagnóstico de algunas entidades nosológicas que ameritan tratamiento quirúrgico y es capaz de establecer medidas esenciales de manejo preoperatorio.

1.2.2 Efectua actos quirúrgicos de cirugía menor que -- por lo general no requieren de atención en el quirófano ni de anestesia general.

1.2.3 Reconoce cuando la evolución postoperatoria a mediano y largo plazo es o no satisfactoria y deriva al paciente para reintervención o asistencia - quirúrgica cuando es necesaria.

1.3 Funciones de Salud Pública y Medicina Preventiva

1.3.1 Realiza periódicamente el estudio de salud de su población derechohabiente y en base a ello identifica grupos específicos de riesgo.

1.3.2 Efectua acciones de promoción de la salud y protección específica en su población derechohabiente, con la colaboración de su equipo de salud.

1.3.3 Sus acciones las orienta principalmente a la conservación de la salud de su población más que a la restauración del daño.

1.3.4 Diseña y participa junto con su equipo de salud, en programas específicos de salud pública y medicina preventiva, tales como: planificación familiar, orientación nutricional, educación higiénica, detección de padecimientos crónicos degenerativos y todos aquéllos programas de salud pública que son prioritarios dentro de la Institución.

2.- EN EL AREA TECNICO ADMINISTRATIVA.

2.1 Funciones de planeación y organización.

2.1.1 Planifica sus acciones para la atención médica de pacientes que requieren cuidado breve o prolongado.

2.1.2 Establece un plan de visitas a domicilio para fines de estudio individual y familiar.

2.1.3 Indica a su población de derechohabientes sus derechos y obligaciones y les señala el uso de recursos institucionales y extrainstitucionales para elevar su nivel de salud.

2.1.4 Organiza los recursos disponibles en el primer nivel, para ofrecer a su población derechohabiente una atención eficiente, oportuna y con sentido humano.

2.2 Funciones de dirección.

2.2.1 Establece niveles de responsabilidad en su personal para desarrollar eficientemente las actividades de atención médica.

2.2.2 Señala a cada uno de ellos sus funciones y actividades específicas para la atención del paciente y su familia.

2.2.3 Utiliza los recursos de la familia para la solución de sus problemas.

2.3 Funciones de evaluación y control.

- 2.3.1 Identifica el grado en el que se logran metas -- personales e institucionales, empleando para --- ello instrumentos de evaluación apropiados.
- 2.3.2 Define junto con su equipo de salud los factores que intervienen como facilitadores u obstaculizadores en el desarrollo de acciones sanitarias.
- 2.3.3 Aplica medidas correctivas que estimulan la consecución de objetivos de salud en la población - derechohabiente a su cargo.

3.- EN EL AREA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

3.1 Funciones de enseñanza.

- 3.1.1 Desarrolla actividades de enseñanza dirigidas a - su equipo de salud, a la población derechohabiente y al personal en formación.
- 3.1.2 Participa en actividades de educación continua oficialmente reconocidas por la Institución tales como cursos monográficos, adiestramiento en servicio, visitas de profesores extranjeros, etc.
- 3.1.3 Desarrolla su autoenseñanza con el propósito de - elevar la calidad y cantidad de sus conocimientos que le permitan tener estándares de atención médica satisfactorias.

3.2 Funciones de investigación.

3.2.1 Participa en programas de investigación promovidos por la Institución.

3.2.2 Diseña y realiza investigaciones de problemas de salud de su población y aplica los resultados a la solución de los mismos en el marco general de estas funciones, el médico familiar, deberá desarrollar una serie de actividades. Dentro de este programa dichas actividades se expresan en términos de objetivos de aprendizaje y quedan comprendidos dentro de los módulos y unidades didácticas que integran el plan de estudios del curso de Especialización en Medicina Familiar. (5)

DEMOGRAFIA

La amenaza de la explosión demográfica se ha convertido - en uno de los temas más candentes de nuestro tiempo.

Se estima que actualmente la población del orbe está aumentando a razón de un 2% anual.

Las consideraciones relativas al progreso de la medicina y a la elevación de los promedios de la vida humana, en la época contemporánea, de los que se concluye que la muerte ha retrocedido, mientras que la fertilidad permanece invariable, están muy lejos de explicarse en forma satisfactoria la actual situación. Menos aún podrían admitirse las conclusiones y predicciones basadas en un simple y sofisticado juego de cifras estadísticas.

TEORIAS DEMOGRAFICAS

Es probablemente en Grecia donde se exponen las primeras concepciones sobre la materia. Platón discurre un conjunto de normas para regular la procreación y la población, descrito en su libro La República. Aristóteles también con motivo de sus planteamientos políticos, se preocupa de la reglamentación de la edad de los matrimonios y de la situación de los hijos.

Las teorías medievales sobre la población están influenciadas por el precepto bíblico del "creced y multiplicaos". - Santo Tomás de Aquino, en el siglo XIII, se pronuncia en el mismo sentido y afirma que las ciudades más pobladas del mundo son también las más prósperas. Maquiavelo, en el umbral de los nuevos tiempos, es tal vez el precursor de las concepciones demográficas de base económica, al señalar que el crecimiento de la especie humana está estrechamente relacionada con la productividad de la tierra y con la disponibilidad de subsistencias. En España, según Saavedra Fajardo: "La fuerza de los reinos consiste en el número de sus súbditos". Para nuestra América, que sufre permanentemente el problema de brazos necesarios para explotar las inmensas riquezas naturales, es particularmente significativa la divisa de Alberdi: "Gobernar es poblar".

Thomas-Robert Malthus, pastor protestante y profesor de - Historia y economía política, publicó en 1798, su "ensayo sobre el principio de la población". En esta obra, Malthus formuló su simple y atractiva Ley de poblaciones, según la cual, mientras esta crece en progresión geométrica, doblando cada 25 años, los recursos alimenticios solo van aumentando en proporción aritmética.

Sin embargo, es un flagrante error, desde luego, confun-

dir la fertilidad potencial humana con la fertilidad efectiva.

Los periodos de sobrepoblación y de infrapoblación se han ido alternando a través de la historia, en movimientos de -- flujo y reflujo.

Como dice Josué de Castro: " el primer error de Malthus - fue considerar el crecimiento de las poblaciones como una va riable independiente ", en circunstancias que este fenómeno depende de múltiples y complejos factores políticos, socia-- les, económicos y, muy especialmente naturales y biológicos.

El viejo y repetido argumento malthusiano, tantas veces - refutado, de que el crecimiento de la población es más rápi- do que el de las subsistencias, ha sido editado en la actua- lidad bajo un nuevo y pretencioso ropaje. " La explosión de- mográfica " frena el " desarrollo económico ". La tesis es - demostrada con impresionantes cifras estadísticas, haciendo jugar por un lado, el elevado índice de fertilidad, y por o- tro, el lento progreso de la " renta per cápita ". Como cor^o lario de estos estudios se concluye, expresa o tácitamente, - que es indispensable frenar el aumento de la población.

" Si el ritmo de crecimiento impide la capitalización que ha de generar a su vez la mayor producción, el mundo subdesa- rrollado, lejos de disminuir, tenderá a aumentar y mañana un

mayor número de seres que hoy, serán víctimas del hambre, la miseria y la ignorancia.

La densidad de las poblaciones parece ser también un factor que, en forma aún poco conocida, contribuye a impulsar o a frenar el crecimiento demográfico. Una baja cantidad de habitantes por unidad de espacio fomenta una rápida expansión del grupo respectivo; inversamente, una alta densidad tiende a levantar barreras biológicas que obstaculizan y aún impiden el desarrollo de la población.

" La curva de crecimiento de las poblaciones poseen una forma característica: cuando unos pocos individuos penetran en una región previamente desocupada, el crecimiento suele ser lento al principio (fase que se denomina de aceleración positiva), luego aumenta rápidamente, en forma exponencial (fase logarítmica) y finalmente decrece, a medida que aumenta la resistencia ambiental (fase de desaceleración negativa) y llega por último al equilibrio o nivel de saturación ". Según Villée.

De todo lo expuesto podemos extraer importantes conclusiones sobre el desarrollo demográfico de la especie humana:

1.- El hombre, como todo ser viviente, tiene una gran potencialidad expansiva, que lo impulsa a multiplicarse y a extender su población en el medio en que se encuentre;

2.- Este potencial biótico, teóricamente ilimitado en un ambiente infinito, debe adaptarse, en la práctica, a las posibilidades de un medio siempre limitado;

3.- En la especie humana, como en todas las demás especies, el crecimiento demográfico se produce de acuerdo a las leyes biológicas inflexibles, que determinan una autorregulación natural de las poblaciones, en relación con el medio ambiente respectivo. El concepto de " curva logística ", despojado de su rigor matemático, o la idea menos ambiciosa de " ciclo demográfico " integrado por varias etapas de características ya conocidas (despegue, crecimiento acelerado, disminución de la velocidad de aumento, equilibrio final, y, a veces, extinción del grupo), describen en forma muy real el proceso de las poblaciones humanas;

4.- El medio o habitat de la especie humana, cuya naturaleza y características deben tenerse en cuenta para apreciar la forma de aplicación de las mencionadas leyes biológicas,

5.- Todo cambio positivo o de importancia en las condiciones del habitat crea una nueva base de desarrollo demográfico, desde la cual se iniciaran nuevas curvas de crecimiento que completarán el ciclo respectivo hasta llegar a un estado de equilibrio.

La influencia de la densidad. La densidad, o número de ha

bitantes por unidad de superficie, que es una de las nociones básicas de la demografía, ejerce, a través de mecanismos aún desconocidos, una eficaz función reguladora de las poblaciones. (9)

SOCIOLOGIA

Los objetivos de la sociología se descomponen en dos clases: el análisis de los procesos sociales y su consiguiente ordenación; así como el análisis de las formas sociales referidas a los procesos, y su ordenación respectiva.

El análisis de los procesos sociales y su respectiva sistematización, se añade el análisis y la sistematización de las formas sociales. Entonces toda especie de colectividad, se convierte en objeto de la investigación. Las colectividades pueden ser: la pareja, el grupo, la masa, el Estado, el pueblo, la Nación, la clase, la profesión, etc.

Entre las formas sociales, debe evitarse todo orden jerárquico, y toda preocupación de sustanciarlas. Se trata de un relativismo social que solo admite procesos móviles, dentro de una concepción sociológica y dinámica.

El grupo es, " una unidad de cierta duración, cuyos miembros se consideran ligados de una manera concreta entre sí, por la representación de un modelo, de un criterio de dirección ".

La vida social se hace íntegra, dentro de la evolución de las formas, no intangibles ni geométricas, por la conjunción de las energías sociales, de los factores geográficos, racia

les, demográficos, así como por el concurso de los otros factores de orden cultural: imitación social, la división del trabajo, el lenguaje, la religión, las costumbres, el derecho y la política. En suma, la teoría de las formas sociales. Cada factor ha de precisarse solo como fuerza capaz de obrar en lo social, de causar la solidaridad humana, dejando a las ciencias sociales especiales su estudio propio.

Sinergia y organización sociales.

Se debe a Lester F. Ward la teoría energética de la sociedad, así como la misma expresión de sinergia social, que la sintetiza. Definamos la sinergia como acción mutua y recíproca de energías. La sinergia produce la organización.

La más importante consecuencia de la sinergia es la organización. Todo a lo que se resiste, organizase; todo a lo que una fuerza se opone (fuerza que desde luego no puede vencer), comienzase a crear una estructura. Si el medio no opusiese resistencias a la acción vital, la vida sería, probablemente imposible.

En el mundo social, coinciden, toda especie de energías: físicas, químicas, biológicas y psicológicas. La sociedad es un complejísimo movimiento sinérgico que, a cada instante, se desarrolla en formas nuevas, en ritmos nuevos, en organizaciones y estructuras, antes insospechadas.

Pero hay que advertir que las instituciones económicas y familiares no han procedido solo de las necesidades biológicas, sino, directamente, de la obra de la inteligencia humana, en la invención y del sentimiento y los deseos de la colectividad.

La civilización es consecuencia de las luchas sociales. - como observa Glumplowics: " todos los Estados han surgido de conquistas sangrientas; sabemos que el Estado es la condición SINE QUA NON de la prosperidad, del desarrollo de la civilización. En efecto, el Estado es la síntesis de varios -- grupos humanos que han luchado entre sí. Los vencedores ocupan la parte mas alta de la pirámide social; los últimos vencidos, la base.

SOCIOGEOGRAFIA

La geografía biológica es el género a que pertenece la -- geografía humana; porque la vida se manifiesta diversamente en las plantas, los animales y los hombres. Estas tres partes de la geografía biológica pretenden determinadas relaciones que existen entre los seres vivientes y su medio geográfico. Mas, en tanto que las plantas y animales modifican el medio ambiente físico mucho menos energicamente que el hom--

bre, la antropogeografía anota las modificaciones y reacciones que, derivadas de las acciones humanas sobre el medio físico, viene a constituir el proceso de reacción característica de toda vida superior sobre su ambiente.

Si la tierra es muy rica, la vida se enerva, porque nada hay que incite cooperación para vencer las resistencias. En las regiones polares de la tierra, ésta es una madrastra y no una madre providente, que obliga a trabajar y a cooperar con energía; y, en cambio, solo rinde pequeños, pobres frutos; pero las madrastras suelen ser causa de que los hijos--tros educados en disciplina estrecha y apremiante prosperen; en cambio, los pueblos que nacen en la opulencia de los trópicos, al hallar la vida demasiado fácil, como esos padres - que miman y corrompen a su prole, permanecen en una inferioridad absoluta.

Las condiciones ecológicas han situado a la especie humana en determinados territorios, que, desventuradamente, no han podido volverse ilimitados.

El hombre ha podido triunfar de la humedad o calor excesivos, del frío permanente sin interrupción, de la montaña gigantesca y del desierto inmenso; y es, porque saca de su ambiente físico elementos para satisfacer tres necesidades suyas apremiantes: el alimento, el vestido y la morada. Esto -

no es admitir, por supuesto, que exista el determinismo geográfico. Los hombres tendieron, constantemente, a formarse - un clima artificial por medio del albergue, el hogar y el -- vestido; pero si la geografía no explica la historia, porque quedan fuera de ella los factores propios sociales: la división del trabajo, la imitación, el lenguaje la religión y - las costumbres, es incuestionable que el clima, con sus al-- ternancias de las estaciones, el suelo, la situación conti-- nental o insular, la montaña o la llanura, la estructura pe-- trográfica del país, la reserva natural de la vegetación, -- suministra comida, vestido y adorno, y el mundo animal, que también proporciona su importante contribución nutritiva, si detriminan, en parte, la vida social.

Son tres los elementos que componen " el desarrollo de -- las comunidades espirituales ": el lenguaje, la religión y - las costumbres; desarrollos íntimamente ligados entre sí y - de gran importancia para la psicología de los pueblos y de - las razas, porque en ellos, en razón de su actividad durade-- ra, es dable averiguar los atributos del pensamiento común, condensado por modo más preciso que en las formas transito-- rias de la conciencia individual.

La noción de grupo antropológico se relaciona, íntimamente, en nuestro sentir, con la clase social. Ya vimos al hablar -

sobre la energética, que al luchar unas con otras las tribus van formando la pirámide social, cuya cima ocupan los grupos etnográficos triunfadores, y cuyo cuerpo y base constituyen las razas vencidas.

La fecundidad de los proletarios se considera en función de causas económicas por Marx y sus discípulos. La organización capitalista sería causa suficiente de la hiperdemia demográfica, porque, la que Lassalle llamó Ley de bronce del salario, funcionaría rebajando la remuneración del trabajo, en el reparto de utilidades, hasta los límites ínfimos, en virtud de la ley de la oferta y la demanda. Es decir, en la organización capitalista de la sociedad, el capitalista tiene interés en que abunden los proletarios con el fin de que el salario baje; a la vez que los trabajadores tienden a producir mayor número de hijos, porque de esta manera—la única que está en su dominio o potestad—obtienen varios salarios en cada familia. En suma, para el materialismo histórico, la relación fundamental no es la que existe entre las substancias y la población, sino la que media entre la población y las instituciones económicas.

La civilización tiende a declinar por dos causas: su propio y creciente peso y el empobrecimiento de su base humana. Pero hay otra causa contrariamente: "la rebelión atávica"; -

porque, a medida que una cultura se elabora, deja tras de sí una muchedumbre humana incapaz de seguir el paso. Estos rezagados de la civilización son los bárbaros congénitos. Primitivos incapaces de modelarse dentro de la cultura. Pero también existen degenerados, imbéciles, neuróticos. Estos seres en el estado de naturaleza, perecerían (el fenómeno de la degeneración es común a la especie humana y las otras especies zoológicas); pero, en el estado de la vida social, se conservan y propagan.

DEMOGRAFIA Y ECONOMIA

La población efectiva de un país se define por la relación que existe entre la natalidad y la mortalidad. Un coeficiente, siempre importante, lo constituye la nupcialidad.

Los problemas demográficos son siempre históricos, es decir, referentes a la economía nacional; concretos, no universales. Además la población humana no es un fenómeno biológico regido por las leyes de la lucha por la vida y la supervivencia de los más aptos, sino un hecho social, económico, cuya causa directa son las instituciones y la renta. Claro es que, en el fondo de la demografía, está la biología; pero la población es un hecho social, directamente social, y, solo -

indirectamente biológico.

La imitación lógica o extralógica. Son lógicas las imitaciones cuando su acción deriva de las ventajas que representa la invención como medio de adquirir un fin, independientemente de la influencia ejercida por el inventor. El progreso lingüístico se efectúa siempre, por imitación en un principio, y, después, por la lucha entre dos lenguas o dialectos, o entre dos locuciones o giros fraseológicos que responden a la misma idea. Esta lucha es un conflicto de tesis opuestas.

Son extralógicas, las imitaciones, cuando su eficacia no proviene del valor objetivo de la novedad, sino de las condiciones en que se presenta. Regularmente, la imitación es una sugestión independiente de las ventajas inherentes a la acción que se imita. Es decir, la mayor parte de las imitaciones son extralógicas. Esta es la razón de que no se puede -- prever el curso de la historia, porque los acontecimientos de la vida social son, regularmente, imitaciones extralógicas que no se hacen o cumplen en vista de la realización de una ventaja o de la consecución del provecho consiguiente a imitar por razón lógica, sino a causa del prestigio de que gozan los modelos en la simpatía social.

Ya se mencionó antes que las sociedades animales se distinguen de las humanas por el carácter eminentemente progre-

sivo de la inteligencia del hombre. En tanto que las sociedades animales permanecen, las humanas se diversifican por modo indiscifrable. Ahora bien, el lenguaje, inseparable -- del pensamiento, sigue sus progresos; de modo que la historia del lenguaje humano es asimismo la de la inteligencia. Con razón afirma Wundt en sus elementos de psicología de -- los pueblos, que la lengua es lo que distingue a la horda -- humana de la piara animal.

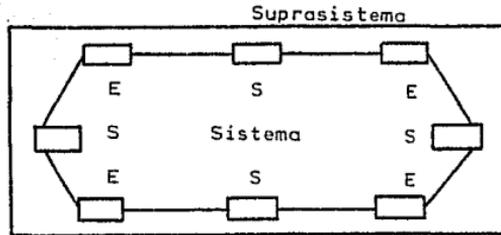
La importancia del lenguaje para la realización de la -- cultura estriba en que, como dice Deniker, " el progreso no es posible si al lado de la iniciativa innovadora indivi-- dual, no existe, en el grupo, lo que podría llamarse la con-- servación de lo adquirido". Esta conservación, heredada por las generaciones futuras, no se establece en una sociedad, " sino cuando los medios de comunicar el pensamiento se desarrollan suficientemente; es decir, cuando el lenguaje ha tomado una forma definitiva, y se posee la posibilidad de -- fijarlo por medio de signos convencionales, mas o menos in-- delbles y transmisibles a la posteridad ". (10)

Dentro de las organizaciones, tradicionalmente se ha prestado atención creciente a los aspectos técnicos y a los materiales, soslayándose un tanto los humanos; sin embargo, el elemento humano es el que va a dar vida y movimiento a la organización. Esta parte tiene como objetivo destacar las relaciones existentes entre los diversos elementos de las organizaciones, así como sus nexos entre éstas y su medio circundante, a fin de hacer conciente al estudioso que las organizaciones constituyen UNIDADES INTEGRALES, dentro de las cuales cualquier cambio afecta a la estructura misma y a su medio, en conjunto.

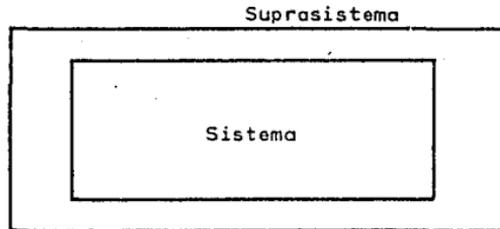
¿ Qué es sistema ?

Puede definirse como un conjunto de diversos elementos, - mismos que se encuentran interrelacionados. Nótese que el -- punto clave de un sistema está constituido por los RELACIO-- NES entre los diversos elementos del mismo.

Cada sistema se encuentra en un medio circundante (supra sistema). De la misma manera que existen relaciones entre - los diversos elementos del sistema, pueden existir tales --- nexos igualmente entre el sistema y el suprasistema; se dice entonces, que el sistema es abierto. Lo anterior implica que el sistema recibe ciertas influencias del suprasistema y puede influir también en él; en los sistemas cerrados no existe este tipo de intercambio. (figura 1) (12).



Sistema Abierto



Sistema Cerrado

Figura # 1 Tipos de sistemas

COMUNICACION

Uno de los aspectos culturales mas importantes de la existencia humana solo se concibe en la medida en que el sujeto establece relaciones " vivas " con otros individuos.

Es la fuerza que denota cohesión a los grupos para darle solidez que garantiza su conservación y posibilita su desarrollo.

La dirección y la coordinación, responsables de las relaciones humanas dentro de cualquier organización social, consideradas el eje de la administración de las organizaciones, jamás lograran acciones unificadas y armónicas hacia el objetivo establecido sin servirse prevalentemente de las técnicas de la comunicación. La línea de autoridad o cadena de mando debe proporcionar canales de comunicación que se extiendan a través de toda la estructura y que sirvan para modular el funcionamiento correcto de la organización.

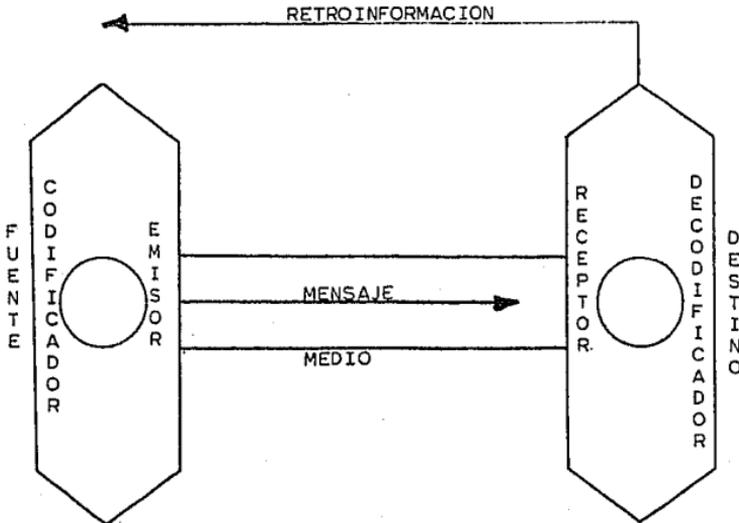
Se desprende de lo anterior que una organización compleja como lo es el IMSS, puede ser entendida y definida en términos de comunicación. (8).

Se deben considerar los acontecimientos y las relaciones sociales como dinámicas, eternamente cambiantes y continuas. Al definir la comunicación como un proceso, se está significando que carece de principio, de fin, o de una secuencia fija de acontecimientos; que no es estática, que no descansa.

Cada sistema parcialmente abierto recibe influjos (denominados estímulos o, si van a ser transformados por el sistema, insumos) de su medio circundante a través de vías específicas, llamadas ENTRADAS. El sistema influye, con sus reacciones o respuestas (denominadas también resultados, si es que son productos de una transformación) sobre el medio, empleando vías específicas llamadas SALIDAS.

El intercambio de estímulos y de reacciones entre el sistema y su medio circundante así como entre los diversos elementos del sistema se denomina COMUNICACION. (12)

ESQUEMA DE COMUNICACION DE SHANNON-WEAVER



ADMINISTRACION

Es la disciplina que persigue la satisfacción de objetivos organizacionales contando para ello con una estructura y a través del esfuerzo humano coordinado. Como puede apreciarse, el esfuerzo humano resulta vital para el funcionamiento de cualquier organización. De aquí que toda organización debe tener o prestar primordial atención a sus recursos humanos; si el elemento humano funciona, la organización marchará adecuadamente; en caso contrario, se detendrá. En la práctica, la administración se efectúa a través del proceso administrativo: PLANEAR, EJECUTAR (Organizar, Integrar y Ejecutar) Y CONTROL.

Las organizaciones a fin de funcionar, necesita satisfacer objetivos organizacionales, dados por el medio y la propia organización. Cada servicio se dirige a a varios grupos humanos:

Objetivo Institucional	Grupos a quienes satisface
Producción y/o servicio	clientes o usuarios
Social	Miembros de la propia organización
	Colectividad
Económico	Gobierno
	Acreeedores
	Acionistas

La organización, para lograr sus objetivos, requiere de una serie de recursos; estos son elementos que, administrados correctamente, le permitirán alcanzar sus objetivos:

RECURSOS MATERIALES

Aquí quedan comprendidos el dinero, las instalaciones físicas, maquinaria, muebles, materias primas, etc.

RECURSOS TECNICOS

Bajo este rubro se listan los sistemas, procedimientos, organigramas, instructivos, etc.

RECURSOS HUMANOS

No solo el esfuerzo o la actividad humana quedan comprendidos en este grupo, sino también otros factores que dan diversas modalidades a esa actividad: conocimientos, experiencias, motivación, intereses vocacionales, aptitudes, actitudes, habilidades potenciales, salud, etc. Los recursos humanos son los mas importantes ya que pueden mejorar y perfeccionar el empleo y el diseño de los recursos materiales y técnicos, lo cual no sucede a la inversa.

Como no todos los paises del mundo tienen la misma producción natural, el comercio ha resultado de la necesidad de cambiar lo que se tiene por lo que se desea; pero este cam--

bio no puede efectuarse, sino mediante la facilidad de las comunicaciones; por tanto el comercio depende de las condiciones de la comarca que se habita y de la facilidad de las comunicaciones existentes entre las diversas comarcas, cuyos pobladores se relacionan entre sí.

La diferenciación mercantil es, sobre todo, importante, porque lleva al régimen monetario. La necesidad hace surgir la moneda, común denominador de las transacciones humanas. Porque es imposible ajustar el deseo humano, insaciable --- siempre, a las estrictas condiciones del trueque.

La concentración de la población en las grandes ciudades, que es una de las características de la población civilizada o de la civilización en general y, especialmente, de nuestra civilización occidental, que va despoblando los campos y disminuyendo, por consiguiente, la población agrícola; pero, como un pueblo no puede vivir, sino artificialmente, sin el -- fondo de acción social que significa la agricultura, esta -- concentración inevitable en lqs grandes ciudades, al fin se produce en detrimento de la cultura.

La gravitación del campo hacia la ciudad termina con la - victoria de la ciudad. " La civilización se libera del solar campesino y corre a su propia destrucción. La ciudad acaba a niquilándose a si misma ". La sangre primitiva, el núcleo a-

grícola perdió ya sus elementos de vigor y de creación. Entonces la cultura se extingue, y la civilización engendra un nuevo tipo de hombre errante, como el primitivo, sin historia, - ni patria: el hombre civilizado.

La industria es la gran centralizadora, la gran edificadora de ciudades. Si el proletario es mas numeroso siempre, ello se debe a la gravitación del campo a la ciudad. (12)

Cuando una sociedad aumenta su población, no solo se produce el incremento de las necesidades; porque también en las actividades humanas, como en los hechos físicos y biológicos, - al incremento cuantitativo como causa sigue la multiplicación correlativa de los efectos.

¿ Porqué en una ciudad populosa hay mas necesidades que en el campo ? La causa eficiente del fenómeno estriba, no solo - en el mayor número de pobladores, sino en los que Durkheim -- llama la densidad moral, o sea, la multiplicación de relaciones entre los miembros de una sociedad.

La civilización es una multiplicación de deseos satisfechos o insatisfechos, pero siempre apremiantes, debido al aumento de la población, al incremento de la densidad material y moral de las sociedades humanas. (10).

En cuanto a la situación económica propia del país se - pueden obtener las siguientes conclusiones:

- 1.- La elevada tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto está fundamentada básicamente en un proceso inflacionario de expansión del gasto público.
- 2.- No es la primera vez que en México se da por tres años - seguidos un crecimiento de más del 7.5%, pero sí es la - primera vez en la historia que dicho crecimiento va acompañado de tan elevadas tasas de inflación.
- 3.- El sector obrero ha aumentado sus niveles de vida en los periodos con mayor estabilidad de precios y no en los de acelerado crecimiento económico con elevadas tasas de inflación.
- 4.- El elevado crecimiento del PIB, con base en la inflación es ilusorio y transitorio.
- 5.- El aumento de la demanda y el consumo que provoca dicho crecimiento, solamente es del sector público y de algunos pequeños grupos del sector privado ligados al auge del - sector público. Y es a costa de disminuir la demanda y - el consumo de la clase media y humilde.
- 6.- La creación de empleos, producto de un crecimiento artificialmente acelerado, es transitorio y a largo plazo se

revierte la situación. Las políticas keynesianas, como las que se están aplicando en México, producen un mayor desempleo a largo plazo, que el empleo que crean a corto plazo.

- 7.- El crecimiento con inflación acentúa una desigual distribución del ingreso. Enriquece al sector gobernante, a grupos de grandes empresarios, y perjudica a la mayoría de los medianos y pequeños empresarios, sectores obrero, campesino y, en general a la clase media y humilde.
- 8.- Casi todos los países (Estados Unidos, Inglaterra, --- Francia, Alemania, Japón, etc.) han abandonado las políticas de crecimiento acelerado a base de expansión -- del gasto público, pues mas que solucionar los problemas económicos y sociales solo aparentan resolverlos y permiten a los gobiernos presentar a corto plazo cifras optimistas en cuanto al crecimiento económico, pero desatan un proceso inflacionario que pone en peligro todas las instituciones económicas y sociales.
- 9.- En México está claro que el gabinete económico del actual gobierno es partidario de las peligrosas y obsoletas doctrinas keynesianas, y que de continuar su aplicación en nuestra economía, cada día será mas difícil co--

rregir las distorsiones que provocan dentro de un clima de armonía y paz social.

- 10.-A diferencia de los criterios optimistas de los altos funcionarios públicos y de muchos líderes empresariales los datos concretos nos hacen ver que, a pesar de nuestra riqueza petrolera, la deuda externa sigue aumentando; los subsidios o economía ficción cada día es mayor; el déficit de la balanza de pagos, contrariamente a lo proyectado en los planes gubernamentales, se ha agrandado, y los índices de los precios han crecido muy por -- arriba de las estimaciones oficiales. (13)

MOTIVACION

Un principio fundamental del desarrollo científico, en to dos los campos, es el que asegura que todos los fenómenos es tán determinados: es decir, que responden a una causalidad, por más compleja que esta pueda ser.

Freud fue quien estudió y demostró el carácter causal de los fenómenos psicológicos, siendo este uno de sus grandes - aportes a la psicología.

En otras palabras, el estudio de la motivación de la con- ducta es estudio del porqué, es decir, las causas de porqué alguien se comporta de determinada manera frente a una situ- ción.

En la formulación de la causalidad como fenómeno de AC--- CION RECIPROCA, no solo se admite la existencia de múltiples causas sino que además se tiene en cuenta el efecto producido y que reacciona sobre las causas mediante un condicionamien- to recíproco muy complejo.

La motivación es entonces, la causalidad operante sobre - el nivel psicológico, ya que la motivación es también conduc- ta y no un agente externo o distinto de la conducta misma.

El comportamiento del individuo está encauzado hacia una meta con el objeto de satisfacer ciertas necesidades o de -

evitar el descontento en el trabajo. Abraham Maslow ha colocado a estas necesidades en una jerarquía de cinco niveles, que van desde las necesidades fisiológicas, hasta las necesidades que llevan a la realización personal. (12)

El proceso de motivación se puede plantear en términos ecuacionales:

$$\begin{array}{l} \text{necesidad} \\ \text{deseo} \\ \text{impulso} \end{array} + \text{ incentivo } = \text{ acción}$$

Son todos aquéllos factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo.

Algunos tipos de motivación son totalmente aprendidos: precisamente la sociedad va modelando en parte la personalidad; nacemos así, con un bagaje instintivo, con un equipo orgánico pero además, la cultura va modelando nuestro comportamiento y creando nuestras necesidades.

Vemos entonces como la motivación es algo extraordinariamente compleja. A ella concurren tres grandes vertientes: -- biológica (incluyendo los instintos), psicológica (inteligencia, aprendizaje, elementos inconcientes, etc.) y culturales (valores, normas, etc.).

NECESIDAD DE SEGURIDAD FISICA

La necesidad física fundamental es mantener la homeostasis. La frustración es uno de los impulsos orgánicos específicos que altera de algún modo el desarrollo interno del orga-

nismo. Las causas de tal alteración son tanto fisiológicas - como psicológicas. Las frustraciones son las causas mas serias de trastornos personales. Es importante la satisfacción de las necesidades físicas ya que estas proporcionan una sensación de seguridad.

NECESIDAD DE SEGURIDAD EMOCIONAL

Una necesidad es un impulso hacia la acción. Es al mismo tiempo un estado emocional. Si se satisface la necesidad, se reduce también la tensión y sigue una relativa calma emocional. Si no se le satisface, permanece un estado emocional intenso. Estado emocional es una condición de agitación durante periodos difíciles de tratar de ajustarse.

NECESIDAD DE EXITO

Desde la cuna, hasta la muerte, el hombre lucha sin cesar con el medio. Cuando se apunta alguna victoria, aun parcial, siente una honda satisfacción. En el caso contrario a parece en él un sentimiento de fracaso. Pero si es un ser humano normal, acompaña al sentimiento del fracaso, el reconocimiento del hecho de que hay que adaptarse a aquellos factores ambientales que no podemos conquistar.

NECESIDAD DE STATUS

Se discute algo si el status debe considerarse o no como una necesidad especial. Es cierto que está muy emparentada

con el éxito y que tanto el status como el éxito pueden considerarse como derivados de la necesidad de seguridad. Sin embargo, aunque exista poca certeza tocante al origen, no hay duda de que los seres humanos necesitan ser reconocidos y también acogidos por parte de sus congéneres.

Como los seres humanos son independientes, se espera de cada persona que se conduzca de un modo aceptable a las normas de la civilización a que pertenece. Estas normas de conducta a las que debe ajustarse suelen clasificarse en cuatro categorías: usos, costumbres, ética y tabús. (11)

H I P O T E S I S

Si se logran identificar las causas que influyen para que el médico egresado de la Residencia de Medicina Familiar, -- aplique parcialmente sus conocimientos en su práctica diaria se logrará un acercamiento al perfil profesional esperado -- por la institución.

OBJETIVOS

- 1.- Conocer cuáles son los factores que intervienen para que el médico familiar egresado de la Residencia no aplique adecuadamente sus conocimientos en su práctica diaria.
- 2.- Detectar que factores, por parte de la Institución influyen para que el médico familiar no realice adecuadamente su práctica clínica.
- 3.- Detectar que factores, por parte del médico familiar, influyen para que su práctica clínica no sea la adecuada.
- 4.- Retroalimentar por medio de este estudio tanto a la Institución como a los médicos familiares para que su práctica sea mejorada en calidad.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

A) Universo de trabajo:

Muestra: Todos los médicos familiares egresados de la -
Residencia de Medicina Familiar, que se encuentren labo--
rando en su base, en las Unidades sedes de la Residencia
de Medicina Familiar.

Situación geográfica: Valle de México

Tiempo: Del 1º de marzo al 30 de noviembre de 1983

B) Revisión de la bibliografía existente sobre el tema:

Del 1º de marzo al 30 de marzo de 1983

C) Presentación del protocolo al asesor:

El 10 de abril de 1983

D) Presentación del protocolo a las autoridades correspon-
dientes:

El 20 de abril de 1983

E) Reuniones periódicas con el asesor:

Cada 15 días mientras dure la investigación.

F) Se realizarán encuestas a los médicos familiares egresados de la Residencia de Medicina Familiar que se encuentren laborando en las unidades sedes de la Residencia.

Estas encuestas estarán encaminadas a determinar dos factores principales:

1.- Factores institucionales que influyen en la práctica clínica diaria.

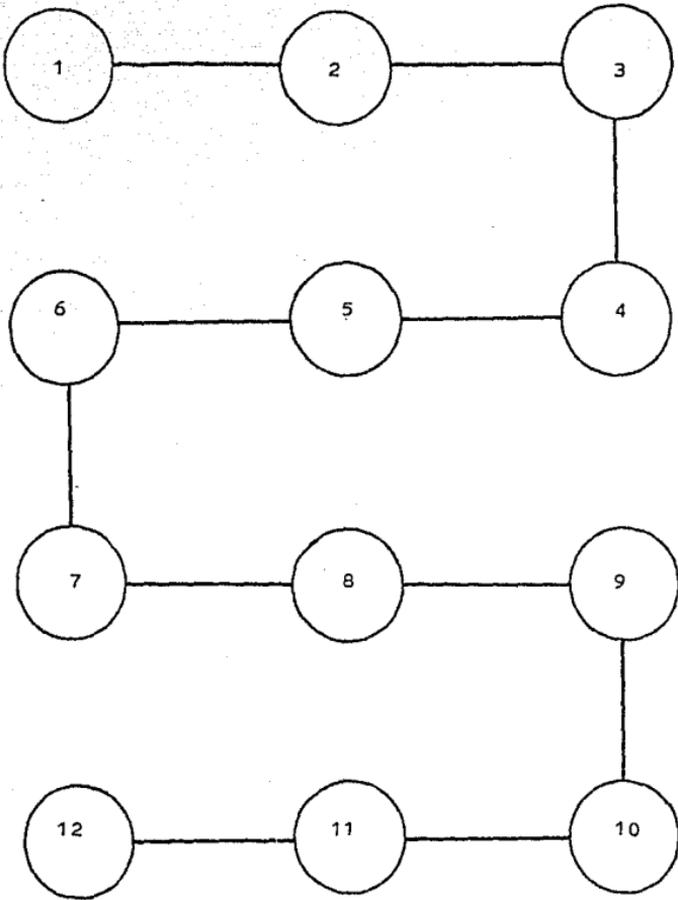
2.- Factores del especialista en Medicina Familiar que influyen en el ejercicio de su profesión.

MATERIAL Y METODOS

- 1.- RECURSOS HUMANOS: Dos médicos residentes de 2º año de la especialidad de Medicina Familiar. Asesores de la investigación. Secretaria. Estadígrafo de las Unidades sedes.
- 2.- RECURSOS FISICOS: Archivos de las Unidades sedes.
- 3.- RECURSOS MATERIALES: Hojas de papel bond, plumas, lápices, máquina de escribir, automóvil.
- 4.- En el archivo de las Unidades sedes se obtendrán los siguientes datos:
 - Población actual adscrita a la clínica
 - Población planeada para la Unidad
 - Promedio de consulta diaria
 - Area de influencia

RUTA CRITICA

- 1.- Revisión de la bibliografía existente
- 2.- Elaboración de las encuestas
- 3.- Presentación del protocolo al asesor
- 4.- Presentación del protocolo a las autoridades
- 5.- Recolección de datos en el archivo de las unidades
- 6.- Aplicación de encuestas
- 7.- Recolección de datos
- 8.- Análisis de los datos obtenidos
- 9.- Conclusiones y sugerencias
- 10.- Revisión del trabajo por el asesor y comité de ética e investigación de la UMF # 33 IMSS
- 11.- Edición del trabajo
- 12.- Entrega del trabajo final.



RUTA CRITICA

ANALISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

Se tomó una muestra de 100 médicos Familiares, egresados de la Residencia de Medicina Familiar, que se encontraban laborando en su base. Con un rango de edad entre 26 y 43 años.

En el cuadro # 1 se muestran la cantidad de médicos por - sexo y por clínica.

Clínica #	FEMENINOS	MASCULINOS
8	3	2
75	7	13
21	7	6
41	5	7
29	8	6
33	6	10
68	5	7
67	2	2
90	4	0
TOTAL	47	53

Cuadro # 1

Como se muestra en el cuadro # 1, se tomaron en cuenta 8 encuestas realizadas a médicos no correspondientes a Unidad sede de Medicina Familiar, pero que aceptaron contestar la encuesta.

A todos estos médicos se les practicó un cuestionario, - elaborado por nosotros, que constó de 22 preguntas, encaminadas a detectar que factores son los que impiden al médico familiar egresado de la Residencia aplicar total y adecuadamente sus conocimientos adquiridos durante la misma, en su práctica clínica diaria.

Estos factores que tratamos de identificar son los siguientes:

- a) Factores propios del médico
- b) Factores que influyen en el médico
- c) Factores de tipo institucional

Este cuestionario (Apéndice A) se calificó por preguntas correspondientes a cada uno de los factores, objetivos a identificar en este estudio.

Además de esto, solicitamos en el archivo clínico de cada unidad visitada, los siguientes datos:

- a) Población para la cual estaba planeada la clínica
- b) Población actual adscrita
- c) Porcentaje aproximado de consulta diaria
- d) Area de influencia de la Unidad

Al obtener estos datos observamos también:

- e) Consultorios de Medicina Familiar
- f) Población adscrita por consultorio actualmente
- g) Médicos egresados de la Residencia de M.F. por Unidad.

	Clinica	Pob. Planeada	Pob. Actual	Exceso %	DH PM*	DH PM"	Exceso DHPM"
	8	45000	78295	74	1607	2724	897
	75	120000	250000	107	3000	6250	3250
	21	150000	250000	64	2500	4166	1666
	41	96000	131911	37	2400	3297	897
	29	96000	136313	42	1500	2130	630
	33	96000	158831	62	1846	3054	1208
	68	82500	207110	251	1375	3451	2076

DH PM* = Derechohabientes por médico al inicio. Para obtener esta cifra dividimos la población planeada, entre el número de médicos actuales.

DH PM" = Derechohabientes por médico actualmente. Para obtener esta cifra dividimos el número de la población actual entre el número de médicos actualmente.

Exceso DH PM" = Exceso de derechoahbientes actualmente por médico.

Fuente: Investigación personal.

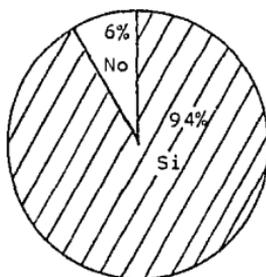
R E S U L T A D O S

Con respecto a la encuesta, las preguntas que tomamos para tratar de obtener los factores propios del médico, fueron las siguientes:

Pregunta # 2

¿ Considera Ud. que los conocimientos adquiridos durante su formación como especialista en Medicina Familiar le permiten proporcionar mejor atención al paciente ?

Mejor preparación es igual a mejor atención
Recopilación general, sedes de la Residencia de MF
Diciembre de 1983



Fuente: Investigación personal

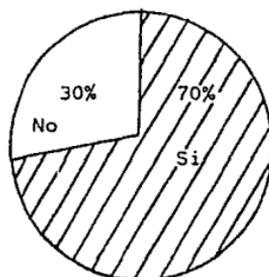
Gráfica # 1

El 94% de los encuestados estuvieron de acuerdo en señalar que sí es posible mejorar la atención brindada al paciente, haciendo patente que no es solo en conocimientos de tipo físico, sino tratando además de restablecer la salud familiar en el aspecto psicosocial.

Pregunta # 8

¿ Considera Ud. que la especialidad de Medicina Familiar se encuentra al mismo nivel de otras especialidades ?

Consideran a MF igual a otras especialidades
Recopilación general, sedes de la Residencia de MF
Diciembre de 1983



Fuente: Investigación personal

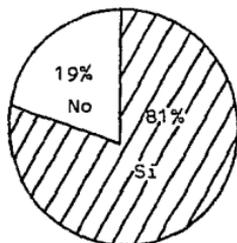
Gráfica # 2

El 70% contestó afirmativamente a esta pregunta, remarcando que sí la considera en el mismo nivel o tal vez en un plano superior ya que las demás especialidades en pocas ocasiones tratan a sus pacientes en una forma integral, enfocándose básicamente en el órgano afectado, que es el de su conocimiento mas profundo, y muy pocas veces prestan atención a -- las alteraciones o repercusiones psicosociales que les provoca su enfermedad.

Pregunta # 9

¿ Está Ud. satisfecho de ser Médico Familiar ?

MF satisfechos con su Residencia
Recopilación general, sedes de la Residencia de MF
Diciembre de 1983



Fuente: Investigación personal
Gráfica # 3

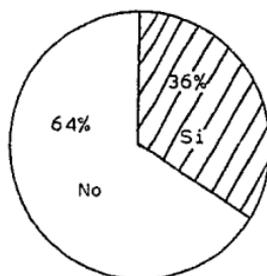
El 81% respondió sentir satisfacción, proporcionada por su Especialidad.

El restante 19% mencionó tener otro tipo de necesidades que no es posible que esta Especialidad le proporcione.

Pregunta # 10

¿ Ha pensado Ud. en realizar otra Residencia ?

MF que desean hacer otra Residencia
Recopilación general, sedes de la Residencia de MF
Diciembre 1983



Fuente: Investigación personal
Gráfica # 4

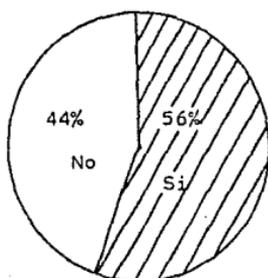
Un 36% refirieron que si tenían deseos de realizar otra - Residencia. Si tomamos en cuenta la gráfica # 3, observare-- mos que es un 15% más de los que manifestaron no sentirse sa tisfechos con la Medicina Familiar. Estas personas refieren un deseo de superación aparte o por tener otros ideales pre- vios.

Pregunta # 11

¿ Considera Ud. que su especialidad le proporciona el status anhelado ?

ESTA TESIS NO DEBE --
SALIR DE LA BIBLIOTECA

MF satisfechos con su residencia
Recopilación general, sedes de la Residencia de MF
Diciembre de 1983



Fuente: Investigación personal
Gráfica # 5

Desde siempre el médico ha tenido un lugar en la sociedad sin embargo de un tiempo a la fecha esta estimación hacia el médico ha venido disminuyendo, a pesar de lo cual un 56% de los médicos entrevistados refieren su satisfacción como médicos y aún más por su especialidad.

Pregunta # 19.

Esta pregunta es referente a la participación que ha teni
do el encuestado en las sesiones generales que se presentan
en su clínica.

¿ En cuantas de ellas tomó Ud. parte activa ?

En la recopilación de respuestas se observa que la gran
mayoría de los encuestados nunca han tenido participación ac
tiva en este tipo de sesiones.

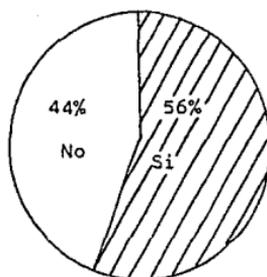
En ocasiones se aduce al poco interés presentado que las
sesiones no les llaman la atención en cuanto al tipo de tema
y en otras ocasiones debido a la gran cantidad de pacientes
que tienen que atender en su consulta.

Las preguntas formuladas para detectar los factores que " influyen " para que el médico familiar no proporcione adecuadamente su consulta clínica diaria, están las siguientes:

Pregunta # 1

¿ Tiene o ha tenido práctica médica privada ?

MF que han tenido consulta particular ?
Recopilación general, sedes de la Residencia de MF
Diciembre de 1983



Fuente: Investigación personal
Gráfica # 6

En la gráfica encontramos que un 56% de los médicos familiares han tenido o tienen actualmente práctica médica privada.

La importancia que esto representa para el estudio actual se plasmará mas adelante.

Pregunta # 5

¿ Cuántos problemas familiares detecta semanalmente ?

El 90% de los médicos coincidió al expresar que del 90 al 95% de las consultas otorgadas diariamente presentan alteraciones en el seno familiar, la mayoría de las veces es transitoria y en otros casos, estas alteraciones son crónicas o permanentes. El simple hecho de la presencia de una enfermedad provoca un desajuste en las pautas diarias de vida.

Pregunta # 7

¿ Aproximadamente cuántos estudios médicos integrales realiza a la semana. ?

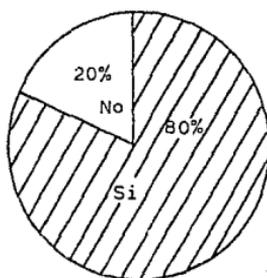
En vista de que ésta es una de las armas principales con que cuenta el Médico Familiar para tener un conocimiento global de la salud de su población y del marco en que se desenvuelve, es de extrañar las respuestas que se expresaron, la mayoría no los realiza, otros sí los realizan, sin embargo - por la escasez de tiempo no tienen oportunidad de plasmarlos en los expedientes clínicos.

Otras respuestas que consideramos fuera de la realidad, - es que realizan de 16 a 18 por semana; en otro caso hubo una persona que mencionó que este tipo de estudios ya no se realizan.

Pregunta # 12

¿ Considera Ud. que su especialidad le dá oportunidad de desempeñar puestos superiores dentro del Instituto ?

Facilidad de desempeñar puestos en la Institución
Recopilación general, sedes de la Residencia de MF
Diciembre de 1983



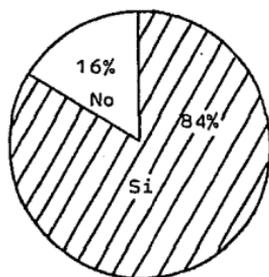
Fuente: Investigación personal
Gráfica # 7

Un 80% considera que si hay oportunidad de alcanzar puestos superiores dentro del Instituto, sin embargo, no solo el ser especialista en esta área, asegurará un puesto, es necesario realizar los méritos necesarios para lograrlo.

Pregunta # 14

¿ Ha participado Ud. en actividades docentes ?

Participación en actividades docentes
Recopilación general, sedes de la Residencia de MF
Diciembre de 1983



Fuente: Investigación personal

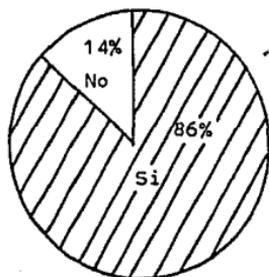
Gráfica # 8

El 84% si ha tenido oportunidad de desempeñar actividades docentes, sin embargo estas actividades son transitorias y - en otras ocasiones estas actividades estan restringidas unica a actividades de tipo tuteladas dentro del consultorio.

Pregunta # 15

¿ Le agradecería tomar parte en la formación de nuevos especialistas en Medicina Familiar ?

Disposición para actividades docentes
Recopilación general, sedes de la Residencia de MF
Diciembre de 1983



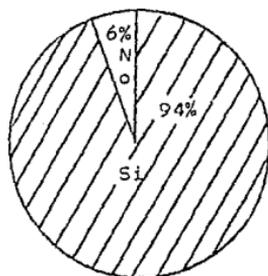
Fuente: Investigación personal
Gráfica # 9

Del 86% que si tienen o quieren tener este tipo de actividad, mencionan sin embargo que no siempre cuentan con el --- tiempo necesario para dedicarlo a los médicos familiares en formación.

Pregunta # 16

¿ Aceptaría en su consultorio a un residente de Medicina Familiar ?

Disposición para actividades docentes
Recopilación general, sedes de la Residencia de MF
Diciembre de 1983



Fuente: Investigación personal
Gráfica # 10

El 94% de las respuestas fueron afirmativas, lo cual indica que si existe buena disposición para las actividades docentes, tal como se especifica en el perfil profesional esperado por la Institución del Médico Familiar. *

Pregunta # 18

Esta pregunta es referente a las sesiones generales que se realizan semanalmente en las Unidades del Seguro Social.

¿ Cuántos temas de Medicina Familiar se revisaron el año pasado en su Unidad ?

En esta pregunta llama la atención la disparidad en las respuestas referente a las cifras que se mencionan, que aún en las mismas Unidades se dan cifras que van desde 0 hasta 50.

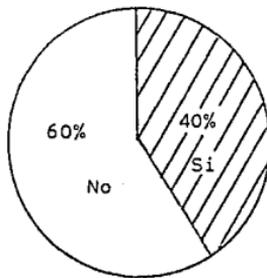
Este tipo de respuestas nos hacen pensar que las sesiones generales casi siempre están con muy poca concurrencia, y que esto puede ser debido a situaciones ya mencionadas al contestarse la pregunta # 19, en los factores del médico.

En esta parte se anotaran los resultados de las preguntas acerca de los factores institucionales

Pregunta # 3

¿ En la Unidad donde labora cuenta con recursos materiales humanos y de tiempo para llevar a cabo una exploración y tratamiento adecuado de la familia ?

Disponibilidad de recursos
Recopulación general, sedes de la Residencia de MF
Diciembre de 1983



Fuente: Investigación personal
Gráfica # 11

Solamente un 40% considera que los recursos proporcionados por la Institución son suficientes y adecuados para brindar una buena atención al paciente. El 60% restante no se encuentra de acuerdo, sobre todo y principalmente en lo que se refiere al recurso tiempo.

Pregunta # 4

¿ Qué promedio de consulta diaria tiene ?

La cantidad de consulta diaria es variable, depende de muchos factores, entre éstos, la población que se tiene adscrita, el tipo de población adscrita y de donde provienen éstos y de los cambios poblacionales que se manejan en las unidades.

Como ejemplo pondremos a la clínica # 33 que una de sus zonas comprende a Echegaray y la Florida, en los consultorios correspondientes, la consulta es muy baja, sin embargo, los consultorios que tienen población de mas bajos recursos la consulta es mas abundante.

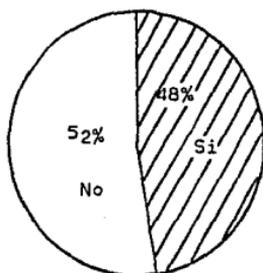
Esta misma situación se encuentra en todas las unidades visitadas.

El rango de consultas, en la recopilación general va desde 10 pacientes en ambos turnos, hasta 60 pacientes en ambos turnos.

Pregunta # 6

¿ Considera Ud. que el expediente clínico actual junto --
con la tarjeta de registro familiar, son suficientes para un
control adecuado ?

Funcionalidad del expediente clínico actual
Recopilación general, sedes de la Residencia de MF
Diciembre de 1983



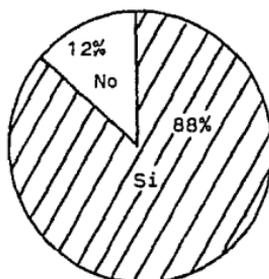
Fuente: Investigación personal
Gráfica # 12

En esta pregunta se encontró un 48% que se encontraban a favor del expediente actual y de la tarjeta de registro familiar. El restante 52% está en desacuerdo, argumentando que desde hace 7 aproximadamente, constantemente se ha estado implementando una serie de cambios y que por lo, tanto no es posible un control adecuado. Estos cambios aparte de ser en corto tiempo, no se explica adecuadamente su manejo.

Pregunta # 13

¿ Le agradaría trabajar en una clínica piloto, donde solo hubiese egresados de la Residencia ?

Deseo de trabajar en una clínica piloto de MF
Recopilación general, sedes de la Residencia de MF
Diciembre de 1983



Fuente: Investigación personal
Gráfica # 13

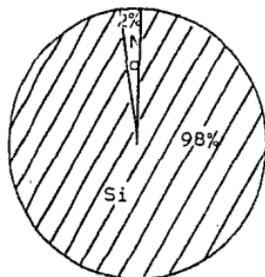
Es interesante esta respuesta, el 88% desearían trabajar en una clínica piloto de Medicina Familiar. Si nos damos --- cuenta, la mayoría de los Medicos Familiares que se encuentran laborando en el IMSS, es únicamente como puesto nominativo.

Además ya anteriormente en la clínica # 21 se estuvo manejando esta situación, sin embargo se desconocen las causas --- por las cuales se suspendió esta disposición.

Pregunta # 17

¿ En su Unidad se llevan a cabo sesiones generales ?

Disponibilidad para la docencia
Recopilación general, sedes de la Residencia de MF
Diciembre de 1983



Fuente: Investigación personal

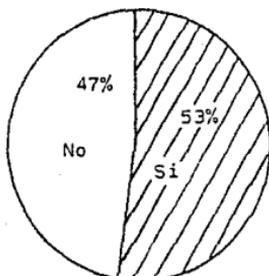
Gráfico # 14

El 98% respondió afirmativamente. Esta pregunta esta ligada a las preguntas 18 y 19, correspondientes al médico. Es de hacer resaltar que la mayoría estan en desacuerdo con las sesiones que se llevan a cabo, ya que el interés general de la sesión no esta encaminado al médico; la institución favorece las repeticiones basándose en la elaboración de programas que son poco congruentes con las necesidades y realidad del médico de primer nivel.

Pregunta # 20

¿ Considera adecuado el plan institucional para la supe-
ración del médico de primer nivel ?

Funcionalidad del plan de la Residencia
Recopilación general, sedes de la Residencia de MF
Diciembre de 1983



Fuente: Investigación personal
Gráfica # 15

El 53% se mostró en desacuerdo, aduciendo que existen va-
rias situaciones que no permiten que este plan funcione ade-
cuadamente, como es el hecho de que no se cuente con sufi-
cientes profesores, la planeación y el desarrollo no son ade-
cuados; no existe un lugar o biblioteca en donde encontrar -
bibliografía relacionada con esta especialidad y no hay un -
lugar adecuado o específico para llevar a cabo Laboratorio -
de Familia ni Seminarios Balint, importantes para nuestra --
preparación.

Con lo que respecta a los resultados obtenidos, de los datos estadísticos solicitados en las clínicas, Unidades sedes de la Residencia de Medicina Familiar, son los siguientes:

Tomando los datos en forma general, encontramos que estas Unidades estaban planeadas para atender, entre todas, a una población de 685,500 derechohabientes. En la actualidad la cantidad de derechohabientes en estas Unidades, asciende a - 1.212,461 derechohabientes, con una sobrepoblación de 526961 derechohabientes, que es casi el doble de población para las que originalmente estaban planeadas.

La adscripción de derechohabientes por médico generalmente oscila entre 1500 a 2500 derechohabientes y en el momento actual se tiene a 2724 a 6250 derechohabientes por médico.

(véase tabla # 2, pag. 74)

Más adelante se hará un análisis por clínica.

Con lo que respecta a las zonas de influencia de cada una de las Unidades, solamente en 2 nos proporcionaron los mapas correspondientes a sus zonas; en las demás se nos informó que los mapas de las zonas geográficas correspondientes - estaban en modificación, por lo cual no iban a ser correspondientes al área actual.

ANALISIS DE DATOS ESTADISTICOS POR CLINICA

La clínica correspondiente a la Unidad sede de la Residencia de Medicina Familiar de la Delegación # 6, es la UMF con HGZ # 8.

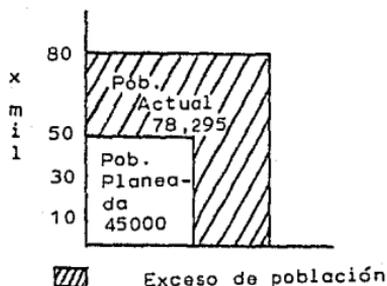
La población para la cual estaba planeada esta clínica es de 45,000 derechohabientes; actualmente tiene una población de 78,295; esto nos da un exceso de población de 33,295 --- (gráfica # 16), o sea que tiene una sobrepoblación de 74% (gráfica # 17). En esta Unidad se cuenta con 28 consultorios, de consulta externa de Medicina Familiar. De estos, - 14 corresponden al turno AC y 14 al turno BD.

En el turno AC, de estos 14 médicos, solo 3 de ellos son egresados de la Residencia de Medicina Familiar, lo que nos da un porcentaje de 21%. En el turno BD, son 4 los egresados de la Residencia, lo que nos da un porcentaje de 28%. - (gráfica # 18). Tomando en cuenta el porcentaje en total, de ambos turnos, los egresados de la Residencia de Medicina Familiar es de 25% únicamente. (gráfica # 19)

Con lo que respecta a la cantidad de médicos egresados - vistos por edades, sexo y estado civil, se encuentra representado en las gráficas # 20 y # 21.

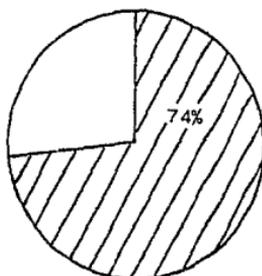
Posteriormente se hará un análisis de estas gráficas.

Exceso de población
UMF # 8 IMSS
Octubre de 1983



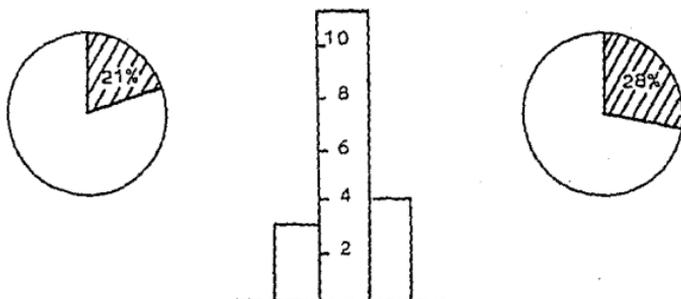
Fuente: Archivo UMF # 8 IMSS
Gráfica # 16

Exceso de población en porcentaje
UMF # 8 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Archivo UMF # 8 IMSS
Gráfica # 17

Proporción de egresados de MF
UMF # 8 IMSS
Octubre de 1983

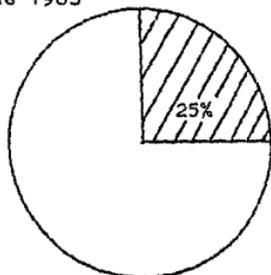


Total consultorios ambos turnos: 28

Fuente: Investigación personal

Gráfica # 18

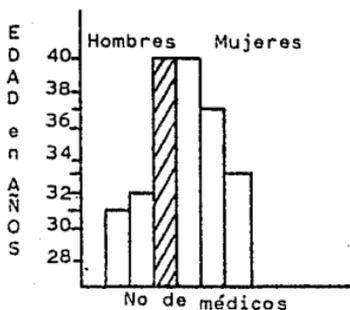
Porcentaje de egresados de MF
UMF # 8 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Investigación personal

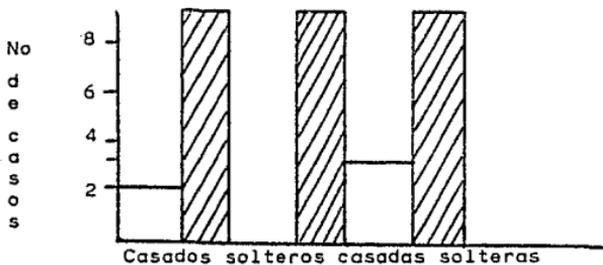
Gráfica # 19

Relación de egresados de MF por edad y sexo
UMF # 8 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Investigación personal
Gráfica # 20

Relación de MF por estado civil
UMF # 8 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Investigación personal
Gráfica # 21

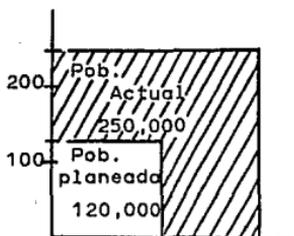
Con lo que respecta a los datos estadísticos de la clínica # 75, (se tomó esta clínica debido a que la Unidad sede la clínica # 25, ya no cuenta con Unidad de Medicina Familiar), tiene una población actual de 250,000 derechohabientes; fue planeada para atender a una población de 120,000 - lo cual nos da un exceso de 130,000 derechohabientes. (Gráfica # 22). Esto nos da un exceso de población de 107%. (Gráfica # 23).

En esta Unidad se cuenta con 80 consultorios de Medicina Familiar. En el turno AC se encuentran laborando 14 médicos egresados, que corresponde a 35% del total de médicos. En el turno BD se encuentran 10 médicos egresados, que corresponde a un 25%. (gráfica # 24)

Tomando en cuenta el total de egresados de la Residencia de Medicina Familiar, que se encuentran laborando en esta Unidad, corresponde al 30% del total de médicos familiares. (gráfica # 25)

Las gráficas 26 y 27 nos muestran la cantidad de médicos por edades, sexo y estado civil.

Exceso de población
UMF # 75 IMSS
Octubre de 1983

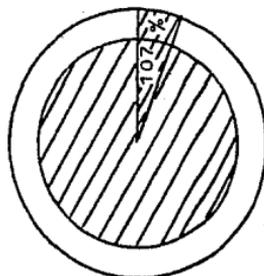


 Exceso de población

Fuente: Archivo UMF # 75 IMSS

Gráfica # 22

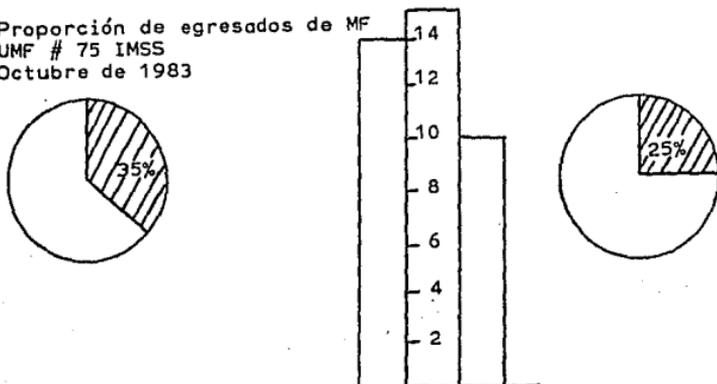
Exceso de población en porcentaje
UMF # 75 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Archivo UMF # 75 IMSS

Gráfica # 23

Proporción de egresados de MF
UMF # 75 IMSS
Octubre de 1983

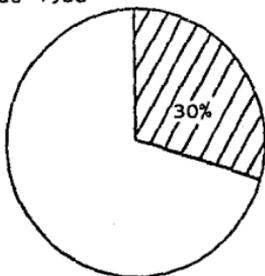


Total consultorios ambos turnos: 80

Fuente: Investigación personal

Gráfica # 24

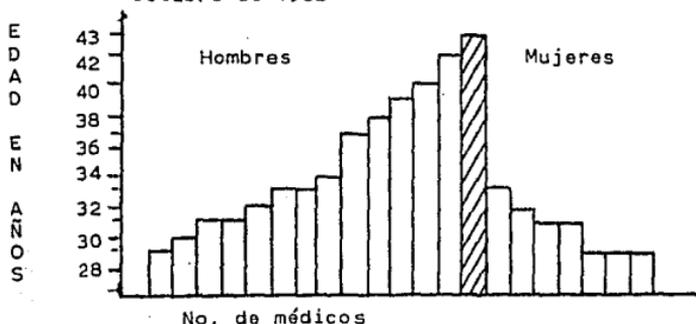
Porcentaje de egresados de MF
UMF # 75 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Investigación personal

Gráfica # 25

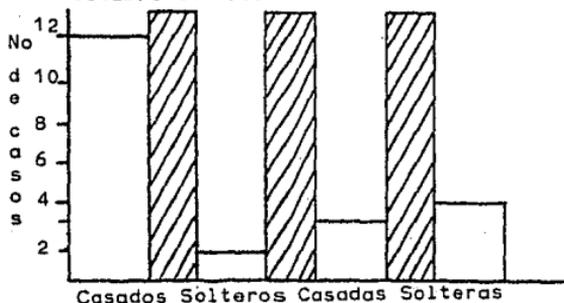
Relación de egresados de MF por edad y sexo.
UMF # 75 IMSS
Octubre de 1983



No. de médicos
Fuente: Investigación personal

Gráfica # 26

Relación de egresados de MF por estado civil
UMF # 75 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Investigación personal

Gráfica # 27

En la clínica # 21 se encontraron los siguientes datos:

La población planeada para ser atendida en esta Unidad es de 150,000 derechohabientes; la población actual que tiene es de 250,000 derechohabientes, lo que nos da un exceso de población de 100,000 derechohabientes aproximadamente. (gráfica # 28).

El porcentaje de exceso de población es de 66%. (gráfica # 29)

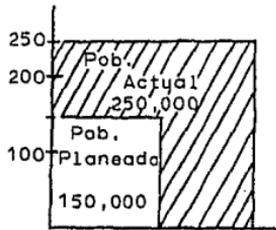
En el turno AC, que cuenta con 30 consultorios de Medicina Familiar, se encuentran laborando 7 médicos egresados de la Residencia, que corresponde a un 23% del total.

En el turno BD se encuentran laborando un total de 10 médicos egresados de la Residencia, que corresponde a un 33%. --- (gráfica # 30)

Tomando en cuenta la cantidad total de médicos egresados de la Residencia de Medicina Familiar en ambos turnos, corresponde a un 28%. (gráfica # 31)

Las gráficas 32 y 33, muestran la cantidad de médicos egresados de la Residencia que aceptaron contestar la encuesta -- por edades, sexo y estado civil.

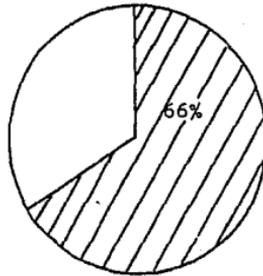
Exceso de población
UMF # 21 IMSS
Octubre de 1983



 Exceso de población

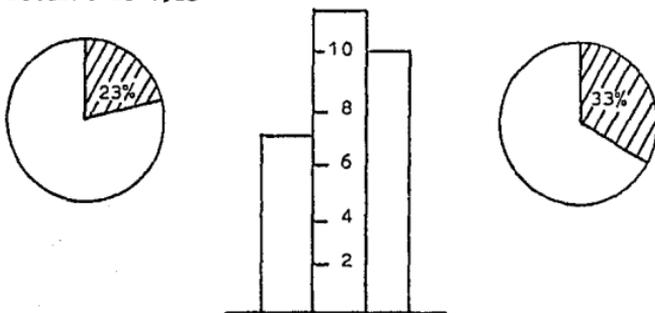
Fuente: Archivo clínico UMF # 21 IMSS
Gráfica # 28

Exceso de población en porcentaje
UMF # 21 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Archivo clínico UMF # 21 IMSS
Gráfica # 29

Proporción de egresados de MF
UMF # 21 IMSS
Octubre de 1983

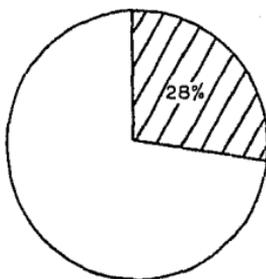


Total de consultorios en ambos turnos: 60

Fuente: Investigación personal

Gráfica # 30

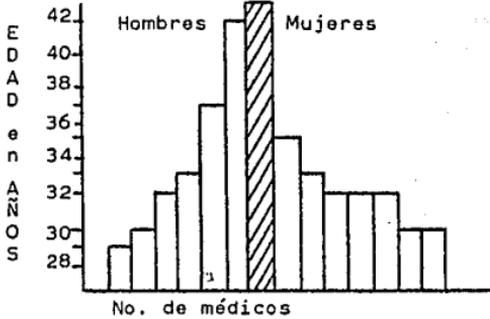
Porcentaje de egresados de MF
UMF # 21 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Investigación personal

Gráfica # 31

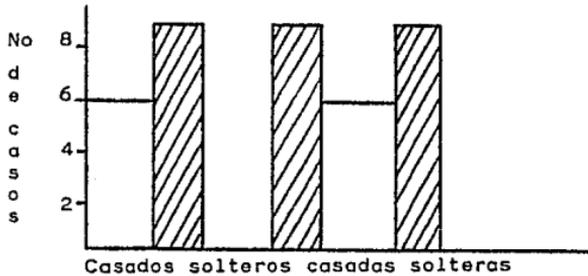
Relación de egresados de MF por edad y sexo
UMF # 21 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Investigación personal

Gráfica # 32

Relación de egresados de MF por estado civil.
UMF # 21 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Investigación personal

Gráfica # 33

Los datos obtenidos en la clínica # 41 (fuimos remitidos a esta clínica, debido a que la clínica # 24, Unidad sede de la residencia, no cuenta con consulta externa de Medicina -- Familiar), son los siguientes:

La unidad estaba planeada para una población de 96,000 -- derechohabientes y en la actualidad cuenta con 131,911 derechohabientes. Lo que representa una sobrepoblación de ---- 35,911 derechohabientes. (Gráfica # 34)

El exceso de población representa un 37% por arriba de lo planeado (Gráfica # 35)

Llama la atención la sobrepoblación existente en esta Unidad por el hecho de que inició su funcionamiento hace apenas 6 meses.

En la actualidad se cuenta con un total de 40 consulto--- rios de Medicina Familiar para ambos turnos.

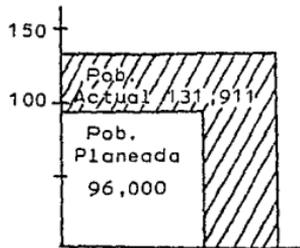
En el turno AC se encuentran laborando 6 médicos egresados de la Residencia de Medicina Familiar, que corresponde a un porcentaje del 30%. En el turno BD laboran únicamente 5 - médicos familiares egresados de la Residencia, que correspon de a un 25%. (Gráfica # 36)

El total de médicos familiares egresados de la Residencia en ambos turnos corresponde al 27% del total. (gráfica #37)

Las gráficas 38 y 39 representan a los médicos que contes taron la encuesta, por edad, sexo y estado civil.

Exceso de población

UMF # 41 IMSS
Octubre de 1983



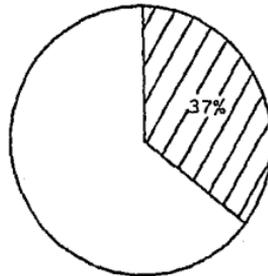
 Exceso de población

Fuente: Archivo UMF # 41 IMSS

Gráfica # 34

Exceso de población en porcentaje

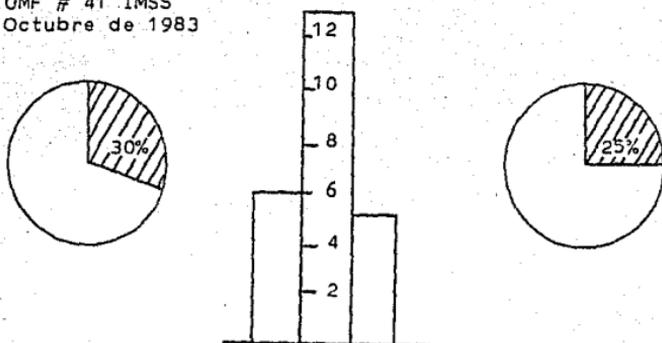
UMF # 41 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Archivo UMF # 41 IMSS

Gráfica # 35

Proporción de egresados de MF
UMF # 41 IMSS
Octubre de 1983

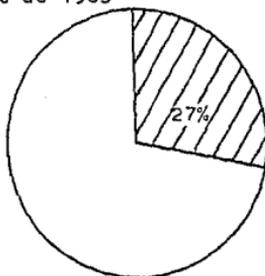


Total consultorios ambos turnos: 40

Fuente: Investigación personal

Gráfica # 36

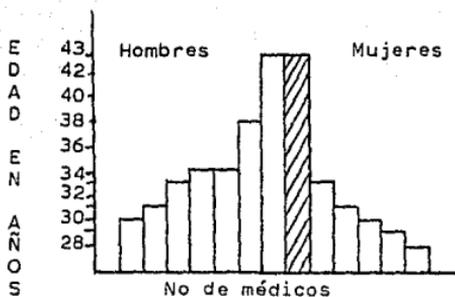
Porcentaje de egresados de MF
UMF # 41 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Investigación personal

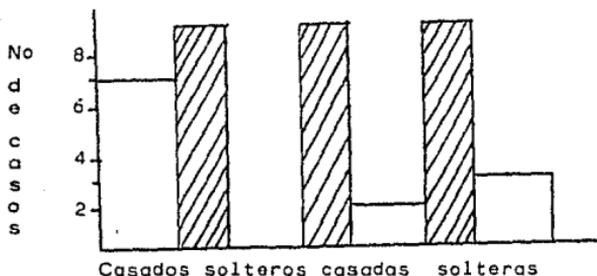
Gráfica # 37

Relación de agresados de MF por edad y sexo
UMF # 41 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Investigación personal
Gráfica # 38

Relación de MF por estado civil
UMF # 41 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Investigación personal
Gráfica # 39

Con lo que respecta a los datos estadísticos de la clínica # 29, tenemos lo siguiente:

La población de derechohabientes para la cual estaba planeada la clínica es de 96,000 y en la actualidad se cuenta con 136,313 derechohabientes, lo cual nos da una sobrepoblación de 40,313 derechohabientes. Gráfica # 40

El exceso de población nos representa un 42% más de lo que originalmente estaba planeada. (gráfica # 41)

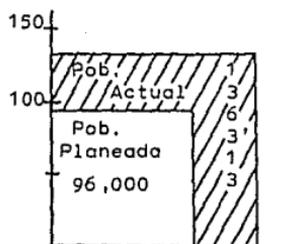
En la Unidad se cuenta con total de 64 consultorios para ambos turnos.

En el AC, de 32 consultorios de Medicina Familiar, se encuentran atendiendo estos consultorios 7 médicos egresados de la Residencia de Medicina Familiar, que corresponde a un total del 22%. En el BD, también se encuentran laborando en los consultorios de Medicina Familiar 7 médicos egresados de la Residencia, correspondiendo también a un 22% del total. Gráfica # 42

El porcentaje total de los médicos egresados de la Residencia en ambos turnos es de 22%. (gráfica # 43)

Las gráficas # 44 y 45, representan a los médicos Familiares egresados de la Residencia, por número, edades, sexo y estado civil.

Exceso de población
UMF # 29 IMSS
Octubre de 1983

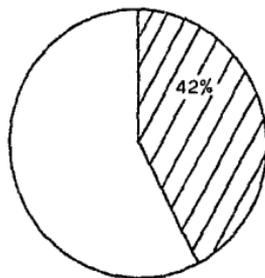


 Exceso de población

Fuente: Archivo UMF # 29 IMSS

Gráfica # 40

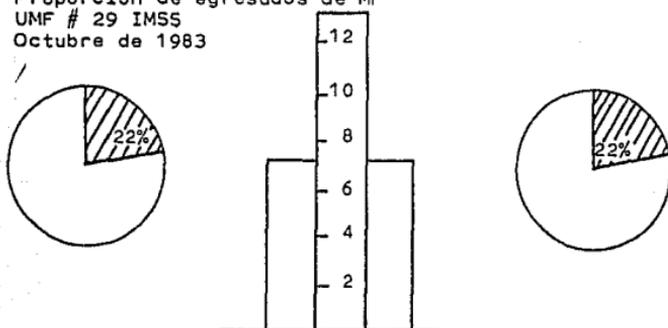
Exceso de población en porcentaje
UMF # 29 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Archivo UMF # 29 IMSS

Gráfica # 41

Proporción de egresados de MF
UMF # 29 IMSS
Octubre de 1983

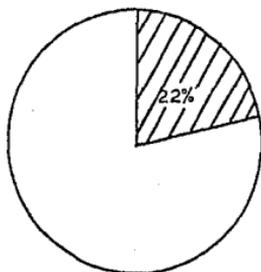


Total de consultorios en ambos turnos: 64

Fuente: Investigación personal

Gráfica # 42

Porcentaje de egresados de MF
UMF # 29 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Investigación personal

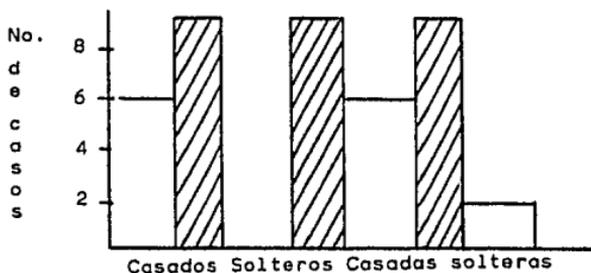
Gráfica # 43

Relación de MF por edad y sexo
UMF # 29 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Investigación personal
Gráfica # 44

Relación de MF por estado civil
UMF # 29 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Investigación personal
Gráfica # 45

En lo que corresponde a la clínica # 33, las estadísticas son las siguientes:

Para la Unidad, a su inicio estaba planeada para atender a una población de 96,000 derechohabientes; en la actualidad cuenta con 158,831 derechohabientes, hasta el mes de agosto de 1983, lo que nos da una sobrepoblación de 62,831 derechohabientes en esta clínica. (Gráfica # 46)

En porcentaje esta última cifra nos representa un 62% por arriba de su capacidad inicial. (gráfica # 47)

En la Unidad, hasta el momento de obtener los datos estadísticos se contaba con 52 consultorios en total para ambos turnos, actualmente existen 54 consultorios en total.

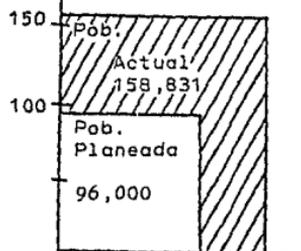
En el turno AC, de estos 26 consultorios, se encuentran atendiendo los médicos egresados de la Residencia en solo 8 consultorios, lo que nos da un 31% del total en el turno.

En el turno BD son 11 los médicos egresados de la Residencia, que nos da un porcentaje del 42%. (gráfica # 48)

El total de médicos de ambos turnos egresados de la Residencia de Medicina Familiar solo abarca el 36% del total. (gráfica # 49)

En las gráficas # 50 y 51, se observa la cantidad de médicos que contestaron el cuestionario, por edades, sexo y estado civil.

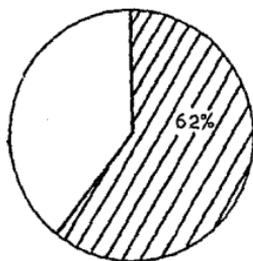
Exceso de población
UMF # 33 IMSS
Agosto de 1983



 Exceso de población

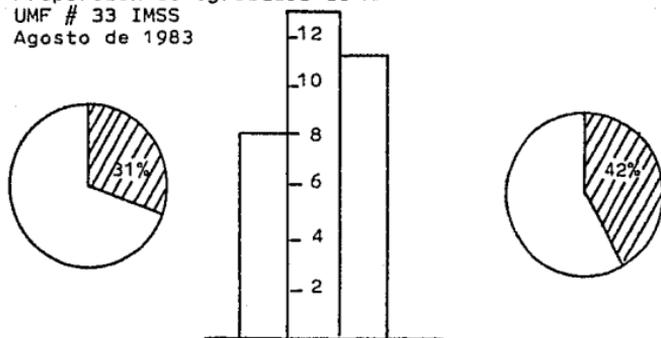
Fuente: Archivo UMF # 33 IMSS
Gráfica # 46

Exceso de población en porcentaje
UMF # 33 IMSS
Agosto de 1983



Fuente: Archivo UMF # 33 IMSS
Gráfica # 47

Proporción de egresados de MF
UMF # 33 IMSS
Agosto de 1983

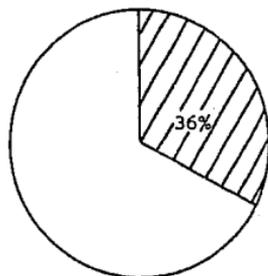


Total consultorios de MF en ambos turnos 52

Fuente: Investigación personal

Gráfica # 48

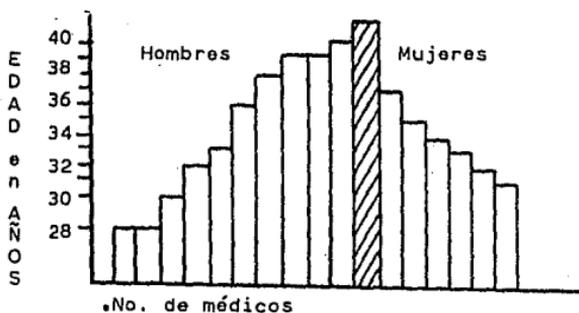
Porcentaje de egresados de MF
UMF # 33 IMSS
Agosto de 1983



Fuente: Investigación personal

Gráfica # 49

Relación de egresados de MF por edad y sexo
UMF # 33 IMSS
Octubre de 1983

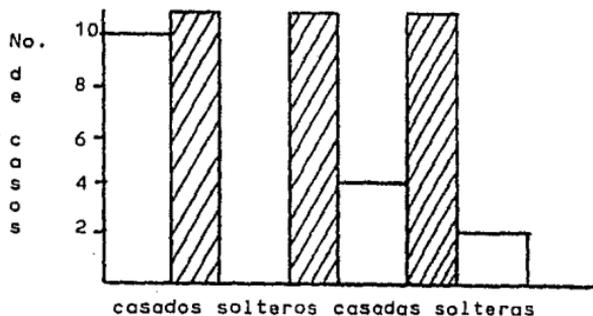


No. de médicos

Fuente: Investigación personal

Gráfica # 50

Relación de MF por estado civil
UMF # 33 IMSS
Octubre de 1983



casados solteros casadas solteras

Fuente: Investigación personal

Gráfica # 51

En la Clínica # 68, encontramos los siguientes datos:

La unidad estaba planeada para atender a 82,500 derechohabientes, en la actualidad cuenta con una población total de 207,110, lo que nos da un exceso de población de 124,610 derechohabientes. (gráfica # 52)

En porcentaje nos representa un 251% más de población para la que originalmente estaba planeada. (gráfica # 53)

En esta unidad se cuenta con 60 consultorios de Medicina Familiar para ambos turnos.

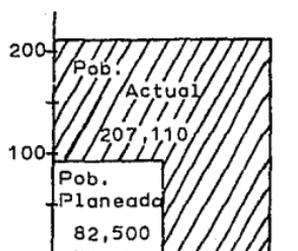
En el turno AC se cuenta con 5 médicos egresados de la Residencia, que porcentualmente es de solo 16% del total de médicos en este turno.

En el turno BD se encuentran laborando 7 médicos egresados de la Residencia de Medicina Familiar, lo que nos representa un 23% del total. (gráfica # 54)

El porcentaje total de médicos egresados de la Residencia de Medicina Familiar en ambos turnos es de 20%. (Gráfica --- # 55)

Las gráficas # 56 y 57 representan a los médicos de esta clínica que aceptaron contestar el cuestionario que se formuló. Se encuentran representados por número de casos, edad, -- sexo y estado civil.

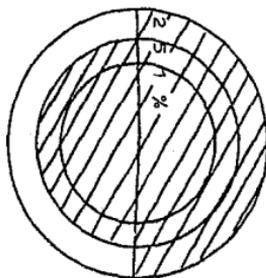
Exceso de población
UMF # 68 IMSS
Octubre de 1983



 Exceso de población

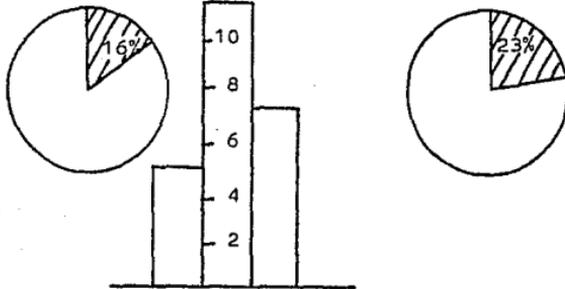
Fuente: Archivo UMF # 68 IMSS
Gráfica # 52

Exceso de población en porcentaje
UMF # 68 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Archivo UMF # 68 IMSS
Gráfica # 53

Proporción de egresados de MF
UMF # 68 IMSS
Octubre de 1983

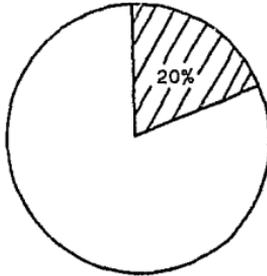


Total consultorios ambos turnos: 60

Fuente: Investigación personal

Gráfica # 54

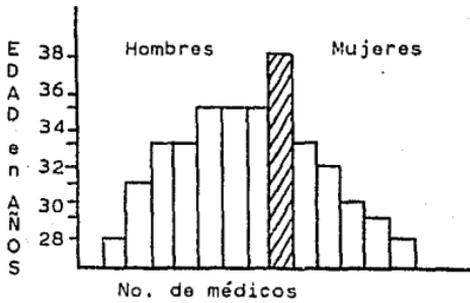
Porcentaje de egresados de MF
UMF # 68 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Investigación personal

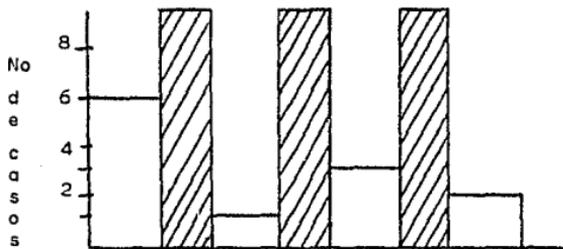
Gráfica # 55

Relación de egresados de MF por edad y sexo
UMF # 68 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Investigación personal
Gráfica # 56

Relación de MF por estado civil
UMF # 68 IMSS
Octubre de 1983



Fuente: Investigación personal
Gráfica # 57

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

De los resultados anteriormente expuestos concluimos lo siguiente:

Dentro de los factores que son propios del médico, que consideramos nosotros como la satisfacción que sienten de su Residencia, así como de su empleo. Estos son los siguientes:

Existe satisfacción con los conocimientos que se adquieren durante la Residencia, sobre todo porque son aspectos fundamentales de salud y que se enfocan básicamente en el aspecto afectivo y por ende es más fácil entender las patologías en el área psicosocial.

Por lo mismo se piensa que esta Residencia, o los conocimientos que proporciona, podrían lograr que la medicina nuevamente tenga humanización; aspecto que la hace tan importante o más que cualquier otra especialidad.

Sin embargo, ya que como se mencionó en el marco teórico el auge que proporciona el IMSS a esta Residencia y la obligación que impone de que aquél profesional de la medicina que quiera realizar otra Residencia debe haber aprobado antes la de Medicina Familiar, hace que no siempre se tenga -

una satisfacción ya que sus metas y objetivos están encaminadas hacia otra parte de la medicina.

Por otra parte, en cuanto a la participación activa en -- las sesiones generales, es en donde se encuentra una gran apatía y esto es consecuencia del gran número de pacientes -- concurrentes a la consulta diaria; y a que el interés general de las sesiones no es el adecuado. A esto podemos también decir que existen personas que aunque no tengan pacientes a la hora de las sesiones, utilizan el tiempo en otro tipo de actividades y solo ocasionalmente acuden a éstas.

Consideramos nosotros que deba existir una motivación; -- por parte de la Institución, tratar de mejorar la calidad de las sesiones y promover el contacto entre los diferentes niveles de atención, con temas de interés, tanto para el expositor como para el auditorio; por parte del médico, que debe motivarse a sí mismo para mejorar o reafirmar sus conocimientos y que su participación haga que estas sesiones sean productivas para todos.

Entre los factores que " influyen " en el médico tenemos los siguientes:

La existencia o no de práctica privada hace que muchas veces se tengan ciertas rutinas de atención, rutinas que pueden verse mejoradas tanto para la consulta privada como en la Institución.

Es notable que el 56% de los médicos entrevistados, tengan este tipo de consulta, ya que aunado a la difícil situación por la que atraviesa el País, la atención a nivel particular a disminuido en gran proporción.

Otro factor influyente es la necesidad de atención de una familia, la propia, para poder otorgarle los satisfactores básicos y un poco más, si es posible.

Se mejora notablemente la acuciosidad del médico para detectar las patologías que se presentan en el seno familiar, ante la presencia de la enfermedad y estar brindando una mayor atención a aquellas alteraciones familiares crónicas o que tiendan a la cronicidad.

A pesar de esto, los médicos familiares no realizan este tipo de estudios médicos integrales, que en cualquier momento nos pueden poner en claro la alteración familiar que existe, y en base a esto, tratar de iniciar la terapia más

más adecuada en dicho caso.

Se argumenta que no existe tiempo, factor muy importante para estos casos, para realizar los estudios; o que sí se -- realizan, pero también por premura de tiempo no se plasman -- en el expediente o que ya es anticuado este tipo de estudios o sencillamente porque no se quiere realizarlos.

Es verdad que existen lugares en donde no hay tiempo para realizarlos, y varía también en los consultorios de la -- misma clínica, pero ¿ realmente utiliza el médico familiar a su equipo de salud para este tipo de estudios ?.

Se tiene también la " idea " de que el tener la Residencia de Medicina Familiar facilita el tener puestos superiores dentro de la Institución, por fortuna, la mayoría están plenamente concientes que para lograr esto es necesario realizar los méritos suficientes para lograrlo.

Dentro del perfil profesional se menciona, dentro del -- área de Enseñanza e investigación, que el médico egresado de la Residencia tenga capacidad y aptitudes para la enseñanza; la disponibilidad es buena, entonces hay que tratar de encauzar esta disponibilidad y aprovechar adecuadamente este -- curso.

Recurso actualmente escaso sobre todo en lo que concierne a los médicos familiares que se encuentran en formación.

De los factores institucionales tenemos como el principal una sobrepoblación muy elevada, llegando a tenerse hasta del 251%. Esto nos indica que no se están planeando adecuadamente las instalaciones o que no se está creciendo al ritmo demandado por el País.

También es cierto que cada día llegan nuevos inmigrantes al Valle de México y esto hace que la población aumente gran de y rápidamente. Y la Institución tiene que ofrecerle sus servicios.

Pero si aumenta la población ¿porqué no aumentar también a quienes los atiendan ?.

Esto disminuye la calidad de la atención, o sea que se -- cambia cantidad por calidad.

Otro factor importante, también dentro del aspecto administrativo es la frecuencia con que se cambian los expedientes clínicos, arma importante para conocer a nuestra población.

Cambiso que se suceden sin una instrucción previa del manejo del nuevo expediente, lo que, por mejor planteado que -- esté, no va a funcionar mejor que el anterior.

También notamos que las Unidades de Medicina Familiar, -- los médicos egresados de la Residencia son una minoría, entonces, como es posible que la Residencia tenga el renombre que requiere.

CONCLUSIONES

1.- Que no se está utilizando adecuadamente la comunicación entre los directivos de la Institución con las personas que laboran en ella. Ejemplo: cambios frecuentes de expediente clínico y forma de uso.

2.- Que como todo ser humano, las expectativas del médico son cambiantes, de acuerdo a la situación a la que se enfrenta, lo cual puede hacer que su trabajo mejore o disminuya de calidad. Para esto es necesario una motivación adecuada, para mejorar la calidad de su trabajo.

3.- Que la planeación en cuanto a recursos por parte de la institución o no es la adecuada o no está creciendo junto con las necesidades del País, y por lo tanto se está cambiando la calidad por la cantidad de la atención.

4.- Que existe cierta apatía por parte del médico para desarrollar adecuadamente sus conocimientos.

SUGERENCIAS

1.- Adecuar los recursos administrativos en base a necesidades de la Institución.

2.- Que los cambios que se sucedan, ya sea que se solicite colaboración del médico, o que se informe oportuna y adecuadamente de éstos. Ejemplo: expediente clínico, cuadro básico de medicamentos, etc.

3.- Fomentar aún más la comunicación en todos los niveles y departamentos de la Institución.

4.- Aumentar y adecuar la motivación hacia todo el personal que labora en la Institución.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Alarid H., Jaime. Fundamentos de Medicina Familiar, Ed. MFM, México 1982
- 2.- Varela Rueda, C.E. La Medicina Familiar como Especialidad. Vol. Médico del IMSS. Vol. 6, No 11, 1974
- 3.- Diaz del Castillo, E. Medicina Familiar, funciones del Médico Familiar y el Médico General. Boletín médico - del IMSS Vol. 18, No. 9
- 4.- San Martín. H. Salud y enfermedad. Ed. Prensa Médica Mexicana, México 1974
- 5.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa del - curso de Especialización en Medicina Familiar 1982
- 6.- UNAM, Facultad de Medicina; División de Estudios de - postgrado. Departamento de Medicina General/Familiar
- 7.- Plan de estudios de Medicina General Integral (Plan a-36)
- 8.- IMSS. Curso breve en didáctica y planificación edu - cativa, Sept 1982
- 9.- Hübner Gallo, Jorge Iván. El mito de la explosión de - demográfica. Ed. Joaquín Almeyda, Argentina 1968
- 10.- Caso, Antonio. Sociología. Ed. Cruz. México 1980
- 11.- Carroll, Herbert A, Dr. Higiene Mental. Cía Ed. Con - tinental. Trad. 3a edición, México 1965
- 12.- Arias Galicia, Fernando. Administración de Recursos Humanos. Ed. Trillas. México 1978
- 13.- Pazos, Luis. Radiografía de un Gobierno. Ed Diana México 1981.

CUESTIONARIO

Edad _____ Sexo _____ Edo. Civil _____

Tiempo de titulado _____ Tiempo de egresado de MF _____

1.- Tiene o ha tenido práctica médica privada ?

Si No

2.- Considera Ud que los conocimientos adquiridos durante la Residencia de Medicina Familiar le permiten proporcionar mejor atención al paciente ?

Si No

3.- En la Unidad donde labora cuenta con recursos materiales humanos y tiempo para llevar a cabo una exploración y -- tratamiento adecuados de la familia ?

Si No

4.- Que promedio de consulta diaria tiene en los dos turnos ?

5.- Cuantos problemas familiares detecta Usted. semanalmente ?

6.- Considera Ud. que el expediente clínico actual junto con la tarjeta de registro familiar son suficientes para un - control familiar adecuado ?

Si No

7.- Aproximadamente cuántos estudios médicos integrales realiza a la semana ?

8.- Considera usted que su especialidad de MF se encuentra al mismo nivel que otras especialidades ?

Si No

9.- Está Ud. satisfecho de ser Médico Familiar ?

Si No

10.- Ha pensado en realizar otra residencia ?

Si No

11.- Considera usted que su especialidad le proporciona el -- status anhelado ?

Si No

12.- Considera Ud que su especialidad le dá oportunidad de desempeñar puestos superiores dentro del Instituto.

Si No

13.- Le agradecería trabajar en una clínica piloto, donde solo haya egresados de la residencia ?

Si No

14.- Ha participado usted en actividades docentes ?

Si No

15.- Le agradecería tomar parte en la formación de nuevos especialistas de MF ?

Si No

16.- Aceptaría en su consultorio a un residente de MF.?

Si No

17.- En su Unidad se llevan a cabo sesiones generales ?

Si No

18.- Cuantos temas de MF. se revisaron el año pasado ?

19.- En cuantas de ellas tomó Usted parte activa ?

20.- Considera adecuado el plan institucional para la superación del médico de primer nivel ?

Si

No

21.- Considera Usted útil este tipo de trabajos ?

Si

No

22.- Cursó Usted MF por su gusto o por el estímulo de la base ?

SUGERENCIAS: