

1/286



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 29**

**ESTUDIO SOBRE LA FALTA DE INFORMACION ACADÉMICA,
ACERCA DE LA MEDICINA FAMILIAR.**

T E S I S

Que para obtener el Título en
la Especialidad de
MEDICINA FAMILIAR

presenta

DRA. JUDITH HEREDIA ALARCÓN



México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE CUBRIR**

1984



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.

I N D I C E

	Pág.
ANTECEDENTES.....	1
FAMILIA	14
Funciones	20
Fases	22
Tipos	23
Etapas	25
LA MEDICINA FAMILIAR COMO ESPECIALIDAD	28
LA MEDICINA FAMILIAR Y LOS NIVELES DE ATENCION	35
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	40
HIPOTESIS.....	40
PROGRAMA DE TRABAJO	41
RESULTADOS	43
CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFIA	56

ANTECEDENTES.

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

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

Uno de los cambios que provocó la revolución industrial fué el transformar la artesanía de los hogares a la industria de las fábricas. Antes de la introducción de las máquinas, el hilado y el tejido de algodón se realizaba en las casas. En principio el tejedor no dependía de nadie; compraba el hilo, era propietario de su propio telar y vendía por su cuenta los paños que fabricaba; pero al disponer de pocas reservas de capital y de materia prima, al venir los malos tiempos se endeudaba. Después de cierto tiempo al comerciante le resulto conveniente enviar a sus

encargados a casa del tejedor para entregarle la materia prima y recoger los géneros acabados. Para entonces el comerciante adquiría conciencia de tener una inversión en esa familia y requería vigilar atentamente las herramientas y materiales de uso. El tejedor se convertía así en un trabajador asalariado.

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

Las máquinas habían cambiado fundamentalmente las condiciones de trabajo y sustituido el tra

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

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

- 1.- Libertad completa para la industria y supresión de todas las trabas y reglamentos propios del mercantilismo. Según ellos el Estado debía estar simplemente encargado de mantener el orden y evitar el robo y el asesinato.
 - 2.- La libertad del comercio y la supresión de los monopolios que estorbaban la libre competencia;
- y

- 3.- La prohibición de la formación de uniones de --
trabajadores cada uno de los cuales debía contra
tar libremente y por separado su trabajo con un-
patrón.

Por primera vez, las mujeres y los niños
fueron empleados en gran escala fuera de sus hogares
y durante un número excesivo de horas. Se estima --
que, cuando menos, tres cuartas partes de los traba-
jadores de las fábricas de algodón eran mujeres y ni
ños, los cuales manejaban la mayor parte de las má--
quinas "con relativa facilidad". Las horas de trabajo
en las factorías eran excesivas y los jornales --
extraordinariamente bajos. El trabajar 16 y 18 --
horas diarias no era cosa rara, incluso para niños--
menores de 14 años. Las leyes higiénicas más elementa
les eran ignoradas. Los dispositivos de seguridad,
desconocidos.

Así, los trabajadores indistriales quedara
ron a merced de la clase patronal, hasta que sus or-
ganizaciones estuvieron en condiciones de defender--
los y servirles de instrumento para contratar colecti
vamente las condiciones de su trabajo.

A fines del siglo XVIII se produjeron los

primeros levantamientos obreros, que reclamaban la prohibición de las máquinas y al no lograrlo las destrufan, pues veían en ellas la causa de sus males.

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

Alemania también tiene el mérito de haber aplicado por primera vez el principio del riesgo profesional. Desde 1884 garantizó a los asalariados de las empresas industriales el derecho a la reparación de los accidentes de trabajo, sin obligar a la víctima a probar la culpabilidad del patrón.

Es así como el nacimiento de las prime-

ras leyes sobre seguros sociales está ligado históricamente a los problemas planteados por la clase obrera del siglo XIX.

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

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

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

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

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

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

Los años de la posguerra influyeron en la política social del mundo entero, El origen y los principales motivos de la política social de los tiem

pos posteriores a la Primera Guerra Mundial, no se encuentra solo en el deseo de conservación y armonía de las fuerzas sociales, sino también en el temor que sentía la clase dominante frente al creciente descontento del proletariado.

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

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

Los seguros sociales alemanes por su parte, no tuvieron cambios sensibles desde su creación por --

Bismark hasta 1920.

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

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

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

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

La expresión "Seguridad Social" fué ideada para atribuir a la Ley Federal Americana de 1935, que concedía a la Seguridad Social como una amalgama de seguridad económica y seguro social, y fusionaba el seguro de vejez y el desempleo con la política de asistencia a la vejez y de salud pública.

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

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

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

Debido al desarrollo constante de los sistemas de seguridad social, se observa que para 1960, - la mayoría de los países habían logrado ya establecer, al menos, regímenes reducidos de seguridad social; -- aquellos que ya los tenían, en virtud de la promulgación de las nuevas leyes y de la iniciativa de los gobiernos, lograron ampliar sus regímenes.

Así podemos ver que desde la II Guerra -- Mundial, la seguridad social recorrió un largo camino demostrado por la tendencia progresiva a complementar las prestaciones de cada contingencia con otros bene--

ficios y servicios que contribuyen al desarrollo de las comunidades, en los 25 años transcurridos. En el terreno internacional, todas las organizaciones avocadas a la Seguridad Social adoptaron esta tendencia, como resultado de estudiar los problemas de desarrollo económico mundial, se llegó a aceptar la necesidad de revisar y (re-interrogar) re-interpretar las orientaciones de la seguridad social como parte de las políticas nacionales de desarrollo y de los programas de bienestar social. Se acordó además que los modelos y las técnicas públicas de los países industrializados no podían aplicarse totalmente en los países en vías de desarrollo.

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

1970, el Tercer Mundo con su participación dinámica, modificó los conceptos tradicionales y logró que los países desarrollados e industrializados tomaran en cuenta sus muy particulares características.

Si el desarrollo económico y social es entendido como un medio para alcanzar el bienestar general de los pueblos, a través de una redistribución social de los recursos, es evidente que la problemática de la salud es interdependiente de todo ese contexto. Si se adjudica a la salud un valor social -- este será el parámetro para medir las actividades que en esta área se realicen. En los países del Tercer Mundo, la práctica médica tradicional solo alcanza a los sectores privilegiados. Los sectores subalternos no solo no han tenido acceso a las ventajas del crecimiento económico sino que no han podido mejorar sus condiciones básicas de vida.

F A M I L I A

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

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

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

sanguíneos de matrimonio o adopción.

LA FAMILIA COMO CONSTITUCION.

La existencia humana podría definirse como la capacidad de respuesta a las necesidades no sólo de subsistencia, sino también de búsqueda de mejoramiento de bienestar físico y espiritual. Es por ello que el hombre, en su vida de necesidades, se plantea formas colectivas de respuestas a esas necesidades. La vida social no es sino la conjunción de los esfuerzos humanos para buscar formas de respuesta a las necesidades de todos, de manera que éstas sean adecuadamente satisfechas.

Sin embargo, las necesidades de los individuos, vistas en forma colectiva, plantean, a su vez, problemas de armonización de intereses entre unos y otros. Por el hecho de existir, todos tenemos derecho de que nuestras necesidades sean consideradas como objeto de preocupación y esfuerzo colectivo, para poder resolverlas. Pero a la vez, también por el hecho de existir, todos tenemos la obligación existencial de contribuir, con nuestra colaboración y esfuerzo, a la satisfacción de las necesidades colectivas, que de hecho, son las tuyas y las de cada

quien, vistas conjuntamente. Conciliar estos derechos y estas obligaciones de manera simultánea exige una coordinación de esfuerzos y aspiraciones. Para alcanzarla, el hombre de todas las épocas crea lo que se llama Instituciones Sociales: respuestas colectivas y organizadas frente a las necesidades conjuntas de los miembros de la sociedad.

La vida en sociedad está necesariamente organizada por formas más o menos permanentes de regulación de la conducta de unos y otros, para que de manera conjunta, se pueda convivir y contribuir directa o indirectamente a la satisfacción de las necesidades colectivas. La Institución Social viene a constituir en este sentido, un sistema complejo en el que se integran, propósitos racionales, series de normas que regulan múltiples actividades interrelacionadas entre conjuntos de personas, utilizando un determinado aparato material y ciertos recursos físicos disponibles.

Dentro de una Institución se pueden generar dos tipos de dinámicas, una en el seno de la sociedad en la que surge y en la que realiza una función social, y otra, al interior de su cuerpo insti-

tucional. En el primer sentido lo primero que se debe de tomar en cuenta es el objetivo que persigue dicha asociación, tanto en función de sus integrantes como en el del contexto social en el cual va a moverse. Viene después el conjunto de normas, escritas y no escritas, que pueden regular institucionalmente a los miembros. Estos quedarán necesariamente jerarquizados de manera normal, de acuerdo a los puestos y papeles que les corresponda. Habrá una división de las tareas a realizar, utilizando y generando los recursos que requieran y puedan disponer.

Las Instituciones Sociales, creadas por los hombres para la satisfacción de sus necesidades las trascienden, a través de las generaciones y mantienen su vigencia, más allá de un momento determinado. Llegando a constituir, así, la estructura formal de la sociedad en la cual fueron generadas. Son la manifestación de lo que se llama la cultura del pueblo, sin la cual difícilmente podría concebirse una sociedad organizada y con potencialidad colectiva de desarrollo y pujanza. Las Instituciones reflejan la capacidad creativa de una sociedad, para satisfacer sus necesidades vitales y su aspiración

solidaria superior.

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

LA FAMILIA COMO GRUPO PRIMARIO INSTITUCIONALIZADO.

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

El grupo primario se forma a través del contacto, si no cotidiano, sí frecuente y significativo. En este y en cualquier caso, se manifiesta la persona humana con sus características psicológicas y físicas frente a los demás, el grupo primario es el lugar de expresión de la interrelación social espontánea, a veces puede inhibir el desarrollo personal de manera tajante; otras, al contrario, puede favorecer su desarrollo social y humano en forma decisiva. El grupo primario es, por lo tanto, desde el punto de -

vista humano y sociológico, el contrapunto de la institución formal, pues mientras ésta tiende a ser un tanto impersonal para regular la acción de personas que ocupan un puesto o realizan una actividad funcional a ciertos fines, en el grupo primario, la interrelación humana se da en función de la conexión personal entre sus componentes. El grupo primario tiene una estructura más bien informal, mientras que la institución la tiene, por definición, formal.

FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA.

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

y otros.

B) CUIDADO.

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

C) AFECTO.

Se deben de cubrir las necesidades afec tivas, proporcionando así la recompensa básica de la vida familiar.

D) REPRODUCCION.

Históricamente el matrimonio nace para re gular dos factores fundamentales dentro de la familia y por lo tanto de la sociedad: el ambiente sexual y la reproducción. Cumpliendo con una fun ción esencial: Proveer de nuevos miembros a la so ciedad.

E) ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO.

Se refiere al lugar que ocupará dentro de la sociedad.

FASES EN EL CICLO DE VIDA DE UNA FAMILIA.

A) FASE DE MATRIMONIO.

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

B) FASE DE EXPANSION.

Se inicia con la llegada del primer hijo y termina cuando este empieza a salir del hogar. Es necesario cubrir la atención y educación prenatal, la atención del parto, el cuidado postnatal y atención al niño sano. También se pueden encontrar pacientes que soliciten abortos y algunas -- con síndrome del Niño Maltratado.

C) FASE DE DISPERSION.

Se inicia con la salida del hijo de la casa y termina cuando éste la abandona para formar un nuevo hogar. En esta fase se fragua la independencia y autonomía de ese miembro, fenómeno -- que se dá solamente si la pareja ha logrado realizar una adecuada socialización, para que él, por-

sí mismo empiece a cubrir sus necesidades de una manera satisfactoria.

D) FASE DE INDEPENDENCIA.

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

TIPOS DE FAMILIAS.

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

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

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

B) En base a su desarrollo se divide en:

a) Moderna. Aproximadamente forma el 30% de las familias de nuestro medio.

b) Tradicional. De ésta encontramos el más alto porcentaje llegando a ser del 60%.

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

C) En base a su demografía la división es:

- a) urbana, forma el 40% en nuestro medio.
 - b) Rural. La más numerosa siendo el 60%.
- D) En base a su integración encontramos:
- a) Integrada. Entendiéndose por esto que los cónyuges viven y cumplen sus funciones.
 - b) Semi-integrada: En esta los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
 - c) Desintegrada: Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.
- E) Desde el punto de vista tipológico la división se hará en base a la ocupación de uno o de ambos cónyuges y se dividen en:
- a) Campesina.
 - b) Obrera.
 - c) Profesional.

FASE DE RETIRO Y MUERTE.

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

expasión sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres.

PROCESO EXISTENCIAL DE LA FAMILIA. ETAPAS.

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

B) ETAPA NUPCIAL. Se caracteriza por la vida conjunta de los cónyuges, desde el matrimonio hasta el nacimiento de los hijos. En esta etapa se crean los cimientos de lo que la familia llegara a ser en el futuro, es al inicio del matrimonio donde se empiezan a afirmar los roles del padre y la ma-

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

a) Esposa/madre. Depende económicamente del marido, como principal obligación debe ser fiel al marido. De ella se esperan la prestación de -- servicios domésticos, una subordinación a los -- intereses económicos del esposo y una limita--- ción a cualquier actividad de tipo socioeconómi ca-cultural dentro del ambiente en que se desen vuelva.

b) Esposa/Compañera. Generalmente este tipo de -- rol se da en las clases acomodadas y representa un modelo al que irracionalmente algunos grupos de la clase media alta tratan de copiar. En es te caso la esposa trata con su presencia de for talecer el papel social de su marido, debe com partir diversiones con él, y afirmar la persona lidad de éste, siendo objeto de admiración, por lo tanto debe conservarse atractiva, so

ber conservar a su marido, dado q

lación el aspecto físico es altam

rado. Esta actitud lleva a un segundo término -- las relaciones para con los hijos.

- c) Esposa/Colaboradora. Aparece con frecuencia en la clase media siendo las modificaciones socioeconómicas las que han proporcionado este papel, la esposa dedica una parte de su tiempo a realizar una labor remunerada económicamente, representando un renglón muy importante dentro de los ingresos familiares, por lo que es considerada como un igual en relación con su marido, tienen en muchas ocasiones la cuenta bancaria compartida, y las decisiones son comunes en aspectos de compras y ubicación de la casa, el trabajo del esposo, la selección de la escuela de los hijos y la decisión de tener hijos.

- C) ETAPA DE FORMACION Y EDUCACION DE LOS HIJOS. Tanto la paternidad como la maternidad son hechos eminentemente culturales y el tener hijos debe de ser fruto de una profunda meditación, de un conocimiento real y una absoluta responsabilidad.

LA MEDICINA FAMILIAR COMO ESPECIALIDAD.

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

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

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

La tendencia fue bien vista por el médico e inclusive por el público dándole una gran acogida. Ambos factores ayudaron aún más a la inclinación del médico por especializarse. Además las escuelas -

y facultades de Medicina, han contribuido a la tendencia a la especialización, debido al fraccionamiento de los planes de estudio y a que casi todas las plazas de profesor han sido ocupadas por médicos especialistas, así como, el hecho de que la educación médica ha dependido de los acontecimientos episódicos manejados en grandes hospitales mismos en los que se lleva a cabo la docencia desde el primer procedimiento propedeúutico hasta la obtención del título profesional. El resultado es que se hace muy poca referencia al campo de acción de la llamada medicina general.

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

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

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

De acuerdo a esto, el Médico Familiar es un especialista que se vale de muchas disciplinas para proporcionar atención médica de primer contacto, continua y adecuada a todos los miembros de la fami-

lia, independientemente de su edad, sexo, o padecimiento actual.

La Medicina Familiar debe ser considerada como una disciplina académica que es adquirida y aplicada por el médico familiar. Es una especialidad "horizontal", lo que a diferencia de otras especialidades consideradas como "verticales" en términos de su contenido. Esto quiere decir que su amplitud es vasta y que cubre con poca profundidad áreas de otras especialidades. A su vez, se ocupa de aspectos que no son aborados por ninguna especialidad. Las especialidades verticales lo son porque su amplitud es restringida, en relación del panorama de la medicina. (4)

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

En México, la historia de la Medicina Familiar es corta y está ligada a la evolución propia de la aplicación del concepto de seguridad social ---

en el I.M.S.S. y se remonta al año de 1955, cuando se instituyó en México el modelo de atención familiar -- en dos clínicas.

Aproximadamente por 1953 no existía un -- control adecuado sobre los pacientes, éste tenía li-- bre elección sobre el médico de consultorio, traducción -- dose en que los médicos no se responsabilizan de sus -- pacientes, dando lugar a que el paciente duplicara la consulta, por lo consiguiente no existía ningún con-- trol sobre la población derechohabiente. Posterior-- mente como se mencionó en 1955 se introdujo la adscripción de una población fija adscrita a cada médico familiar, adscripción de todo el grupo familiar independientemente de la edad y sexo con el mismo médico, -- se implantó el sistema de cita previa y se definió -- que la visita domiciliaria era responsabilidad del mé-- dico familiar, este cambio fue aunado a modificaciones en el manejo del expediente, archivo, etc. Sin -- embargo, en 1959 sufrió una variación: la división -- en Médico Familiar de adultos y Médico Familiar de -- menores, se requirieron casi 20 años para que el sistema retornara al modelo previo. Actualmente cada -- médico familiar tiene bajo su cargo la salud de entre 2,200 y 2,400 derechohabientes.

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

Por otra parte, en muchas personas inteligentes existe la duda fundamental y razonable acerca de la viabilidad de la Medicina Familiar como especialidad. Pensamos que la clave para su sobrevivencia y vida misma, depende esencialmente de la posición que la sociedad le concede dentro de las categorías de sus funciones y estructura sociales, lo que a su vez está determinado por el concepto que se les trasmite a los residentes de la especialidad de Medicina Familiar por parte de la institución en que se capacitan, además la actuación de los médicos familiares como grupo, por la manera en que utilizan su preparación y por el reforzamiento de su motivación hacia el campo que han elegido. En pocas palabras: LA MEDICINA FAMILIAR COMO ESPECIALIDAD LLEGARA AL LUGAR EN QUE LOS-

PROPIOS MEDICOS FAMILIARES LA SITUEN. La evolución no va a ser rápida ni está exenta de obstáculos.

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

Insistimos en que el camino es largo, pro bablemente fatigante, para recorrerlo se requiere de gente convencida que, tomando como ejemplo la entrega y la convicción de los creadores de la Medicina Fami liar en México, sea capaz de convertir la inquietud -- juvenil en un verdadero proyecto histórico que tras--

cienda las barreras de la temporalidad.

EL MEDICO FAMILIAR Y LOS NIVELES DE ATENCION.

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

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

Situados en la realidad presente, podemos decir que la seguridad social mexicana, de no muy larga vida, ha dotado al país de una larga red hospitalaria moderna, bien equipada en general, tal vez, con -- excesos en ciertas oportunidades, atendida por espe---

cialistas competentes egresados de las residencias - existentes en las propias unidades médicas de concentración. Empero, la irradiación y ampliación del número de hospitales, a veces irregular, raya en la anarquía cuando no responde a las necesidades reales. Con frecuencia puede observarse la duplicación de atenciones enormemente costosas en centros hospitalarios, -- dentro de una misma área o ciudad, por incoordinación que inclusive ocasiona subutilización de ellos. Cabe también el señalamiento del renglón referente a exceso de equipo destinado para la atención de problemas menores.

Han de considerarse muchos otros renglones contribuyentes al desperdicio económico o costo exagerado en la atención médica. Las consultas acumuladas originan el desembolso en gastos superfluos, -- así como exploraciones complementarias repetitivas, -- por descuido en una misma unidad, o por desconfianza tratándose de otra, dando por resultado la elevación de los costos en forma exorbitante. En fin, el Estado caótico de la fenomenología expuesta, indudablemente, no es sino motivo múltiple nacido de la complejidad de la tecnología, y del apremio de satisfacción -

a las necesidades sociales explosivas o abrumadoras - que rigen el contexto de crisis económica mundial actual nos enfrentamos los hombres y las sociedades de hoy en día.

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

El primer nivel satisface el 85% de la de manda de atención médica. Es en el que se entra al sistema y en que son movilizados y coordinados todos los servicios básicos. Esta constituido por las unidades de medicina familiar, en él se atiende en forma ambulatoria a la totalidad del núcleo familiar, y se realizan actividades de promoción de la salud, pro tección específica diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, tanto en los consultorios de las unidades médicas cuanto en los domicilios de los usuarios.

Las unidades que integran el segundo nivel de atención médica representan el 12% de la demanda total de servicios. Comprende las cinco especiali

dades básicas (medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, cirugía y medicina del trabajo). Imparten consulta externa, hospitalización y urgencias; como unidades de concentración que son, constituyen el soporte de las unidades de medicina familiar.

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

En lo concerniente al nivel primario de atención médica que es el que corresponde a los médicos familiares, se citan a continuación atributos fundamentales:

- 1.- Tiene un campo de acción muy amplio y se ocupa de problemas de salud comunes e inespecíficos pero necesita detectar problemas específicos y raros.
- 2.- Está dirigido a grupos de población pequeños.
- 3.- Requiere estar ubicado en la propia comunidad a la que sirva.
- 4.- Debe existir identificación psicológica con el público.
- 5.- La atención de las personas es prácticamente en ba

ses ambulatorias, ya sea en consultorios o en la propia comunidad.

- 6.- Se le puede identificar fácilmente, la respuesta que se obtiene es rápida y el público tiene acceso directo.
- 7.- Es el nivel responsable de la coordinación de todos los aspectos de la atención, así como de la atención de la misma.
- 8.- La principal fuente de información es el paciente y su familia, son importantes también los datos epidemiológicos.
- 9.- Requiere de un nivel básico de tecnología y habilidades .
- 10.- La orientación de la práctica es fundamentalmente hacia el mantenimiento de la salud y la prevención de las enfermedades, sin dejar de incluir el diagnóstico y tratamiento oportunos de los padecimientos. Su enfoque es esencialmente integrador, su atención principal es hacia la sociedad y su elemento básico lo constituye la familia.
- 11.- El tipo de entrenamiento requerido es general y -- de gran amplitud por lo que necesariamente es de poca profundidad.

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

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Dentro del sistema educacional en que el médico se desenvuelve, se forma y se realiza no existe hasta el momento información acerca de lo que es la familia y de la importancia que esta tiene en el origen de la patología física, psíquica y social, --- por lo tanto la especialidad de Medicina Familiar surge dentro de la más absoluta ignorancia de la importancia y trascendencia de la misma, por lo que el médico que desea especializarse en esa rama lo hace sin conocerla, a diferencia de las otras especialidades.

HIPOTESIS.

El médico familiar no se identifica con -- su especialidad por falta de información sobre la misma desde el inicio de su formación universitaria.

PROGRAMA DE TRABAJO.

MATERIAL.- Se elegirán al azar 40 médicos familiares del Hospital General de Zona Aragón # 29, veinte de cada turno.

Veinticuatro residentes del primer año de la especialidad de Medicina Familiar.

MÉTODOS.

Se aplicaron dos cuestionarios, uno a residentes al ingreso a la residencia y el mismo cuestionario a los 10 meses de estancia.

El segundo cuestionario se aplicará a los médicos familiares.

Las preguntas se anuncian al calce:

Cuestionario para Residentes:

-¿Cuál es la diferencia entre Medicina Familiar y Medicina General?

- Qué es el Médico Familiar?

-¿Cree usted que el campo de la medicina familiar está limitado?

-¿Qué nivel de atención cubre el Médico Familiar?

-¿Qué porcentaje de problemas resuelve el Médico Familiar?

- ¿Es una especialidad la Medicina Familiar?
- ¿Porqué desea hacer la Residencia de Medicina Familiar?
- ¿Desea realizar otra especialidad?
- ¿Qué es familia?
- ¿Cuáles son las funciones de la familia?-

Questionario para Médico Familiares.

- ¿Desde cuándo conoce la Medicina Familiar?
- ¿Realizó residencia en Medicina Familiar?
- ¿Porqué ingresó como Médico Familiar?
- ¿Desea realizar otra especialidad?
- ¿Está satisfecho como Médico Familiar?
- ¿Cree usted que el campo de la Medicina Familiar y del Médico Familiar estén limitados?
- ¿Qué nivel de atención Médica cubre el Médico Familiar?
- ¿Qué porcentaje de la demanda de consulta resuelve el Médico Familiar?
- ¿Qué nivel de atención cubren los otros especialistas?
- ¿Qué tipo de actividades desarrolla el Médico Familiar dentro de la Historia Natural?

ral de la Enfermedad?

TIEMPO:

De Marzo de 1983 a Diciembre de 1983.

LUGAR:

Hospital General de Zona Aragón # 29.

ESPACIO:

Médicos Familiares y Residentes de Medicina Familiar.

RESULTADOS:

Cuestionario aplicado a Residentes de primer año de Medicina Familiar.

1.- Diferencia entre medicina general y medicina Familiar.

Tomándose como acertada la respuesta que hablará del médico que vé al paciente integralmente formando parte de la familia así como la influencia que tiene esta y el medio ambiente sobre su patología. Y no así el médico general.

En el primer cuestionario 61.53% (8) no sabían si existía diferencia; 38.46% (5) la cono-

cían de manera incompleta y durante el segundo -- cuestionario fueron 61.53% (8) los que conocieron certeramente la diferencia, 30.76% (4) continuaron sin saber y 7.69% (1) no contestó.

2. ¿ Qué es el Médico Familiar? Se tomó como respuesta buena la anotada en la anterior pregunta.

En el primer cuestionario 76.92/ (10) no supieron; 23% (3) lo describieron como médico tratante de familias. En el segundo cuestionario los 13 respondieron adecuadamente.

3. ¿ Cree usted que el papel del Médico Familiar esté limitado? La respuesta aceptada fué NO

En esta pregunta en ambos cuestionarios los porcentajes fueron similares ya que en el primero -- 76.92% (10) y en el segundo 84.61% (11) contestaron acertadamente.

4.- Las preguntas 4 y 5 se refieren al nivel de atención médica que cubre el Médico Familiar y al porcentaje de demanda de consulta que resuelven respectivamente, para la primera, la respuesta fué -- primer nivel de atención médica y en cuanto al -- porcentaje la respuesta era 85%.

Hubo una discreta diferencia siendo en el primero 61.53% (8) los que contestaron acertadamente en ambas preguntas y en el segundo cuestionario los 13 contestaron bien.

5.-¿Es una especialidad la Medicina Familiar? La respuesta era SI.

Los 13 en ambos cuestionarios respondieron afirmativamente.

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

En ambos cuestionarios los 13 contestaron que para obtener un mejor nivel de tipo profesional. Lo que nos llama la atención en esta respuesta es el hecho de que no se mencione por ninguno que estén motivados por lo que estudia en sí la Medicina Familiar, lo cual corrobora el hecho de que entran a hacer esta especialidad sin conocer sus principales objetivos.

7.-¿Desear realizar otra especialidad?

En el primer cuestionario 69.32% (9) contestaron que sí y 30.76% (4) que no, en el segundo cuestionario la cifra de los que querían realizar otra especialidad disminuyó a 38.46% (5) y 61.53% (8)-

ya no desean realizar otra especialidad.

Esto nos infiere que no conocían a la Medicina Familiar y al conocerla tal vez les ha satisfecho - de tal manera que ya no buscan realizar otra especialidad, así como también puede ser que aquéllos que pensaban que se encontraban limitados, durante estos 10 meses se han dado cuenta de que esto no es así, además, de que pueden tener la oportunidad de proyectarse a otras áreas dentro de la Medicina Familiar.

8.-¿Cuál es el concepto de familia?

En esta pregunta se tomó como respuesta acertada -aquélla que hablara de que es la unión de dos o más personas, que vivan bajo el mismo techo, que mantengan cierta interdependencia y que están unidos bajo lazos sangüíneos o de adopción.

Durante el primer cuestionario 84.61 (11) su respuesta la encausaron como núcleo básico de la sociedad; 15.38% (2) no supieron definirla. En el segundo cuestionario 76.92% (10) dieron la respuesta acertada, 15.38% no saben (2) y 7.69% (1) no contestó.

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

La respuesta correcta es: Cuidado, Afecto, So-
cialización, Reproducción, status.

En el primer cuestionario, los 13 contestaron --
que no sabían. En el segundo cuestionario 84.61%
(11) las enumeraron adecuadamente y 15.38% no --
contestaron.

En estas dos últimas preguntas, observamos que -
la información que se recibe en el adiestramien-
to de la residencia, además de mejorar nuestro -
nivel profesional, nos da a conocer de una forma-
general, lo que es la Medicina Familiar y su im-
portancia dentro del desarrollo del Sistema Sa-
lud.

CUESTIONARIO APLICADO A MEDICOS FAMILIARES

1.- ¿Desde cuándo conoce la Medicina Familiar?

En cuanto a esta pregunta podemos observar que -
81% (30) la conocen desde la facultad, y 16.2% -
(6) al ingresar al Instituto, lo que nos hace --
suponer que al iniciar la residencia de Medicina
Familiar, ya deberían conocerla, sin embargo, --
esto no sucede así, ya que como se vió en el ---
cuestionario aplicado a residentes de recién in-

greso a Medicina Familiar 61.53% (8) no conocía la diferencia entre Medicina Familiar y Medicina General y 76.92% (10) no sabían que era el Médico Familiar.

2.- ¿Realizó la Residencia en Medicina Familiar?

En esta pregunta observamos que 45.94% (17) realizaron residencia en Medicina Familiar y 54.05% (20) no la realizaron, en lo que vemos reflejado el hecho de que el mayor porcentaje de quienes respondieron que conocían la Medicina Familiar desde la Facultad, no lo conocían, puesto que para conocerla al menos en lo que se refiere al I.N.S.S. hay que trabajar en el Instituto o realizar la residencia de Medicina Familiar.

3.- ¿Porqué ingresó como Médico Familiar?

45.94% (17) ingresaron como Médicos Familiares por conveniencia; 43.24% (16) por convencimiento y 10.81% (4) por que no había otra opción. Con estos resultados podemos corroborar que 56.75% (21) no ingresaron por convencimiento y por lo tanto conocen la Medicina Familiar desde antes de ingresar al I.M.S.S.

4.- ¿Desea realizar otra especialidad?

54.05% (20) respondieron que SI y 45.94% (17) que NO desean realizar otra especialidad.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA₄₉

5.- ¿ Está satisfecho como Médico Familiar?

En esta pregunta 81.8% (30) respondieron que sí están satisfechos y 18.91% (7) no lo están, lo cual no concuerda con la pregunta anterior en la cual 54.05% (20) desean realizar otra especialidad, y si realmente estuvieran satisfechos, estos porcentajes serían similares.

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

En esta pregunta 45.94% (17) respondieron que el campo del Médico Familiar si se encuentra limitado lo que infiere el hecho de que no se encuentran a gusto con su especialidad lo cual básicamente está dado por la falta de conocimiento acerca de lo que es la Medicina Familiar, ya que su campo de acción es muy vasto y amplio, abarcando lo que otras ramas de la Medicina no manejan y esto se refiere al trato que se da a la familia como parte integrante generadora de la patología.

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

respondieron acertadamente.

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

En esta pregunta respondieron que básicamente - el papel del Médico Familiar es preventivo 43.24% (16); 27.02% (10) de tipo curativo y únicamente - 29.72% (11) respondieron que en todos los períodos de la Historia Natural de la Enfermedad, actúa el Médico Familiar.

En esta pregunta cabe hacer incapié que a pesar - de que no todas las enfermedades las incide el Médico Familiar, hay algunas en las que basta tener el conocimiento del curso natural de dicha -- enfermedad para saber actuar adecuadamente, orientar al paciente y evitar las complicaciones. Así mismo podemos decir que en lo que se refiere a -- rehabilitación el Médico Familiar tiene un papel importante en esta área, ya que cuando algún paciente ha sido sometido a alguna cirugía, o bien, con alguna secuela de algún padecimiento el Médico Familiar quien va a seguir su curso hasta reintegrarlo a la sociedad.

CONCLUSIONES.

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

medicina como ciencia y arte, tiene el propósito de prevenir, curar los problemas de salud del hombre; debe enfocarse al hombre mismo en su propio contexto y no solo a sus órganos aisladamente.

Cualquier agente externo le afecta y responde cambiando de estructura una y mil veces y cambiará las necesarias, es decir, es dinámica y como tal, se encuentra en continuo desarrollo con un ciclo de vida muy propio y muy particular. Toda la génesis de esto es multicausal.

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

La especialidad de Medicina Familiar, como tal es joven en nuestro país y en el mundo su cuerpo de conocimientos aún no se encuentra claramente delimitado y como consecuencia, el status profesional del Médico Familiar aún no es reconocido. Todo esto conlleva varias implicaciones y consecuencias: entre las implicaciones que consideramos más

importantes encontramos que:

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

Las consecuencias son obvias y consisten en:

- 1.- Un alto índice de frustración personal, y -- profesional.
- 2.- Una gran falta de convicción en lo que hacemos o intentamos hacer; lo que nos lleva a -- una serie de fracasos profesionales que a su vez retroalimentan la frustración.

Esta demostrado que el status profesional no es algo que se regale o se obtenga por decreto, sino por el contrario, es algo que se tiene que ganar mediante la delimitación del cuerpo de conocimientos de la disciplina que se representa, con base en el método científico y divulgándolos mediante la docencia, el escrito y la organización profesional; por lo que resulta de extrema urgencia que el residente y el postgraduado-- de Medicina Familiar aprenda la metodología científica--

ca, practique la investigación y la docencia y participe activamente en todo lo relacionado con su especialidad; pues solo de esta forma se posibilita el intercambio de experiencia, lo que a su vez, facilita el avance y consolida el status profesional

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

- 1.- El futuro de la disciplina y el buen éxito del ejercicio profesional de los especialistas en Medicina Familiar, dependerán en buena medida del establecimiento de una apropiada relación médico-paciente y de que la relación del equipo de salud-enfermedad se dé en forma satisfactoria
- 2.- Debe tener proyección social y no individual.
- 3.- Debe lograrse que el especialista atienda a sus pacientes como persona y no como casos, que su ejercicio profesional sea permanente y no de carácter intermitente e episódico.
- 4.- Se debe fomentar la concepción científica de la práctica médica teniendo como eje la salud y el desarrollo de la familia.

5.- El curso ha de planificarse en relación con los aspectos que se deben manejar en el primer nivel de atención médica, lo cual representa centrarlo en los problemas familiares y comunitarios y no en los casos que se observan en la sala de hospitalización.

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

- 1.- Conn, Rakel, Johnson: Estructura y Función de la Familia en: Medicina Familiar, teoría y práctica, Primera Edición, México, D. F.: Nueva Editorial Interamericana. 1974: (2-15).
- 2.- Jaime Alarid y Gómez Pastén: Evolución Histórica del Médico Familiar en el I.M.S.S. en - Fundamentos de Medicina Familiar, 1a. - Edición, México, D. F.: Ediciones Medicina Familiar Mexicana, 1982; (209-218).
- 3.- Jaime Alarid, Audelo Nolasco, Bonilla Marín: La Medicina Familiar en México y en otros países; en: Fundamentos de Medicina Familiar, 1a. Ed., México, D. F.; Ediciones Medicina Familiar Mexicana 1982: (197-208).
- 4.- Wall Montejano, Esteban Hidalgo, Gómez Camarillo-Irigoyen Coria: La Familia en Fundamentos de Medicina Familiar, 1a. Ed., México, D. F.: Ediciones Medicina Familiar Mexicana. 1982: (5-14).

- 5.- Irigoyen Coria, Buendía Palao, Amezcua Aguirre:
Ciclo vital de la Familia; en: Fundamentos de Medicina Familiar. 1a. Ed. México D. F.: Ediciones Medicina Familiar-Mexicana. 1982: (15-20).
- 6.- Buendía López, García Meneses, Núñez Jarquín, Domínguez del Olmo: Dinámica Familiar; en: Fundamentos de Medicina Familiar, 1a. Ed., México, D. F.: Ediciones Medicina Familiar Mexicana, 1982: (21-42).
- 7.- Rivas Gúzman: La Realidad Social en México y la Residencia de Medicina Familiar; en: -- III Jornadas Nacionales de Medicina Familiar, México, D. F.: Cía. Litográfica Rendón, 1978: (31-42).
- 8.- Narro Robles: La Evolución en la Enseñanza de la Medicina Familiar; en: III Jornadas Nacionales de Medicina Familiar; México, D. F.: Cía. Litográfica Rendón. 1978: (43-58).
- 9.- La Revolución Industrial, El Movimiento Obrero y El Surgimiento de los Seguros Sociales-

on: La Seguridad Social en el Proceso de Cambio Internacional 1a. Ed. México, D. F.: Ediciones Culturales Mexicanas, 1980: (7-55).

10.- Los Organismos Internacionales de la Posguerra y la Aparición del Concepto de Seguridad Social; en: Seguridad Social en el Proceso de Cambio Internacional, 1a. Ed., México, D. F.: Ediciones Culturales Mexicanas, 1980: (71-122).

11.- Varela Rueda: Medicina Familiar y los Niveles de Atención. Bol. Méd. del I.M.S.S., 1975; Vol. 17: No. 6: (213-217).

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

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