

11226.  
2ej  
117



# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**EL DERECHAHABIENTE DEL I. M. S. S. Y SU  
CONOCIMIENTO SOBRE ATENCION PRIMARIA Y DEL  
MEDICO FAMILIAR COMO INTEGRANTE DE ESTA**

## TESIS DE POSTGRADO

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

**José Guadalupe Gómez Pérez**

PUEBLA, PUE.

DICIEMBRE 1985



**TESIS CON  
FALSA FE ORIGIN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## INDICE

INTRODUCCION. . . . .	3
JUSTIFICACION. . . . .	5
ANTECEDENTES. . . . .	6
MATERIAL Y METODOS. . . . .	25
RESULTADOS. . . . .	31
CONCLUSIONES. . . . .	41
RESUMEN. . . . .	43
BIBLIOGRAFIA. . . . .	44

AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo a:

Mis Padres: Hilario Gómez Rodríguez  
Genoveva Pérez Pineda

Por todo lo que me han dado en la vida.

Mi Hermano: René

Por el apoyo que me ha dado.

Mi Asesor: Dra. Ana María Cerón B.

Por haber despertado en mí esta  
inquietud y coordinar el trabajo.

A Ti:

Por la amistad brindada.

## INTRODUCCION

En los últimos años y en varios países, entre ellos el -- nuestro, se ha procedido a rectificar y rehabilitar el rol tan importante del médico general, dando una dimensión más amplia con proyección en los aspectos sociales y comunitarios, definiéndolo como Médico Familiar. Tomando a la familia como la -- célula básica de la estructura social.

La función del Médico Familiar no se limita a un sistema ó un aparato del organismo humano ó a un conjunto de padecimientos determinados, está orientada a propiciar la salud completa de los individuos, a preocuparse por ellos no solamente cuando están enfermos, sino en forma permanente, como personas con -- necesidades particulares, familiares y sociales. Su asistencia a un grupo familiar comprende la prevención y atención de las enfermedades de cada uno de sus miembros, la promoción y la -- protección de la salud en el grupo.

El Médico Familiar es el primer contacto y la imagen permanente, de lo que es la medicina institucional y el propio ejercicio médico ante grandes sectores de la población.

La calidad humana que es necesaria en todo médico resulta -- indispensable para el Médico Familiar, conservando e incrementando el sentido humano que tiene su profesión correspondiendo a el más que a nadie, dar el ejemplo de lo que es prestar atención médica mediante los más estrictos lineamientos científicos pero dentro de un marco profundamente humano, realizando -- éstas funciones a través de su práctica diaria en el primer -- nivel de atención médica, resolviendo la mayor parte de los -- problemas médicos, quedando este nivel como el más importante -- ya que de ahí son proyectados los programas prioritarios de -- Medicina Preventiva, Planificación Familiar, Detección de En--

fermedades Crónicas y Degenerativas, Orientación Nutricional, y control de problemas de Saneamiento del Ambiente.

En nuestro país y en la mayoría de los países en vías de desarrollo, la planeación de servicios y recursos humanos para la salud requieren de una atención primaria a la salud integral, proporcionando atención médica de calidad, considerando al Médico Familiar como la base de el enlace entre la atención primaria y los niveles de atención de mayor tecnificación. No olvidando que el paciente está demandando servicios de médicos altamente capacitados en la medicina moderna, pero con la comprensión y empatía que caracterizaba a los médicos de antaño.

### JUSTIFICACION

La prestación de atención para la salud ha sido motivo de interés en los últimos años, ha merecido la atención de los gobiernos de los países desarrollados y un número creciente de los países en vías de desarrollo. La amplitud de los recursos-técnicos y humanos de un equipo de salud, el control de los niveles de atención y su complejidad a exigido que para el empleo adecuado de sus servicios exista un coordinador en quien-confluyan, la capacidad técnica y los atributos humanos indispensables para esa función. Ese coordinador es el Médico Familiar.

En la evaluación de los servicios y programas de salud se encuentran modelos y técnicas para la planeación y programación, sin embargo son escasas las referencias respecto a la evaluación operacional de los programas de salud donde la distancia entre la teoría y la práctica en ocasiones es grande; por otro lado, la terminología utilizada produce cierta confusión, principalmente en la población.

El objetivo del presente trabajo es dilucidar acerca del conocimiento que tiene el paciente, sobre la atención médica en sus tres niveles, principalmente el primero y del Médico Familiar como el profesional que presta la atención dentro de éste.

## ANTECEDENTES

El concepto de sistema de atención médica es reciente, -- los servicios de atención médica inician con la historia de la humanidad, en un principio esta era individual y posteriormente se organizaron hospitales. En el siglo XVIII, en Prusia, -- Frank y Daniel crean un mecanismo del Estado para llevar un -- registro de los enfermos con fines de reclusión y segregación, y para identificar las condiciones de salud de la población -- con propósitos de producción o adiestramiento para la guerra.

Al terminar la primera guerra mundial, los países que tomaron parte en ella iniciaron programas parciales para proteger a los veteranos. (1)

En 1920, la Unión Soviética inicia un programa con propósitos preventivos y curativos para toda la población.

La atención médica, tiene un nuevo impulso en 1942, en plena segunda guerra mundial, cuando Lord Boveridge, en Gran Bretaña, logró que el Parlamento votara la ley de derecho a la -- salud, que es un concepto más profundo que el derecho a la vida. Al terminar la guerra Von Bertalanffy propone la teoría -- general de sistemas que se manifiesta en este campo cuando los países socialistas y la Gran Bretaña adoptan la modalidad de -- Sistema Nacional de Salud, que intenta afrontar todos los problemas de salud en forma sistemática, ordenada y coherente.

En la década de los cincuentas se considera que el modelo -- sueco y norteamericano, cuya base son hospitales, debe ser -- imitado y la construcción de grandes edificios se convierta en objetivo primordial. Muchos países, como consecuencia de la -- especialización, de la variedad de hospitales, de los costos -- que aumentan sin cesar, y de la falta de médicos para manejar -- adecuadamente sistemas de gran complejidad, encontraron como --



solución lógica la de escalonar los servicios. Los países con mayor desarrollo social estimularon la formación de profesionales no médicos para atender problemas rutinarios o repetitivos.

En el siglo XIX, Bismark crea la Seguridad Social como un mecanismo político social para detener el avance de los grupos socialistas. (1,2).

Varios autores empiezan a escribir acerca de tres enfoques que tienen que tratarse conjuntamente, la descentralización, la regionalización y los niveles de atención.

Los investigadores buscaron información al respecto y encontraron dos documentos que desde entonces son la base teórica de estos puntos de vista: los trabajos realizados por Alfred Sloan, director de General Motors de Estados Unidos que descentralizó la producción y distribución de automóviles a partir de 1920 en base a planeación y control central; y el estudio del geógrafo alemán Walter Christaller en 1930 en relación al acceso de la población a los mercados centrales, que 25 años después fue la base de la planeación médica de la República Popular China.

El comportamiento de los sistemas de atención médica en distintos contextos ha sido siempre diferente, y muchos países tratan de copiar la organización de los que han tenido mejores resultados. Para buscar cual es el ejemplo a seguir, varios autores y expertos han tratado de ordenarlos en categorías, uno de ellos fue, Alastair Campbell, quien logró una clasificación de gran utilidad, señalando que hay tres tipos de sistemas de atención médica en el mundo: los de tipo administrativo profesional, que son aquellos en los que profesionistas diversos bajo el control estatal, definen las necesidades sociales y en razón de ello organizan los servicios; este tipo de sistemas coexiste con uno de tipo comercial competitivo que es la -

llamada medicina privada, que se rige por las leyes de la oferta y la demanda.

Un tercer tipo es el Democrático-Consultivo, que es el sistema único de los países socialistas.

Las estrategias de descentralización, regionalización y niveles de atención médica tendrán comportamientos diferentes en cada uno de esos tipos de sistemas.(1).

En nuestro país la evolución de los servicios de atención médica, se dividen en tres etapas:

La primera etapa abarca de la Reforma a la Revolución, en la que conforme a la Constitución de 1857, recaía en la jurisdicción de los estados y, en su caso de los municipios, siendo marginal la participación del Gobierno Federal.

De acuerdo con esta concepción, la Federación se limitó a llevar a cabo acciones de control epidemiológico, fundamentalmente en puertos y fronteras.

La asistencia social, ámbito de los servicios de salud, se manifestaba en acciones aisladas. Las organizaciones eclesásticas, las instituciones de beneficencia privada, asumieron, de manera desarticulada, responsabilidades en materia de asistencias social.

A finales de los sesentas la desamortización de los bienes del clero motivó que las instituciones de asistencia en el Distrito Federal quedaran bajo el control del gobierno.

En 1894 se expidió el primer código sanitario.

En 1905 se inauguró, el Hospital General de México, como una institución de asistencia privada.

En 1908 se reformó la constitución para encomendar al gobierno, la salubridad general de la República.

La segunda etapa se inicia con la Constitución Política de

Querétaro, en que se crean dos dependencias de salud: el Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General.

La Constitución de 1917, en su artículo 123, contiene las bases fundamentales de uno de los ámbitos más relevantes de un Sistema Nacional de Salud: la seguridad social de los trabajadores. En 1925 es reformado ese precepto para que sea el Congreso de la Unión quien expida la reglamentación laboral.

El Estado, estructurado por la Constitución de 1917, tomó las primeras medidas para iniciar el programa de salud de la Revolución: En 1925 se creó la Dirección de Pensiones Civiles-estructurándose un incipiente sistema de protección para los servidores del Estado. Dos años después se expidió una nueva Ley de Beneficiencia Pública.

En 1929 se estableció la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, en ese mismo año, se reformó el Artículo 123, para considerar de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social.

En 1931 se expidió la primera Ley Federal del Trabajo la cual rige los accidentes y enfermedades profesionales.

En 1937 se creó la Secretaría de Asistencia, la cual, en 1943 se fusionó con el Departamento de Salubridad, para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En 1943, tras varios esfuerzos infructuosos, se expidió la Ley del Seguro Social, reglamentaria del artículo 123 Constitucional, que crea un organismo público descentralizado al que se confía el sistema de seguros sociales que protege, inicialmente, a los trabajadores subordinados, sobre todo del medio urbano. El financiamiento del nuevo sistema es tripartita: cuotas obreras, cuotas patronales y aportación estatal. Su gestión es, igualmente tripartita.

La Ley de Secretarías y Departamentos de 1947 otorga a la -

Secretaría de Salubridad y Asistencia facultades para organi--zar, administrar, dirigir y controlar la salud.

En 1954 se creó la Comisión Nacional de Hospitales.

En 1959 se adicionó el apartado "B" del artículo 123 Cons--titucional que contiene las bases fundamentales para la salud--y la seguridad social de los trabajadores del Estado.

En 1960 se estructuró un mecanismo de coordinación de las -distintas dependencias y entidades que presten servicios de --salud: es creada la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública y Seguridad Social que funcionó deficientemen--te.

En 1968 se estableció la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez.

En 1973 se expidió la nueva Ley\* del Seguro Social, que avan--zó en el proceso de implantación de un verdadero sistema de --seguridad social basado en criterios de universalidad. Esta --Ley destaca por dar bases a los programas de solidaridad so----cial por cooperación comunitaria en favor de grupos marginados.

En 1977 se reorganizó el aparato administrativo de asisten--cia social al fusionarse el IMAN y el INPI para dar lugar al -Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

En este mismo año se estableció el sector salud, con base -en la nueva Ley orgánica de la Administración Pública Federal, entendido como el agrupamiento administrativo de entidades ---paraestatales bajo la coordinación de la Secretaría de Salubri--dad y Asistencia, para asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades que actúan en el campo de la salud.

Sin embargo, debe señalarse que el llamado sector salud no--abarca la totalidad de las entidades que presten servicios de--salud, puesto que no fueron agrupados el Instituto Mexicano --del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Socia

les de los Trabajadores del Estado y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

En 1978, los cambios sociales y políticos del país, hicieron que se formulara el Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social 1978 - 1982. Entre los objetivos y estrategias del programa estaba proporcionar atención a toda la población, dar prioridad a la atención primaria, hacer que en forma coordinada participaran los Estados y los Municipios en la Programación, control y financiamiento de estos, mediante la adopción de medidas en términos de reforma administrativa.

En 1979, la Comisión General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados celebró con el Instituto Mexicano del Seguro Social un convenio que instituyó el Programa "IMSS-COPLANAR" de solidaridad social por cooperación comunitaria -- para prestar servicios médicos a poblaciones de escasos recursos en zonas rurales marginadas.

Después, como resultado de estudios del Gabinete de Salud, las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud y algunas experiencias nacionales y extranjeras, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en 1981, publicó el "Sistema de Servicios de Salud", que enmarcó en tres niveles, escalonados y regionalizados, la atención médica para la población marginada los cinturones urbanos de miseria y las áreas rurales.

Cuatro programas destacan en la S.S.A. en relación a los -- niveles de atención médica durante los años 1981 y 1982, la -- desconcentración de los servicios coordinados de Salud Pública, para permitir la autosuficiencia de cada entidad federativa en cuanto a las acciones de salud; la integración de los servicios; las dos reuniones nacionales sobre niveles de atención a la salud y la introducción del sistema de medicina de enlace.

El 25 de agosto de 1981, por acuerdo presidencial, se creó-

la coordinación de los servicios de salud como unidad de asesoría y apoyo técnico del Ejecutivo Federal, encargada de proponer las bases para establecer un Sistema Nacional de Salud. -- Esta coordinación, con la colaboración de varias dependencias gubernamentales federales y estatales, pero siguiendo los lineamientos del Plan Global de Desarrollo y del Sistema Nacional de Planeación, realizó diversos estudios para conformar un sistema de salud, que tuviera presentes los niveles de gobierno municipal, estatal y federal.

La tercera etapa empieza con la actual gestión presidencial a partir de las medidas adoptadas con el propósito de consolidar un Sistema Nacional de Salud.

Entre las primeras acciones que se tomaron destaca la adición y reformas al artículo 4o. de la Constitución en febrero de 1982, que consagra al derecho de protección a la salud como una garantía social, y señala que una ley establecería las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud y distribuiría la concurrencia en materia de salubridad general entre la Federación y las Entidades Federativas.

Igualmente, fue reformada la fracción I del artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, para completar, en el caso de la salud, la técnica de sectorización, agregando la modalidad de la sectorización programática y funcional. Así, el sector salud queda integrado por las entidades agrupadas administrativamente y por los programas, funciones y servicios de salud de todas las dependencias y entidades que componen la Administración Pública Federal.

En diciembre de 1982, el presidente de la República acordó que el Sistema Integral de la Familia quedara agrupado en el sector salud y en enero de 1983 procedió a instalar el Gabinete de salud, formado por el titular de Salubridad y Asistencia

y los Secretarios de Programación y Presupuesto y de la Contraloría General de la Federación, así como por los Directores -- Generales del IMSS, ISSSTE y DIF.

En noviembre de 1983, la presidencia de la República envió al Congreso de la Unión la iniciativa de Ley General de Salud, y el 7 de febrero se publicó en el Diario Oficial ese ordenamiento, que define la naturaleza y establece los mecanismos -- del Sistema Nacional de Salud.

El 30 de agosto de 1983 se expidió el decreto mediante el -- cual el Ejecutivo Federal establece las bases a las que se sujetará el Programa de Descentralización de los Servicios de -- Salud de la S.S.A. y el Convenio Único de Desarrollo 1984 que contiene las cláusulas por las cuales los gobiernos estatales -- asumirán una mayor participación en la gestión de los servi--- cios asistenciales y de solidaridad social.

El 8 de marzo de 1984 mediante decreto se instruye también -- para que los programas de atención a población abierta, denomi-- nados IMSS-COPLAMAR, se descentralicen progresivamente inte--- grándose en sistemas estatales de salud flexibles y eficientes.

El gobierno actual, 1982 - 1988, se comprometió al establecimiento del Sistema Nacional de Salud. En la estructura de -- este plan se señalan tres niveles de atención, coordinados en una adecuada jerarquización y con una racional regionalización de los servicios, de salud integrales, administración descen-- tralizada y participación activa y conciente de la comunidad. -- (1,3,4).

La Ley General de Salud define los campos de la salubri--- dad general: atención médica, salud pública y asistencia so--- cial. Igualmente, define la naturaleza del derecho a la protección de la salud e instituye los mecanismos que deberá utili--- zar el Estado para poner las condiciones que aseguren su cum--

plimiento creciente.

La Ley General de Salud define a la atención médica como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, mantener y restaurar su salud.

A la atención médica se le asigna un carácter integral, entantanto considera los aspectos psicológicos, biológicos y sociales, y comprende servicios preventivos, curativos y de rehabilitación.

Sus actividades básicas son:

a) Diagnóstico, cuya finalidad consiste en detectar los problemas de salud del individuo y el ámbito en que se desarrollan. Se suele apoyar en los servicios auxiliares de diagnóstico como el laboratorio, radiodiagnóstico y otros estudios específicos.

b) Tratamiento médico, quirúrgico y radiodiagnóstico, entre otros, que incluyen la atención de urgencias.

c) Rehabilitación física y mental.

d) Actividades derivadas de ciertos programas de salud pública dirigidos a la colectividad, pero en los que sus miembros son considerados individualmente; tal es el caso de los programas de vacunación, control de paludismo y de algunas enfermedades infecciosas, la detección de diversos padecimientos de orden biológico o socioambiental, y la planificación familiar. También es el caso de las materias de atención materno-infantil y de salud mental, y estos constituyen programas de la atención médica propiamente dicha.

El sistema de servicios de salud es el conjunto de elementos y mecanismos seleccionados y organizados a través de los cuales la infraestructura de salud y los recursos humanos y financieros se ordenan y estratifican ordenando las fórmulas operativas de la tecnología médica y sanitaria para ofrecer pres-



taciones de salud integral.

El sistema de servicios se estratifica funcionalmente por niveles de atención, los cuales corresponden a la agrupación de combinaciones diferenciadas de recursos de toda índole para actividades médicas de una determinada complejidad, con la máxima eficiencia en la producción y prestación de los servicios.

El concepto de niveles implica el reconocimiento de dos elementos claramente diferenciados: por una parte, la necesidad de atención en referencia a las personas, los grupos comunitarios y sus condiciones de salud; y por otra, la menor o mayor complejidad del contenido tecnológico de la respuesta a esa necesidad. Así, la programación de servicios con base en los niveles debe estar fundamentada en el análisis de las necesidades de atención, y complementarse con un conocimiento de la capacidad tecnológica de respuesta.

El concepto de niveles de atención presupone una correspondencia natural entre la complejidad de una determinada situación con la de los métodos y recursos necesarios para atenderla. Su aplicación en la programación y organización de servicios toma en cuenta igualmente la frecuencia de las situaciones de salud en la población.

El procedimiento común para determinar niveles de atención consiste en la identificación y clasificación de los problemas de salud sobre la base de análisis de la morbilidad, y la delimitación de las funciones de atención correspondiente según categorías.

Los niveles de atención, como conjunto de funciones, no son sinónimos de unidades por medio de las cuales se presta el servicio. No obstante, existe una relación entre ambos, ya que la definición de un nivel determinado condiciona la selección y sistematización del tipo de unidad más conveniente.

Para la planeación del sistema de servicios de salud se han estratificado las funciones, los servicios, y los recursos en tres niveles de atención, los cuales son:

#### PRIMER NIVEL

Su enfoque principal es la prevención de enfermedades y conservación de la salud, a través de actividades de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos frecuentes, cuya resolución sea factible mediante el empleo de recursos poco complejos, en atención ambulatoria, y labores de enseñanza e investigación.

#### SEGUNDO NIVEL

En el cual se desarrollan acciones dirigidas a restaurar la salud y superar los daños, a través de actividades de atención médica englobadas dentro de las cuatro especialidades básicas y algunas otras de la medicina; además, se llevan a cabo labores de enseñanza e investigación. Requieren recursos de mediana complejidad, en atención ambulatoria y de hospitalización.

#### TERCER NIVEL

En el que se realizan acciones de restauración de la salud y superación de daños poco frecuentes, a través de actividades de atención médica que involucran diversas especialidades y requieren de una combinación de recursos de alta complejidad. -- También se llevan a cabo actividades de enseñanza e investigación.

Si decimos que el concepto de niveles de atención médica es una estrategia, que se define como la forma eficiente de relacionar los recursos internos para obtener el máximo impacto social positivo, por lo cual se tiene que relacionar con un --

excelente diagnóstico situacional y una planificación con enfoque totalizador que produzca mejores resultados de bienestar - biopsicosocial, a la vez que prestando el individuo la atención óptima, en el lugar adecuado, en el tiempo oportuno y con alto sentido humano.

El concepto de niveles obliga a estudiar primero los de tipo funcional y en razón de su comportamiento real definir los de tipo administrativo. El estudio funcional de los niveles de atención médica parte de las observaciones de Edward Suchman, quien identificó las conductas de los individuos a punto de declararse enfermos, señalando que hay varias fases secuenciales que son:

1. Aparición de los síntomas: a) convicción de sentirse mal b) la interpretación del significado por parte del individuo que tiene los síntomas; c) la reacción emotiva de temor o ansiedad. Su respuesta puede ser de negación de la enfermedad que traduce en dilación para buscar atención médica; o bien la hipocondria, entendida como experimentar síntomas de enfermedades por razones sociales o psicológicas.

2. En la segunda fase, el individuo acepta su papel de enfermo y la necesidad de buscar atención médica. Primero trata de aliviar él mismo sus síntomas y si no lo logra, busca informes y consejos, pero al mismo tiempo busca que su condición de enfermo lo excuse de cumplir con sus obligaciones.

3. Si los síntomas persisten o aumentan, el individuo busca y obtiene atención médica con el objeto de saber su diagnóstico o tratamiento y buscar otra fuente de atención médica. (1, 3, 5, 6, 7, 8, 9).

En cuanto al primer nivel de atención, constituye la base del sistema de atención médica y resuelve aproximadamente el 85% de los problemas de salud de la población.

El primer nivel a su vez se divide en tres subniveles que son: El primero o de autoatención, se refiere a las actividades en materia de salud que realiza el propio paciente y o sus familiares, sin intervención del personal de salud, cuyo objetivo es mantener o restaurar la salud. Estas actividades se realizan siempre en el hogar de las familias, sitios de reunión o de trabajo; en los cuales la comunidad en general lleva a cabo acciones de autocuidado de su salud, prácticas derivadas de la medicina, con el empleo de métodos y técnicas obtenidas casi siempre por hábitos y costumbres.

El segundo subnivel, se refiere a la participación del personal auxiliar que proporciona atención a la salud en la comunidad, contratados por instituciones de salud o que participan en forma voluntaria, en la organización y desarrollo de la comunidad; las actividades correspondientes a este subnivel que se realizan en consultorios, casas de salud y rurales y de zonas marginadas, tienen como acciones predominantes: la educación para la salud, la prevención de ciertos padecimientos transmisibles, la orientación médica simplificada y el saneamiento ambiental básico.

El tercer subnivel o de atención profesional, se refiere a la atención médica general, con actitudes simplificadas de consulta general, y el grupo de participantes en este subnivel lo constituyen los médicos en servicio social, los médicos generales y en forma mas especial los médicos familiares; cuyas acciones se orientan a resolver los problemas médicos más comunes y de poca complejidad, así como la detección y canalización de aquellos más complejos.

Estos módulos cuentan también con el apoyo de profesionales del campo de la odontología, que se encuentran adscritos a las unidades de primer nivel de atención, prevención y educación -

odontológica de la población.

Dentro de las actividades de salud del primer nivel destacan los siguientes programas:

Planificación familiar.

Atención al menor de 4 años.

Higiene materna, embarazo, parto y puerperio.

Saneamiento básico.

Control de enfermedades transmisibles y prevenibles por vacunación.

Control de enfermedades no transmisibles.

Detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.

Nutrición y alimentación complementaria.

Atención médica a sanos y enfermos.

Atención odontológica.

Educación para la salud.

Este último es un programa básico que comprende actividades que sirven de apoyo para que se efectúen los anteriores, y su objetivo es el poder lograr la modificación de la conducta, -- que en materia de salud realiza la población.

La planeación de servicios y recursos humanos para la salud, que requieren de una atención primaria a la salud integral, -- proporcionando atención médica de calidad, concideran al Médico Familiar como la base dentro de este sistema. (1,3,5,6,7).

Con frecuencia se cuestiona si la medicina familiar es un descubrimiento o invento de nuestro tiempo; el hecho es que la medicina familiar, realmente no es producto de nuestra época, -- se remonta a un buen número de siglos, y se encuentran ejemplos de como en las culturas antiguas, este era el sistema por el cual la práctica médica tenía su efecto; un ejemplo es reportado por Herodoto sobre esta forma de sistematizar la labor del médico. Dostoevsky ejemplifica dentro de la Literatura es-

te sistema de atención; y así, un buen número de ejemplos, hay en la evolución del ser humano y su sociedad en que existe un individuo que brinda una atención médica integral.

La medicina familiar, como la entendemos en este momento es producto, entre otras cosas, del exceso de especialización, -- que en la década de los 40 se empiezan a agudizar y que tiene como consecuencia el que poco a poco la atención médica que se practica se va fragmentando cada vez más, este exceso de especialización que conlleva también la utilización de tecnología sofisticada, poco accesible, muy costosa y que en ocasiones no ofrece los beneficios que uno esperaría de la misma.

En el año de 1952 marca el principio de un cambio muy importante en la Gran Bretaña, con el establecimiento del Colegio - Real de Médicos Generales que vino a dar a estos profesionales, oportunidades para desarrollar vida docente, de investigación, académica a la par con el resto de especialistas.

En Canadá, en 1954 se establece el Colegio de Médicos Familiares, que inicialmente fue denominado, Colegio de Médicos -- Generales, siendo hasta 1966, en que se inicia el curso de --- adiestramiento en Medicina Familiar, en Estados Unidos en 1947 se establece la Academia Americana de Medicina General, y en - 1960, inicia el curso de adiestramiento en Medicina Familiar.

En México, en 1954 inicia un programa experimental en la -- ciudad de Monterrey, Caja Regional de Monterrey, IMSS, en donde un grupo de médicos comienza a trabajar teniendo bajo su -- cuidado un grupo de familias. En 1960 con el nombre de Sistema Médico Familiar generaliza el programa, en donde hay médicos - que atienden a los mayores de 16 años y se les denomina Médi--cos Familiares de adultos y otros que atienden a los menores - de 16 años y se denominan Médicos Familiares de menores. En -- 1968, se forma la Asociación Mexicana de Médicos Generales y -

## Familiares.

El 13 de marzo de 1971, se inicia el curso de Medicina Familiar como una disciplina y especialidad médica, dentro del --- Instituto Mexicano del Seguro Social.

En 1974, la División de Estudios de Postgrado, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México da su --- reconocimiento al curso de Medicina Familiar del I.M.S.S.

En 1975, se establece el Departamento de Medicina General/- Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina UNAM. Además como una actividad también universitaria, hay un ingreso masivo de médicos familiares en ejercicio del Instituto como maestros --- universitarios en una actividad de enseñanza. El 94% de los --- egresados de la residencia de medicina familiar son incorporados al sistema de la institución como médicos familiares, en --- 1977 la Universidad de Nuevo León crea su propia residencia de medicina familiar con otra orientación y con otro destino a --- sus egresados; y en 1979 el propio Instituto Mexicano del Seguro Social crea unidades denominadas de Medicina Familiar; coincidentemente el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado inaugura su primera unidad de medicina familiar y en este año se fundan las residencias de medicina familiar del I.S.S.S.T.E. y de la S.S.A. En 1980, hay la transformación del Centro de Salud "Portales" de la S.S.A. en Unidad Académica de Medicina Familiar. En 1979, inicia sus --- trabajos la clínica Dr. Ignacio Chávez del I.S.S.S.T.E. y se --- le toma como una unidad para llevar a cabo un programa de atención médico familiar y a nivel académico para la residencia de Medicina Familiar General.

En 1981, el I.M.S.S. tiene ya 52 sedes de residencia de Medicina Familiar. (5,7,10,11,12,13,14,15,16,17).

La Medicina Familiar cubre seis requisitos para considerar-

que tiene campo académico propio. Los Dres. Mc Winney y Richardson establecen específicamente la diferenciación entre lo que es un campo académico y lo que no y para ello señalan estos -- factores:

1) Poseer un campo de acción definido de conocimientos; la medicina familiar se apoya en conocimientos que contemplan: la medicina interna, la pediatría, la ginecología, obstetricia, - la cirugía, la psicología médica y la medicina social. De estos seis campos toma sus bases y las desarrolla en forma horizontal, dándoles una profundidad determinada que le permite -- captar aquellos conocimientos que le son útiles para el mejor manejo del individuo y de la familia.

2) Es necesario que se cuente con técnicas especiales y la medicina familiar las tiene.

3) La disciplina debe apoyarse en una filosofía que sustente sus actividades.

4) Se requiere que exista la posibilidad de llevar a cabo - investigaciones. En la medicina familiar esto último es totalmente factible y en la literatura existe gran cantidad de ejemplos al respecto.

5) En el caso de las ramas de la medicina, se demanda que - exista la cobertura a una morbilidad previamente especificada. En el área de la medicina familiar existe una atención a los - padecimientos más frecuentes y aquéllos no complicados.

6) Finalmente, se establece que debe existir un adiestra--- miento para la práctica de la disciplina que sea riguroso desde el punto de vista intelectual.

Es indudable que el médico familiar tiene un amplio camino- de trabajo, y no solo éste sino que la medicina familiar es -- una estrategia, dentro de la atención primaria de la salud y - esta atención debe significar desde luego la atención con un -



médico de primer nivel que de alguna manera debiera enfrentarse a características especiales de morbilidad.

Aunque en nuestro país la morbilidad esta bien definida con las diarreas, las infecciones del aparato respiratorio y una serie de patologías que alguien definió específicas de la pobreza, el médico familiar va a dar no sólo atención al individuo sino a la familia entera, esto hace adquirir un sentido -- más profundo a la atención de la enfermedad porque no solamente atiende el hecho de que la enfermedad ocurra dentro de la familia y se establece una dualidad, así como el problema salud - enfermedad entre enfermedad y familia y familia y enfermedad, ya que no se da por sí sola la enfermedad, está supeditada a las condiciones de la familia y a la forma de vida y de este modo la familia entera es el área de trabajo del Médico - Familiar.

Es obvio que los distintos fenómenos del medio biológico y social van a afectar la salud del mexicano y queda entendido, - la medicina familiar como la que se va a enfocar directamente a resolver los problemas de la medicina dentro de la comunidad, ésta amplía su campo de acción y prácticamente se va hasta las áreas sociomédicas y hasta las económico - productivas, busca eliminar no solo las causas sino las consecuencias también y - en nuestro país el Médico Familiar es llamado a ocupar estas - áreas del primer nivel. (5,7, 10,11,12,13,17,18,19,21,22,23).

Como proveedores de atención primaria, los médicos familiares encuentran con frecuencia que necesitan ayuda en determina da afección, en algún procedimiento quirúrgico, o en alguna -- forma de atención. Entonces, dependen con frecuencia de la --- interconsulta.

La interconsulta es el proceso en el cual se busca consejo de un consultor respecto de un problema de determinado pacien-

te ya sea a causa de su complejidad, oscuridad o seriedad de la atención requerida, o debido a que el paciente u otra persona autorizada que actúa en bienestar del mismo soliciten otra opinión.

El médico puede decidir a efectuar una interconsulta dependiendo de sus intereses y capacidad.

La interconsulta se esta usando mucho en la organización de la atención primaria. Una solicitud de interconsulta puede --- originarse en el paciente debido al conocimiento que tenga de determinado consultor, o simplemente obtener otra opinión, también puede deberse a que no se siente satisfecho con su Médico Familiar o la solicita a insistencia de sus familiares, siendo esto uno de los mayores problemas dentro de la atención médica, ya que se sobrecargan los servicios de segundo y tercer nivel y en muchas ocasiones atendiendo problemas que se resuelven fácilmente en el primer nivel, esto probablemente debido al desconocimiento de las funciones del Médico Familiar dentro del primer nivel. (24).

MATERIAL Y METODOS

Se diseñó un estudio longitudinal, prospectivo, observacional y comparativo para determinar el conocimiento que tiene el derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, de los Niveles de Atención Médica, principalmente del primer Nivel de atención y del Médico Familiar como integrante del mismo.

Se entrevistaron a quinientos derechohabientes del I.M.S.S. los cuales fueron escogidos al azar de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Se entrevistaron a derechohabientes mayores de 18 años, sin importar el sexo, ocupación, estado civil y nivel socioeconómico.

Se excluyeron a derechohabientes menores de 18 años y con deterioro de sus funciones mentales.

Los datos obtenidos se contrastaron con los obtenidos de la entrevista que se realizó a un grupo control formado por quinientas personas no derechohabientes del I.M.S.S., tomadas de la población general de la ciudad de Puebla, con los mismos criterios de inclusión y exclusión que se siguieron con el grupo en estudio.

Para este trabajo se elaboró un cuestionario de veinticinco preguntas, dividido en tres partes; la primera corresponde, de la pregunta uno a la pregunta cinco, las cuales están enfocadas al conocimiento que tiene el derechohabiente, acerca del significado de los niveles de atención, de su clasificación y de las diferencias entre cada nivel, representando esto, con las Unidades Médicas del I.M.S.S., en la ciudad de Puebla.

Siendo las siguientes preguntas

1) ¿A qué cree usted se deba que el I.M.S.S. se divida en -

Clínicas de Medicina Familiar, y unidades como el Hospital General de Zona (San Alejandro) y el Hospital Regional de Especialidades (San José)?

2) ¿Cuál ó cuáles piensa usted sean las diferencias entre el Hospital General de Zona y el Hospital Regional de Especialidades?

3) ¿Cuál ó cuáles piensa usted sean las diferencias entre el Hospital General de Zona y una Unidad de Medicina Familiar (Clínica)?

4) ¿Cuál piensa usted, es el significado de nivel de atención Médica ?

a) Como la organización de actividades médicas de acuerdo a su complejidad y recursos.

b) Como la organización de la atención médica de menor a mayor calidad de acuerdo a cada nivel.

c) Diferente tipo de atención médica en cada nivel, sin relación entre uno y otro.

d) ¿Otro significado?

5) El sistema de Atención Médica se divide en niveles, ¿cuántos conoce usted?

a) Uno    b) Dos    c) Tres    d) Ninguno    e) Más ¿cuántos?

La segunda parte corresponde, de la pregunta seis a la pregunta once, las cuales están enfocadas al conocimiento del Primer Nivel de Atención Médica por el derechohabiente, tomando en cuenta las actividades que se realizan dentro del primer nivel en una Unidad de Medicina Familiar del I.M.S.S.

Las preguntas elaboradas fueron las siguientes:

6) Para la conservación de la salud a través de actividades de orientación protección por medio de vacunas, detección de -

enfermedades y tratamiento de enfermedades frecuentes mediante el empleo de recursos poco complejos, ¿Debe realizarse en el?

- a) I nivel (Clínicas).
- b) II nivel (Hospital General de Zona).
- c) III nivel (Hospital Regional de Especialidades).
- d) Otro lugar.

7) ¿Donde piensa usted, se le proporcione orientación acerca de los programas de Medicina Preventiva (vacunas, detección de diabetes, cáncer, tuberculosis, fiebre reumática, etc.)?

- a) Clínicas    b) H.G.Z.    c) H.R.E.    d) Otro lugar.

8) ¿Donde piensa usted, se deben realizar los exámenes para detección de cáncer, diabetes, etc.?

- a) Clínicas    b) H.G.Z.    c) H.R.E.    d) Otro lugar.

9) ¿Donde piensa se le deben aplicar los esquemas de vacunas a un niño?

- a) Clínicas    b) H.G.Z.    c) H.R.E.    d) Otro lugar.

10) ¿La orientación acerca de los métodos para planificación familiar en que lugar piensa usted se le debe proporcionar?

- a) Clínicas    b) H.G.Z.    c) H.R.E.    d) Otro lugar

11) El tratamiento de enfermedades frecuentes tales como diarreas, parasitosis, faringitis, etc., y control de enfermedades crónicas no complicadas, ¿donde piensa usted se debe realizar?

- a) Clínicas    b) H.G.Z.    c) H.R.E.    d) Otro lugar.

La tercera parte del cuestionario corresponde de la pregunta doce a la veinticuatro, enfocadas al conocimiento que tiene el derechohabiente del I.M.S.S., de las funciones del Médico Familiar dentro del primer nivel de atención, con base a las

actividades médicas, preventivas y sociales que desarrolla el Médico Familiar. Y la pregunta veinticinco fue elaborada en base al conocimiento que tiene el derechohabiente, acerca de la existencia de la especialidad de Medicina Familiar.

Siendo las preguntas siguientes:

12) ¿Si usted enferma de un problema de amigdalitis, cuál - especialista piensa usted lo debe atender?

- a) Médico Familiar.
- b) Médico Internista.
- c) Otorrinolaringólogo.
- d) Otro.

13) ¿Si un niño enferma de diarrea sin complicaciones, cuál - especialista piensa usted lo debe tratar?

- a) Pediatra.
- b) Médico Familiar.
- c) Gastroenterólogo.
- d) Otro.

14) ¿A los enfermos con diabetes sin complicaciones, cuál - especialista piensa usted los debe controlar?

- a) Médico Familiar.
- b) Endocrinólogo.
- c) Médico Internista.
- d) Otro.

15) ¿A los enfermos con hipertensión arterial sin complicaciones, cuál - especialista piensa usted los debe controlar?

- a) Médico Internista.
- b) Cardiólogo.
- c) Médico Familiar.
- d) Otro.

16) ¿El control de peso, talla de un niño sano y la orientación acerca de su alimentación y vacunas, cuál especialista -- piensa usted debe realizar estas funciones?

- a) Médico Familiar.
- b) Pediatra.
- c) Perinatólogo.
- d) Otro.

17) ¿El control de un embarazo sin complicaciones lo debe -- realizar el?

- a) Ginecólogo.
- b) Médico Familiar.
- c) Médico Internista.
- d) Otro.

18) ¿Si un matrimonio deséa planificar su familia, cuál es-  
pecialista piensa usted les debe orientar?

- a) Psiquiatra.
- b) Ginecólogo.
- c) Médico Familiar.
- d) Otro.

19) ¿Cuál especialista piensa usted, puede orientar y dar -- apoyo en la solución de problemas familiares tales como: enfer-  
medad de un miembro, alcoholismo, divorcio, etc.?

- a) Médico Internista.
- b) Psiquiatra.
- c) Médico Familiar.
- d) Otro.

20) Si en una familia alguno de sus miembros es alcoholico-  
y su Médico Familiar para su manejo le sugiere acudir a alcoho-  
licos anónimos, ¿piensa usted está en lo correcto o lo debe ---  
enviar a otro especialista?

Esta en lo correcto:      a) Si      b) No

21) ¿Cuando un miembro de una familia es deshauciado, qué - especialista puede orientar y brindar apoyo tanto a la familia como al paciente, en espera del fallecimiento de éste?

- a) Oncólogo.
- b) Psiquiatra.
- c) Médico Familiar.
- d) Otro.

22) ¿Cuál especialista piensa usted debe atender y orientar a todos los miembros de una familia tanto en el consultorio - como en el domicilio de estos?

- a) Médico Familiar.
- b) Médico Internista.
- c) Pediatra.
- d) Otro.

23) ¿Usted estando sano (a), cual especialista piensa le -- debe mantener su salud mediante labores de Medicina Preventiva?

- a) Médico Internista.
- b) Cardiólogo.
- c) Médico Familiar.
- d) Otro.

24) ¿Que diferencias piensa usted, existan entre un Médico-Familiar y un Médico Internista y un Pediatra?

25) ¿Sabia usted que la Medicina Familiar es una especialidad?

- a) Si      b) No

Con los datos obtenidos de las encuestas se realizó el análisis estadístico de los resultados utilizando el procedimiento de la "Chi cuadrada", con un nivel de significancia de 0.05.



RESULTADOS

Se entrevistaron a quinientos derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, con un grupo control de quinientos no derechohabientes, en la ciudad de Puebla, con un porcentaje de respuesta de 100%. El 51.8% correspondió al sexo femenino y el 48.2% al sexo masculino, en el grupo de derechohabientes. El 56% correspondió al sexo femenino y el 44% al sexo masculino en el grupo de no derechohabientes. Tabla 1.

TABLA 1

DISTRIBUCION POR SEXO				
SEXO	DERECHOHABIENTES	%	NO DERECHOHABIENTES	%
FEMENINO	259	51.8	280	56
MASCULINO	241	48.2	220	44
TOTAL	500	100.0	500	100.0

FUENTE: Cuestionario específico.

En cuanto a la edad, el 79% correspondió a derechohabientes con edades que oscilan entre 18 y 44 años de edad, y el 21% resultaron mayores de 45 años; de los no derechohabientes el 74.6% estuvieron entre los 18 y 44 años y el 25.4% fueron mayores de 45 años. Tabla 2.

TABLA 2

## DISTRIBUCION POR EDADES

EDAD	DERECHOHABIENTES	%	NO DERECHOHABIENTES	%
18 - 44	395	79	373	74.6
45 - +	105	21	127	25.4
TOTAL	500	100.0	500	100.0

FUENTE: Cuestionario específico.

Se encontró analizando los resultados, que en la primera -- pregunta 14 derechohabientes contestaron correctamente con un 2.8%, por 3 no derechohabientes (0.6%) que contestaron correctamente, con un valor de P. significativo (menor de 0.05). Tabla 3. Gráfica 1.

En la pregunta 2, contestaron correctamente 9 derechohabientes (1.8%), por 1 no derechohabiente (0.2%), con un valor de P. significativo (menor de 0.05). Tabla 3. Gráfica 1.

En la pregunta 3, contestaron correctamente 5 derechohabientes (1.0%), por ninguno de los no derechohabientes, con un valor de P. significativo (menor de 0.05). Tabla 3. Gráfica 1.

En la pregunta 4, contestaron correctamente 94 derechohabientes (18.8%), por 66 no derechohabientes (13.2%), con un valor de P. no significativo (mayor de 0.05). Tabla 3. Gráfica 1.

En la pregunta 5, contestaron correctamente 44 derechohabientes (8.8%), por 17 no derechohabientes (3.4%), con un valor de P. significativo (menor de 0.05). Tabla 3. Gráfica 1

TABLA 3

## CONOCIMIENTO DE LOS NIVELES DE ATENCION

P.No.	DERECHOHABIENTES	%	NO DERECHOHABIENTES	%
1	14	2.8	3	0.6
2	9	1.8	1	0.2
3	5	1.0	0	0.0
4	94	18.8	66	13.2
5	44	8.8	17	3.4

P.No. = Pregunta número.

FUENTE: Cuestionario específico.

En la pregunta 6, contestaron correctamente 313 derechohabientes (62.4%), por 183 no derechohabientes (36.6%), con un valor de P. significativo (menor de 0.05). Tabla 4. Gráfica 2.

En la pregunta 7, contestaron correctamente 342 derechohabientes (68.4%), por 167 no derechohabientes (33.4%), con un valor de P. significativo (menor de 0.05). Tabla 4. Gráfica 2.

En la pregunta 8, contestaron correctamente 390 derechohabientes (78.0%), por 175 no derechohabientes (35.0%), con un valor de P. significativo (menor de 0.05). Tabla 4. Gráfica 2.

En la pregunta 9, contestaron correctamente 446 derechohabientes (89.2%), por 333 no derechohabientes (66.0%), con un valor de P. significativo (menor de 0.05). Tabla 4. Gráfica 2.

En la pregunta 10, contestaron correctamente 413 derechoha-



bientes (82.6%), por 171 no derechohabientes (34.2%), con un valor de P. significativo (menor de 0.05). Tabla 4. Gráfica 2.

En la pregunta 11, contestaron correctamente 386 derechohabientes (77.2%), por 139 no derechohabientes (27.6%), con un valor de P. significativo (menor de 0.05). Tabla 4. Gráfica 2.

TABLA 4

## CONOCIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ABERRACION

P.No.	DERECHOHABIENTES	%	NO DERECHOHABIENTES	%
6	313	62.4	183	36.0
7	342	68.4	167	33.4
8	390	78.0	175	35.0
9	446	89.2	323	64.6
10	413	82.6	171	34.2
11	386	77.2	139	27.8

P.No. = Pregunta número.

FUENTE: Cuestionario específico.



En la pregunta 12, contestaron correctamente 91 no derechohabientes (18.2%), por 49 derechohabientes (9.8%), con un valor de P. significativo (menor de 0.05). Tabla 5. Gráfica 3.

En la pregunta 13, contestaron correctamente 57 no derechohabientes (11.4%), por 11 derechohabientes (2.2%), con un valor de P. significativo (menor de 0.05). Tabla 5. Gráfica 3.

En la pregunta 14, contestaron correctamente 123 no derechohabientes (24.6%), por 121 derechohabientes (24.2%), con un valor de P. no significativo (mayor de 0.05). Tabla 5. Gráfica 3.

En la pregunta 15, contestaron correctamente 18 no derechohabientes (3.6%), por 10 derechohabientes (2.0%), con un valor de P. no significativo (mayor de 0.05). Tabla 5. Gráfica 3.

En la pregunta 16, contestaron correctamente 100 no derechohabientes (20.0%), por 87 derechohabientes (17.4%), con un valor de P. no significativo (mayor de 0.05). Tabla 5. Gráfica 3.

En la pregunta 17, contestaron correctamente 181 derechohabientes (36.2%), por 142 no derechohabientes (28.4%), con un valor de P. significativo (menor de 0.05). Tabla 5. Gráfica 3.

En la pregunta 18, contestaron correctamente 115 no derechohabientes (23.0%), por 76 derechohabientes (15.2%), con un valor de P. significativo (menor de 0.05). Tabla 5. Gráfica 3.

En la pregunta 19, contestaron correctamente 19 no derechohabientes (3.8%), por 18 derechohabientes (3.6%), con un valor de P. no significativo (mayor de 0.05). Tabla 5. Gráfica 3.

En la pregunta 20, contestaron correctamente 482 derechohabientes (96.4%), por 439 no derechohabientes (87.8%), con un valor de P. significativo (menor de 0.05). Tabla 5. Gráfica 3.

En la pregunta 21, contestaron correctamente 70 derechohabientes (14.0%), por 41 no derechohabientes (8.2%), con un valor de P. significativo (menor de 0.05). Tabla 5. Gráfica 3.

En la pregunta 22, contestaron correctamente 476 derechohabientes (95.2%), por 439 no derechohabientes (87.8%), con un valor de P. significativo (menor de 0.05). Tabla 5. Gráfica 3.

En la pregunta 23, contestaron correctamente 344 derechohabientes (68.8%), por 340 no derechohabientes (68.0%), con un valor de P. no significativo (mayor de 0.05). Tabla 5. Gráfica 3.

En la pregunta 24, contestaron correctamente 16 derechohabientes (3.2%), por 9 no derechohabientes (1.8%), con un valor de P. no significativo (mayor de 0.05). Tabla 5. Gráfica 3.

En la pregunta 25, contestaron afirmativamente 185 derechohabientes (37.0%), por 69 no derechohabientes (13.8%), con un valor de P. significativo (menor de 0.05). Tabla 5, Gráfica 3.



TABLA 5

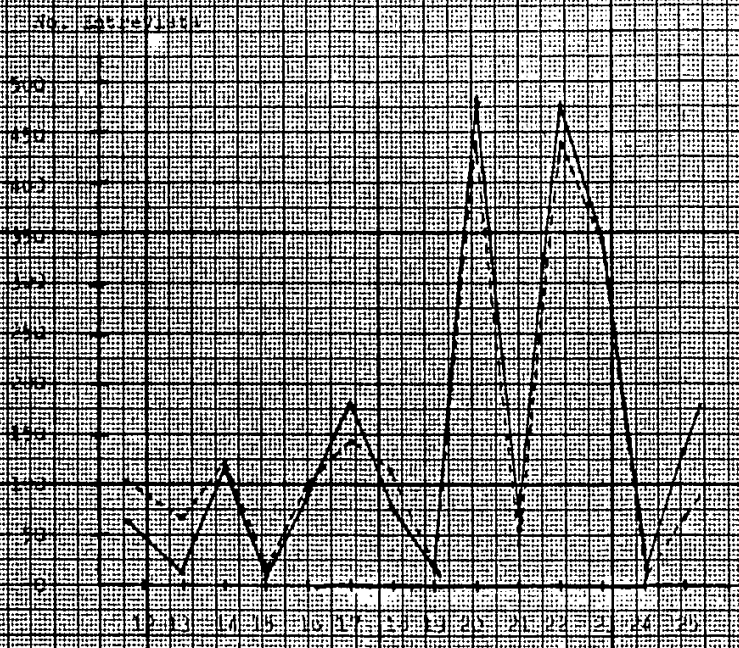
## CONOCIMIENTO DEL MEDICO FAMILIAR DENTRO DEL I NIVEL

P.No.	DERECHOHABIENTES	%	NO DERECHOHABIENTES	%
12	49	9.8	91	18.2
13	11	2.2	57	11.4
14	121	24.2	123	24.6
15	10	2.0	18	3.6
16	87	17.4	100	20.0
17	181	36.2	142	28.4
18	76	15.2	115	23.0
19	18	3.6	19	3.8
20	482	96.4	439	87.8
21	70	14.0	41	8.2
22	476	95.2	439	87.8
23	344	68.8	340	68.0
24	16	3.2	9	1.8
25	185	37.0	69	13.8

P.No. = Pregunta número.

FUENTE: Cuestionario específico.

CONDUCTA DEL SERVIDOR EN LAS FUNCIONES  
DEL MEDICO PARITARIA SEPTIMO DEL PRIMER NIVEL



SERVIDOR

SERVIDORA

PARITARIA SEPTIMO DEL PRIMER NIVEL

## CONCLUSIONES

En este trabajo, se estudió el conocimiento de los niveles de atención médica, de las actividades dentro del primer nivel de atención y de las funciones del Médico Familiar dentro del primer nivel de atención, en quinientos derechohabientes del I.M.S.S., en comparación con el de quinientos no derechohabientes de la población general en la ciudad de Puebla.

Los resultados de este estudio muestran que, el conocimiento del derechohabiente es más significativo en relación a los niveles de atención que el del grupo control, aunque el porcentaje observado es muy bajo, en relación con el universo de trabajo estudiado, con un mínimo de 5% en la pregunta 3, que se refiere a las diferencias entre el primero y segundo nivel de atención, y un máximo de 18.8% en la pregunta 4, que se refiere al significado de nivel de atención. Por lo que consideramos, falta mayor información al derechohabiente y a la población en general, del significado, clasificación y límites de los niveles; para la realización de tal objetivo, se debe instalar un programa de información masiva para elevar educación, disciplina o conducta sobre la salud que tiene la población y además de aplicación práctica y lenguaje accesible que facilite el aprendizaje.

Con respecto al conocimiento específico del primer nivel, se observa un conocimiento más significativo del derechohabiente que el del grupo control, y en relación al porcentaje es más elevado, con un mínimo de 62.4% en la pregunta 6, que se refiere a las actividades de atención médica específica en el primer nivel y porcentajes elevados de 89.2%, 82.6% y 72.0% en las preguntas 9, 10 y 8 respectivamente, que se refieren a las actividades de Medicina Preventiva. Por lo que consideramos, -

que la información sobre los programas y actividades de Medicina Preventiva, se encuentran bien orientados, y solo falta--ría más información sobre las actividades de atención médica --específica dentro del primer nivel de atención.

Por lo que respecta al conocimiento de las funciones del --Médico Familiar dentro del primer nivel de atención, se observa que, el conocimiento del derechohabiente no es muy significativo, en relación al que tiene el no derechohabiente, encontrando que la atención de problemas médicos frecuentes y que --no requieren de recursos complejos ó sofisticados, hay una inclinación por parte del derechohabiente, a que sean manejados por otro especialista, principalmente los más conocidos como --son el Pediatra, el Cardiólogo, el Psiquiatra y el Ginecólogo-- y dejando al Médico Familiar solo algunas actividades de Medicina Preventiva y la atención médica a domicilio.

Por lo antes señalado consideramos que se requiere mayor --información de las actividades médicas y sociales del Médico --Familiar hacia el derechohabiente y esta debe ser dada principalmente por el mismo Médico Familiar.

Por lo que se refiere al conocimiento de la existencia de --la especialidad de Medicina Familiar, el derechohabiente tiene un conocimiento más significativo, que el que tiene el grupo --control, aunque el porcentaje observado es bajo en un 37%.

Consideramos que esto es debido al contacto que tiene el --derechohabiente con el Médico Familiar dentro de las Unidades--del I.M.S.S., y de ahí surge la información, pero se requiere--mayor información al respecto y principalmente que el Médico --Familiar actué como tal, para que sea reconocido como especialista tanto por el derechohabiente como por otras áreas de la--medicina.

RESUMEN

Se efectuó un estudio, entrevistando mediante un cuestionario previamente elaborado, a 500 derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social para determinar su conocimiento de los niveles de atención médica, principalmente del primer nivel y del Médico Familiar como integrante del mismo, en contrastación con un grupo control integrado por 500 no derechohabientes del I.M.S.S., en la ciudad de Puebla.

Los resultados mostraron un conocimiento mas significativo de los derechohabientes, acerca de los niveles de atención, -- aunque su porcentaje fue bajo de 6.6%.

Los resultados del conocimiento del primer nivel de atención, mostró ser significativo, con un porcentaje de 76.3%.

Los resultados del conocimiento, acerca del Médico Familiar como integrante del primer nivel de atención, careció de significancia y con un porcentaje de 30.3%.

Concluimos, se requiere mayor información al derechohabiente acerca del significado de los niveles de atención médica, y de las actividades médicas y sociales del Médico Familiar, hacia la población derechohabiente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Zamarripa TC, Gómez GR, Benavidez VL, Sóni J, Córdera A. Papel médico de los niveles de atención médica. Gac Med Méx 1985; 121:173-184.
- 2.- Foucaut M. Historia de la medicalización. Educ Med Sal 1977; 2:1-4.
- 3.- Poder Ejecutivo Federal. Programas de acción vinculados a la ampliación de la cobertura y mejoramiento de la calidad de la atención médica. Programa Nacional de Salud 1984- -- 1988; 1:183-196.
- 4.- Programa Nacional de Solidaridad Social. El Modelo de Atención Integral a la Salud del Programa INSS-COPLAMAR. México, D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1984 (Boletín informativo. 2: Programa Nacional de Solidaridad Social, No3).
- 5.- Rivera VJ. El Médico Familiar y los niveles de atención. En Alarid HJ, Irigoyen CA, Fundamentos de Medicina Familiar. México: Ediciones Medicina Familiar Mexicana, 1982:165-170.
- 6.- Beltrán BF. Función de los niveles de atención médica. Sal-Publ Méx 1982; 24:485-487.
- 7.- García AJ, Rodríguez DJ. Medicina familiar y atención primaria. Necesidad en los países latinoamericanos. Rev Fac -- Med Méx 1980; 22:19-26.
- 8.- García AJ, Silva RL. La evaluación y su sistematización en los programas de salud. Rec Fac Med Méx 1980; 23:15-21.
- 9.- García AJ, Rodríguez DJ. Evaluación, mecanismo para la planeación y programación en salud. Rev Fac Med Méx 1979; 22: -- 12-17.
- 10.- Narro JR, Alarid HJ, Minero H, Ponce de León ME, Santaella B, Villalvazo E. Medicina general/familiar (Mesa Redonda). -- Rev Fac Med Méx 1981; 24:4-20.

- 11.- Narro JR, Alarid HJ, Minero H, Ponce de León ME, Santaella B, Villalvazo E. Medicina general/familiar (Mesa Redonda).-- Rev Fac Med Méx 1981;24:6-18.
- 12.- Spitzer WO. El mérito intelectual de la medicina familiar. Rev Fav Med Méx 1979;22:16-24.
- 13.- Spitzer WO. El mérito intelectual de la medicina familiar. Rev Fac Med Méx 1980;23:13-20.
- 14.- Geitlin J. El reto de la Medicina Familiar en las Américas. Educ Med Sal 1983;17:326-336.
- 15.- Hennen BK. Family Medicine Education in Canada. Can Fam -- Physician 1983;29:2340-2345.
- 16.- Christie RJ. Médecine familiale: la discipline de qui. Can Fam Physician 1983;29:202.
- 17.- Anonymous. Who's Family Phisician? (Editorial). AFP 1982;- 28:88.
- 18.- Sainz JJ. Funciones del Médico general en el sistema de - atención médica. Rev Fac Med Méx 1979;22:16-21.
- 19.- Rice DI. Funciones del Médico general en el sistema de -- atención médica. Rev Fac Med Méx 1979;22:14-21.
- 20.- Valdés DJ. La medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Méd IMSS 1983;21:524-526.
- 21.- Garduño NM. La necesidad de la medicina general familiar. Gac Méd Distr Fed Méx 1984;1:225-227.
- 22.- López AD. Las ciencias sociales y la medicina familiar.-- Rev Fac Méd Méx 1979;22:36-45.
- 23.- Gruber FJ. Prestacion de atención médica primaria por --- equipos de personal de salud: principios básicos, estrategia y métodos. Bol of Sanit Panam 1981;90:304-309.
- 24.- Shires DB. La interconsulta adecuada. En Shires DB, Hennen-BK, eds. Medicina Familiar guia practica. México: Mc Graw -- Hill, 1983:325-336.