

## Medicina general/familiar

### Participantes:

**Coordinador: Dr. José R. Narro**, Jefe del Departamento de medicina general familiar y comunitaria, Facultad de Medicina, UNAM.

**Dr. Humberto Jaime Alarid**, Director de la Unidad de Medicina familiar No. 21, IMSS.

**Dr. Herón Minero**, Director del Centro de Salud Portales, S.S.A.

**Dra. María Eugenia Ponce de León**, coordinadora de medicina general, Departamento de medicina general, familiar y comunitaria, Facultad de Medicina, UNAM.

**Dr. Balfred Santaella**, Director de la clínica de medicina familiar "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.

**Dr. Ernesto Villalvazo**, Coordinador del primer nivel, del programa de medicina general integral "Plan A 36".

**Dr. Narro** Reunidos aquí para discutir en una mesa redonda acerca de los aspectos de medicina general familiar, creo que no habría mejor principio que definir lo que es la medicina general familiar y sobre todo lo que es el trabajo del médico general familiar. En ese sentido me gustaría proponer que la medicina general familiar es la especialidad que practican los médicos generales y familiares, así de simple, y

que por otro lado, es posible señalar un perfil del trabajo que desarrolla el médico general familiar; entonces, en la Universidad lo hemos concebido nosotros como aquel, profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica integral primaria y continua del individuo y su familia; esto tiene una serie de implicaciones, como son el hecho de que este debe constituir por definición la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención para la salud y, en segundo lugar que el médico general familiar tiene que poder coordinar todos los recursos que existen en la comunidad para la atención de la salud del individuo y su familia que está a su cargo y que sobre todo, esta es una de las características fundamentales, la atención que le brinde, que le preste a los núcleos que tiene a su cargo, deberá ser

**Médico general/familiar es el que está capacitado para responsabilizarse de la atención médica integral primaria y continua del individuo y su familia; es la vía de entrada al sistema de atención para la salud y debe coordinar todos los recursos de la comunidad, independientemente de edad, sexo o padecimiento y de las persona que atiende. La medicina g/f ofrece continuidad en la persona que atiende. La medicina g/f ofrece continuidad en la atención al individuo y su familia y cubre los aspectos biológicos, así como los psicológicos y sociales de la enfermedad. La medicina general no es un descubrimiento de nuestra época, es un renacimiento.**

**Tabla 1. Características de la Medicina Familiar.**

1. Tiene como núcleo de acción a la familia, por lo que demanda conocimientos, habilidades y destrezas que capacitan al individuo en la entrevista, el consejo y la terapia familiar.
2. Representa la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención médica.
3. Permite otorgar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia.
4. La atención que se presta es independiente de la edad, el sexo o el padecimiento que aqueja al individuo.
5. Las acciones desarrolladas están encaminadas al mantenimiento y promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad, al diagnóstico y tratamiento de los padecimientos agudos y crónicos más frecuentes y a la rehabilitación de los mismos.
6. El profesional de la disciplina actúa como coordinador de los recursos que para la atención de la salud del individuo existen en la comunidad.
7. Demanda del ejercicio del juicio clínico necesario para solicitar interconsulta o referencia del paciente para la práctica de investigaciones adicionales, la instalación del tratamiento o la evaluación de los resultados del mismo.

independiente de la edad, del sexo, del padecimiento o de algunas otras características que distinguen a otras especialidades de la medicina. Creo que esta es fundamentalmente la esencia de la medicina familiar, si a esto uno añade el que los médicos que la practican no pueden concretarse a revisar o a tratar exclusivamente el fenómeno de la enfermedad, nos daremos cuenta de la dimensión de la medicina familiar; el médico familiar debe estar íntimamente relacionado con el proceso de preservación, mantenimiento, promoción de la salud y no exclusivamente con el fenómeno de la enfermedad. Desde mi punto de vista estas son las características fundamentales que distinguen o que caracterizan a la medicina familiar.

No sé si alguien quiera hacer algún comentario anexo. Si no es así, me gustaría preguntarle a la doctora Ponce de León, desde su punto de vista cuales son las características que diferencian a la medicina general familiar del resto de las especialidades clínicas.

**Dra. Ponce de León** De acuerdo al concepto vertido por el Dr. Narro, ya algunas de estas características se han establecido. En primer lugar la medicina general ofrece continuidad en la atención al individuo y a su familia, cosa que en el resto de las especialidades no sucede, se ofrece una atención episódica, fragmentada; en segundo lugar, la medicina familiar ofrece una atención en la cual se cubren los tres aspectos que con-

dicionan el proceso de una enfermedad, aspectos biológicos, psicológicos y sociales; el resto de las especialidades, en su mayoría, únicamente comprenden uno de estos aspectos. En tercer lugar la medicina familiar ve al individuo dentro del marco familiar, en tanto que las otras especialidades sacan al individuo de su familia y lo ven en forma aislada; en cuarto lugar la medicina familiar tiene como campo de acción, la comunidad en donde desarrolla sus actividades a través de unidades de contacto primario y en el mismo domicilio del paciente, en tanto que la medicina de las otras especialidades lo hacen en el hospital y en algunas unidades de contacto secundario de consulta externa por especialidades y finalmente la medicina familiar enfoca muchas de sus acciones, las principales de ellas al mantenimiento y promoción de la salud, a la prevención de las enfermedades y en forma secundaria, con esto no deja de ser importante, a la curación y a la rehabilitación, en tanto que las otras especialidades en su mayoría enfocan sus objetivos sólo hacia la curación del paciente.

**El desarrollo de la medicina g/f no es exclusivo de México; en Gran Bretaña tiene 100 años de evolución y ha llegado a ser la base del sistema de atención para la salud Inglés. En 1952 se establece el Colegio Real de médicos generales que da a sus miembros la oportunidad de vida académica, status social de primer orden y los hace puerta de entrada al sistema de atención. En Canadá, desde 1954, se incrementó el interés de los estudiantes para especializarse en medicina familiar y sus escuelas de medicina la enseñan desde el pregrado. En E.U.A. y en algunos países de Europa ocurre algo similar.**

la medicina general familiar se remonta a un buen número de siglos y uno puede en-

contrar grandes ejemplos de como en las culturas antiguas este era el sistema, este era el mecanismo por la cual la práctica médica tenía su efecto, aunque se encuentran vestigios de especialización dentro de la cultura egipcia, es sorprendente encontrar como Herodoto nos reporta con asombro esta forma de sistematizar la labor del médico y como esta sorpresa seguramente obedece a que entre los Griegos la medicina se practicaba de acuerdo a una dinámica diferente. Un buen número de ejemplos hay en la evolución del ser humano, se encuentra que en las sociedades existen ciertos reclamos a la ausencia de un individuo que se encargue de la atención médica o que pueda brindar una atención integral al individuo; en la literatura, en la novela por ejemplo, hay un buen número de situaciones en donde esto se se ejemplifica claramente, Dostoevsky es uno de estos ejemplos. Yo creo que la medicina general familiar en nuestra época, en el momento en que estamos viviendo es realmente un renacimiento, un reencuentro de algo que en los últimos 20 ó 30 años habíamos perdido. No es que estemos inventando algo, sino estamos encontrando realmente como esta especialidad, se puede practicar, descubriendo un nuevo papel, dentro del sistema de atención para la salud y esta respuesta se genera en base a toda una serie de situaciones que comentaré a continuación. La medicina familiar, como la entendemos en este momento es producto, entre otras cosas, del exceso de especialización, que en la década de los años 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 no ofrece los beneficios que uno esperaría de la misma, de tal manera que me gustaría redondear esta idea señalando que la medicina general familiar ha estado presente en la evolución de las sociedades y que nuevamente en el momento que estamos viviendo, lo que encontramos es un reencuentro de

este tipo de práctica. Durante esta mesa redonda podremos observar que el desarrollo de esta disciplina, no es producto de la situación local mexicana, hay buenos ejemplos de como ha estado evolucionando en varias partes del mundo y encontraremos que por fortuna en el caso de México no ha estado ajeno a este movimiento, ha aportado algunas experiencias interesantes y, a diferencia de lo que ha sucedido en otras ocasiones, no ha trasplantado única y exclusivamente esta idea. Quisiera retomar el siguiente aspecto en lo que se refiere a la evolución que ha tenido la medicina general familiar en algunos países. Empezaría señalando que no pretendería de ninguna manera ser exhaustivo en estos comentarios, pero si me gustaría ejemplificar como la medicina general ha evolucionado en países que tienen organización social, sistemas para la atención de la salud y tradición de educación médica diferentes y voy a hacer referencia particular a lo que sucede en algunos países del continente latinoamericano y en algunos de Europa. Empezaría por señalar la evolución que esta disciplina ha tenido en la Gran Bretaña, país que tiene una tradición, muy rica en cuanto a experiencias con la práctica y con la enseñanza de la medicina general; este término que es el que se maneja en la gran mayoría de los países europeos y que en esta mesa redonda prácticamente los utilizaremos en forma intercambiable; en el caso de Gran Bretaña, tiene más de cien años de tener una tradición evolutiva en cuanto a la medicina general. Si se revisa lo que sucedía a principios de este siglo, se va a encontrar que había prácticamente tres tipos de médicos, uno que se dedicaba a algunas de las especialidades médicas, otro al ejercicio y a la práctica de las especialidades quirúrgicas y el tercero que era el de los médicos generales. Desafortunadamente este último grupo contaba con pocos estímulos para desarrollar una vida académica intensa, sin embargo desde hace varios años los médicos generales se han constituido como la base del sistema de atención para la salud dentro del sistema nacional inglés.

El año de 1952 marca el principio de una revolución, de un cambio muy importante en cuanto al enfoque que en este país se ha dado a la medicina general, me refiero al establecimiento, en esa fecha del Colegio Real de Médicos Generales que le vino a traer la energía y la dinámica de la vida académica que requería esta profesión; a partir de este año los médicos generales han tenido la oportunidad de competir en igualdad de circunstancias con el resto de sus colegas, en cuanto a oportunidades para desarrollar vida docente, vida de investigación, vida académica en una palabra. Lo que sucede dentro de la práctica de la medicina general en este país es también muy interesante, el status social que tiene el médico general es de primer orden, en este país el médico general verdaderamente actúa como puerta de entrada del paciente al sistema de atención. Actúa verdaderamente como coordinador de los recursos para la salud que existen dentro de la comunidad. Quisiera tocar como segundo elemento lo que pasa en un país que por lo menos geográficamente está más cercano a nosotros: Canadá. En el Canadá, a principios de nuestro siglo, se podía encontrar fácilmente que la gran mayoría de los médicos se dedicaban a la práctica de la medicina general; en aquel tiempo, y un poco antes del año 1910, cuando Abraham Flexner establece su reporte sobre la situación de la educación médica en Estados Unidos y Canadá, había un buen número de escuelas de medicina que tenían pocas restricciones para funcionar; los médicos que egresaban de estas escuelas en su mayoría se canalizaban al ejercicio y la práctica de la medicina general; sin embargo, con el transcurso de la revolución flexneriana en el campo de la educación médica, con las restricciones impuestas para el sistema de educación, la medicina general empezó paulatinamente a perder popularidad dentro de los egresados de las escuelas de medicina, de tal manera que en la década de los cuarenta y sobre todo en la de los cincuenta, este médico general estuvo prácticamente amenazado con extinguirse, era

prácticamente un raro-avis del ejercicio de la medicina. Ante esta situación algunos grupos profesionales, y sociales, o de población, empezaron a cuestionar profundamente lo que sucedía; puede uno señalar el año de 1954 también como un punto importante al establecerse dentro del Canadá el Colegio de Médicos Familiares que inicialmente fue denominado Colegio de Médicos Generales. A partir de esto ha habido un cambio muy importante en la dinámica de la educación médica y en la de la organización de la atención médica propiamente dicha ya del ejercicio de nuestra profesión y se encuentra en los últimos años un incremento nuevamente entre los estudiantes de medicina, de los que desean terminar su formación como médicos familiares, los que desean iniciar su vida profesional y terminarla en el ejercicio de la medicina familiar. Lo que sucede en este país en este momento es que la totalidad de las escuelas de medicina cuenta con estructuras académicas que les permiten enseñar la medicina familiar desde el pregrado, ya se comentará un poco más adelante en relación a estos aspectos. ¿Qué es lo que sucede en los Estados Unidos de Norteamérica?, una situación similar a la que se ha comentado en relación a Gran Bretaña y al Canadá. Durante el año de 1940, cerca del 75 por ciento de los médicos que ejercían la profesión en los Estados Unidos eran médicos generales; unos cuantos años más tarde, esto es, treinta años después, en 1970, solamente el 20 por ciento de los médicos practicaban la medicina general y el 80 por ciento restante eran especialistas o subespecialistas; obviamente esto trajo también durante los años 50 y 60, una gran inquietud de parte de las autoridades educativas y de las encargadas o responsabilizadas de impartir atención médica en este país, una serie de acciones como puede mencionarse: en el año de 1947, el establecimiento de la Academia Americana de Medicina General, que es uno de los primeros cuerpos colegiados, académicos que reúnen a los médicos generales; la publicación de algunos reportes de comisiones nacionales como los reportes de la comisión

Millis y el reporte de la comisión Willard entre algunos otros que llamaron la atención del público y de la profesión hacia la necesidad de regresar un poco a la práctica, más integral, en donde el paciente no tuviera la necesidad de autoreferirse a alguno de los especialistas o a alguno de los múltiples subespecialistas que uno puede encontrar, son estos algunas de las piedras de toque, alguno de los puntos fundamentales que conforman parte de la evolución de esta disciplina en este país. Puede uno mencionar lo que ha estado sucediendo en algunos otros países europeos como Bélgica, Noruega, y el caso de Francia incluso, en donde se apuntan desarrollos de esta naturaleza, el fortalecimiento de un médico que puede variar en cuanto a la denominación, generalmente entre médico general o médico familiar, pero que reúne estas características que ya han sido previamente señaladas; no es exclusivamente en países con un sistema económico similar a los que he mencionado en donde se da este fenómeno. En Yugoslavia por ejemplo, hay reportes que sustentan el hecho de que también desarrollos similares se están presentando. El caso de Latinoamérica es especial, ya tendremos a continuación oportunidad de referirnos particularmente a México, pero en el caso de algunos otros países de nuestro continente, lo que sucede es que también hemos sido, como en algunas otras áreas, producto de la influencia del desarrollo que se da en algunas sociedades y nos hemos visto en la necesidad de trasplantar prácticamente modelos de atención médica que no obedecen necesariamente a la realidad y a las necesidades de la población de nuestro continente. Afortunadamente durante los últimos años ha habido un movimiento dirigido a cuestionar profundamente esta situación y a replantear la necesidad de que dentro del sistema de atención para la salud exista un modelo mucho más congruente con las necesidades de la población como ya se señaló. Hay una tendencia importante hacia el desarrollo de programas de atención de medicina general y medicina familiar en algunos países de nuestro continente y se pue-

**Tabla 2. Evolución de la Medicina Familiar en México.**

1954	Programa experimental en la ciudad de Nuevo Laredo. Caja Regional de Monterrey, IMSS.
1954	Sistema Médico Familiar. Ponencia IMSS en la ciudad de Panamá, Panamá.
1960	Sistema Médico Familiar de Menores y de Adultos.
1968	Asociación Mexicana de Médicos Generales y Familiares.
1971	Residencia de Medicina Familiar en el IMSS.
1974	Programa de Medicina General Integral (Plan A-36).
1974	Reconocimiento del curso del IMSS por la División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM.
1975	Establecimiento del Departamento de Medicina General/Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina UNAM.
1977	Residencia de Medicina Familiar en la Universidad Autónoma de Nuevo León.
1979	Establecimiento de unidades de Medicina Familiar en el IMSS y en el ISSSTE.
1980	Transformación del Centro de Salud "Portales" de la SSA en Unidad Académica de Medicina Familiar.
1980	Residencia de Medicina Familiar en SSA e ISSSTE.
1980	Unidad de Educación Continua para el Médico General y Familiar SSA-UNAM.

den citar como ejemplos notables el caso de Panamá, de Venezuela, de Bolivia y algunos otros; creo que esta perspectiva nos permite más o menos tener una idea de lo que se está sucediendo. Me gustaría preguntarle al Dr. Jaime Alarid, cuál es desde su perspectiva, la evolución que la medicina general familiar ha tenido en el caso de nuestro país?

**En 1954 se empieza a utilizar el término; médico de familias institucionalmente; en 1960 los médicos que atienden a mayores de 16 años se les llama médicos familiares de adultos y a los que lo hacen a los menores de 16 años médicos familiares de ni-**

**Dr. Jaime Alarid.**

Pues a partir de 1954, en México, se empieza a utilizar el término de médico de familias desde el punto de vista institucional.

Esto es a raíz de que en la ciudad de Nuevo Laredo, en la Caja Regional de Monterrey, un grupo de médicos comienzan a trabajar teniendo bajo su cuidado un grupo de familias; esta experiencia causó gran interés a las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro

Social, los tuvieron prácticamente a prueba piloto y es hasta 1960 en que se generaliza con el nombre de Sistema Médico Familiar

**ños. En 1971 se crea la residencia en medicina familiar; en 1974 se le da reconocimiento universitario y se funda el departamento de medicina familiar comunitaria. En 1979, el IMSS crea unidades de medicina familiar y el ISSSTE su primera unidad de ese nombre. La medicina g/f es una especialidad ya que se practica en la comunidad, con un equipo de trabajo bien establecido y en el individuo en su marco familiar.**

en donde hay médicos que atienden a los mayores de 16 años y se les denomina Médicos Familiares de Adultos y otros que atienden a los menores de 16 años y que denominan médicos familiares de menores. Esta denominación y esta división responde a las necesidades de la época y quizá a las presiones que podrían ejercer los grupos de trabajadores organizados donde estaban acostumbrados a la atención por especialistas, entonces se maneja la idea de especialistas en niños y especialistas en adultos. Prácticamente no sufre ninguna modificación este sistema y no es hasta 1971 que sucede un hecho importante que es que el Instituto Mexicano del Seguro Social inicia en el Distrito Federal la residencia de medicina familiar; considerando que la experiencia de este primer año es satisfactoria, al siguiente año se abren otras siete sedes para la residencia de medicina familiar. En 1974 y ya como consecuencia de estos egresados de la residencia de medicina familiar se dan las condiciones para que los médicos sean médicos familiares. En ese mismo año suceden dos o tres hechos importantes, el primero que se da el reconocimiento universitario a la residencia de medicina familiar con lo cual se evita el status de segunda clase; paralelo a esto se funda el departamento de medicina general familiar comunitaria en la misma universidad y además como una actividad también universitaria, hay un ingreso masivo de médicos familiares en ejercicio del Instituto como maestros universitarios en una actividad experimental llamada clínica general. El 94% de los egresados de la residencia de medicina familiar son incorporados al sistema de la institución como médicos familiares y en 1977 la universidad de Nuevo León crea su propia residencia de medicina familiar con otra orientación y con otro destino sus egresados; 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 mismo año se fundan las residencias de medicina familiar del Instituto de Seguridad Social de Trabajadores del Estado y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; en 1981 el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene ya 52 sedes de residencia a la medicina familiar; en términos generales esta es la evolución global.

**Dr. Narro** Me gustaría preguntarle a la Dra. Ponce de León que ya que hemos estado utilizando la denominación de especialidad para la medicina familiar, si considera que esta rama de la medicina es verdaderamente una especialidad médica y porque puede considerarse así en caso de que su respuesta sea afirmativa.

**Dra. Ponce de León** Este problema de si la medicina familiar es realmente una especialidad o no lo es, es un tema que se ha prestado a mucha controversia y parte de la cual se debe en cierta forma a que desde el punto de vista genérico, revisando el significado del término especialidad o especialización tenemos que indica restricción a una rama especial del estudio de investigación, limitación a una área o aspecto de un tema o de un asunto; sin embargo, buscando una nueva definición, existe otra parte de esta misma en donde se considera a la especialización como una adaptación para un propósito bien diferenciado y bien definido, desde este punto de vista la especialidad de la medicina general familiar puede ser considerada como una adaptación hacia un propósito particular y bien diferenciado. Tomando en consideración la especialización que algunas organizaciones realizan, se toman en cuenta varias bases y estas pueden ser fácilmente adaptadas a lo que es la medicina y en especial a la medicina familiar. Para que dentro de una organización pueda existir especialidad, debe de definirse el sitio de trabajo donde se va a practicar, la medicina general familiar lo tiene, la comunidad; debe definirse el tiempo en el cual se va a realizar el trabajo, la medicina general familiar tiene muy bien definido el tiempo en el cual el médico va a ejercer esta especialidad; en tercer lugar las personas con las cuales

**Tabla 3. Criterios para Clasificar una Disciplina como Académica\***

1. Poseer un campo de acción definido de conocimiento.
2. Aplicar y desarrollar un grupo de técnicas especiales.
3. Apoyarse en una filosofía que sustente a la disciplina en cuestión.
4. Tener la posibilidad de desarrollar investigaciones en el campo.
5. Atender una morbilidad previamente especificada.
6. Ofrecer un entrenamiento para la práctica de la disciplina que sea intelectualmente riguroso.

\* Modificado de McWhinney y Richardson.

va a llevar a cabo su trabajo, dentro de la medicina general familiar hay un equipo de trabajo bien establecido que utiliza a otros profesionales como enfermeras y trabajadores sociales dentro de su equipo; la cuarta base es determinar sobre quien se va a realizar este trabajo y en la medicina sobre que tipo de pacientes va a actuar el médico general familiar y esto está bien definido que va a ser sobre el individuo dentro de su contexto o dentro de su núcleo familiar. Y finalmente el método o procedimiento que va a utilizar para el desarrollo de este trabajo, en este caso el médico general familiar establecerá un método de continuidad, de larga duración, interesando al individuo y al núcleo familiar con la responsabilidad de mantener la salud y el bienestar de la familia. Esto es en cuanto a la especialización dentro de una organización, ahora bien, existen cuatro factores principales que contribuyen a la aceptación de la medicina familiar como una especialidad reconocida, en primer lugar, la posibilidad de definir a la medicina general familiar en términos docentes, el hecho de que la medicina general familiar pueda contar con objetivos educacionales bien definidos que sirvan de apoyo para la enseñanza de los médicos interesados en esta rama; segundo, el establecimiento de la medicina general familiar como una disciplina académica con una base

segura dentro de las escuelas y facultades de medicina de las universidades, para lo cual contribuye en cierta forma el establecimiento de departamentos de medicina general familiar, el ingreso de médicos familiares generales como parte del grupo de preceptores universitarios y así mismo la extensión universitaria a campos que antes no habían sido explotados por la medicina, tales como centros comunitarios, centros de salud, clínicas periféricas, clínicas de atención primaria en donde en este momento la universidad tiende y abre sus brazos para captar estas instituciones; y en tercer lugar la valoración y el reconocimiento de los programas de medicina general familiar por parte de las universidades y finalmente la aceptación de este reconocimiento por parte de las instituciones de salud, por parte del público en general, los cuales reciben los beneficios de la medicina general. Con todo esto creo que la medicina general familiar, puede ser considerada como una especialidad.

**Dr. Narro** Muy en relación con este aspecto de la dificultad para definir a la medicina general familiar como especialidad o no, está el hecho

**La medicina g/f cubre 6 requisitos para considerar que tiene campo académico propio: 1) Tiene campo definido de conocimientos, 2) técnicas especiales 3) filosofía especial, 4) posibilidad de investigar, 5) morbilidad previamente especificada y 6**

**adiestramiento riguroso para su práctica. La morbilidad en México se inicia con las diarreas, las infecciones respiratorias y lo que se llama la patología de la pobreza. El médico general puede resolver más del 80% de la patología del país y debe ser un extraordinario clínico. Las enfermedades psicosomáticas deben ser incluidas entre las 10 causas de consulta a primer nivel.**

o la discusión también que con gran frecuencia, no sólo en nuestro medio sino también en el contexto internacional se presenta, en relación a que la medicina general familiar tiene un cuerpo académico, un cuerpo de conocimientos que

le son propios y que en términos también generales uno podría decir que una especialidad es un segmento o una área determinada que tiene una serie de características propias. La Dra. Ponce de León nos acaba de describir algunas de estas características, no sé si usted, Dra. Ponce de León o alguno más quisiera discutir un poco en relación a la existencia o no de un campo académico propio, particular de la medicina general familiar.

**Dra. Ponce de León** Los Dres. McWinnery y Richardson establecen específicamente la diferenciación entre lo que un campo académico es y lo que no y para ello señalan seis factores:

1) Poseer un campo de acción definido de conocimientos; la medicina general familiar se apoya en conocimientos que contemplan: la medicina interna, la pediatría, la ginecología, la 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 general 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 general familiar esto último es total-

mente 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 general familiar existe una atención a los padecimientos más frecuentes y a aquéllos no complicados.

6) Finalmente se establece que debe existir un adiestramiento para la práctica de la disciplina que sea riguroso desde el punto de vista intelectual. El desarrollo de programas de posgrado ha permitido cubrir este requisito.

**Dr. Narro** En relación al factor número cinco, me gustaría abundar un poco porque comentábamos al principio de esta mesa redonde que el trabajo del médico general familiar se va a desenvolver independientemente de la edad, el sexo y el padecimiento que aqueje al individuo que lo consulte. En este sentido y contando aquí con la presencia de tres distinguidos profesores universitarios, y a la vez directores de unidades de atención médica, me gustaría preguntarles su punto de vista en relación al capítulo de la morbilidad específica dentro del ámbito de la medicina general familiar. ¿Hay realmente una morbilidad específica que el médico general familiar tenga que atender?, o es más bien algo que no está bien especificado y que poco a poco el médico general y familiar va configurando como su campo de acción al que tiene que responder, que piensa usted Dr. Jaime a este respecto?

**Dr. Jaime Alarid** Bien, la mayoría de las especialidades en el mundo, en términos generales, tienen una gran similitud, un neurocirujano de Toronto prácticamente tiene la misma tecnología que un neurocirujano de Tokio o un neurocirujano de México; el médico familiar dentro de los puntos de coincidencia tiene una gran diversidad, una gran diferencia según donde esté actuando; podemos señalar como punto de coincidencia que el médico familiar donde quiera que esté va a atender los padecimientos de alta frecuencia y de baja complejidad y la diferencia precisamente va a estar en esa frecuencia

de acuerdo con el sitio geográfico donde esté trabajando, así que cada médico familiar, según donde esté trabajando, será el especialista de esa morbilidad muy específica.

**Dr. Narro** Podríamos Dr. Minero señalar que en el caso de nuestro país, en el que con mayor frecuencia nos manejamos, hay un tipo de patología que es mucho más característico del ejercicio de la práctica de la medicina general y si existe, más o menos como podría conformarse?

**Dr. Minero** Bueno, es indudable que el médico general y familiar tiene un amplio camino de trabajo, y no solo esté sino que la medicina general familiar es una estrategia, dentro de la atención primaria de salud y esta atención primaria de salud debe significar desde luego, la atención con un médico de primer nivel que de alguna manera deberá enfrentarse a características especiales de morbilidad. Aunque en nuestro país la morbilidad está bien definida con las diarreas como primera causa de muerte, las del aparato respiratorio como la segunda causa de muerte y una serie de patologías que ya alguien definió como la patología de la pobreza, el médico general familiar va a dar no solo atención al individuo sino a la comunidad entera, esto hace adquirir un sentido más profundo a la atención de la enfermedad porque no solamente atiende a la enfermedad como tal sino que atiende el hecho de que la enfermedad ocurra dentro de la comunidad y se establece una dualidad, así como el problema salud-enfermedad entre enfermedad y comunidad y comunidad y enfermedad, ya que no se dá por sí sola la enfermedad, esta está supeditada a las condiciones de la comunidad y la forma de vida y de este modo la comunidad entera es el área del trabajo del médico general y familiar y adquiere un sentido más profundo cuando se entiende que la enfermedad ocurre en el seno de la comunidad y que por tanto va a afectar en forma directa o indirecta al enfermo y al total de la comunidad; es obvio que los distintos fenómenos del medio biológico y social van a afectar a la salud del mexicano y que entendiendo

la medicina general familiar como la que se va a enfocar directamente a resolver los problemas de la medicina dentro de la comunidad, este amplía su campo de acción y prácticamente se va hasta las áreas socio-médicas y hasta las económico-productivas, busca eliminar no solamente las causas sino las consecuencias también y creo que en nuestro país el médico general familiar es el llamado a ocupar estas áreas del primer nivel; creemos que prácticamente el 80% de las enfermedades que ocurren en nuestro país pueden ser atendidas por este médico familiar bien preparado con conocimientos profundos que le permitan de alguna manera resolver el problema que el mexicano está sufriendo, que la disgregación en especialidades ha dado origen a ese fenómeno llamado peloteo en que el paciente pasa de un especialista a otro especialista, creo que esta atención que dan los médicos familiares es la fundamental... y que como usted comentó hace rato estuvo a punto de morir, vuelva a ocupar el lugar que le corresponde, creemos que prácticamente el médico general familiar está en condiciones de resolver más del 80% de la patología del país, que es la que se vé todos los días que aunque se dice que es simple, es ésta precisamente la que genera la patología mayor que tarde o temprano puede llegar a unos niveles secundario o terciario por una defectuosa o tardía atención; la patología del país obliga prácticamente que este tipo de médico exista; yo pienso que no solamente debemos pensar en que el médico debe existir porque las instituciones o las escuelas o alguien está formando este tipo de médicos, sino porque es una demanda de la sociedad, la población, la gente, está demandando este tipo de médico, y las experiencias habidas aquí en la ciudad de México con este programa están demostrando que no solamente es lo que deseaba la comunidad sino que es lo que deben promover las instituciones de salud.

**Dr. Narro** Con mucha frecuencia encuentra uno que dentro del ámbito se confunde el rol que debe jugar el médico familiar y así en ocasiones uno puede observar como se

le dá un rol exageradamente pastoral. En algunas otras ocasiones se quiere vislumbrar como un médico capacitado para entender, analizar e incluso resolver muchos de los problemas tradicionales de las comunidades desde el punto de vista cultural, social o económico, es decir desde el punto de vista del desarrollo en una palabra; sin embargo, creo que el verdadero rol, la verdadera identidad del médico familiar está alrededor del proceso clínico, creo que el médico general y familiar debe ser en primera instancia un extraordinario clínico. No puedo concebir un médico familiar que no tenga estas características, sin embargo no es el clínico tradicional o el que en los últimos 20 años hemos estado formando mucho en nuestro país. Siento que es un médico clínico con una perspectiva diferente, con una serie de herramientas de trabajo que lo diferencian de los clínicos tradicionales y siento en mucho que es un médico con una actitud diferente ante los problemas que le presenta su paciente, ante los que tiene la familia, ante los problemas que se dan dentro de la comunidad. Me gustaría preguntar al Dr. Santaella si él coincide con este punto de vista y sobre todo si siente que en algunos núcleos de nuestra población los problemas de tipo psicosomático empiezan ya a configurarse como uno de los elementos que dan motivo, que le dan refuerzo a la existencia de este profesional de la medicina.

**Dr. Santaella** Los aspectos de tipo psicológico han tenido incremento como factor determinante de enfermedad. Prácticamente tendremos que incluir a las enfermedades psicosomáticas dentro de las principales diez causas que motivan el que un paciente se acerque a la consulta en las unidades de primer nivel, creemos que esto pueda ser influenciado por el medio ambiente en el cual se está desarrollando la sociedad en que vivimos en donde existen presiones, contaminaciones y factores de riesgo de tipo biopsico social y que generan en determinadas personas la enfermedad psicosomática. Estos pacientes con problemas de tipo psicosomático a su vez dan lugar dentro de su núcleo

familiar y dentro de la misma comunidad en que viven, a problemas que están originando ciertos daños a la salud. Entonces, definitivamente que los factores de tipo psicológico han tenido un incremento extraordinario en la patología que presentan las unidades; cuando estos pacientes se refieren a un segundo o a un tercer nivel, normalmente el cúmulo de esos pacientes hacen que se manejen en forma inadecuada en cuanto a retardo en el diagnóstico y tratamiento y creemos que el médico general y familiar que esté orientado, y adiestrado en forma adecuada, puede resolver también mucha patología de ese aspecto a nivel de la clínica de primer contacto para lo cual se necesita únicamente que sea orientado, que sea adiestrado y referir únicamente a los otros niveles de atención aquella patología que requiera ya un tratamiento más profundo a través de un especialista en psiquiatría o alguna otra cosa ya de alguna especialidad más profunda.

**Dr. Narro** Dr. Villalvazo, usted coincide con el punto de vista de que el médico familiar es fundamentalmente o en primera instancia un clínico?, sin olvidar el resto de la cobertura que debe tener en otras áreas y de la ciencia en general y la medicina, pero cree usted que el médico general es un clínico?

**Dr. Villalvazo** Definitivamente Dr. Narro, creo que la piedra angular del ejercicio de la medicina general familiar es el ejercicio de la clínica como tal, o sea el arte de conducir adecuadamente la relación médico-paciente, usando todos los recursos de que dispone alrededor del método clínico, ya que el paciente en muchas ocasiones, como se mencionaba aquí, establece su primer contacto con el sistema de atención médica a través del médico general y familiar, de manera que este profesional es quien menos debe caer en rutinas, en ir directamente hacia un aparato o sistema sino definitivamente a hacer valoraciones integrales de los pacientes en los aspectos que ya se mencionaron. Entonces definitivamente es por esencia un clínico el médico general y familiar.

También yo quería aquí comentar algo en relación con el ejercicio de la medicina general y familiar y la frecuencia o no de padecimientos en un momento dado, en una época, en un momento histórico y en una área geográfica. Comentar que el médico general y familiar si bien enfrenta los problemas frecuentes que se dan de alteraciones en la salud, es conveniente mencionar que lo complejo de algún padecimiento muchas veces no lo está dando la frecuencia del mismo sino la manera del sistema de atención de salud de abordar el problema para resolverlo, de manera que hay muchos padecimientos frecuentes que no requieren de un apoyo logístico complicado, no en sí que el padecimiento sea difícil de entender o difícil de manejar sino los recursos anexos que se necesitan para llevar a cabo esto, así también cabe mencionar que en la práctica privada y también en la práctica institucional se dice mucho que el especialista atiende problemas complejos, sin embargo no existiendo la sistematización y la educación en el público en general para la demanda de atención médica es conveniente mencionar que muchas de las grandes áreas de especialidad como son la medicina interna, la ginecobstetricia, la pediatría, y la cirugía, reciben en su consulta y en su práctica, a multitud de pacientes que serían motivo de atención del médico general y familiar y así tenemos que el ginecobstetra muchas veces actúa en el medio como un obstetra en la atención del parto normal en la mayoría de su ejercicio, que el pediatra fundamentalmente hace clínica del niño sano, vigilancia de crecimiento y desarrollo, padecimientos respiratorios vías altas y padecimientos gastrointestinales y así las demás áreas, de manera que es conveniente aclarar esto, tanto en el ambiente médico como en los pacientes o el público en general que demanda este tipo de atención.

**El médico general trabaja en equipo con los especialistas y no compete con ellos. En nuestro país, en el ISSSTE, desde**

**Dr. Narro** Quiere decir con esto Dr. Villalvazo que uno no puede tomar al

médico familiar como antítesis del resto de las especialidades, es decir, no hay una competencia desleal, no hay una agresión hacia el sistema ya establecido dentro de la profesión médica de división del trabajo, es el médico familiar complementario, es el médico familiar competitivo en relación al resto de las especialidades.

**Dr. Villalvazo** Bien, aquí habría dos problemas, en un sistema, sea institucional o ejercicio de la medicina privada en donde no existe la presencia del médico general y familiar y la evolución de su ejercicio del mismo, si establecería una competencia en el momento que irrumpe el médico general y familiar y empieza a atender problemas que como decía hace un momento se están atendiendo, por una necesidad real, por las diferentes especialidades, sin embargo dentro de la organización de los sistemas de atención de salud, es posible que el médico trabaje en equipo con todos los especialistas y únicamente se defina el campo y el ámbito de acción de cada uno de ellos tanto en superficie como en profundidad.

**Dr. Narro** Un capítulo que reviste especial interés para los aquí reunidos en la mesa redonda, es el análisis de las características de la medicina general familiar en nuestro país, creo que es muy interesante después de haber escuchado algunos puntos de vista en cuanto a la evolución de la medicina familiar en nuestro medio, escuchar lo que sucede en tres instituciones o algunos de los desarrollos que se están llevando a cabo en las tres instituciones más importantes de nuestro país. Me gustaría en este sentido iniciar preguntándole al Dr. Santaella los desarrollos que en el ISSSTE se han estado

**1979, funciona la clínica Dr. Ignacio Chávez que presta atención de medicina familiar a nivel de piloto. A cada consultorio se le adscriben 900 núcleos familiares ó 3600 a 4500 pacientes. El equipo de especialistas que acompaña al médico general es: un internista, un epidemiólogo, un maestro en salud pública, un ginecólogo y un psicólogo. En la S.S.A. hay dos modelos el de atención a las áreas marginadas y el módulo de atención familiar. En el IMSS, 14 millones de pacientes son atendidos con el sistema IMSS-Complamar.**

obteniendo en relación a esta disciplina, la medicina general y familiar.

**Dr. Santaella** El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado como tal, surge el 1o. de Enero de 1960; el antecedente del mismo instituto es a partir de 1925 con fundamento en la ley de pensiones civiles de retiro pero es hasta el 28 de diciembre de 1959, cuando se aprueba la ley que transforma la vieja dirección general de pensiones civiles y retiro en Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. A partir de entonces y teniendo como objetivo unificar los criterios de atención de los trabajadores al servicio del estado y sus familiares, se inicia drásticamente la prestación de atención médica a través de clínicas de primer nivel y clínicas de especialidad y hospitales; como lo decía el Dr. Jaime Alarid, también dentro del instituto la atención de medicina general se establece a través del médico general de niños, y médico general de adultos, no hay una suscripción de población derechohabiente a un médico determinado, más bien existe una inmersión del propio paciente hacia su médico que se respeta y que posteriormente se hace la adscripción a ese médico. . . lo ve en forma casual, en forma eventual algún otro médico, por necesidades del propio paciente es visto por uno o por varios médicos y en esta forma es como tradicionalmente se imparte la atención médica dentro del ISSSTE. En 1977 se inicia una inquietud dentro de las autoridades del Instituto al formar las brigadas de acción domiciliaria, que están integradas por personal auxiliar de enfermería previamente adiestrado para que hagan un rastreo de la población derechohabiente en las comunidades, sobre todo en comunidades marginadas. En 1979 inicia sus trabajos la Clínica Dr. Ignacio Chávez y se le toma como una unidad para llevar a cabo un programa de atención médico familiar a nivel de piloto; es una unidad que brinda ciertas comodidades para poder realizar este trabajo y que inicia su funcionamiento con una población cautiva de dere-

chohabientes como lo es la unidad Alianza Popular Revolucionaria en Coapa, Distrito Federal; se hace una selección de médicos del propio instituto que por conveniencias personales quieren cambiar de adscripción, se les indica cual es el programa que se va a establecer y se inician los trabajos con adiestramiento y con orientación de la forma de llevar o de realizar la prestación que el Instituto tiene la obligación de otorgar a los trabajadores al Servicio del Estado. En el mes de marzo de 1980 se reciben los primeros 30 alumnos de la residencia de medicina general familiar, del curso de la especialidad ISSSTE-UNAM y se trabaja con ellos en esta forma para realizar realmente una atención integral de los núcleos familiares tomando como base una adscripción no a un médico sino a un consultorio, de tal manera de poder brindar a nuestros derechos habientes una atención continua durante las 12 horas del día y en forma secundaria se les adscribe un médico según el turno de labores del jefe de familia del asegurado, del trabajador de los diferentes organismos que pertenecen al régimen ISSSTE; sin embargo, cuando hay necesidad pueden recurrir a cualquier hora del día para ser atendidos por el médico que se encuentre en el consultorio al que están adscritos. Se les adscribe una población de 900 núcleos familiares a cada consultorio que dan un promedio entre 3,600 y 4,500 pacientes para cada uno, es en esa forma como se ha iniciado dentro del Instituto el programa de medicina familiar que básicamente tiene como objetivo brindar una atención médica integral de la población derechohabiente; para reforzar o para apoyar las acciones del médico familiar se rodea los médicos generales, de algunos profesionistas de la medicina que actúan como médicos consultores o consultantes, que sirven de orientación, de educación al médico general para abordar algunos problemas; estos especialistas son un médico internista, un médico epidemiólogo, maestro en salud pública, un médico ginecólogo y un psicólogo . . . entonces en esta forma es como se ha

iniciado el trabajo de medicina general familiar dentro del Instituto.

**Dr. Narro** Con frecuencia se piensa que la práctica de la medicina familiar está confinada a las Instituciones de Seguridad Social, estando con nosotros el Dr. Minero, quien es director de un centro de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, me gustaría preguntarle si siente que esta aseveración es válida y de no ser así, que características reúne el ejercicio de la medicina general y familiar dentro de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en nuestro país.

**Dr. Minero** Posiblemente, dentro de las instituciones que más recientemente han iniciado las actividades de la medicina general familiar se cuente precisamente la Secretaría de Salubridad y Asistencia sobre todo en el área del Distrito Federal, responsabilidad de la Dirección de Salud Pública del Distrito Federal. Se ha comentado que desde 1940 ó 45, se establecieron los primeros centros de salud en el Distrito Federal, centros de salud abocados a tratar de resolverle los problemas de enfermedad a la población "nada-habiente" del Distrito Federal, es decir, lo que no tenían ningún servicio de salud; de esta manera desde 1945 a la fecha no se había modificado en nada la estructura, una estructura copiada del extranjero y trasplantada en su totalidad, como era un centro de salud enfocado a actividades preventivas de promoción y, conservación de la salud en un país donde la salud no existía. De tal manera, existió la obligación de darle atención a la gente que tenía deteriorada su salud. Así la dirección de los servicios de salud pública en el Distrito Federal habían mantenido estática su estructura hasta 1978 en que la dirección, ante el problema existente de las llamadas zonas marginadas del Distrito Federal en donde se calculaba que existía más de tres millones de habitantes que carecían de atención médica y de servicios de salud cercanos, así como de educación para hacer uso de los servicios de salud existentes, planteó lo que fue denominado inicialmente como programa de atención primaria a zonas

marginadas, este programa se ha planteado a lo largo de cinco años fundar 380 centros de salud denominados comunitarios que tenían una característica diferente de la estructura médica hasta ahora practicada y por primera vez un médico, una enfermera a la que se le amplió el rol y se le denominó asistente médico, una trabajadora social, también a la que se le amplió el rol y se le denominó promotora de salud, integraron un equipo de trabajo que llevaba como objetivo primordial abocarse a mantener, conservar y recuperar la salud de una población aproximada de 500 familias. Pienso que este fue el primer modelo de atención de medicina general familiar que se planteó la Secretaría de Salubridad y Asistencia, este modelo, planteado como tal, trataba de que estas 500 familias fuesen atendidas adecuadamente cerca de su área marginada y se fundaron algunos centros de salud en las áreas marginadas más sobresalientes del Distrito Federal; inicialmente fueron cinco delegaciones del Distrito Federal en las que se inicia esta actividad, aparentemente con un éxito notable, gran aceptación de la comunidad la que consideraba que estaba enfrentándose realmente a la solución de su problema de salud y que no solamente se veía el problema como un enfoque a la atención médica individual, únicamente curativa, sino que se proyectaban a una demanda comunitaria de mayor trascendencia, es decir, la población estaba consciente de sus problemas de salud y de que su medio ambiente era propiciador de sus condiciones desagradables de salud; de esta manera las áreas marginadas fueron atacadas inicialmente en algunas áreas y se obtuvo una respuesta satisfactoria, la población aceptó el tipo de atención y se le llamó atención de medicina familiar ya que el enfoque era específicamente familiar, trataba de resolver el problema de salud de la unidad dentro de la familia y también contribuir un poco modificando las condiciones del medio ambiente que propiciaban la enfermedad. Este primer modelo que fue un éxito y que después las autoridades de nivel superior, apoyadas en

la declaración de Alma Ata en 1979 de la Organización Mundial de la Salud plantearon como un objetivo primordial de la salud en este país y trataron de extender, de hecho, en este momento ya se hace la extensión de este tipo de atención. Las autoridades han dado el visto bueno a un incremento de esta actividad tratando de que los más o menos diez millones de habitantes que hay en este país en áreas marginadas, en grandes urbes, reciban una atención adecuada; se ha planteado y se está realizando en este momento un adiestramiento a un núcleo muy importante de profesionistas de la salud, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, administradores, dentistas, a fin de que integren un grupo de trabajadores que lleven la salud a la población que hasta ahora ha carecido de ella; este es uno de los modelos. El otro modelo es el que se ha implantado a través de este modelo de medicina general familiar para formar recursos especializados a través de un convenio entre la S.S.A.-UNAM para que de alguna manera se logre otro tipo de atención, podríamos decir que una atención de mayor calidad basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundamentadas para poder al alcance de los individuos y de la familia en la comunidad la atención de este tipo; este modelo se maneja de diferente manera, se conoce también como Módulo de Atención Familiar y en él se plantea la posibilidad de que un médico atienda a 700 familias más o menos 4,000, 4500 habitantes dándole atención médica integral, con tecnologías prácticas simplistas, pero que van a resolver de alguna manera estos problemas de salud dentro del núcleo familiar, este modelo plantea también contar con una enfermera clínica, con una trabajadora social a medio tiempo o medio tiempo de trabajadora social, con una enfermera de campo y con la formación del médico residente de medicina general familiar, dando prácticamente un incremento de este tipo de atención al integrarle a una familia prácticamente dos médicos, que de alguna manera con mayor preparación, con mayores recursos, con un apoyo tecnológico

más amplio, pueden dar una mejor atención. Este núcleo, denominado Módulo de Medicina General Familiar cuenta con dos consultorios y con la mejor presión en cuanto a tiempo de atención del paciente y además cuenta con una serie de elementos que lo apoyan en su atención como es los servicios de atención buco-dental que complementa tratando de hacer íntegra la atención al paciente, la atención de un área que en nuestro país se encuentra bastante descuidada, casi podríamos decir que el 95% de los mexicanos tienen problemas dentales por una defectuosa atención y educación y que se hace necesario que este apoyo realmente lleve a una atención integral para la familia; se cuenta además con el apoyo de un servicio de medicina de salud mental que contando con un psiquiatra, con una psicóloga y con una trabajadora social enfocan la atención de los problemas de salud del área mental que se agregan a los problemas de salud física. Se cuenta además con servicios de epidemiología, con apoyo de rayos X y de laboratorio y otros servicios como son educación para la salud y mejoramiento de medio ambiente que de alguna manera están tratando de integrar un modelo que por sus características especiales no solamente ha llamado la atención sino ha repercutido ya en la aceptación de la salud de la comunidad, esto es una cosa quizá de mayor trascendencia que el pensar que debemos formar médicos familiares sino que la misma población los está demandando y los está aceptando y empieza a exigirlos; el cambio es trascendental, el tipo de médicos que está dando atención durante la mañana y durante la tarde en que el paciente siente que puede ir a ver a su propio médico a la hora que más le acomode y a la hora en que realmente está enfermo y no limitar la atención nada más al turno vespertino, está haciendo que el paciente se sienta más identificado con este tipo de médico y no solo esto sino que se observan ya cambios importantes en la forma de la administración de la salud en este centro que está trabajando en forma de piloto. Las autoridades de nivel superior han pensado ya en

cambios posibles en la estructura administrativa de los centros de salud y en la forma de entregarle la salud, tanto que en este momento se inicia ya por órdenes superiores la restructuración inicial de algunos centros de salud que irán paulatinamente cambiando al tipo de medicina general familiar, si bien es cierto que es la última institución en cambiar su estructura, la cambian pues en forma más radical porque no nada más se limita a la atención tras del escritorio en el consultorio con todas las comodidades y el trabajo sencillo con los recursos a la mano, sino que llega a la comunidad misma, en centros de salud, en procesos de formación y en donde la misma comunidad participa con un espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación; Creemos, de acuerdo con la OMS que este tipo de atención pondrá al alcance de los individuos, de la familia y de la comunidad una mejor condición de salud, que será mediante su plena participación porque hay que tener en mente que aunque hablamos mucho de salud y derecho a la salud, el derecho a la salud no existe, la salud se conquista y se conquista con la plena participación y que ningún país, pueblo, ni comunidad podrá conquistar su salud mientras no participe directamente en la consecución de ella.

**Dr. Narro** El Instituto Mexicano del Seguro Social como ya lo señaló el Dr. Humberto Jaime Alarid, tiene una tradición superior a los 25 años en el desarrollo de la Medicina Familiar, en esto el Instituto antecede al desarrollo de la disciplina en algunos otros países de nuestro continente, hecho que debe ser señalado con letras mayúsculas porque nosotros que estamos acostumbrados a tomar lo que en otros sitios se dá, tenemos en esa área un ejemplo de como el sistema se ha desarrollado adecuándolo a las necesidades y a las peculiaridades de nuestro país; tengo la convicción de que el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene aparte de esta tradición, de esta riqueza una gama de experiencias ya muy bien solidificadas por el paso del tiempo. El momento que el ejercicio de la medicina familiar está viviendo

dentro del IMSS es de gran importancia y reviste características muy interesantes. Me gustaría preguntarle al Dr. Jaime cuales son las características fundamentales que en términos generales configuran este esquema de atención de medicina familiar.

**Dr. Jaime Alarid** En el Instituto Mexicano del Seguro Social, 14 millones de derecho habientes son atendidos mediante el sistema IMSS complamar, los médicos que atienden en ese sistema tienen orientación muy importante hacia la medicina familiar; ahora bien, los 24 millones de derecho habientes que el Instituto tiene dentro del régimen ordinario, están bajo la responsabilidad de médicos familiares, que son los encargados de mantener el estado de salud y resolver los riesgos de la enfermedad, mediante una responsabilidad que se denomina adscripción y es ésta la que le permite al atención continua y no episódica a todo el núcleo familiar.

La accesibilidad y la disponibilidad de los recursos para estos derecho habientes se fundamenta además en que el médico familiar no trabaja por tareas sino por función. Las funciones del médico familiar se desarrollan mediante ocho horas diarias de las cuales seis las dedica a la consulta y dos a la atención domiciliaria. Los médicos familiares trabajan en equipo bajo la guía y supervisión de un médico familiar, jefe de departamento clínico y además dentro de este equipo está el odontólogo. Las funciones que el médico familiar tiene, primariamente son asistenciales, con un gran énfasis en las actividades preventivas. De cualquier forma no se descuidan las actividades curativas y las actividades rehabilitatorias. Dado que el acto médico no puede dissociarse del acto educativo, otra de las actividades del médico familiar son las actividades docentes, las propias de la educación médica continua; la educación para sus compañeros que puede ser a través de cursos monográficos y la de los residentes de medicina familiar así como la de los médicos de pregrado tanto de los internos como los de los cursos universitarios dentro de los que destaca el A-36, la educación a las enfermeras, al resto del per-

sonal médico y por supuesto a los propios derechohabientes. Otra función es la referentes a la educación para la salud. La orientación familiar que puede ser a través de la consulta colectiva familiar. Este médico familiar, como podemos observar hace enseñanza y aprende haciendo; además está dentro de un sistema de atención médica por lo cual tiene apoyo paraclínico y de prácticamente todas las especialidades. El médico familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social no tiene más limitaciones que su propia capacidad y su entusiasmo, porque aunque las condiciones ideales no estén da-

das, porque en ocasiones se confunde la medicina familiar y el médico familiar. Muchos médicos familiares todavía no hacen medicina familiar, sin embargo, este sistema de atención médica permite el desarrollo de la creatividad de los médicos que así lo desean. Los médicos familiares, en sus actividades prioritarias tienen como programa los de planificación familiar, los de medicina preventiva, orientación nutricional, control prenatal y control del niño sano; en términos generales estas son las actividades del médico familiar.