



## ARTÍCULO DE REVISIÓN

# El valor de la medicina familiar: una reflexión desde la salud colectiva Reflection of family medicine from the collective health

D. Casas-Patiño,<sup>a,\*</sup> E. Jarillo-Soto,<sup>b</sup> A. Rodríguez-Torres<sup>a</sup>

Recibido: 19 de agosto de 2015

Aceptado: 11 de enero de 2016

Handle: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/66660>

### PALABRAS CLAVE

Medicina Familiar;  
Salud Colectiva;  
Familia; Practica  
Social.

### KEYWORDS

Family Medicine;  
Collective Health;  
Family; Social  
Practice.

### RESUMEN

Este artículo pretende realizar una reflexión teórica respecto al origen y práctica de la medicina familiar en México desde el campo de la salud colectiva. Estos 2 elementos guardan entre sí una práctica social, la cual gira entorno al proceso salud enfermedad de la familia desde su origen y constitución como estructura social. Es aquí donde convergen de manera directa e indirecta los determinantes sociales que impactan en la realidad de la colectividad. La medicina familiar debe desarrollar una práctica médica social con análisis y crítica en alianza con la salud colectiva, ya que actualmente está medicina familiar se vislumbra como una medicina biomédica hegemónica, rígida y sumisa.

### SUMMARY

This article aims to make a theoretical reflection on the origin and practice of family medicine in Mexico from the field of Collective Health. These 2 elements share a social practice, which revolves around the health-disease process of the family from its origin and constitution as a social structure. There is where the social determinants converge direct and indirectly to impact on the reality of the community. Family medicine should develop a social medical practice and critical analysis in alliance with the Collective Health, because currently this family medicine is seen as a hegemonic biomedical medicine, stuffy and submissive.

<sup>a</sup> Universidad Autónoma del Estado de México, México.

<sup>b</sup> Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco.

\* Autor para correspondencia: [capo730211@yahoo.es](mailto:capo730211@yahoo.es)

## INTRODUCCIÓN

### *La medicina familiar en México*

La medicina familiar (MF) es una práctica médica que se instala en la atención primaria a la salud<sup>1,2</sup>, la cual está condicionada por reglas y normas de estructuras institucionales en salud donde preexiste y a su vez forma parte de una estructura social, que de facto existía antes de su conformación. En este nivel se realizan y conforman acciones preestablecidas para la atención médica integral de primer contacto, con base en un modelo biomédico que se ejerce de manera uniforme en las unidades médicas de atención primaria.

En América Latina, México fue el primer país que contó con un programa de residencia de Medicina familiar, el cual inició el 1 de marzo de 1971 en la Clínica 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, en el Distrito Federal, aunque existen datos que fue en Nuevo Laredo, Tamaulipas en 1953, “la cual surge fundamentalmente para incrementar la capacidad resolutoria de primer nivel de atención, así como asegurar una prestación médica humanista y de calidad”<sup>3</sup>. La medicina familiar formó parte de la primera especialidad en México dedicada al primer nivel de atención y dirigida a la colectividad. Su desarrollo ocurre en el panorama social en general y dentro de las especialidades médicas en particular, aquí se muestra una nueva visión acerca del origen probable de la medicina familiar en México.

A partir de la década de los 20 hasta los 70 del siglo XX la política demográfica en México fue pronatalista. A las medidas gubernamentales para reducir la mortalidad infantil se sumaron la modernización de la ciencia médica y la importancia social y religiosa de tener una familia numerosa, lo cual permitió lograr un fuerte crecimiento de la población. Durante ese periodo de medio siglo poblar era una necesidad, un acto nacionalista y también la muestra de que México era un país fuerte.

En los 60 la situación cambió cuando a nivel internacional las Naciones Unidas informan sobre los riesgos a mediano plazo que conlleva seguir con la política de expansión de la natalidad, entre ellos, escasez de alimentos, hambrunas, presión sobre la tierra y conflictos sociales. México dio seguimiento a esas recomendaciones para el control natal y es precisamente en ese momento cuando surge la especialidad en Medicina familiar, hecho que corresponde a una voluntad institucional de coincidir con países industrializados (Europa y Estados Unidos), pero también responde a la necesidad de proponer una atención integral al paciente. Se hace coincidir la política de reducir el número de hijos. Este viraje de la política pública hacia la familia mexicana chocaba con los preceptos de la Iglesia, usos sociales heredados que habían valorado las familias numerosas y la función de la mujer como parturienta/madre. Controlar

la fecundidad de las mujeres para disminuir el número de hijos fue una política opuesta a lo que la gente pensaba, lo cual hacía que la aparición de los médicos familiares sirviera, en parte, para aplicar este difícil objetivo. En efecto, inventar la figura del médico familiar y convertirla en especialidad buscaba reforzar la comunicación institucional del Estado con las familias, una oportunidad gubernamental para seguir institucionalizando a la familia y medicina social.

“Actualmente, se reconoce que hay una necesidad global de que los médicos familiares sean la piedra angular de esos sistemas de Atención Primaria a la Salud; asimismo, se hace necesario que cada país forme este tipo de médicos con una preparación profunda y minuciosa enfocada en los problemas de salud más importantes de la población”<sup>4</sup>. El enfoque de la medicina familiar se fue delimitando hacia su componente curativo (biomédico), alejándose por completo de una prestación humanista, y además sin poder entender a la familia, sino únicamente a los individuos como entes que enferman; aunado a esto el médico familiar se determina como terapeuta de familia, donde su juego está difuso en una cancha que nunca se diseñó para este ámbito, su final es el terminar ahogado con la operación clientelar y perdido de su función básica que es ser un excelente clínico y médico social.

Realizar una aproximación del concepto de médico familiar es tratar de redefinir un concepto nunca acabado, que de acuerdo a cada proceso histórico social los países tendrán su propia evolución de significado; en México este sujeto social se encuentra ubicado en la encrucijada de la salud pública y la medicina general, blanco de un haz de discursos prescriptivos y acciones curativas. El médico familiar es hoy en día un ente institucional, desgastado en los últimos años por las consecuencias negativas de la reducción progresiva al presupuesto asignado a salud pública, y reutilizado al médico familiar como el especialista para atender los males de la civilización, y culpabilizado de la desgracia del sistema médico institucional.

Este sujeto, a diferencia de otros especialistas, está en primera fila para recibir a las víctimas del oprobio institucional y busca además la forma de amenizar los efectos de una anomia negada, pero real. En ese contexto, es necesario otorgar un significado multidisciplinario a la misma medicina familiar para que rebase los límites de la medicina clínica que impone la especialización médica y que al mismo tiempo responda a las necesidades de atención de un ente conformado por la familia con toda su complejidad.

Turabán define a médico familiar como “el profesional que presta una atención integral a cualquier tipo de paciente, independientemente del tipo de problema, edad, género, enfermedad o sistema. La medicina familiar se centra en el grupo. Este enfoque no está determinado por el diagnóstico, ni por los procedimientos, sino por las necesidades humanas”<sup>5</sup>, por lo anterior, el médico familiar

debe estar preparado para atender las necesidades humanas de los grupos y no sólo el determinismo del diagnóstico clínico.

La Asociación Latinoamericana de Profesores en Medicina Familiar ALPMF lo define como un “especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico”<sup>6</sup>. Su práctica profesional debe estar confinada a la atención individual y familiar desde una visión biopsicosocial de manera continua.

Por su parte, Irigoyen señala que la medicina familiar es la especialidad que se construye sobre un núcleo de conocimiento derivado de otras disciplinas -que proviene principalmente de la medicina interna, la pediatría, la cirugía, la ginecobstetricia y la psiquiatría- y que establece una unidad coherente, combinando las ciencias de la conducta con las tradicionales ciencias biológicas y clínicas. “El núcleo de conocimientos abarcado por la medicina familiar prepara al médico para un papel único en el manejo de los pacientes, la solución de problemas, el consejo y en la coordinación total de la atención para la salud”<sup>7</sup>, el médico familiar en su deber ser lleva implícita la resolución del proceso salud-enfermedad desde una visión biomédica, alejándose de lo social como determinante del proceso salud-enfermedad.

Así, la medicina familiar es una especialidad integral porque abarca todas las especialidades clínicas enfocadas hacia la atención primaria a la salud, con la familia como objeto de estudio, donde converge la complejidad (factores de determinación social) y la práctica de su integración cognitiva. El médico familiar es el especialista de primer contacto que incide tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y de la colectividad, atiende este proceso en forma integral y complejizada; entre sus haberes está el comprender y atender el proceso salud-enfermedad desde un contexto histórico, social, económico, político. Y es aquí donde está representada la posición de complejidad del proceso salud-enfermedad, no solo desde la conceptualización del término, sino desde el enfoque de complejidad, ya que por sí misma tiene reproducción social intrínseca.

“La medicina de familia tiene ahora la obligación de volverse explícita, de presentarse como ciencia con las credenciales que le confieren su cuerpo propio de conocimientos, sus métodos y sus líneas de investigación”<sup>8</sup>, en su afán por recuperar el personalismo en la actuación médica, la medicina familiar debe afirmarse como especialidad moderna recurriendo al acopio de sistemas de conocimiento, diagnóstico y acción terapéutica que le proporciona la relación con su objeto de estudio.

No basta la intuición de su quehacer por el indicador médico, ahora debe incorporar el progreso científico de las evidencias médicas/sociales/culturales, assimilarlas,

digerirlas y llevarlas en lenguaje comprensible y en praxis al paciente, ya que al final se verá reflejada la actuación médica en un componente social reproducible a gran escala. Una de las principales características del actuar de la medicina familiar no son los padecimientos que trata, sino los sujetos sociales que asiste; en este afán social que tiene la especialidad le falta obtener las corrientes de pensamiento social, para ser un actor académico, institucional, organizador social y con ello desarrollar una práctica de la salud orientada al sujeto social y no la acción al individuo de modo singular -individualizada- (Virchow -la medicina es una ciencia social y la política no es más que una medicina a gran escala-).

### *Salud colectiva como practica social*

La salud colectiva es una corriente de pensamiento social dirigida hacia una práctica en salud donde lo político y económico tienen un papel fundamental en el entendimiento de la salud; el Estado como entidad central en la sociedad tiene la principal función de garantizarla, por lo tanto la exigibilidad para que sus políticas en salud se orienten a mejorar las condiciones donde se desarrollan los ciudadanos para alcanzar cada vez mejores niveles de salud<sup>9,10</sup>.

La salud colectiva observa a la salud-enfermedad con reflexiones sociales y biológicas como parte de un mismo proceso, otorgándole un peso importante a la sociedad, “el mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica y tiene que involucrar algunos cambios sociales”<sup>11,12</sup>, el sujeto social como portador de una práctica social acercaría a la medicina estatal a un preámbulo donde las condiciones de salud jugarían el papel más importante en el proceso de salud-enfermedad.

Jaime Breilh la define como “instrumento clave de la práctica social, corresponde a todo ese vasto conjunto de prácticas y saberes que pone en marcha una sociedad para conocer su salud y transformarla, y no se reduce, por tanto, a sus expresiones institucionales, ni peor aún a los servicios asistenciales de la administración pública”<sup>13</sup>, el empoderamiento del sujeto social por parte de la salud colectiva es una propuesta de transformación que implica un rumbo social diferente, donde las condiciones de salud tomen rumbos definidos no por la imposición de grupos de poder (económico, político), sino como consecuencia del consenso social con base en necesidades y derechos de los ciudadanos. “La salud colectiva surge como un término vinculado a un esfuerzo de transformación, como vehículo de una construcción alternativa de la realidad que es el objeto de la acción. Mientras la salud pública acoge métodos empírico-analíticos, popperiano o fenomenológico, la salud colectiva incorpora el método materialista dialéctico. Mientras la salud pública centra la acción desde la óptica del estado con los intereses que

éste representa en las sociedades capitalistas, la salud colectiva enfoca como recurso de lucha popular y crítica renovación estratégica del quehacer estatal. Mientras la salud pública asume la actitud del logro de mejoras puntuales y graduales, la salud colectiva plantea la necesidad de una acción para el cambio radical<sup>13,14</sup>; es decir, la salud colectiva permite un acercamiento a la realidad a partir de la incorporación de la acción por parte del sujeto social desde *múltiples frentes, enriquecida por su propuesta social en beneficio de la colectividad y llena de expresiones históricas entendidas como respuestas sociales*.

En particular, América Latina vive un desarrollo histórico y económico caracterizado por la imposición de un “nuevo modelo económico denominado ‘neoliberal’ que borra las fronteras nacionales y reconfigura las políticas sociales desmantelando al estado de bienestar y sus instituciones de protección social, lo que ocasiona un proceso de ‘privatización de la vida’ y de todas las áreas rentables de la economía, incluyendo la atención a la salud<sup>14</sup>, estos cambios en el modelo económico originan desigualdad social y desinterés del estado para brindar protección social a sus individuos, en salud se expresa en la reducción del gasto federal para la prestación de servicios y el impulso de un sistema único de salud, los cambios acontecidos bajo esa lógica mercantil tienen en Chile y Colombia los máximos exponentes de estas políticas neoliberales; siguiendo esta corriente económico-política, México tiene este destino programado para los próximos tres años, donde el descontento social generado por escases de servicios en salud y mala calidad dará la pauta a la universalidad de los servicios en salud liderada por los consorcios privados<sup>15, 16,17</sup>.

La salud colectiva reconoce que la salud-enfermedad está determinada socialmente que no es ahistorica, esto implica un posicionamiento sobre la configuración de la sociedad en el tiempo y una elección teórica para explicar su dinámica; la salud colectiva demanda que la política actúe como determinante de la mejora en salud social, vinculando los asuntos políticos como asuntos de salud, es decir las decisiones políticas definen el curso de vida de grupos sociales –como la familia- y por ende sus procesos de salud, bienestar, enfermedad y muerte, la decisión política en salud está inmersa en el poder, y es ahí donde el sujeto social debe tener una acción social para la mejora de las condiciones de salud. Estos grupos sociales están integrados por familias, las cuales mantienen una historia propia y compartida de cada momento social del desarrollo de la humanidad, es por esto que entender su historia develará un origen del determinismo puro.

*La familia desde la antropología, sociología, demografía y el psicoanálisis.*

La familia ha sido objeto de múltiples cambios y transformaciones, etimológicamente proviene de la raíz latina

*famulus*, que hace referencia al sirviente o esclavo propiedad del *pater*, dueño del poder, de la vida y muerte de sus esclavos e hijos. Economía, medicina, antropología, sociología, pedagogía, ética, etc., son algunas disciplinas que desde sus estructuras conceptuales han analizado los componentes y complejas relaciones de la familia.

Podemos afirmar que el siglo XIX concentra gran cantidad de estudios sobre la familia y su origen, pero no debemos perder de vista que en los más antiguos preceptos religiosos, en los cantos profanos y en las primeras reflexiones filosóficas, el tema de la familia está presente. El Derecho, en sus más antiguas versiones, regulaba las alianzas matrimoniales, las obligaciones mutuas de los esposales y hacia sus hijos, las condiciones de herencia de bienes y títulos, etc.

Probablemente el elemento que diferencia las obras de Frazer, Taylor, Morgan y Westermarch de anteriores es que la familia pasó de ser un tema sobre el cual se enumeraban conductas prescriptivas y condenadas, a ser un objeto científico. En el Matriarcado *Das Mutterrecht* de Johann Jakob Bachofen publicado en 1861 se intentó reconstruir la evolución histórica de la familia pasando desde la promiscuidad sexual -del hombre primitivo- hasta el matrimonio monogámico. Lewis Henry Morgan explicó que los enunciados de padre, madre, hermano, tío, tía, etc., no siempre corresponden a un tipo determinado de relación consanguínea/ relación filial, sino que las relaciones entre los miembros de una parentela implican muy a menudo una codificación social de la reciprocidad de los intercambios. Las relaciones filiales son construcciones culturales basadas en una interpretación *sui generis* de las relaciones biológicas y una concomitante codificación de las alianzas matrimoniales.

El evolucionismo social influyó gran mayoría de los estudios que trataron el tema de la familia desde la segunda mitad del siglo XIX hasta principios del siglo XX. En su obra sobre el origen de la familia, Engels utilizó los trabajos de los antropólogos Henry Morgan y James Taylor para desarrollar su perspectiva materialista de la evolución de la familia<sup>18</sup>.

El patriarcado surgió como una práctica social para obligar al hombre a ser el proveedor del sustento familiar, al mismo tiempo que se constituía en dueño de las personas y bienes. Según Engels, “el modo de producción capitalista articulado en el principio varonil de producción y reproducción, se fue expandiendo merced la asimilación de los estereotipos sociobiológicos de distinción de edad, sexo y capital de los individuos<sup>19</sup>. Este modo de producción capitalista no hace más que identificar y colocar a las mujeres como consumidoras, convenciéndolas de necesidades creadas, cayendo en el objeto de su propio engaño; creadoras de estereotipos, que día a día mantiene el triunfo del sistema capitalista encerradas en la idea de un trabajo no asalariado, bajo la sombra de la limpieza y el cuidado.

La monogamia se instaura con el propósito de la procreación, el matrimonio permite obtener una visión sobre la familia moderna occidental en la que se asegura la fidelidad de la mujer, la paternidad de los hijos y el poder del hombre sobre la mujer, inclusive matarla como derecho masculino de propiedad. De acuerdo a la teoría marxista, la desigualdad de género se convierte en otro asunto de propiedad privada, riquezas y poder. El patriarcado surge como una instancia que asegura el papel masculino como proveedor del sustento familiar, pero también como dueño de su propiedad.

Para Auguste Comte, la sociedad positivista iba a ser regida por individuos plenamente conscientes de la diferencia de género, el hombre tenía como deber alimentar a la mujer. Durkheim, como neopositivista, analizó la estructura interna de la familia moderna contemporánea comparándola con sus antecedentes históricos: clan exógamo amorfo, familia clan, familia agnada no dividida, familia patriarcal romana, y familia paternal germánica. La “ley de la contracción progresiva de las relaciones familiares”<sup>20</sup> le permitió establecer la existencia de estos diferentes y sucesivos tipos de familia desde una perspectiva analítica influenciada por el evolucionismo y sustentada, como lo señala en su artículo Introducción a la sociología de la familia, por el estudio de las costumbres, el derecho y las estadísticas demográficas<sup>21</sup>.

Durkheim sostenía en sus investigaciones científicas sobre la familia que el tipo monogámico occidental era el modelo más complejo y mejor desarrollado, siempre y cuando no se perdieran los principios de la moral doméstica. Max Weber definió a la familia como una “Institución con lazos de sangre y parentesco cuyo principal elemento es el factor económico de la solidaridad para la subsistencia, es una necesidad de la familia la cohabitación y la práctica de la solidaridad para asegurar su protección”<sup>22</sup>.

Más allá de la orientación de las diferentes teorías, existía un consenso implícito en torno a un núcleo de principios básicos de lo que era la familia. Asimismo, salvo excepciones, los pensadores de las ciencias sociales y humanas del siglo XIX admitían generalmente que: 1) las relaciones familiares se habían venido transformando históricamente; 2) el varón era jefe de familia y proveedor de la misma; 3) la monogamia era un principio rector de las relaciones matrimoniales modernas; 4) la autoridad patriarcal sobre los integrantes de la familia era concomitante con la posesión de bienes materiales; 5) existía una homología entre la división de los roles de género en el seno de la familia y la división del trabajo.

Los fuertes debates que tuvieron lugar en la segunda mitad del siglo XIX en torno a la familia no concernían exclusivamente cuestiones históricas y teóricas, sino que, amenazada por el individualismo, el capitalismo y la progresiva pérdida de valores, la familia, como agrupamiento nuclear de consanguíneos, estaba en peligro. Numerosas, pero dispersas, las iniciativas para rescatar

los valores morales y promover nuevos principios buscaron frenar el avance de algunos de los males de la civilización (como bien se sabe, Freud lo entendió con acierto cuando dio por título “Malestar en la civilización” a una de sus obras).

La regulación de las relaciones sexuales y más particularmente la prostitución y la transmisión de enfermedades venéreas eran temas que habían alcanzado el rango de prioridad nacional e internacional. En numerosos congresos y publicaciones se hizo hincapié en el hecho de que la salud familiar era la base de la salud pública, por lo que se buscó prevenir la transmisión y herencia de enfermedades, así como mejorar los tratamientos.

La sexualidad humana, el desarrollo del niño y las epidemias, eran 3 dimensiones de la salud que tenían la familia como centro. Médicos e higienistas decimonónicos no se equivocaban cuando afirmaban que se debía de aumentar el control de la vida familiar y sanear el espacio doméstico con el fin de reducir los riesgos de propagación de enfermedades y de los vicios que se acompañaban irremediablemente.

La miseria moral de las familias urbanas pauperizadas constituía, según las autoridades, la causa de casi todas las patologías biológicas y males sociales que sus miembros padecían, al igual que la incivilización del campesinado. En el seno de las familias pobres se reproducían los vicios hechos costumbres, se transmitían también enfermedades estigmatizadas. La salud tenía el rostro del miembro de la clase dominante mientras la degeneración física y moral tenía el rostro del pobre. Según el discurso dominante los pobres son responsables de sus padecimientos y carencias.

Las medidas profilácticas también se convirtieron en “higienismo social”, “cirugía social” y “erradicación del vicio”. Se tenía la creencia que los vicios, al igual que los microbios, tenían la capacidad de propagarse y diseminarse en su medio. La puesta en cuarentena de los enfermos y el exilio de los disidentes o pobres eran medidas destinadas a sanear la sociedad. Los individuos encerrados en las cárceles, hospitales, nosocomios e incluso en los cuarteles para el caso de las reclutas del ejército, eran separados de su familia y por ende no podían reproducirse.

El Estado porfirista en México, junto con la Iglesia, emprendió la tarea de transformar las familias campesinas y obreras mediante su moralización por el trabajo (el control de su tiempo, alimentación, higiene, forma de vestir, de hablar, sus diversiones y demás). El padre como ejemplo para sus hijos, la madre como cuidadora y educadora, el niño como futuro trabajador, fueron, cada uno, blanco de medidas institucionales. Los médicos participaron directamente en esta estrategia gubernamental de rectificación de las conductas de las familias pobres. Libraban una dura batalla a las parteras y, en menor medida, con los curanderos, con el propósito declarado de



extirpar la ignorancia y la superstición de las masas analfabetas, el cual escondía el inconfesable anhelo de asentar la hegemonía de su autoridad mediante la constitución de una clientela cautiva.

Si bien los antecedentes históricos de la familia permiten concluir que ésta tiene un entorno social entrópico, con reproducción social inevitablemente cargada de historia, también se puede acotar que el ser humano es un modelo modificable en sus derechos y obligaciones, con responsabilidad en el ámbito privado y a la vez en el público, que interesa a la sociedad de cada momento histórico porque es donde se reproduce la actividad de cada sociedad.

### *¿La familia tiene complejidad o es por sí misma compleja?*

En el sentido de que la complejidad es plural y jerarquizada, el término complejidad puede referirse a la diversidad de las relaciones entre los componentes de un objeto dado, en este caso los individuos que interactúan dentro de la familia. “Podemos llamar objeto complejo a aquel que, en su forma de objeto heurístico, no puede ser explicado por modelos lineales de determinación, por eso el objeto complejo no posibilita la predicción, puede ser aprehendido en múltiples estados de existencia, dado que operan en distintos niveles de la realidad”<sup>23</sup>, la familia se comporta de manera irregular no predictiva con grandes sesgos ante sus análisis reduccionistas y simplificadores.

Con base en la no linealidad, no debe entenderse como la suma de partes más simples al todo, es decir, el todo es más que la suma de las partes y además, el todo está inserto en la unidad de análisis; de ahí se debe partir para su entendimiento, es necesario que el sistema esté fuera de equilibrio, es decir que sea un sistema abierto que interactúe con el exterior y que además cuente con un gran número de variables o elementos que actúen entre sí, “lo que nos dará fenómenos emergentes como la formación de patrones, sincronización”<sup>24</sup>, la familia se torna en una implosión inentendible, pero esperada para su propia existencia.

Por lo tanto, se puede afirmar que la familia es un objeto complejo, cuya complejidad radica en la interacción de sus partes, en un espacio social donde se articula con otras estructuras sociales, que teje y construye relaciones horizontales y verticales, directas y alternas con otros espacios de la sociedad; entender a la familia desde el enfoque de la medicina familiar y la salud colectiva es acoplar elementos de estudio para el entendimiento de la familia como un sistema con alta complejidad.

La familia ha sido y será motivo de estudio por diferentes ramas de la ciencia, entre ellas economía, medicina, antropología, sociología, pedagogía, biopolítica, etc., las cuales desde sus estructuras conceptuales y teóricas la abordan en el análisis de sus componentes, relaciones y etapas de evolución histórica.

La familia contiene su propia historia, misma que ha dado paso a la evolución social de nuestros tiempos y ha sido reflexionada desde sus primeros estadios con limitaciones y alcances, pues es una organización social compleja que enfrenta, hasta la fecha, problemas multifacéticos que la han llevado a la supervivencia y a la continuidad de la especie humana.

### *Familia, Medicina Familiar y Salud Colectiva.*

La familia es una organización compleja formada por múltiples variantes, que le confieren un valor de dificultad, estudiada desde aspectos cualitativos: estructura familiar-nuclear etc., y cuantitativos: ingreso per cápita familiar, número de integrantes etc.; con ayuda de códigos numéricos recibe una o múltiples interpretaciones, sin embargo este conocimiento es aún pobre.

El papel de la familia como una de las instancias mediadoras fundamentales entre los procesos vitales humanos y las dinámicas económica, política, social y cultural brinda un contexto ideológico de dominación estatal, esto explica que los sectores pobres no son víctimas pasivas de injusticias sociales y desastres económicos, sino que conscientes o no, llevan a cabo diferentes estrategias para hacer frente a una situación desventajosa, adaptándose o pretendiendo estar bien algún día con una ideología de dominación escondida que determina la reproducción social.

“Así, la dinámica familiar ha jugado un papel crucial en el contexto del nuevo orden económico, por tanto, es un elemento mediador de suma importancia entre la macroeconomía y las condiciones en que ocurre el desarrollo físico y emocional de sus diversos miembros”<sup>25</sup>. La familia no es un sistema elemental de pocas variables y comportamiento simple y ordenado, sin embargo una familia elemental puede comportarse como caótica, compleja y desordenada, tratando de llegar a una autorregulación.

La familia compleja con comportamiento incierto contiene una dinámica autodestructiva, pero el fin común será la autodeterminación y la autoorganización para ingresar a otra complejidad del sistema caótico, y éste juega un papel constructivo en su dinámica interna, la familia no es estática sino cambiante, de acuerdo a los determinantes sociales. En el marco histórico de América Latina, la jefatura femenina juega un papel decisivo que surge de la complejidad, para dar una reestructuración en miras de una mejora social. ¿Los médicos familiares alcanzan a mirar esta complejidad? Así, el proceso de formación académica de los profesionales ha estado inmersa en lo clínico y curativo sin observar sistemas dinámicos que identifican el caos como sinónimo de desorden y confusión, también sin entender que un punto trascendente está en la comprensión de la determinación social.

La salud colectiva y la medicina familiar deben sobrellevar formas de trabajo que integren el comportamiento de la familia para abordar una construcción científica a

partir de los determinantes sociales y de las políticas públicas en salud, dirigidas a construir un concepto de familia complejo y poder incidir en la acción sobre el objeto de estudio.

Economía, cultura, vivienda, educación, nutrición y medio ambiente son parte de la respuesta para un abordaje multidisciplinario de la familia, el médico familiar debe velar por los intereses de la salud, no solo enfocándose a los aspectos clínicos o curativos institucionales, sino como un actor que explique la compleja dimensión de la sociedad a partir de la salud familiar, apoyándose en los conceptos que ofrece la salud colectiva para trascender la acción individual y otorgarle a la existencia del colectivo su carácter de sujeto.

La medicina familiar se ha convertido en una "medicina institucionalizada con grave amenaza para la salud colectiva (de los colectivos humanos), la dependencia respecto al médico familiar en las instituciones de salud, tiene carácter político llamado medicalización de la vida; asistencia de la salud basada en médicos de primer nivel, familiares, generales, que rebasan límites tolerables lo cual resulta patógeno, porque inevitablemente produce daños clínicos superiores a sus posibles beneficios, este monopolio médico sobre metodología y tecnología es un ejemplo notorio del uso político indebido"<sup>25,26</sup>. En oposición, la medicina familiar podría ser un pilar político que proponga, analice, cuestione y lleve a la práctica estrategias en salud, desde un enfoque económico, social, cultural e ideológico con incidencia colectiva.

La medicina familiar está construida sobre la institucionalidad estatal, donde su avance se ha mantenido en indicadores de salud que sólo reflejan la productividad y atención primaria, innegable cobijo de las políticas neoliberales y gerenciales en salud, que buscan maximizar recursos y minimizar gastos a costa del individuo, del paciente. ¿Qué hacer cuando la medicina familiar trate de venderse como obsoleta, como no productiva y no redituable? es momento de que los integrantes de esta especialidad obtengan una visión desde la salud colectiva (económica, política y social), y con ello construir conocimiento sobre las políticas en salud y no solo receptores de información en busca de mejorar indicadores de salud.

Habrà que buscar alternativas que proporcionen respuestas sobre políticas inadecuadas de primer nivel de atención, a través del médico familiar que conoce a los sujetos sociales de su población asignada y en su papel de primer nivel de atención, conocedor de los determinantes sociales de estas colectividades.

## CONCLUSIONES.

La salud colectiva y la medicina familiar son campos teóricos que deben confluir hacia un análisis de la colectividad, la primera como cuerpo de conocimientos en

construcción del área de las ciencias sociales aplicadas a explicar los fenómenos del proceso salud-enfermedad, y la segunda como espacio de práctica social y de cuerpo de conocimientos científico médico, que confluyen en formas de trabajo explicativas del comportamiento de la familia para construir un pensamiento complejo a partir de los determinantes sociales y de las políticas públicas en salud. Economía, cultura, vivienda, educación, nutrición y medio ambiente tienen la respuesta para un abordaje multidisciplinario, el médico familiar debe velar por los intereses de la salud social (expresadas en la familia) y no únicamente por los aspectos clínicos o curativos individuales. El profesional de la medicina familiar debe surgir como un líder que entienda y explique la dimensión complejizada de la práctica en salud de nuestros tiempos, y no solo su espacio indudable de médico biologicista con tintes de terapeuta.

Los ejes analíticos del pensamiento complejo brindan una perspectiva sobre la medicina familiar, donde habrá que desarrollar, como menciona Edgar Morin "planteamientos sobre la incertidumbre"<sup>27</sup> de la medicina familiar, contradicciones, entramados institucionales, modelos teóricos biologicista y biomédico, marcos conceptuales obsoletos, objetos de estudio y reconocimiento social. La medicina familiar requiere del pensamiento complejo porque comprende dentro de sí niveles de categorización socio médicos hasta ahora poco comprendidos o soslayados, el pilar estratégico es el conocimiento que le brinda su objeto de práctica y estudio: la familia. Los significados, simbolismos, prácticas, movilidad social, morbilidad y mortalidad son componentes de ese objeto de estudio que explican la alteración de la salud y la presentación de las enfermedades, vértice donde actúa el profesional de la medicina familiar; son sus propios conocimientos los que tienen la llave para superar su práctica.

Es ahí donde el médico familiar al tanto de su realidad antro-po-social puede brindar una mirada a la realidad complejizada, en miras del entendimiento, donde la salud colectiva es el universo médico-social; la familia representa al sujeto social de una colectividad en un momento determinado y la medicina familiar como encargada de brindar una articulación entre ellos y los sistemas de salud desde un enfoque transdisciplinario para elevar su credibilidad dentro del sistema de salud y la sociedad. No heredamos una medicina familiar carente de identidad y propósito, heredamos una medicina familiar sin censura, capaz de mostrar las grandes capacidades teóricas y conceptuales de una medicina a gran escala.

Agradecimientos: a cada uno de los médico/as familiares que tratan de buscar una nueva mirada a esta especialidad.

## REFERENCIAS

1. Ciuffolini M, Jure H. Evolución histórica de la Medicina Familiar y General en Argentina. *Bol Mex His Fil Med.* 2006; 9(2): 52-58.
2. Irigoyen A. Nuevos fundamentos de medicina familiar, México, D.F.: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2002.
3. Chávez V. Especialización en medicina familiar, modalidad semipresencial en el IMSS. *Revista Médica IMSS.* 2005; 43(2): 175-180.
4. Fernández O, P R, M, L S. Los programas de medicina familiar en las facultades y escuelas de medicina en México. *Revista Facultad Medicina UNAM.* 2002; 45(1).
5. Turabián J, Pérez B. El futuro de la medicina de familia. *Aten Primaria.* 2001; 28(10): 657-661.
6. Arch Med Fam. I. Elementos esenciales de la medicina familiar. *Arch. Med. Fam.;* 7 supl. 1,2005
7. Jimenez L, Zaldivar M. Experiencia del médico de la familia en su consultorio de Plaza de la revolución. *Rev Cub Med Gen Integr.* 1987;3 (1):135-142
8. González-Blasco P. Los cuatro pilares de la medicina de familia. *Arch Med Fam.* 2004; 6(2): 31-33.
9. Arango Y. Referentes socio-históricos latinoamericanos: contribución a los fundamentos políticos de la promoción de salud. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2008; 34(1).
10. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana de Salud Pública.* 2004; 30(2).
11. Laurell C. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. Rodríguez M (coord.). *Lo biológico y lo social, Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 101, Washington D.C. EUA: OPS/OMS, 1994.*
12. López O, Escudero J, Carmona L. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Revista Medicina Social.* 2008; 3 (4): 323-325.
13. Breilh J. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad, Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial/Universidad Nacional de Lanús, 2003*
14. Consultado el 27 de julio de 2015 <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5666>
15. Consultado el 27 de julio de 2015 <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5709>
16. Consultado el 27 de julio de 2015 <http://www.jornada.unam.mx/2013/09/14/opinion/019a2pol>
17. Consultado el 27 de julio de 2015 <http://www.jornada.unam.mx/2012/12/07/opinion/a03a1cie>
18. Engels F. *El origen de la familia la propiedad privada y el Estado.* 12reimp México, D.F.: Editorial Quinto Sol; 1986
19. Varela J. *Mater familias. Modelos clásicos de sociología del género: F. Engels y E. Durkheim.* Universidad Complutense de Madrid, Política y Sociedad. 1999; 32: 173-188.
20. Morgan, H. *Ancient Society.* 1ra ed. United States of America: Ed. Transaction Publishers; 2000.
21. Durkheim E. *Introduction à la sociologie de la famille, en Textes 3. Fonctions sociales et Institutions.* France, Paris.: Eds. de Minuit; 1975.
22. Weber M. *Economía y sociedad.* 17reimp. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2008.
23. Almeida Filho N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones. *Revista de Salud Colectiva Lanús.* 2006; 2(2): 123-196.
24. Rúelas E, Mansilla R. *Las ciencias de la complejidad y la innovación médica,* México, D.F.: Plaza y Valdez, 2005.
25. Peña, F. *Mediaciones en salud. La familia entre la antropología y el pensamiento medico social.* *Salud Problema.* 2006; 9(17): 49.
26. Illich I. *Némesis Medica, la expropiación de la salud.* España: Ed. Barral, 1975.
27. Morín, E. *Introducción al pensamiento complejo.* España: Editorial Gedisa, 2001.