

## Ensayos

Medwave 2013;13(10):e5856 doi: 10.5867/medwave.2013.10.5856

# La deconstrucción de la medicina familiar en México: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social

The deconstruction of family medicine in Mexico: the case of the Mexican Institute of Social Security

**Autores:** Donovan Casas Patiño<sup>(1,2)</sup>, Edgar Jarillo Soto<sup>(3)</sup>, Alejandra Rodríguez Torres<sup>(2)</sup>, Isaac Casas Patiño<sup>(4)</sup>, Cuauhtémoc Galeana Castillo<sup>(5)</sup>

**Filiación:**

<sup>(1)</sup>Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl y Centro Universitario Amecameca, México

<sup>(2)</sup>Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Unidad Médico Familiar (UMF) Valle de Chalco, México

<sup>(3)</sup>Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Académica Xochimilco, México

<sup>(4)</sup>Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), México DF, México

<sup>(5)</sup>Hospital General de Amecameca, Instituto de Salud del Estado de México, Amecameca, México

**E-mail:** [capo730211@yahoo.es](mailto:capo730211@yahoo.es)

**Citación:** Casas D, Jarillo E, Rodríguez A, Casas I, Galeana C. The deconstruction of family medicine in Mexico: the case of the Mexican Institute of Social Security. *Medwave* 2013;13(10):e5856 doi: 10.5867/medwave.2013.10.5856

**Fecha de envío:** 17/10/2013

**Fecha de aceptación:** 24/11/2013

**Fecha de publicación:** 30/11/2013

**Origen:** no solicitado

**Tipo de revisión:** con revisión por tres pares revisores externos, a doble ciego

## Resumen

La medicina familiar es la esencia de la asistencia médica. Es el principal acceso en atención primaria de salud y la puerta de entrada al sistema de salud más grande de América Latina: el Instituto Mexicano del Seguro Social. Esta condición le confiere complejidad en el modelo organizacional de asistencia en salud. Luego cabe preguntarse ¿qué existe detrás de la medicina familiar respecto al elemento biomédico de control hegemónico estatal en salud, que permite y promueve una medicina familiar con ataduras? La deconstrucción es un elemento teórico que puede desfragmentar los elementos de estudio de un todo, permitiéndonos acercarnos al desarrollo y redefinición de una nueva medicina familiar. Este artículo analiza a la medicina familiar de México desde la teoría de la deconstrucción, mirando específicamente la que se instala y reproduce en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

## Abstract

Family medicine is the essence of medical care. It is the main access to primary health care and the gateway to the largest health system in Latin America: the Mexican Institute of Social Security. This condition leads to complexity in the organizational model of health care. The question, thus, is what constraints are set from the hegemonic biomedical State system that allows and promotes family medicine with limits? Deconstruction is a theoretical framework that can defragment study elements of a whole, allowing us to approach the development and redefinition of a new family medicine. This article looks at the model of Mexican family medicine from the standpoint of deconstruction theory, specifically looking at the case of the Mexican Institute of Social Security.

### Hacia la deconstrucción en la medicina familiar

La deconstrucción es un aporte filosófico de Jacques Derrida, que emplea la fragmentación del fenómeno o hecho social para detectar el fenómeno marginal

reprimido del discurso y actuar hegemónico. Esta fragmentación se basa en detectar lo "otro" del discurso y acción aparentemente homogéneo y hegemónico<sup>1</sup>. El planteamiento de Derrida es un principio dinámico que

nunca termina, puesto que no existe nada fuera del texto porque todo es texto<sup>2</sup>.

En nuestro caso el acto médico se compone de práctica médica, individuo, familia, consulta médica, prescripción médica, interrogatorio médico, exploración física, pronóstico, prevención, promoción, educación, salud, enfermedad, muerte, otredad, alteridad, política en salud, entre otros elementos. Todos ellos dan como resultado al acto médico, por lo tanto pueden situarse en el texto. El texto construye el mundo del sujeto, sus procesos internos se convierten en procesos cognitivos, comunicables y aplicables a otros sujetos vía la representación simbólica, lo que se materializa en el fenómeno de una textualidad de la realidad en constante construcción y deconstrucción. Es a partir de la detección de las tensiones y contradicciones del acto médico que se reconforma la práctica médica de la medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

La deconstrucción exige lecturas subversivas y no dogmáticas de los textos de todo tipo. Es un acto de descentralización, una disolución radical de todos los reclamos de verdad absoluta, homogénea y hegemónica. No es escribir acerca del texto sino sobre el mismo texto. De aquí parte la pregunta inicial: ¿cuál ha sido la contribución de la medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en su acción hacia la colectividad a la que atiende y de la población en general?

Este planteamiento conduce a la necesidad de establecer la situación actual de la medicina familiar en México, la cual existe en la atención primaria de salud cuya práctica de la medicina ofrece atención integral de primer contacto de tipo curativo biomédico y a su vez representa la vía de acceso al todo el sistema de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social. Opera sustentado en el modelo de atención hegemónico estatal, donde el contexto social, político y económico le marcan límites estructurales, en este caso las instituciones públicas en salud. Desde aquí la deconstrucción invita a una lectura teórica en el terreno político y práctico, a partir de la exigencia de situarla en su complejidad (macro-meso-micro) y viceversa, desde una fragmentación progresiva e ilimitada. Por consiguiente no es suficiente tener la seguridad de un presunto principio, origen o fundamento indivisible, ni tampoco situar el origen y dar por concluido el proceso<sup>3-5</sup>. Por el contrario debe deshacerse, descomponerse, deconstituir sedimentos, artefactos, presupuestos, instituciones, generando un ascenso crítico para describir la estructura interna de cómo están hechos dichos textos, cómo se ensamblan y se articulan sus piezas. La deconstrucción es un análisis siempre interminable.

Existen muchos aportes acerca del origen, la historia y la práctica de la medicina familiar en nuestro país. Pero, ¿qué es la medicina familiar? ¿Cuál es la práctica médica de la medicina familiar? ¿Cuál es el beneficio de la medicina familiar al individuo y la colectividad? O ¿Es sólo un tipo de medicina general con un barniz de conocimientos psicológicos y epidemiológicos? Entonces ¿qué es un médico familiar? Ahora bien, ¿un buen médico

general puede hacer operacionalmente lo mismo o más que un llamado médico familiar o simplemente la práctica médica familiar justificará su propia extinción? Un origen por simple que sea, guardará en su interior una condición de un no-origen. ¿Dónde todo debe ser o no ser? De aquí partimos para deconstruir al objeto desde su propia panóptica.

### **Deconstrucción de la práctica de la medicina familiar en México**

La medicina familiar es una práctica social que se instala en la atención primaria de salud, condicionada por reglas y normas estructurales de las instituciones sanitarias donde existe y que a su vez forman parte de estructuras sociales<sup>6</sup>. En este nivel se realizan y conforman acciones preestablecidas para la atención médica integral de primer contacto, basada en el modelo biomédico que se ejerce de manera más o menos uniforme en las unidades médicas de atención primaria.

En México la medicina familiar ha carecido hasta hoy de un enfoque global. La permanencia del modelo biomédico curativo instaurado tanto en las instituciones de salud públicas como privadas, da origen a una medicina familiar desdibujada, incomprendida, injustificable y altamente costosa para los servicios de salud. Cabe mencionar que este modelo ha funcionado en otros países como Cuba, Chile, Costa Rica, Canadá, Francia e Inglaterra<sup>7-9</sup>, pero en México enfrenta graves contradicciones que ponen en riesgo su propia existencia.

Las enfermedades crónicas y emergentes dan un ejemplo visible a esta tendencia, como sucede con la obesidad. Mientras aumenta el número de pacientes con obesidad y sobrepeso, se les combate con intervenciones medicalizadas como el módulo de combate a la obesidad<sup>10,11</sup> donde el ofrecimiento de tratamiento es la manipulación anatómica del cuerpo (cirugía bariátrica) y el control alimenticio, obviando los procesos sociales y económicos que la generan. En estos procesos el individuo y la colectividad viven sumergidos en una cotidianeidad delimitada por jornadas laborales extenuantes, sin percepción económica suficiente para adquirir alimentos saludables de mayor costo, obligándolos al consumo de alimentos creados con semillas genéticamente modificadas con bajo aporte nutriente y alto contenido calórico, con proteínas modificadas que no se absorben adecuadamente en el intestino. Ello, sin contar con que estos alimentos no tienen supervisión en su producción y distribución, conteniendo plomo y organofosforados. Tampoco se considera la carencia de espacios públicos para la recreación –y cuando las hay no tienen mantenimiento–, prácticamente nula regulación en la venta televisiva de productos mágicos contra la obesidad y sobrepeso, familias fragmentadas por la necesidad de complementar el ingreso familiar por el trabajo múltiple de sus integrantes e inseguridad laboral, por mencionar algunos aspectos.

Desde estas y otras condicionantes más, la medicina familiar se circunscribe al espacio corporal modelado por

la biomedicina, sin incorporar a su mirada la determinación social del proceso salud-enfermedad. Dicho proceso requiere intervenciones en la realidad donde vive toda la población mexicana, lo que significaría avanzar hacia el buen vivir<sup>12</sup>. En esa perspectiva la medicina familiar debe abrir la puerta de entrada a toda política en salud que influya en los condicionantes de nuestra colectividad, y no seguir atada al espacio circunscrito de la medicina hegemónica de perfil biomédico.

### **Deconstrucción de la práctica de la medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social**

Aunado a lo anterior, la práctica médica se interpreta como la operación que implica a un conjunto de conocimientos científicos (en este caso médicos) y técnicos para producir una acción transformadora sobre determinados objetos (cuerpo, individuo, persona, población). En la medicina familiar esta práctica se realiza privilegiadamente en el primer nivel de atención, que a su vez es la entrada al sistema de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esta práctica se caracteriza por atender el proceso salud-enfermedad del individuo, familia y comunidad, con énfasis en prevención, curación y rehabilitación<sup>13</sup>. El proceso que domina esa práctica médica está determinado por la brevedad de la consulta médica, la exploración clínica fugaz, rápidas prescripciones médicas impresas en computadora, expedientes clínicos y notas médicas electrónicas auditables<sup>14</sup>. Esta situación se contrapone en los hechos a una desdibujada y fantasmal escucha hacia el paciente y su familia. El médico familiar y la medicina familiar promueven, incluso sin quererlo, esta situación puesto que está arraigada profundamente en la vida cotidiana de la estructura institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social. Cotidianeidad que expresa una identidad construida y reconstruida de forma constante, otorgándole solidez al sistema institucional en salud, volviéndola blanco fácil de cuestionamientos y críticas que ponen en riesgo su supervivencia.

La Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social de 1943 establece una protección amplia e innovadora a la familia. En esos años predominaba la atención de médicos particulares, orientados básicamente al individuo con un carácter biólogo y curativista. Los profesionales de la medicina consideraban su profesión como liberal y se menospreciaba a los pocos médicos sanitarios que trabajaban en las iniciales instituciones de salud. De aquella época procede la frase "*los grandes maestros en la salud pública son los grandes fracasos de la medicina*"<sup>15</sup>.

El surgimiento y ulterior desarrollo de la práctica de la medicina familiar están íntimamente ligados con la evolución de los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años de atención médica primaria en el Instituto Mexicano del Seguro Social fueron erráticos debido a la inexperiencia de la institución, personal mal capacitado, instalaciones improvisadas,

ataques directos de sindicatos, patronos y médicos liberales. El médico del Instituto Mexicano del Seguro Social de los primeros años consideraba su labor institucional como un trabajo más y su futuro lo apreciaba en la medicina liberal, importándole poco los fundamentos doctrinarios de la Seguridad Social.

Por estas razones las autoridades generaron un buen número de reglamentos para orientar y controlar las labores de los profesionales médicos, de enfermería y paramédicos. En los últimos años de este período sucedieron cosas importantes. En octubre de 1953 la Caja de Registro de Monterrey, inspirada en una propuesta de médicos de Nuevo Laredo, Tamaulipas, inició un nuevo sistema de atención llamado Sistema Médico Familiar que logró abatir las quejas de los usuarios. Al año siguiente se inició su implementación en la capital del país y para 1955 este sistema se extendió por toda la república. En 1955 el médico familiar se consideró como una categoría sindical con mayor sueldo que la categoría de médico general<sup>16</sup>.

La adjetivación de "familiares", en relación al sistema de atención y al médico, puede ser resultado de su inspiración en la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social<sup>14</sup>. ¿Existe entonces un objeto de estudio por parte de la medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social? ¿Se podría llamar a esta forma de práctica, especialidad médica? ¿Tendría que cambiar de nombre y, en consecuencia, ubicar otro objeto de estudio? Estas preguntas suponen la necesidad de los médicos familiares de entender y analizar la medicina que conocen, asumiendo que es resultado de una historia erigida sobre bases de la seguridad social e instaurada por el Estado. Entonces la ideología del médico familiar se compone del constructo social insertado en su denominación profesional actual, sin cuestionar su origen. La medicina familiar no tiene un lenguaje específico ni objeto de estudio, con ello sus propios conceptos la alejan mucho más del resto de las especialidades médicas<sup>17</sup>. En este punto nos cuestionamos por qué esta disciplina se aleja de su praxis, de lo clínico, de lo social, de lo político, empujándola exclusivamente a la institucionalidad estatal, limitando su reconocimiento social y, en consecuencia, de su ejercicio liberal.

Sin embargo, la medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social alcanza importancia por el número de atenciones prestadas a sus usuarios, lo que se puede apreciar en la Tabla I. Considerando que se trata de 13.262 médicos familiares para 47 millones de beneficiarios a nivel nacional, que prestan sus servicios médicos en 1.495 unidades médicas de primer nivel<sup>18,19</sup>, estos datos le confieren relevancia dentro de la estructura organizacional del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esos indicadores deben enmarcarse en su historicidad como expresión económica, social y política. Se explican a partir de la seguridad social en un aparato médico estatal hegemónico, el cual no puede evitar regirse por pautas de la medicina consolidada en la etapa capitalista del desarrollo del país. Es en esta etapa que la evolución de la medicina institucional crea modelos de atención alrededor

de la protección en salud del individuo y la colectividad, articulados en torno al proceso salud-enfermedad cobrando relevancia en los años recientes como bien privado<sup>20</sup>.

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha tenido desde su origen múltiples ajustes en su administración por parte del Estado. El que más ha afectado a la institución fue la reforma de su principal soporte financiero, los fondos de pensión para el retiro en 1995-1997. El Estado implantó el manejo de cuentas de pensionados en el Sistema de Ahorro para el Retiro en manos de administradoras de fondos para el retiro. Las administradoras gestionan estos recursos a nombre de los trabajadores, cortando así el flujo de capital de las cuentas de los pensionados. Hay que precisar que con anterioridad, la Seguridad Social manejaba estos fondos para su funcionamiento. El principal argumento técnico-político para instaurar ese sistema surgió de la necesidad de establecer la salud financiera y su viabilidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Ahora se repite la misma situación de fragilidad financiera y descapitalización a corto plazo, con alternativas diversas de solución<sup>21-25</sup>.

En un escenario así, la medicina familiar podría alcanzar un análisis crítico para manifestarse en contra de toda aquella política en salud que afecte los intereses de las colectividades y de su práctica médica en búsqueda del buen vivir. De esta forma, tal como lo plantea Derrida, en esta lógica de deconstrucción del texto de la medicina familiar pueden plantearse su naturaleza, procesos e implicaciones, desde el nivel macro al micro y viceversa.

La Figura 1 representa una mirada de la totalidad de los servicios de salud donde está instalada la medicina familiar y la atención primaria en salud. Aquí, la práctica médica del médico familiar es el resultado de la interacción de los elementos de la estructura organizacional de los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social. En esta estructura es donde esta práctica médica, y los elementos que la conforman, se reproducen en cada rincón de los consultorios médicos del país. Al mismo tiempo, funciona en el marco de la institución y de las determinaciones sociales más generales.

Tal determinación general expresaría resultados adecuados en el cumplimiento de su fin último, que no es otro que la mejoría de la salud y la resolución de la enfermedad de la población que atiende la institución y la medicina familiar. Sin embargo, esto no parece coincidir con las evidencias.

La diabetes es un ejemplo ilustrativo. A pesar de toda la medicalización y tecnificación en el tratamiento de algunas enfermedades crónicas, ella incluida, se han creado módulos dirigidos a estos grupos de pacientes con controles bioquímicos que se reportan como fuera de rango<sup>26,27</sup>. Aquí, la visión médica es acotada a lo medicalizado, donde la explicación a esta problemática no resuelta debería centrarse en torno a todo aquello que afecta al país y a los determinantes sociales que influyen directa e indirectamente en el proceso de desarrollo,

atención y control de la diabetes. En este punto el médico familiar y la medicina familiar tendrían una responsabilidad sustancial para disminuir la tendencia creciente, controlar a los enfermos, evitar las complicaciones, actuar en la familia y la colectividad. Ello cuestiona su fundamento técnico, su capacidad práctica, los procesos institucionales, las visiones medicalizadas –tanto de la práctica médica como de las políticas de salud–, incorporando los determinantes sociales de los individuos y las colectividades.

De esta manera la medicina familiar debe mirarse desde una totalidad, donde los niveles macro, meso y micro, reconstituyan y reconfiguren una práctica médica dirigida al individuo y la comunidad, la cual no sólo esté basada en la medicalización y tecnificación de resultados. En esta dimensión única, el médico familiar es un robot mecanizado de los procesos de producción en salud. La medicina familiar, sometida a la estructura administrativa del Instituto Mexicano del Seguro Social como el eje sustantivo de la atención médica caracterizada y ejecutada para cumplir satisfactoriamente los indicadores en salud de la institución, no se vislumbra como una realidad que supere esos indicadores. Hay que situarla con la atención primaria de salud en un modelo administrativo y hegemónico del Instituto Mexicano del Seguro Social, influido por los contextos políticos, económicos y administrativos del momento del desarrollo del país.

La medicina familiar debe afrontar, analizar, combatir y además proponer a partir de los procesos de producción en que se dan los servicios de salud, todo aquello que se gesta alrededor y se reproduce en el interior de esta práctica medicalizada hegemónica y tecnificada, donde se conforma la realidad del médico familiar y la medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### A manera de conclusión

Este desarrollo y redefinición plantea la deconstrucción de las bases del pensamiento de la medicina familiar para la búsqueda de un sustento teórico. Dicho sustento debe dar lugar a un objeto de estudio determinado a partir del entendimiento de la totalidad, explicando en sí mismo la congruencia del profesional médico familiar respecto a su teoría, método y praxis, para así establecer la relación con la salud, la familia y la sociedad.

La medicina familiar actual debe ser participativa en las dimensiones política, económica, social, con posiciones claras en la toma de decisiones administrativas en confluencia con el individuo y la sociedad. Esto permitirá la permanencia y reproducción de modelos alternativos en salud anclados en la atención primaria de la salud y la comunidad. De esta manera se evitará la continuidad de la hegemonía política en salud. Un hecho no menor es que puede constituirse en una gran fuerza capaz de defender sus intereses, necesidades, expectativas y así poder tener el control para vigilar los excesos y carencias de las instituciones públicas de salud.

No heredemos una medicina familiar carente de identidad y propósito. Heredemos una medicina familiar sin censura, capaz de mostrar las grandes capacidades teóricas y conceptuales de una medicina a gran escala, en la búsqueda del buen vivir.

## Notas

### Declaración de Conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del artículo; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. El formulario puede ser solicitado contactando al autor responsable.

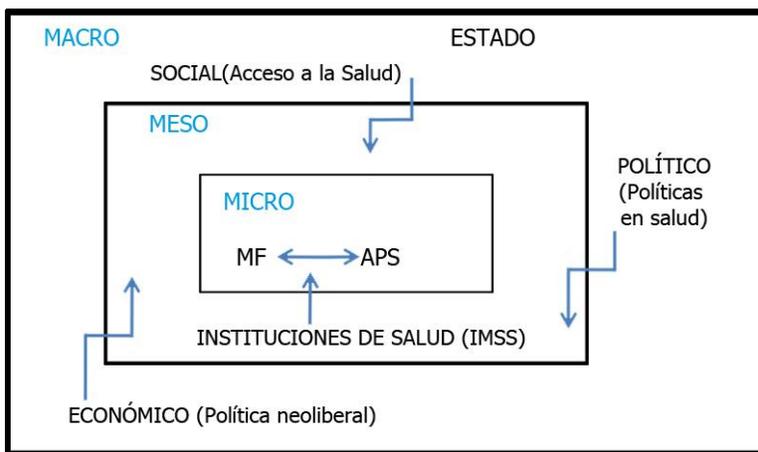
## Referencias

- Cixous H, Derrida J. *Lengua por venir/Langue à venir*. Barcelona, España: Icaria, 2004.
- Derrida J. *El tiempo de una tesis (deconstrucción e implicaciones conceptuales)*. 2ed. Barcelona, España: Projectos A, 1989.
- Asensi M. *Teoría literaria y deconstrucción*. Madrid, España: Arcos, 1990.
- Ferro R. *Escritura y deconstrucción. Lectura (h) errada con Jacques Derrida*. 2ed. Buenos Aires, Argentina: Biblos, 1992.
- Guerrero S. *Círculos viciosos. En torno al pensamiento de Jacques Derrida sobre las artes*. Madrid, España: Biblioteca Nueva, 2005.
- Casas D, Jarillo E, Contreras G, Rodríguez A. Collective health and family medicine. *Medwave* 2013;13(4):e5666 | [CrossRef](#) |
- Millar J. Primary Health Care in Canada. En: *Family medicine at the dawn of the 21st Century: themes and arguments*. México D.F.: Instituto Mexicano Del Seguro Social, 2005:329-347.
- Campbell S, Roland M. The experience of the United Kingdom. En: *Family medicine at the dawn of the 21st Century: themes and arguments*. México D.F.: Instituto Mexicano Del Seguro Social, 2005:391-415.
- Duran L, Muñoz O, Garcia M. Comparative analysis of the international experiences in the organization of Family Medicine Services. En: *Family medicine at the dawn of the 21st Century: themes and arguments*. México D.F.: Instituto Mexicano Del Seguro Social, 2005:391-415.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Comunicado Coordinación de Comunicación Social. Cuenta IMSS con clínica de diabetes y obesidad para el tratamiento integral de derechohabientes. México D.F. 2013, No. 117. [on line] | [Link](#) |
- Instituto Mexicano del Seguro Social. *El IMSS: compromiso de vanguardia*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica, 2006.
- Breilh J. Más allá de la crisis actual: Movilización por la salud para todos y todas. *Acuerdo urgente y agenda por la vida: tesis para un movimiento cohesionado y orgánico*. 2012;7(2):49-54. | [Link](#) |
- Norma que establece las disposiciones para la prestación de la atención médica en las unidades de medicina familiar. Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social publicado en el Diario Oficial 26-05-2009. [on line] | [Link](#) |
- Casas D, Jarillo E. Percepciones de los profesionales en medicina familiar sobre su formación. *Rev Waxapa*. 2012; Año 4, 1(6):57-61. | [Link](#) |
- Cárdenas de la Peña E. Juicio crítico de la medicina mexicana en el siglo XX. *An Med Asoc Med Hosp ABC*. 2000;45(3):149-160. | [Link](#) |
- Cárdenas de la Peña E. *Servicios médicos del IMSS: doctrina e historia*. México D.F.: Imprenta Venecia, 1973.
- Morín E. *La mente bien ordenada*. 5ed. Editorial. Madrid, España: Seix Barral, 2003.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Información de salud régimen obligatorio. [on line] | [Link](#) |
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Información de estadísticas financieras. [on line] | [Link](#) |
- Habermas, J. *La lógica de las Ciencias Sociales*. México D.F.: Reí de México, 1993.
- Rodríguez J. Reforma a las pensiones: el legado incompleto del Zedillo. *elcato.org*. 27 de julio de 1999 [on line] | [Link](#) |
- Casas D, Rodríguez A. ¿Are health services universal in Mexico? *Medwave* 2013;13(5):e5709. | [CrossRef](#) |
- Rodríguez R. El IMSS, en riesgo financiero. *El Universal* 02 de Julio de 2013. Sección Nación. [on line] | [Link](#) |
- Enciso A. Grave problemática del IMSS afecta su viabilidad financiera. *La Jornada* 2 de julio de 2013. Sección Sociedad y Justicia. [on line] | [Link](#) |
- Leal G. IMSS-Peña: diagnóstico deliberadamente equivocado. *La Jornada* 13 de julio del 2013. [on line] | [Link](#) |
- León M, Araujo G, Linos Z. DiabetIMSS: eficacia del programa educación en diabetes en los parámetros clínicos y bioquímicos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2012;51(1):74-9. | [Link](#) |
- Gil L, Sil M, Aguilar L, Echeverría S, Michaus F, Torres L. Perspectiva de la diabetes mellitus tipo 2 en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(1):58-67. | [Link](#) |

## Tablas y figuras

Prestación	Cantidad	Indicador
Consultas médicas	85.545.793	Anuales.
Consultas médicas	336.794	Diarias.
Consultas	3,7	Promedio hora por médico familiar.
Consultas médicas	2.109	Al año por médico familiar.
Derivaciones a otro nivel de atención	5.193.166	Anuales por médico familiar.
Derivaciones	6,71	Promedio por médico familiar.
Estudios de laboratorio	4.766	Anuales. Solicitados por medicina familiar por cada 1000 pacientes.
Estudios de radiodiagnóstico	354	Anuales. Solicitados por medicina familiar por cada 1000 pacientes.

**Tabla I.** Indicadores de prestaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social.



MF: medicina familiar.  
 APS: atención primaria de salud.  
 IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Figura 1.** Modelo de análisis de la medicina familiar y su interacción con los niveles macro, meso y micro.  
 Fuente: elaboración propia.

**Correspondencia a:**  
 Av. Bordo de Xochiaca s/n  
 Col. Benito Juárez  
 Nezahualcóyotl  
 México



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.