

11776
201
097

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21



PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR EN LA U. M. F. N^o. 21

T E S I S

PARA OBTENER EL POSTGRADO EN:
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA LA DRA.

MA. CARMEN ADRIANA VALLE SANCHEZ

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN** 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

PROLOGO	1
INTRODUCCION	4
GENERALIDADES DEL SISTEMA MEDICO FAMILIAR	6
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL IMSS	12
PLAN DE ESTUDIOS EN MEDICINA FAMILIAR UNAM/ IMSS	17
LA MEDICINA FAMILIAR EN EL MUNDO	20
PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR	25
OBJETIVOS	27
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
HIPOTESIS	30
MATERIAL Y METODOS	31
CUESTIONARIO INDIVIDUAL	32
RESULTADOS	34
CONCLUSIONES	57
BIBLIOGRAFIA	59

EL MEDICO FAMILIAR Y LOS ESPECIALISTAS

Se encuentran tres antiguos compañeros de la Facultad de Medicina en un -
café de la ciudad. El primero de ellos es el famoso Dr Cuchillo Veloz, eminente
te cirujano general que labora en un hospital de Superespecialidad. Otro el
Dr Sindromito Rarencia, internista nato, graduado en el Hospital Metodista de
Agualeguas, Nuevo León, con superespecialidad en riñón derecho, subespecialidad
en nefrona y superespecialista en Aba de Henle. El tercero de ellos el Dr. -
Consejito paTodo, ordinario Médico Familiar, egresado de una de tantas sedes -
donde se imparte esta residencia.

Decía el Dr Cuchillo al Dr Sindromito: esta semana fué dura en realidad,
el lunes operé una derivación porto-cava de un alcoholico con várices esofági-
cas, el miércoles una lobectomía derecha de un paciente con Ca Epidermoide de
pulmón y ayer viernes una colectomía. Si esto lo hubiera hecho en lo privado
me hubiera ganado unos ochenta mil pesos.

Por su parte el Dr Sindromito dijo a su colega: ¡Oye, pues yo creo que -
todo en el Instituto anda así de complicado! Esta semana tuve un caso de -
coma hiperosmolar, le metí 17 litros de soluciones, pero como quiera se murió.
Luego un síndrome hepatorenal de un alcoholico que también caminó y por últi-
mo concluí los estudios de un paciente con un extraño padecimiento llegando a
la conclusion de que trataba de una Esclerosis lateral amiotrófica, lo que -
batallé para llegar al diagnóstico: Rm EGO, QS, EKG, EEG, Perfil de lípidos,
Electromiografía, Gamagrafía cerebral, Angiografía selectiva de los cuatro -
troncos carotídeos, Tomografía axial computarizada, Biopsia de músculo, Biop-
sia de nervio y no sé cuantas cosas más.

¡Oye!, responde el Dr Cuchillo, eso sí que es interesante. Y ahora que lo diagnosticaste que le piensas hacer?... Pues aparte de publicar el caso en "Residente", no sé. Esta es una enfermedad degenerativa para la cual aún no se conoce curación. Por cierto analizando costos, fuera éste paciente se hubiera gastado unos setenta mil devaluados pesos en los exámenes, mas aparte mis elevado honorarios de adivino.

¿Oye tí? dicen al unísono las dos eminencias a su buen amigo el Dr Consejito p?Todo, considerado como un menso y oportunista por haber hecho la residencia de Medicina Familiar y haber logrado pronto su base en el Instituto. ¿qué hiciste de notable esta semana aparte de cobrar tu buen cheque de raya, curar chorrillos y bronquitis?. Bueno... responde el buen samaritano, esta semana previne en siete niños la aparición de poliomielitis, sarampión tuberculosis, difteria, tétanos, y tosferina. Así mismo, realicé estudios de dinámica familiar a dos pacientes alcohólicos incipientes, por lo que al encontrar que los problemas laborales eran causantes de su alcoholismo, ya se está buscando la solución a ese problema para evitar que la enfermedad avance. Di una plática a un grupo de pacientes diabéticos a los cuales damos orientación de su enfermedad. Tenemos un club de diabéticos y en ellos hemos logrado facilitar su control y en alto porcentaje la aparición de complicaciones. Di orientación higiénica y nutricional a los ochenta pacientes que ví en esta semana. Acámbrence... de estos ochenta sólo cinco fueron diarreas, pues ya comienzan a dar resultado mis letanías: lávese las manos, córtese las uñas, hierva el agua, lave las verduras etc, etc. Claro, de ésto debo dar parte del crédito a los medios de publicidad en general. Di una plática a pacientes embarazadas, es muy bonito ver cómo ahora ellas detectan en forma temprana signos de peligro cuando llegan a presentarse estos. Analizando el costo de atención de alguno de mis pacientes quizá no sea muy elevado, sin embargo para mí mis ser-

vicios no pueden ser pagados con dinero, ya que no vendo curación, vendo salud.

Tanto el Dr Cuchillo como el Dr Sindronito quedaron boquiabiertos ante la inesperada respuesta de su hasta entonces bobo amigo, el cual tras un momento de reflexión agregó:

¡ Ah... y por cierto, todos los pacientes que ví esta semana estan ahora vivos y coleando y les aseguro una sobrevida mucho mayor que la de los pacientes que ustedes vieron. Eso se los garantizo ! (8).

INTRODUCCION.

Es interesante conocer cómo ha ido evolucionando la atención médica en el país, hasta verla transformada en la actualidad en todo un sistema que trata de resolver los problemas de salud que afectan a su comunidad, desde la atención prestada por aquellos "médicos de cabecera", que atendían a grupos familiares en forma particular, hasta ver ahora como dentro de la sociedad existen estos mismo y en forma institucionalizada la atención medica por medio de los Sistemas Médico Familiares.

Resulta de particular interés conocer la evolución del establecimiento del Sistema Médico Familiar, en el I M S S , su transformación, las luchas que tuvieron para salir avante, modificaciones y proyectos piloto que se intentaron se intentaron hasta quedar establecido como se encuentra en nuestros días el Sistema Médico Familiar.

En cualquier sistema para el cuidado de la salud se requieren estudios que informen sobre la vida diaria, y para que la evaluación futura de la atención médica se base en fundamentos sólidos y no en opiniones personales o suposiciones inspiradas. Para la Medicina Familiar estos requerimientos son todavía ma-

yores y el médico que la desempeña su responsabilidad mayor, ya que su ejercicio es integral hacia la medicina misma el individuo, de la familia y la comunidad en que se desarrolla.

Si el médico familiar es fundamental para el funcionamiento del sistema de atención médica, resulta claro que su formación contribuirá de manera evidente a llenar espacios que existen en los aspectos primarios de la atención médica.

La preparación específica en la Medicina Familiar dará a los especialistas en esta disciplina la posibilidad de cumplir cabalmente los objetivos del sistema médico familiar, logrando la participación activa de la población para resolver sus problemas de salud.

En el IMSS la medicina familiar posee los medios para hacer llegar al núcleo familiar la atención médica integral y continua en favor de una sociedad más sana.

Por ello es necesario que el médico familiar participe de un sistema de educación continua donde pueda demostrar que es capaz de plantear, conducir, interpretar y ejecutar sus habilidades médicas, administrativas, científicas, sociales, para que tanto sus bases doctrinarias como sus normas permitan la práctica de una especialidad congruente con las necesidades del país y de la institución.

En la aplicación del Sistema Médico Familiar, consideramos finalmente que: "LO IMPORTANTE NO ES EL INDIVIDUO AISLADO, SINO LA SOCIEDAD, Y DONDE LA SALUD Y NO LA ENFERMEDAD ES EL EJE DE LA ATENCION MEDICA". (1).

GENERALIDADES.

EL SISTEMA MEDICO FAMILIAR EN EL I.M.S.S.

Todo inicio es difícil y algunas veces hasta caótico como se pudo observar de hecho dentro del IMSS.

Se promulga la Ley del Seguro Social el 19 de enero de 1943 y la instalación de los servicios se realiza en enero de 1944. La institución inicia sus actividades con personal médico recién egresado, pues la mayoría de los médicos no aceptaban como es lógico pensar en esa época, el nacimiento de este tipo de instituciones, ya que en consecuencia como era preferencial el tipo de atención particular, este sistema los desplazaría y haría que sus ingresos diezmaran en forma considerable, viendo a todos aquellos médicos que se decidían a ingresar como traidores a la profesión y eran francamente rechazados por la sociedad médica de entonces.

Resultado: el personal es considerado de baja capacidad profesional y por lo mismo precariamente remunerado. Que no decir de las instalaciones, éstas eran consultorios improvisados en casas alquiladas que se habilitaban como clínicas y si se requerían de otro tipo de servicios estos eran subrogados. (5).

Esta carencia de instalaciones, propició que los servicios médicos se desarrollaran en condiciones desfavorables, los médicos impartían su consulta por medio de solicitudes que se recogían de las oficinas administrativas centrales para acudir a los domicilios más próximos y tampoco se llevaba un expediente clínico que permitiera la secuencia adecuada de la atención prestada.

Ante esta situación las autoridades médicas de la institución, concientes

de las deficiencias que la atención médica presentaba y de que se impartía en instalaciones improvisadas, se iniciaron los trámites para la construcción de unidades médicas propias para servir como tales, con la idea básica de que - sirvieran para atender la consulta externa, atención a domicilio, así como la hospitalización, con un sistema que pudiera tener continuidad en la atención - desde la primera consulta otorgada elemental hasta la de gran especialidad y - hospitalización con control y frecuencia adecuados. (5).

Estos proyectos se cristalizan por fin en los años de 1955-1956 cuando se ponen en marcha las Clínicas 1 y 5, en las que se experimenta la atención médica general con una población y núcleos familiares fijos, que quedan bajo la vigilancia, atención y consejo de un sólo médico, la consulta se daba en presencia de un auxiliar de enfermería que hacía las veces de secretaria y que mecanografiaba o escribía las notas médicas al dictado del médico. Se establece un expediente único donde se registran las notas médico clínicas, de los servicios consultados, así como los exámenes de laboratorio y gabinete. El médico trabaja una jornada de 6 hrs que distribuye así: 3 hrs para atención a domicilio y 3 para consulta externa.

En estos años se integran al sistema los estados de Chihuahua, Morelos, Hidalgo y para 1957 los servicios se extienden a Durango, Guerrero, Queretaro, Campeche y Baja California Norte.

En 1958 se inicia la Reorganización de los Servicios Médicos de las clínicas - del IMSS, caracterizada por contratación de médicos de tiempo completo, con - adscripción de 2000 derechohabientes por médico, médicos para atender la población de más de 16 años y otros para atender los menores de esta edad.

Se elimina la auxiliar de enfermería/secretaria por consultorio, sustituyendo-

se por una auxiliar por cada tres consultorios y se establecen los horarios días continuos: A/C y B/D.

Se integran en este periodo a la seguridad social los estados de San Luis Potosí, Tabasco, Colima, Guajalajara, Yucatán, Aguascalientes, Michoacán, Zacatecas, Nayarit, Baja California Sur y Quintana Roo.

Esta reorganización se amplia también a otras clínicas del D. F. como las Clínicas 12, 14, 15, 3, habiendo para 1959 34 unidades médicas y 606 médicos familiares. (5). La ampliación del sistema médico familiar, se lleva a cabo en 1960 en el mes de junio en las clínicas 1, 2, y 5, en julio en las clínicas 4, 6, 9, 10, y en agosto a las clínicas 3, 8 y 11.

El sistema médico familiar reformado con nuevos médicos de tiempo completo se implanta en el mismo año al inaugurar las clínicas 7, 16, 17, y 19.

Fecha muy importante de señalar es el hecho de que en 1961 el IMSS compra a la Secretaría de Salubridad y Asistencia el Centro Médico Nacional y se inaugura la clínica 22, siendo ya para entonces un total de 3091 médicos.

Para 1964 se inaugura la clínica 23 y existen 42 unidades médicas. Es para el año de 1971 que se cuentan únicamente con médicos familiares la cifra de 1177. Es en ese mismo año en la clínica 25 que se inicia la Residencia en Medicina Familiar creándose además la categoría de Jefe de Departamento Clínico.

En 1972 se inicia el régimen de Solidaridad Social en el campo con 30 clínicas de campo y 10 clínicas hospital de campo en la zona henequenera de Yucatán a donde son enviados los egresados de la primera generación de residentes en Medicina Familiar y desde entonces estos servicios están dados por los egresados extendiéndose sus servicios a la Zona Ixtlera de San Luis Potosí, Coahuila y Zacatecas, a la zona Tabacalera en Nayarit, Tabasco y otros grupos marginados.

Nuevamente para 1974 se implanta despues de dos años de experimentación - en las clínicas 28, 29 y 30 es sistema caracterizado por Médico integral de - adultos y menores con horarios AC y ED en forma continua de 8 a 20 hrs, prestan dose los servicios médicos continuamente de lunes a domingo en forma ininterrum pida. Tambien desaparece de los consultorios de medicina familiar la auxiliar de enfermería y de los controles la asistente social para crearse la Asistente de consultorio, se trata de incrementar la comunicacion interna y se otorga la cita telefónica facilitando las labores del médico y la asistencia de los pa- cientes a la consulta.

En 1975 se inauguran las clínicas 31 7 75.

Para 1977 se crea la categoría de ayudante de director quienes absorben la con- sulta extemporanea que en un tiempo fue vista por los servicios de urgencias y que cubren las ausencias imprevistas de los medicos familiares, lo cual consti- tuye un elemento de apoyo.

En 1978 se inicia la Restructuracion de los Servicios Medicos Familiares en la clínica 21 contando con las siguientes características: Se constituyen equipos de 10 médicos familiares que con sus respectivos asistentes de consultorio y un Jefe de Departamento clínico, constituyen un módulo.

El archivo está descentralizado, cambia el expediente tradicional a la -- carpeta familiar, hay médicos integrales de adultos y demenores, se instalan -- consultorios colectivos, adscripción de una trabajadora social por módulo y una asistente de consultorio por cada médico.

La alta calidad de la medicina familiar como se vé no es un resultado meramente fortuito, es el resultado de muchos años de trabajo, experiencias asimiladas y aprendidas de los fracasos, resultado de proyectos y planes piloto para mejorar

cada vez más la atención médica integral de la comunidad con un alto sentido de humanidad.

En la actualidad hay más de 4000 egresados de la especialidad en medicina familiar, siendo aceptados para realizar dicha especialidad dentro del Instituto cerca de 2000 médicos, los cuales como los egresados con anterioridad se integran a el sistema médico familiar, que dará como resultado lógico, una atención mejor y desarrollo de actividades médicas hacia el derechohabiente.

Solo así trabajando y forjando un sistema médico familiar cada vez mejor se podrán resolver una de las muchas necesidades que aquejan a nuestro país, y el médico familiar impulsará a la población hacia mejores formas de vivir a través de un equilibrio justo de normas biológicas y espirituales. (11).

Para el año de 1978, se instituye la carpeta de registro familiar, que lo componen Hojas para Historia clínica y para notas médicas, así como hojas para registro de planificación familiar y control del niño sano.

Sin embargo todo esto fue un fracaso pues representaba un alto costo su consecución debido a que hubo incrementos considerables en su producción y difícil su abastecimiento a todas las unidades de Medicina familiar, por lo cual fué desechada en 1981.

Así mismo continúan las labores de los médicos familiares con horarios discontinuos, en turnos A^C y BD con dos horas de visitas domiciliarias, sólo hubo cambios en los turnos para los Jefes de Departamento clínico y Director de la Unidad, siendo para ellos en forma corrida de 8 hrs, tanto para turno vespertino como el matutino.

En el año de 1983 se instituye para manejo de pacientes que ameriten interconsultas las formas de traslado de pacientes denominadas 4308/83 mismas que se -

utilizan como formas para interconsulta en los niveles de atención 1o, 2o, y 3o, manteniendo así la comunicación del estado de salud del paciente.

En el año de 1982 también se instituyó el expediente único y viajero en el cual los servicios que ameritaba el paciente se manifiestan con notas medicas debidamente requisitadas para continuar manejo y control del paciente.

Un hecho importante de señalar para el año de 1984, es el de que el Servicio de atención dental es independiente del horario que se tenga con el Médico Familiar, pues se procura la mejor atención del derechohabiente ya que este servicio se había limitado por exceso de demanda.

Una vez mas reiteramos que el trabajo conjunto de el equipo de salud hará que disminuyan las demandas de consulta por enfermedad y se logre que al final - un mejoramiento de las condiciones de salud del país.

IMPLANTACION DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL IMSS.

Desde los albores de la medicina familiar en el IMSS, esta institución se vió obligada a contratar médicos que no contaban con la preparación específica en la medicina familiar y que en muchos de los casos estos médicos tendían hacia obtener una especialización tradicional.

Prácticamente ningún médico había tenido algún tipo de entrenamiento para poder actuar en forma satisfactoria como médico familiar, y estos pioneros actuaron aprendiendo a realizar su trabajo mediante la única escuela de preparación con que contaban: La práctica y experiencia adquirida en el ejercicio de su profesión, lo cual en veces es un método de aprendizaje difícil y muchas veces ineficaz. (4).

Fue por ello que las autoridades de la institución concientes de esta grave situación plantearon lo siguiente:

- 1.- Que existía una rivalidad entre la especialidad tradicional y la del médico familiar.
- 2.- Que el médico familiar tiene una responsabilidad definida en relación al cuidado primario integral y continuo de la salud.
- 3.- Que se necesitan médicos no solo para el tratamiento de los enfermos sino para mantener a los pacientes en condiciones óptimas de salud física, mental y social.
- 4.- Que la enfermedad tiene repercusiones que van más allá de los aspectos — personales o individuales que ocasionan un impacto definitivo en la salud de la familia que vive en una comunidad específica.
- 5.- La familia es la unidad social fundamental y que por tanto, el elemento — primario para el cuidado de la salud.

6.- El número de médicos familiares que requiere el país es muy grande.

Ante esto, el 15 de marzo de 1971 se iniciaron en el IMSS con 32 médicos, las actividades de un programa de especialización en Medicina Familiar bajo la forma de residencia de dos años de duración, con el propósito de lograr formar actitudes en el médico general relacionadas con la práctica de la medicina familiar.

Este primer programa se fue elaborando casi al mismo tiempo que se impartía por lo que es hasta marzo de 1974 cuando se puede disponer de un programa mejor, que tomaba en consideración tanto las experiencias adquiridas en la realización del curso durante los primeros años, como la observación de las actitudes, aptitudes y actividades demostradas en su desempeño postcurso por la parte de los médicos recién egresados.

Sin embargo desde un principio hubo elementos fundamentales en la concepción del diseño curricular de este programa: (4).

- 1.- La familia es la unidad social básica y por tanto la estructura básica de salud.
- 2.- Debido a que para entender la salud y la enfermedad y el proceso de salud enfermedad, es preciso disponer de conocimientos relacionados con aspectos psicológicos, sociales y culturales del comportamiento humano, ya que tanto los factores sociales como ambientales contribuyen en cierta medida a determinar en alguna proporción los problemas de salud, es indispensable dar suficiente importancia a la programación de materias tales como Antropología, Sociología, Demografía, Economía, y Psicología Social.
- 3.- El curso debe tener proyección eminentemente social y no individualista.
- 4.- Debe fomentarse la concepción científica de la práctica médica con la i-

de fundamental de la salud de la familia y el bienestar de la comunidad.

- 5.- El curso debe planearse en relación con los aspectos que se manejan en el primer nivel de atención médica, lo que representa centrarlo en los problemas familiares y comunitarios y no en los que se observan en las salas de hospitalización.
- 6.- Es fundamental desarrollar en el médico una actitud preventiva más que curativa.
- 7.- El estudio longitudinal del núcleo familiar tiene que ser central en la actuación del especialista en medicina familiar.

El nuevo especialista cursa un programa variado y activo en las materias llamadas básicas y clínicas que lo van capacitando para adquirir destrezas de primer orden a fin de que al egresar ejecute sus funciones en la forma más completa, logrando tener un objetivo que es el de resolver en lo más posible el 90% de los casos que se le presentan. (4).

El programa inicial fue de dos años, con uno de curso en hospitales que implementaban la enseñanza teórica y práctica en las áreas de Medicina Interna Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia y algunas subespecialidades médico quirúrgicas que se ven en la consulta de primer nivel con más frecuencia, ya una vez capacitado se le envía a ejercer sus conocimientos principalmente a aquellas áreas donde se precisan de atención médica preventiva siendo inicialmente en la zona henequenera del estado de Yucatán y posteriormente en las zonas ixtilera de San Luis Potosí. Coahuila y Zacatecas y a la zona Tabacalera en Nayarit, la Chótalpa en Tabasco y otras zonas de grupos marginados del país.

Un hecho importante de señalar en la evolución de la residencia de Medicina familiar lo representa el reconocimiento que de esta especialidad han hecho

las principales facultades de medicina del país. En el mes de agosto de 1974, el H. Consejo Técnico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, aprobó en primera instancia el programa, mismo que fué aprobado definitivamente por el H. Consejo Universitario el día 18 de febrero de 1975. (1).

Con mas frecuencia se ha ido observando y concientizando de las deficiencias con las que se han impartido los cursos desde su inicio hasta la actualidad, por eso, ha habido modificaciones en los programas sobre el curso de especialización en medicina familiar siendo los principales: (4).

- 1.- Sobrecarga de actividades académicas en el primer y segundo año.
- 2.- Falta de docentes capaces para adecuar los contenidos de las ciencias sociales y de conducta a las necesidades de la practica medico familiar.
- 3.- Una tendencia hacia atender más los problemas comunitarios masivos que los individuales.
- 4.- Falta de instructores clínicos adecuados, ya que la mayoría de los médicos familiares no están dispuestos a participar en esta actividad o estan limitados en su preparación.
- 5.- Ha existido una imagen devaluada del residente no sólo por el hecho de ser lo de Medicina Familiar. En ocasiones la actitud ha sido de franco rechazo hacia ellos por parte de otros especialistas.
- 6.- La deserción en esta especialidad es significativamente mayor comparada con la de otros cursos de especialización.

Pero por otro lado se observa un fenómeno contrario que es la afluencia - cada vez creciente de aspirantes a ingresar a esta especialidad, probablemente

por que se ha ido extendiendo más la información acerca de esta especialidad, sus perspectivas y futuro, así como las metas a las que se aspiran siendo definitivo el hecho de que los médicos egresados del curso se incorporan a las unidades de atención médica del Instituto, particularmente en las que son sede del curso. (6).

Así se empezará a vislumbrar que habrá mejoras notables en la realización de estos cursos impartidos ya en todos los estados de la república con las sedes en unidades de medicina familiar en las que se contara con:

- A.- Recursos humanos capacitados, incrementándose el número de instructores para el curso ampliamente motivados.
- B.- Ellos mismos como instructores representarán un modelo real para los alumnos que ingresen a la especialidad.
- C.- La creación de plazas específicas de médicos que se encarguen de la docencia de Medicina Familiar con una contratación exclusiva, lo cual representa la posibilidad de tener un conductor adecuado para el curso.

La residencia de Medicina Familiar en el IMSS ha sido constituida por un programa dinámico, continuo, con cambios que lo han conducido a lo que es en la actualidad, y todo esto se refleja en el interés cada vez mayor que se tiene por ella, pues representa una solución para los problemas de salud del país por lo que está íntimamente ligada a los planes nacionales de salud en lo que es ya el conocido Sector Salud.

MODELO DEL PLAN DE ESTUDIOS DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR, IMSS/UNAM

La importancia cada vez mayor de formar recursos humanos en la doctrina de la Seguridad Social, ha determinado que el IMSS prepare médicos idóneos para enfrentar el primer contacto con el paciente y permitir la entrada al sistema de atención médica. Estos deben ser profesionales que no estén unidos a una fase especial del diagnóstico o del tratamiento, sino que por disponer de una base suficientemente amplia sean capaces de proporcionar una atención médica eficaz, continua e integral a el paciente y su familia.

Por ello es necesario recalcar que el programa marcado para el curso de especialización en Medicina Familiar, pretende como finalidad el formar médicos con un gran sentido de responsabilidad médica, que brinden una atención médica primaria integral y continua, tanto para su paciente como para su familia sin distinción de sexo, edad o padecimiento que lo aqueje, que sea capaz de evaluar las necesidades globales de sus pacientes, y que incluirá con amplio criterio la intervención de interconsultantes o la referencia a otros niveles de atención cuando esté indicado.

También señalaremos que se debe de dar a los residentes de Medicina Familiar una metodología de trabajo cuyo eje lo constituya principalmente el estudio longitudinal del nucleo familiar, con el fin de programar y realizar acciones que mantengan o restituyan la salud o bien rehabilitar al enfermo.

Estos aspirantes en la especialidad de Medicina Familiar deben adoptar una actitud preventiva y no meramente curativa, así como se enforará más su atención a la salud que la enfermedad, comprometiendolo a participar con sentido humano en la solución de problemas de salud que afectan a los individuos, las familiar y comunidades.

Motivarlo en el método científico como sustento de su trabajo médico, docente y de investigación, a efecto de darle mayor validez a la medicina familiar, aplicando al ejercicio de la medicina familiar los conocimientos relacionados con aspectos psicológicos, sociales y ambientales que afecten la salud y - que practicando adecuadamente la especialidad puedan modificarse, persiguiendo siempre su objetivo de brindar salud a su población coordinadamente con el equipo de salud del primer nivel de atención médica. (13)

El plan de estudios se ha ido estructurando y modificando según las necesidades que surgieron desde su inicio de la residencia hasta lograr un programa que tiene una relación directa con los propósitos y objetivos terminales -- del curso de especialización en Medicina Familiar.

Este programa está constituido por módulos los cuales poseen una introducción, objetivos intermedios y finales, integrado además por unidades didácticas cada una de las cuales contiene objetivos operativos y el contenido programático de las mismas. Estos módulos en conjunto pretenden contribuir a la capacitación del médico familiar en el manejo satisfactorio de los problemas técnico médicos, técnico administrativos y en aspectos de enseñanza e investigación.

Cada uno de los módulos se agrupa a su vez en varias unidades didácticas que a continuación se mencionan en forma resumida:

- I. MÓDULO DE MEDICINA FAMILIAR.
- II. MEDICINA INTERNA.
- III. PEDIATRÍA.
- IV. CIRUGÍA Y URGENCIAS.
- V. GINECO OBSTETRICIA Y SEXUALIDAD HUMANA.

VI. PSICOLOGIA MEDIA Y PSICOLOGIA SOCIAL.

VII. SALUD PUBLICA.

VIII. CIENCIAS SOCIALES.

IX. ADMINISTRACION.

X. ENSEÑANZA.

XI. INVESTIGACION.

Mediante el cumplimiento de este programa modular que se lleva a cabo durante los dos años de residencia, se pretende que el médico familiar reafirme los conocimientos obtenidos y adquiera informaciones y técnicas que le capaciten para interpretar de forma integral todos los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad, a nivel individual, familiar y de comunidad, para que actuando en consecuencia, aplique las medidas preventivas, terapéuticas y de rehabilitación correspondientes.

Este curso se lleva a cabo en redes hospitalarias y clínicas de medicina familiar en dos años, al cabo de los cuales los residentes son asignados durante un año a unidades médicas de campo en todo el sistema.

Al finalizar el curso, el especialista en medicina familiar, con los grupos familiares a su cargo y los recursos propios para el primer nivel de atención es capaz de: Adquirir destrezas en las áreas: (13).

Técnico médicas.

Técnico administrativas.

Enseñanza e Investigación.

MODELOS DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR EN EL MUNDO.

De una manera panorámica veremos cómo la práctica de la medicina familiar es muy variada, con programas implementados de diferentes maneras según los recursos y necesidades de las comunidades en diversos países del mundo donde se ejerce esta especialidad.

Por ejemplos en Ghana, Africa Occidental, no se practica la medicina familiar como especialidad, pues se procuran resolver los problemas sanitarios con el incremento de la preparación de personal paramédico y promotores de salud.

En Israel, uno de los países donde se acepta la medicina familiar como especialidad desde 1969, su preparación como especialista en esta rama de la medicina es de cuatro años, buscándose objetivos que brinden una atención médica primaria adecuada, en sus aspectos de prevención, curación y rehabilitación, en los primeros dos años, y posteriormente los dos restantes se capacita al médico en hospitales y comunidades, haciéndose responsable del cuidado de un número limitado de familias.

En Europa Occidental, como ejemplo citaremos a Inglaterra, se indica que la atención de la medicina familiar es de baja calidad por lo que el médico tiene problemas que se deben a su aislamiento de los hospitales, para resolverse esta situación, los hospitales invitan al médico tratante a visitar a su enfermo y a discutir los casos con los médicos del servicio, se les informa cuando se dá de alta al paciente y se le mencionan los procedimientos más aconsejables para su tratamiento posterior (14).

En los países de Europa Oriental es obligatoria la asistencia de los médicos generales a cursos de postgrado que se efectúan periódicamente en los hospita-

tales. En general la mayoría de los países europeos la Medicina familiar no es considerada como una especialidad.

En la Unión Soviética, la mayoría de los médicos trabajan en policlínicas afiliadas a un hospital para actualizar sus conocimientos de los problemas que se manejan con mas frecuencia en los hospitales. Se supone que el médico de primer contacto está capacitado para asumir una responsabilidad mayor de la que le es permitida, sin embargo su distribución es muy equitativa, ya que los médicos se encuentran organizados con una distribución territorial que permite una igualdad en la cantidad de pacientes por médico con tiempos de espera cortos para poder pasar con el médico (14).

Muy importantemente señalaremos que la Medicina Familiar en el Canadá representa un papel de indiscutible influencia en nuestro país. Es en el año de 1964 cuando el colegio canadiense empezó a considerar con seriedad la capacitación mas específica de los médicos familiares y en 1966 se ponen en función a modo de plan piloto dos programas de residencia de graduados y en 17 años este programa a la fecha ha dado resultados alentadores. En este país la medicina familiar es considerada como una verdadera especialidad, existiendo un gran número de médicos familiares que trabajan como profesores de tiempo completo de medicina familiar, todos ellos con calificación docente adecuada, además de cientos de médicos familiares que trabajan del mismo modo medio tiempo. La mayoría de los estudiantes de las escuelas de medicina del Canadá eligen en la actualidad a la Medicina Familiar como especialidad, estando ya todos los programas de enseñanza a residentes saturados y ha sido necesario rechazar a estudiantes calificados.

En los Estados Unidos de Norteamérica, llaman la atención la dedicación

que ha seguido la Universidad de Minnesota sobre el ejercicio de la medicina familiar iniciando su programa de entrenamiento de postgrado en 1967, diseñado para dar al médico familiar una formación académica similar a la de sus colegas especialistas tradicionales. (19). Así el punto central ha sido un programa de entrenamiento de tres años de residencia. Este programa incluye contenidos de las ciencias del comportamiento y didáctica, ciencias médicas básicas y de otras especialidades médico quirúrgicas, los estudiantes de postgrado rotan a través de estos campos de especialidad y establecen el patrón de coordinación colaboración y respeto para ellos con las otras especialidades y subespecialidades y de esta manera se establece la relación necesaria para la práctica futura como médico familiar. El estudiante del último año ejerce por varios meses en una localidad rural y posteriormente se integra al área urbana de tal manera que tenga un conocimiento del ambiente en este tipo de comunidades. Es después de esto que completa los requerimientos del programa de entrenamiento y debe presentar el examen del Consejo de Medicina Familiar, transformándolo en un médico entrenado, calificado como especialista en medicina familiar, listo para ejercer su trabajo en línea y cooperación con otros médicos en la comunidad o región a la cual servirá.

En cuanto al desarrollo de la Medicina Familiar en Latinoamérica, es hablar de un tema extenso, y donde se le ha dado un impulso y desarrollo importante a esta disciplina en los últimos años.

En Panamá, en 1976 se estableció la residencia de Medicina Familiar dentro del sistema médico familiar de seguridad social. Esta medida ha sido apoyada con el diseño de actividades y educación continua para médicos generales en ejercicio. Es importante señalar que en este país se han implementado además

cursos durante el pregrado sobre Medicina Familiar, lo cual ha dado muy buenos resultados hasta el momento. (9).

En Bolivia, en 1977 se implantó el Sistema de Medicina Familiar a cargo de 6 médicos egresados del primer curso nacional de especialización en Medicina familiar, dictado en la Cd de la Paz iniciando sus acciones en dos poblados bolivianos, con una adscripción promedio de quince mil personas para cada uno de estos centros. Es necesario destacar que en Bolivia se ha venido sufriendo la crisis de la medicina contemporánea, resultante del énfasis que se ha puesto en la atención de la enfermedad y del órgano, con pérdida del interés en la persona y en la comunidad, fragmentarismo en forma exagerada al paciente y elevándose mucho sus costos. Frente a esta crisis, surge la práctica de la medicina familiar como una buena alternativa. " La Medicina Familiar significa cambio y un cambio implica resistencia ". (10).

En Venezuela, el Seguro Social Venezolano, se avocó a la elaboración de un programa de Medicina Familiar en 1980, aplicable en un centro ambulatorio específico, para lo cual envió a seis médicos a la Cd de México, para que se entrenaran en el programa de Medicina Familiar en el IMSS, y con base en la estratificación de los niveles de atención se organizó la función del médico de familia quien además de atender al individuo y a su grupo familiar, ayuda en la coordinación de los recursos de salud y en la elaboración de los programas de atención médica, así como de coordinar la educación continua de los médicos generales que se forman en el ejercicio de la Medicina Familiar. (9).

EXPECTATIVAS DEL DERECHOHABIENTE ANTE EL MEDICO FAMILIAR.

Ante la panorámica planteada desde el punto de vista médico, el profesional de la medicina familiar tiene que enfrentarse a su campo de acción real respondiendo adecuadamente a los ideales planteados en el marco teórico, sin embargo surge una pregunta de importancia: ¿Cuáles son las expectativas de los derechohabientes ante el médico familiar actual?

En un consenso general se espera un profesional de la medicina en toda la extensión de la palabra, que sea un verdadero apóstol de su vocación y demuestre su altruismo al ser humano que le llama en su necesidad. Espera también un profesional que este capacitado, con habilidades y destrezas dentro de su área que le conduzca a prevenir, curar o rehabilitar su organismo ante un agente nocivo o la consecuencia de este, espera un ser al que le pueda confiar plenamente su mente, cuerpo y por que no, sus sentimientos, pues como sabemos, muchos trastornos psicósomáticos son de origen emocional y que repercuten en el organismo del individuo, su familia y el ambiente en el que se rodea.

Espera un profesional que se interese verdaderamente por conocer y aprender los procedimientos, técnicas, medicamentos, terapia en general, así como su manejo adecuado ante alguna circunstancia que lo amerite, para no tardar el beneficio que puede obtenerse y por lo tanto evitar lo que en no pocas ocasiones sucede: cometer un error con el paciente.

El sistema de seguridad social es un medio idóneo para proteger la vida y la dignidad del trabajador y su familia, y un elemento importante en este sistema lo es el médico, ya que su actitud positiva hacia el derechohabiente hará que este cada vez más procure su atención dentro del sistema y podrá también -

conocer los recursos con los que cuenta, para mejorar la salud de sus integrantes, sin importar sexo, edad o padecimiento.

CARACTERISTICAS DEL PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR.

DEFINICION.

El perfil profesional de cualquier especialista que practique la medicina en cualquiera de sus ramas, se estructura principalmente bajo el cuestionamiento básico de tres preguntas que según Benjamín Bloom abarcan tres áreas: cognocitiva, psicomotora y afectiva (13). Es decir, que debe responder a tres cuestionamientos: ¿ qué debe saber ?, ¿ qué debe saber hacer ? -- y ¿ qué actitudes debe tener ?.

Es por ello que en el IMSS se define al Médico Familiar como: " Aquel profesional que cuenta con un cuerpo de conocimientos que le permiten realizar con eficiencia funciones técnico-médicas, funciones técnico-administrativas y funciones de enseñanza e investigación específicas y que a través de su práctica diaria en el primer nivel de atención médica contribuye al logro de los objetivos institucionales ". (13).

I.- FUNCIONES TECNICO MEDICAS.

El médico familiar debe proporcionar atención primaria integral y oportuna a su población derechohabiente, con acciones dirigidas al individuo y su familia independientemente de su edad, sexo, clase social y creencias, cubriendo los cuadros patológicos que con más alta frecuencia le aquejan, y así mismo -- los procesos psicosociales de la familia que pueden ser causa - efecto de patología en alguno de sus integrantes o del medio social en que se desenvuelve.

II.- FUNCIONES TECNICO ADMINISTRATIVAS.

Planificando sus acciones para la atención médica de pacientes que requieran un tiempo prolongado o breve de atención, podrá organizar visitas domiciliarias u hospitalarias según sea el caso integrando también en esta acción a el grupo familiar del paciente, indicando sus derechos y obligaciones, también - informando sobre los recursos con que cuenta la institución para completar su atención, ofreciendo así un servicio médico adecuado, eficiente y con sentido humano a sus derechohabientes. (3).

III.- FUNCIONES DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

Podrá desarrollar actividades de enseñanza dirigidas a su equipo de salud, a la población derechohabiente y al personal en formación, también participa en actividades de educación continua oficialmente reconocidas por la institución- tales como cursos monográficos, adiestramiento en servicios, visita a profesores extranjeros, cursos de actualización, seminarios, congresos y sesiones generales, así también podrá desarrollar su iniciativa de autoenseñanza con el propósito de elevar la calidad de sus conocimientos así como su ampliación en estos, que le permitirán tener niveles de educación satisfactorios.

En cuanto a la investigación, el médico familiar cuenta con un gran campo de acción para efectuar investigación científica, pues tiene al alcance de su mano un archivo descentralizado que facilita las actividades de este tipo y no hay limitaciones para obtenerlos, pudiendo realizar estos estudios tanto en el orden clínico como en el epidemiológico. (7).

OBJETIVOS.

- I.- Identificar el número de médicos familiares egresados de la residencia de Medicina Familiar en la población médica estudiada.

- II.- Identificar el número de médicos familiares no egresados de la residencia de Medicina Familiar, siendo estos médicos generales o egresados de otras especialidades médicas.

- III.- Identificar si se cumplen en la población médica estudiada sus funciones:
 - Técnico médicas.
 - Técnico administrativas.
 - Enseñanza e Investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El perfil profesional del médico familiar se sintetiza en tres parámetros esenciales que son: adquirir conocimientos necesarios para desempeñar su labor en el primer nivel de atención médica, adquirir habilidades y destrezas útiles para el mejor manejo del paciente y su enfermedad y finalmente las actitudes o conducta a seguir que debe tomar ante las diferentes circunstancias que rodean a la vida del paciente y su familia.

Por ello es necesario conocer si estas funciones se cumplen según la forma planteada en los ideales que se persiguen en el Perfil profesional proclamado por el DMS y las instituciones educativas que los forman. Si se sigue aquella inquietud de conocer, aprender, adiestrarse cada día sobre aquellos padecimientos más frecuentes que aquejan a los pacientes, en su manejo y atención si tienen las habilidades manuales necesarias para ejecutarlas y si su relación afectiva es adecuada según las circunstancias que rodeen esta relación médico-paciente - familia - comunidad.

Es importante también conocer si para la ejecución de estos ideales hay - factores que modifiquen la conducta y pensamientos del Médico Familiar y que a su vez lo alejen de las metas deseadas a obtener en el ejercicio de la medicina familiar.

HIPOTESIS.

Los médicos familiares tanto egresados como no egresados de la residencia de Medicina Familiar llevan a cabo en forma adecuada sus funciones técnico médicas, técnico administrativas, y de enseñanza e investigación, apegándose a los ideales planteados en el perfil profesional del médico familiar.

HIPOTESIS.

Los médicos familiares tanto egresados como no egresados de la residencia de Medicina Familiar llevan a cabo en forma adecuada sus funciones técnico médicas, técnico administrativas, y de enseñanza e investigación, apeandose a los ideales planteados en el perfil profesional del medico familiar.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizaron un total de 50 encuestas a médicos familiares en ejercicio en la Unidad de Medicina Familiar # 21 del I.M.S.S. así como a médicos residentes de II año en Medicina familiar adscritos a dicha unidad sede.

Estas encuestas comprendieron la respuesta de un cuestionario en el que se reúnen algunas de las principales características idóneas que debe tener el profesional de la medicina familiar, tanto en los aspectos médicos, administrativos, de enseñanza e investigación, con el fin de conocer si estas características se reúnen y si además las funciones anteriormente enunciadas se cumplen y llevan a cabo, investigándose además las causas que impiden en un momento dado el buen desarrollo de sus funciones.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

" PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR "

- 1.- Sexo 2.- Edad 3.- Estado civil.....
- 4.- Tiempo de laborar en el IMSS.....
- 5.- Labora como:
- Médico de base
- Médico suplente con base (O2)
- Médico suplente sin base (O8)
- Residente
- 6.- Es Médico General.....
- Egresado de la residencia de Medicina Familiar
- Egresado de alguna otra residencia ¿cuál?
- 7.- En el ejercicio diario encuentra en la Medicina Familiar su satisfacción como profesional médico?
- 8.- Cuenta con todos los recursos técnicos necesarios para realizar adecuadamente su tarea como médico familiar? (si) (no) ¿cuáles faltan?.....
- 9.- Cuenta con los asesores médicos capacitados para resolver sus dudas al momento? (si) (no) (ocasionalmente).
- 10.- Participa en cursos de actualización médica.
- (si) cuantas veces por año
- (no) por qué?
- 11.- Participa en actividades docentes para la orientación y preparación de médicos familiares, residentes y población derechohabiente? (si) (no) — (por qué).....

- 12.- Ha realizado estudios de investigación dentro de la Medicina Familiar?
(si) (no) por qué
- 13.- Desearía realizar alguna especialidad médica excepto Medicina Familiar?
(si) (no) ¿cuál?
- 14.- Es de beneficio para ud y el derechohabiente realizar estudios de tipo -
psicosocial dentro de la Medicina Familiar?
(si) (no) por qué
- 15.- Colabora con los programas de educación a derechohabientes, campañas de
salud, sesiones médicas, actos civiles y sociales dentro de la clínica?
(si) (no) por qué
- 16.- El saber que la consulta es numerosa en un turno le produce nerviosismo?
(si) (no)
- 17.- Es conveniente para ud el horario discontinuo? (si) (no)
- 18.- Es adecuado el tiempo que se otorga al paciente por consulta ? (si) (no)
- 19.- Debería de haber un límite de pacientes que consultan por turno?
(si) (no) ¿cuantos?
- 20.- La mayoría de consultas que atiende son por:
citas programadas.....
espontáneas
- igual número de citas y espontáneas

RESULTADOS.

La edad de los médicos encuestados vario entre los 23 a los 60 años, y la edad en la que mayor número de médicos familiares en ejercicio están entre los 25 y 40 años, siendo el promedio de 32.5 a. (gráfica 1).

Predominó la población masculina entre este grupo de medicos siendo representado por el 64% de la poblacion en estudio. (gráfica 2).

El estado civil de los medicos entrevistados precuino el ser casados lo cual - representa el 78%. (gráfica 3).

El tiempo de laborar como médico en el IMSS varió considerablemente desde menos de un año hasta 25 años de ejercicio profesional, encontrando un promedio de 5 años en la poblacion medica en ejercicio (gráfica 4).

Los puestos que ocupan los médicos de la unidad en su mayoría son de base lo - cual representa el 60% de la poblacion entrevistada, seguida de residentes en periodo de adiestramiento 20%, médicos suplentes con base 14% y finalmente mé - dicos sin base 6%. (gráfica 5).

Es importante señalar que entre los médicos familiares, la gran mayoría son mé - dicos generales, representado por el 46%, seguido de los egresados de la resi - dencia en Medicina familiar que es el 32% y finalmente médicos familiares que han egresado de otras especialidades y que no han sido reubicados lo que repre - senta el 22%. Dentro de este último punto es importante señalar que en la ma - yoría de especialistas en otras ramas de la medicina predominaron en el ejerci - cio de medicos familiares Pediatras (27%), Cirujanos (18%), Ginecólogos (18%), Oncólogos (9%), Radiólogos (9%), Infectólogos (9%), y una Enfermera General - que hizo cambio de ramo por ser ya médico general (9%). (gráfica 6).

Hay que hacer notar que un gran porcentaje de la población médica estudiada desea realizar otra especialidad médica tal como se representa en las gráficas 6a y 6b, lo que representa el 46% de nuestra población en estudio.

En términos generales los médicos que intervinieron en este estudio se manifiestaron satisfechos y convencidos de su actuación como médicos familiares, - representa esto el 78%, refiriendo que se cuentan con casi todos los recursos-técnicos necesarios para su buen desempeño profesional, estimado en un 60%, - sin embargo hubo algunas objeciones que son de interés comentar pues se refieren a que hay falta de recursos humanos, falta de instrumental necesario en la consulta y exceso de papelería que interfieren en el óptimo desarrollo de la - consulta. (gráficas 7 y 8). En lo que respecta a el apoyo profesional con - asesores capaces, en el 58% de los casos se encuentran estos ampliamente capacitados para resolver las dudas que pueden surgir dentro de la práctica diaria (gráfica 9).

Todos los médicos estuvieron de acuerdo en la importancia que tienen el realizar estudios de tipo psicosocial a los derechohabientes, empero hubo algunas - objeciones al respecto argumentándose que no se pueden realizar por falta de - tiempo y exceso de trabajo, sin embargo no dejan de reconocer que son vitales pues se logra la confianza con el paciente, saber si el medio en el que se desenvuelve es generador de enfermedades, así como se conoce la integridad de la familia . (gráfica 10).

La inquietud por seguir actualizándose y ponerse al día sobre los avances en - esta profesión con nuevas aportaciones médicas en conocimientos y tratamientos sobre los temas que mas frecuentemente son vistos en la practica de la medicina familiar es evidente como se demuestra en la gráfica 11, encontrando que la

mayoría de la población medica acude a cursos de actualización dos veces por año lo que representa el 45%, una vez al año el 40.6%, tres veces por año el 10.8% y cuatro veces por año el 2.7%. Hubo sin embargo un 26% que manifestó disconformidad, pues no es fácil en ocasiones participar en ellos por varias causas que se exponen a continuación: falta de tiempo 30.8%, no se autorizan 30.8%, falta de temas de interes y de utilidad práctica el 23% y el exceso de burocracia al solicitarlos el 15.4%.

Su interés por la formación hacia los médicos residentes y la orientación a la población derechohabiente está claro que no es del agrado de la mayoría de la población, pues se argumentan razones como el no contar con las técnicas didácticas adecuadas para hacerlo, carencia de material o bien inexperiencia, falta de tiempo o desinterés por enseñar. (gráfica 12).

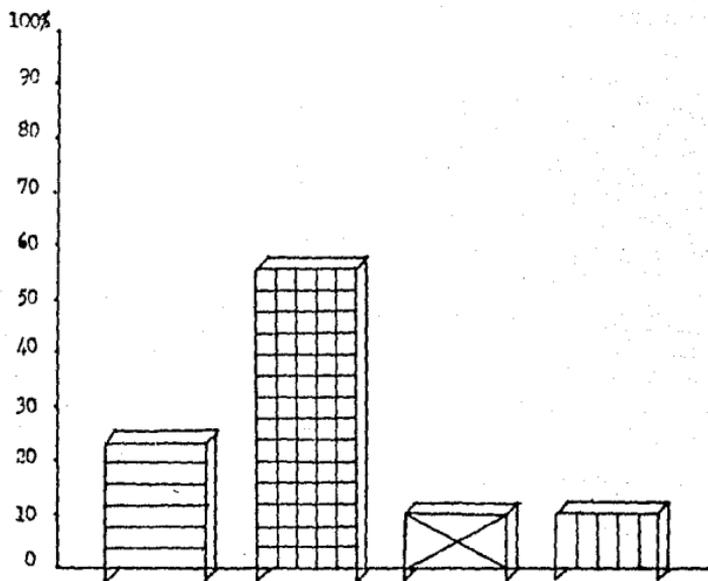
En cuanto a la iniciativa por realizar estudios de investigación el 36% de los médicos los realizan con regularidad, sin embargo un alto porcentaje no lo hace representado por el 64%, argumentandose principalmente que la falta de tiempo (56%), desinterés (21.%) y la falta de recursos materiales en la unidad (21%) son las causas que lo impiden. (gráfica 13).

En cuanto a su disponibilidad para colaborar con las actividades y programas que se llevan a cabo en la clínica, se observó que equitativamente participan, exponiendose como razones principales la disponibilidad de tiempo, agrado y satisfactorias relaciones interpersonales con los grupos organizadores. (gráfica 14).

El exceso de consulta, el horario discontinuo y el tiempo otorgado a cada paciente en la consulta se considera en términos generales como inadecuado, pues esto genera inquietud y nerviosismo, lo cual propicia un déficit en la calidad

de la atención del derechohabiente, a si mismo en la falta de un adecuado desempeño en las actividades del médico familiar, (considerando lo anterior, se - manifestaron con angustia el 54% de los medicos entrevistados al tener consulta numerosa por turno, el horario es inadecuado para un 62% y el tiempo otorgado -- por consulta insufic . según manifestó el 72% de los entrevistados). gráficas 15, 16 y 17. proponiendose un límite en el número de consultas por turno, y - que si hay consultas espontaneas que son en su mayoría (graficas 18 y 19), si se manejaran en su totalidad por citas, los resultados de la atención mejorarían considerablemente, debiendose de establecer un número de consultas diarias máximas por turno para dar efectivamente una atención de calidad al derechohabiente. (gráfica 20).

DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS



DE 24 a 29 años



DE 41 a 50 años



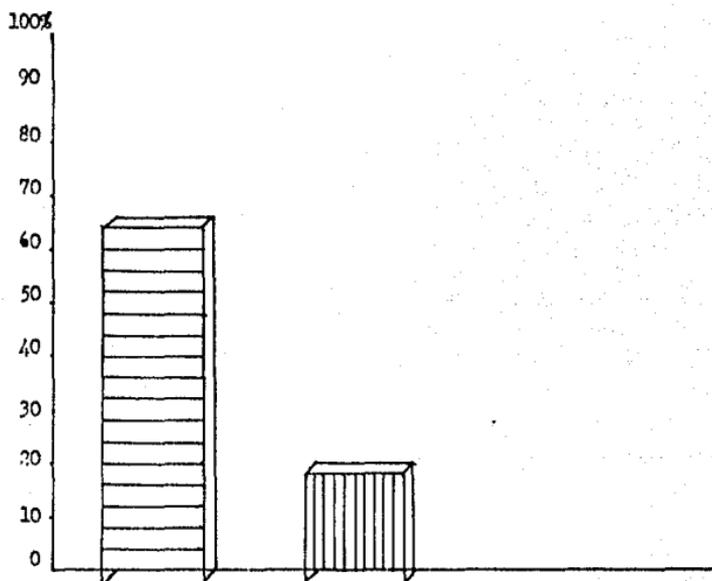
DE 30 a 40 años



DE 51 ó más

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTA REALIZADA ENTRE MEDICOS
FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.M.F. # 21. IMSS.

DISTRIBUCION POR SEXO

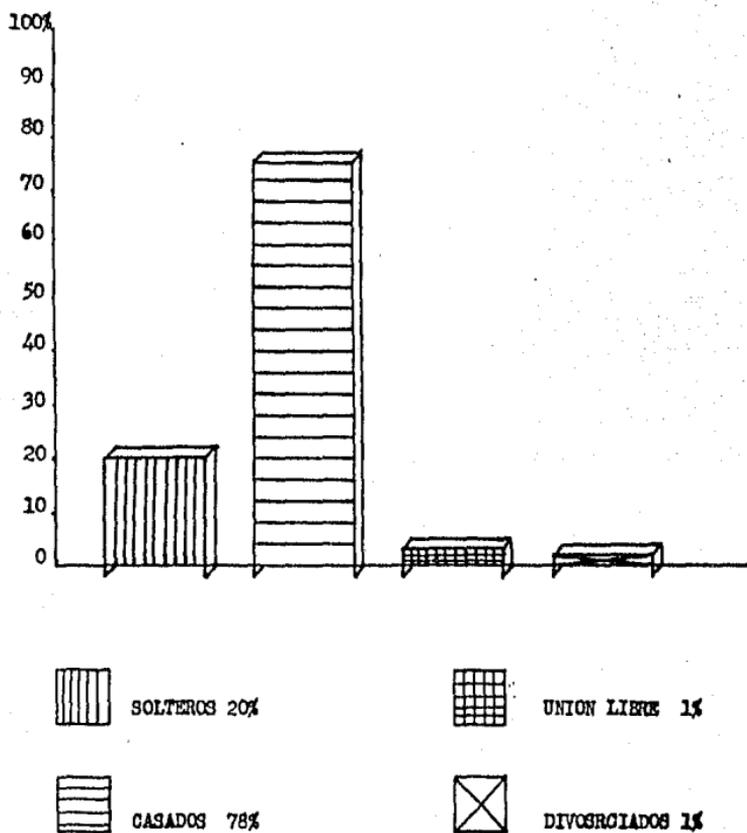


 MASCULINO 64%

 FEMENINO 36%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS ENTRE MEDICOS FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.M.F. # 21 IMSS.

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADOS A MEDICOS
FAMILIARES ADSCRITOS A .A U.M.F. # 21 IMSS.

DISTRIBUCION POR TIEMPO DE TRABAJAR
EN EL IMSS



 MENOS DE UN AÑO 4%

 DE 11 - 15 AÑOS 8%

 DE 1 - 4 AÑOS 48%

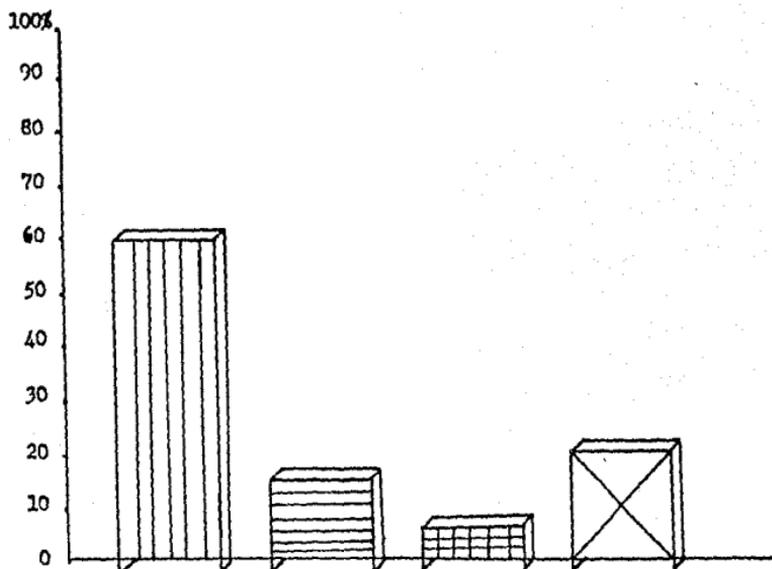
 DE 16 a 20 AÑOS 4%

 DE 6 - 10 AÑOS 30%

 DE 21 a 25 AÑOS 6%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A MEDICOS
FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.M.F. # 21 IMSS.

DISTRIBUCION POR CATEGORIAS MEDICAS



MEDICOS DE BASE 60%



MEDICOS SUPLENTES SIN
BASE 06 6%



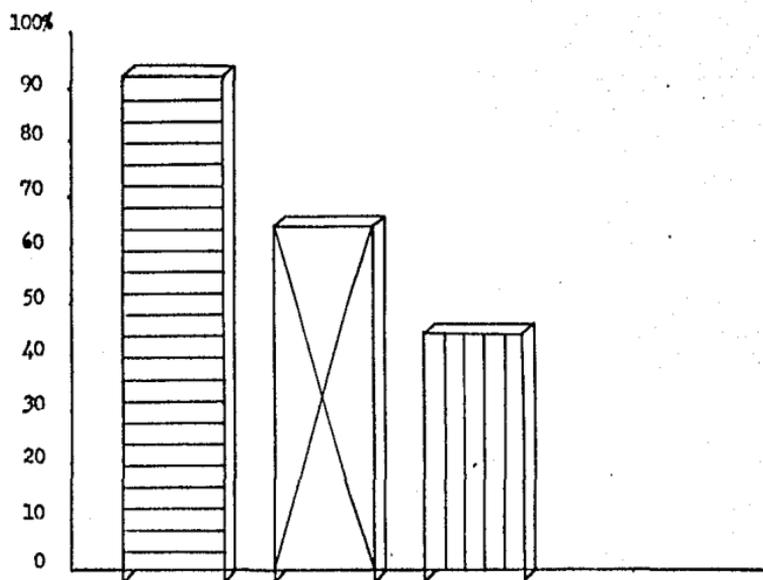
MEDICOS SUPLENTES CON BASE
02 14%



RESIDENTES 20%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A MEDICOS
FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.M.F. # 21 IMSS.

MARCO PROFESIONAL



MEDICOS GENERALES. 46%



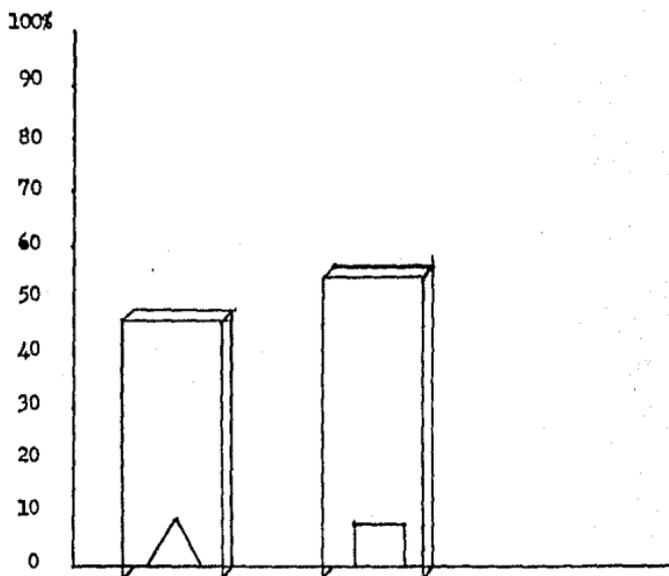
MEDICOS EGRESADOS DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
32%



MEDICOS EGRESADOS DE OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS.
22%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A MEDICOS
FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.P.F. # 21 IMSS.

INQUIETUDES MANIFIESTAS PARA REALIZAR
ALGUNA ESPECIALIZACION
MEDICA



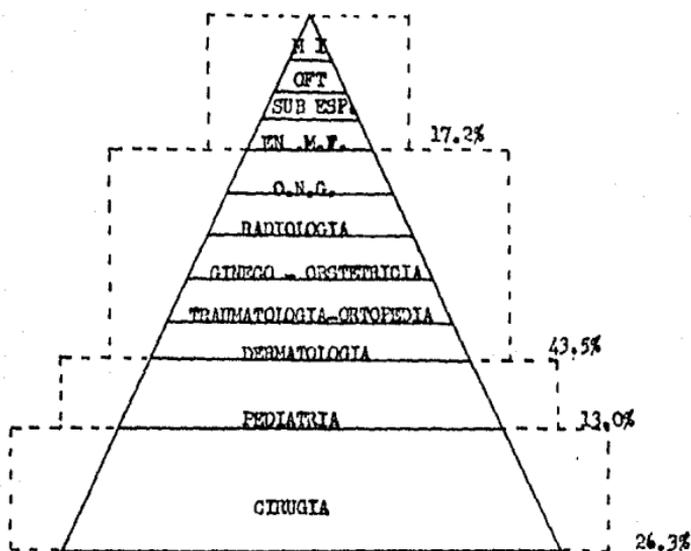
SI DESEAN REALIZAR OTRA ESPECIALIDAD MEDICA 46%



NO DESEAN REALIZAR OTRA ESPECIALIDAD MEDICA 54%

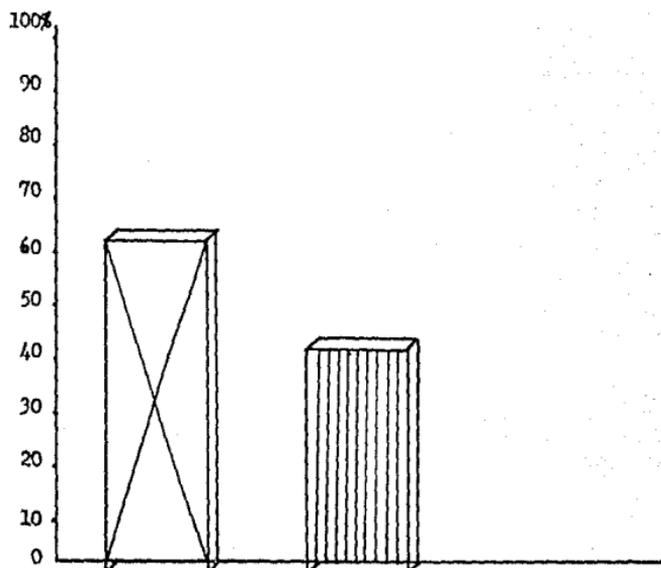
FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A MEDICOS
FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.N.F. " 21 " IMSS

ESPECIALIDADES MEDICAS QUE MAS ATRAEN
ENTRE LOS MEDICOS FAMILIARES



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A MEDICOS
FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.M.F. # 21. IMSS.

CARACTERISTICAS TECNICO MEDICAS



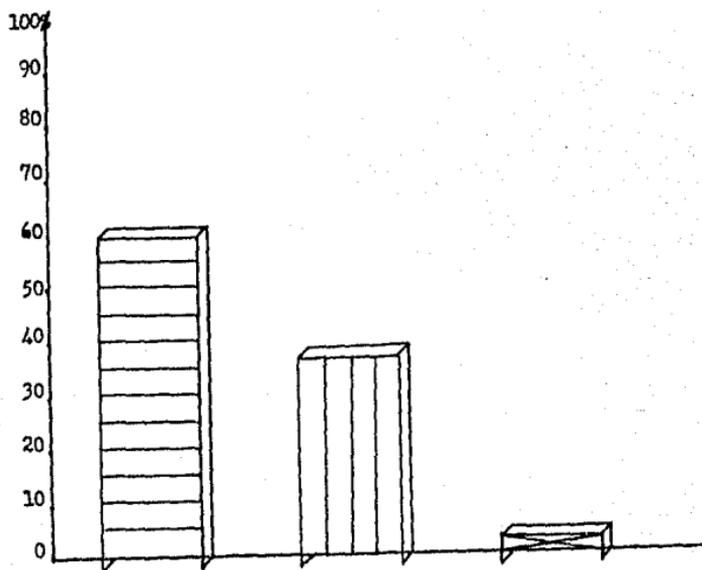
SI ESTAN CONVENCIDOS Y SATISFECHOS DE LA MEDICINA FAMILIAR 60%



NO ESTAN CONVENCIDOS NI SATISFECHOS DE LA MEDICINA FAMILIAR 40%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A MEDICOS FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.M.F. # 21 IMSS.

CARACTERISTICAS TECNICO ADMINISTRATIVAS



SI CUENTAN CON LOS RECURSOS TECNICOS NECESARIOS 60%



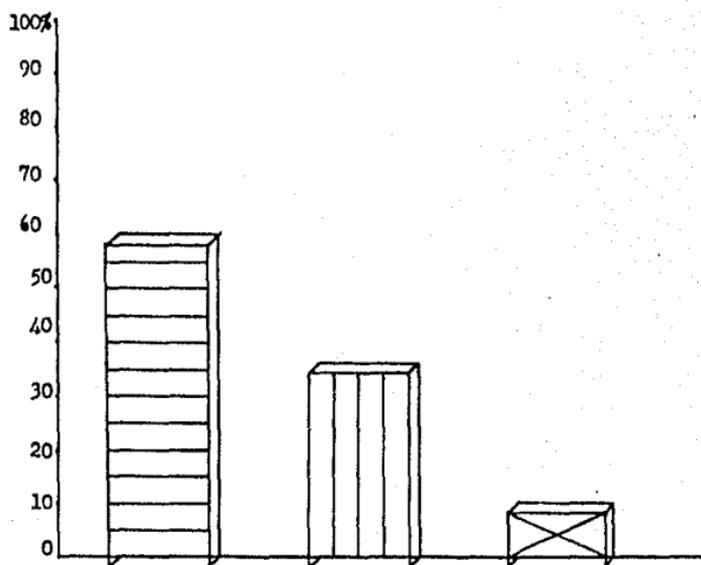
NO CUENTAN CON LOS RECURSOS TECNICOS NECESARIOS 38%



OCASIONALMENTE SE CUENTAN CON RECURSOS TECNICOS 2%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A MEDICOS
FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.M.F. # 21 IMES.

CARACTERISTICAS DE ENSEÑANZA



SI SE CUENTAN CON ASESORES CAPACES. 58%



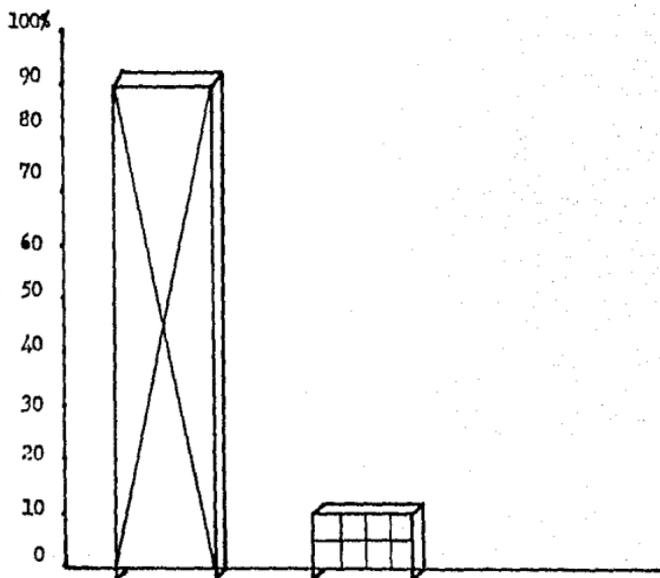
NO SE CUENTAN CON ASESORES CAPACES. 34%



OCASIONALMENTE HAY ASESORES CAPACES. 8%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A MEDICOS
FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.M.F. # 21 IMSS.

CARACTERISTICAS TECNICO MEDICAS



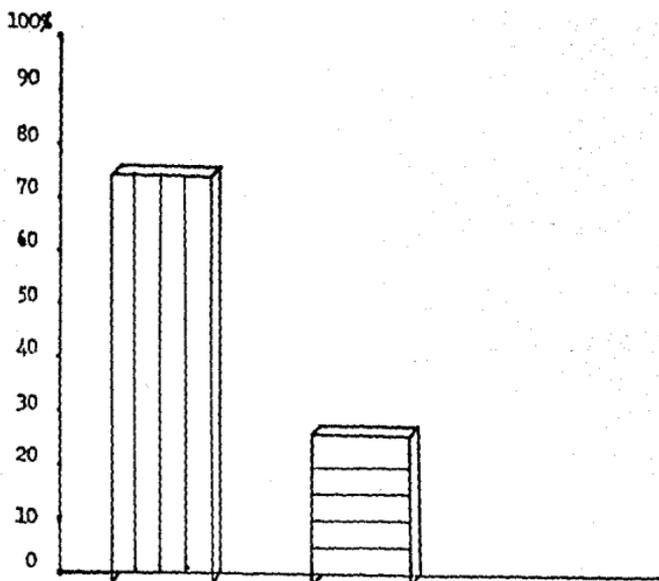
SI REALIZAN ESTUDIOS DE TIPO PSICOSOCIAL ENTRE LOS DERECHAHABIENTES. 90%



NO REALIZAN ESTUDIOS DE TIPO PSICOSOCIAL ENTRE LOS DERECHAHABIENTES. 10%

FUENTES: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A MEDICOS FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.M.F. # 21 IMSS.

CARACTERISTICAS DE ENSEÑANZA



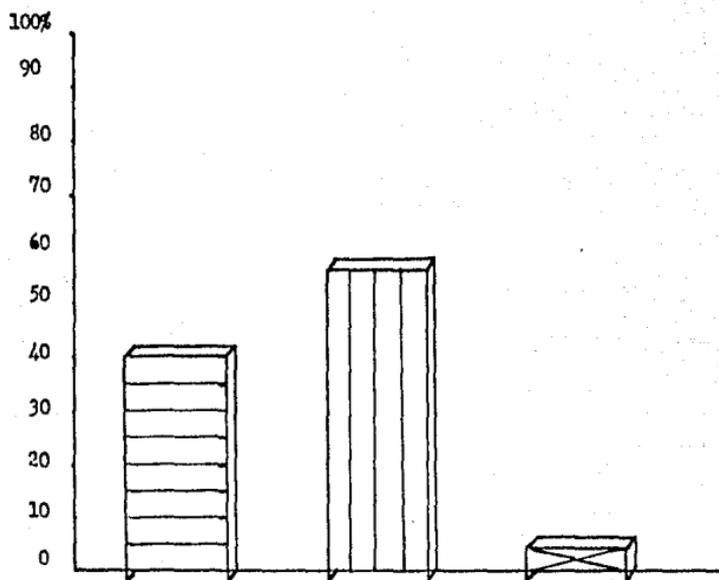
PARTICIPA EN CURSOS DE ACTUALIZACION 74%



NO PARTICIPA EN CURSOS DE ACTUALIZACION 26%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A MEDICOS
FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.M.F. # 21 IMSS.

CARACTERISTICAS DE ENSEÑANZA



LE AGRADADA PARTICIPAR EN LA DOCENCIA 40%



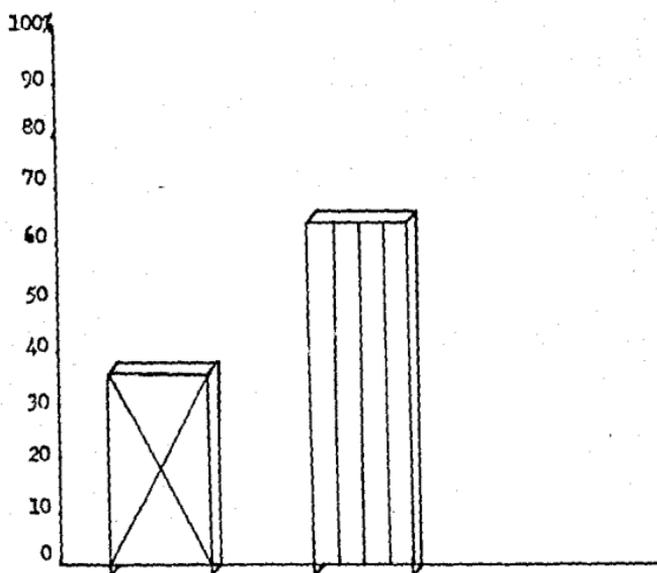
NO LE AGRADA PARTICIPAR EN LA DOCENCIA 56%



OCASIONALMENTE PARTICIPA EN LA DOCENCIA 4%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A MEDICOS
FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.N.F. # 21 IMSS.

CARACTERISTICAS DE INVESTIGACION



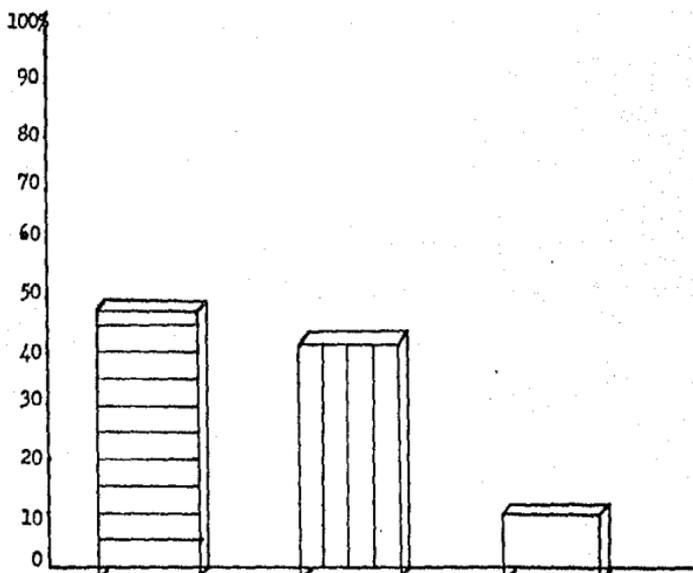
HAN REALIZADO ESTUDIOS DE INVESTIGACION DENTRO DE LA MEDICINA FAMILIAR. 36%



NO HAN REALIZADO ESTUDIOS DE INVESTIGACION DENTRO DE LA MEDICINA FAMILIAR. 64%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A MEDICOS FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.M.F. # 21 IMSS.

CARACTERISTICAS TECNICO ADMINISTRATIVAS



COLABORAN CON LAS ACTIVIDADES Y PROGRAMAS DE LA UNIDAD.

48%



NO COLABORAN CON LAS ACTIVIDADES Y PROGRAMAS DE LA UNIDAD.

42%



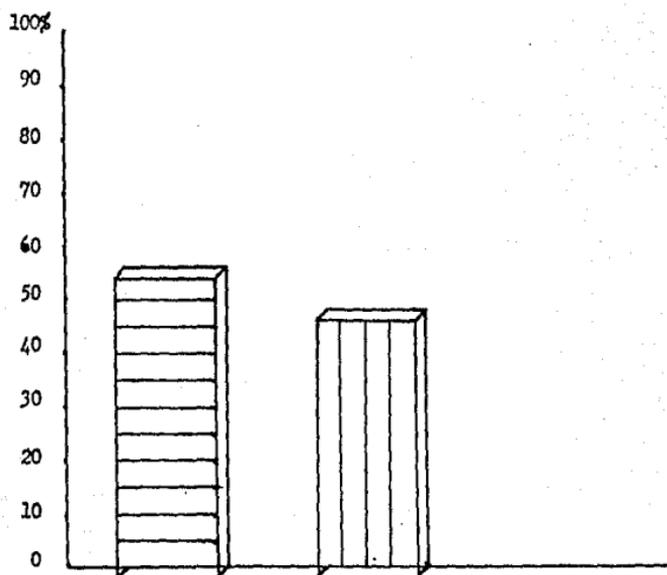
OCASIONALMENTE COLABORAN CON LAS ACTIVIDADES Y PROGRAMAS DE LA UNIDAD.

10%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A MEDICOS

FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.H.F. # 21 IMSS.

CARACTERISTICAS TECNICO MEDICAS
Y TECNICO ADMINISTRATIVAS

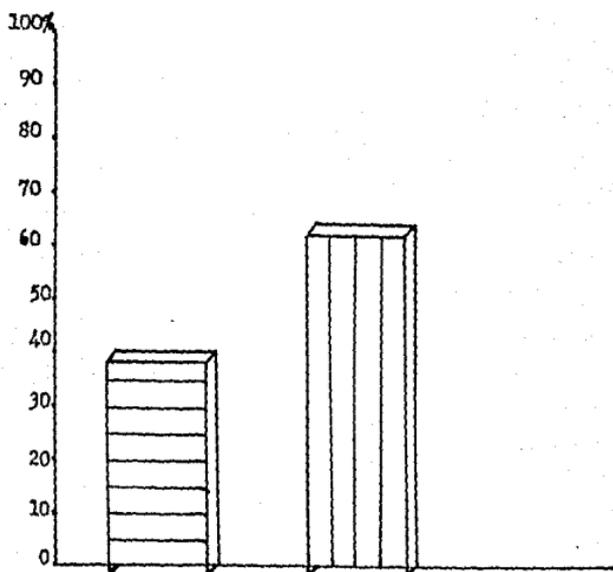


 SE GENERA NERVIOSISMO CON LA CONSULTA ELEVADA. 54%

 NO SE GENERA NERVIOSISMO CON LA CONSULTA ELEVADA 46%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A MEDICOS
FAMILIARES ADSCRITOS A LAU.M.F. # 21 IMSS.

CARACTERISTICAS TECNICO MEDICAS
Y TECNICO ADMINISTRATIVAS



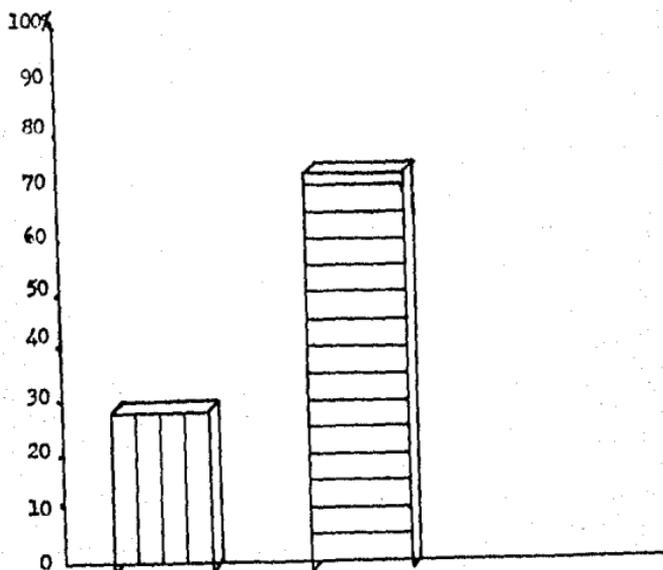
CONSIDERAN ADECUADO EL HORARIO DISCONTINUO 37%



CONSIDERAN INADECUADO EL HORARIO DISCONTINUO 63%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A MEDICOS
FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.M.F. # 21 IMSS.

CARACTERISTICAS TECNICO MEDICAS
Y TECNICO ADMINISTRATIVAS



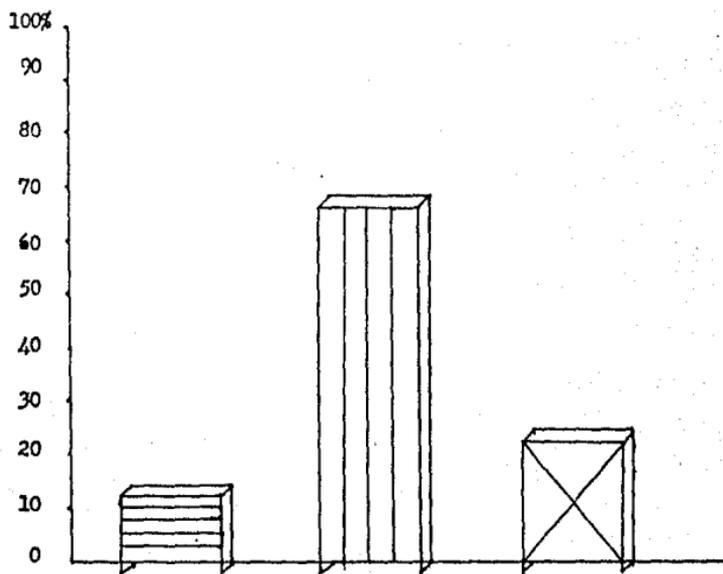
TIEMPO OTORGADO POR CONSULTA ES SUFICIENTE 28%.



TIEMPO OTORGADO POR CONSULTA ES INSUFICIENTE 72%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A MEDICOS
FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.M.F. # 21 IMSS.

DISTRIBUCION DE CONSULTAS POR TURNO



CITAS PROGRAMADAS. 12%.



CONSULTAS ESPONTANEAS 66%.

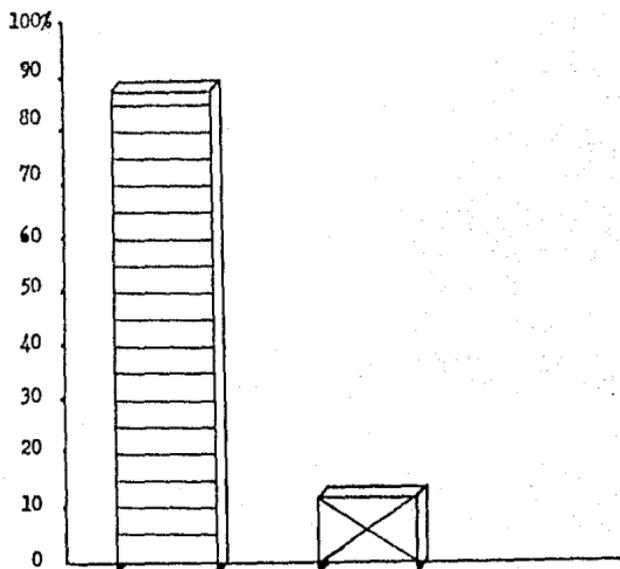


DISTRIBUCION EJUITATIVA ENTRE CITAS Y CONSULTAS ESPONTANEAS.

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A MEDICOS

FAMILIARES ADSCRITOS A LAU.M.F. # 21 IMSS.

CARACTERISTICAS TECNICO MEDICAS
Y TECNICO ADMINISTRATIVAS



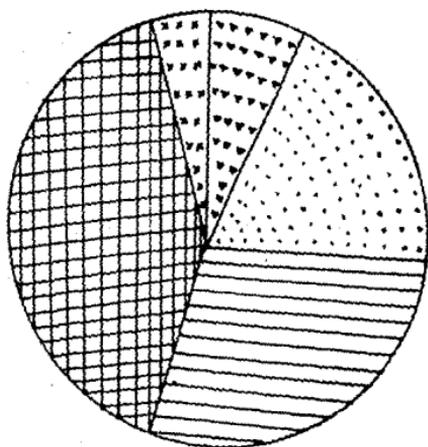
CONSIDERAN QUE DEBE LIMITARSE LA CONSULTA POR TURNO. 88%



CONSIDERAN QUE NO DEBE LIMITARSE LA CONSULTA POR TURNO 12%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A MEDICOS
FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.M.F. # 21 IMSS.

CONSENSO PARA LA LIMITACION DE
CONSULTAS POR TURNO



43% NO ESPECIFICARON.

27.3% de 5-10 P/T.

22.7% de 11-15 P/T.

4.6% de 16-20 P/T.

2.3% de 5 P/T.

CONCLUSIONES.

De todo el material anteriormente presentado, el analisis del perfil profesional de los medicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 21 nos conduce a la conclusion de que los postulados propuestos son parcialmente ejecutados, pues ya vemos como hay algunos obstaculos para su buen desempeño.

Considerando las funciones tecnico medicas, todas ellas se cumplen en forma satisfactoria pues todos tienen la inquietud por mantenerse actualizados con el fin de servir mejor a los derechohabientes, procurando tambien conocerlos mas profundamente no sólo en el aspecto médico sino tambien en el orden psicosocial.

Por lo que toca a las funciones que desempeña de tipo tecnico administrativos en su gran mayoria cooperan con la orientacion y servicios para el paciente y su familia, colaborando con los programas que pretende poner en marcha la clinica sin poner mayores contraposiciones para su ejecucion, todo esto bajo un ambiente de cordialidad y camaraderia. Por lo cual el derechohabiente siente que es atendido en forma integral haciendo uso de todos aquellos servicios a los que junto con su familia le son de beneficio.

Considero que las funciones de ensenanza o investigacion no fueron del todo satisfactorias en su ejecucion, pues como fue notorio, no se realizan en su totalidad por los medicos entrevistado, donde se pretende que el servicio hacia sus condiscipulos en cuanto a aprendizaje e inquietud por la investigacion científica sean piedras angulares de la profesion.

Probablemente la sobrecarga en las actividades diarias, represente un obstaculo que habrá de sobreponerse para que estas realizaciones se efectúen con

mayor regularidad, dándose más incentivos para su ejecución, pues como es de todos sabido se dispone de gran material humano y técnico para hacerlos.

De estas conclusiones generales y con el deseo de realzar la importancia de esta pequeña investigación expongo antes de terminar este trabajo algunas - recomendaciones que a mi juicio son prácticas:

- 1.- Fomentar y difundir entre la población médica los programas y metas a - alcanzar por la Medicina Familiar.
- 2.- Considerar que si las actividades de consulta son programadas oportunamen/
te, la eficacia de los servicios medicos familiares estará realmente cum-
pliendo con sus objetivos de servir mejor.
- 3.- Fomentar en el cuerpo medico la inquietud de realizar estudios de tipo mé-
dico psico social con espíritu científico.
- 4.- Finalmente el permitir que los medicos familiares continúen con su prepa-
ración medica en forma continúa, para hacerlos capaces de emprender acti-
vidades docentes que a su vez permitiran elevar el nivel de conocimientos
entre los medicos familiares y sus educandos sobre todo en aquellos médi-
cos en formación a los cuales les inquieta el buen desarrollo de la Medi-
cina familiar en el país.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Varela Rueda C.E. : LA MEDICINA FAMILIAR COMO ESPECIALIDAD. Bol. Med. IMSS. 6 (11) 1974.
- 2.- Rodriguez Argüelles J.: PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR. Bol. Med IMSS 18 (6) p 185 - 189, 1974.
- 3.- Diaz del Castillo E.: MEDICINA FAMILIAR. FUNCIONES DEL MEDICO FAMILIAR Y DEL MEDICO GENERAL. Bol. Med. IMSS 18 (6), p 317 - 321, 1974.
- 4.- Varela Rueda C.E.: LA ENSEÑANZA Y LA PRACTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR - EN ALGUNOS PAISES. Bol. Med. IMSS 15 (12) p 425, 1978.
- 5.- Cárdenas de la Peña E.: ANTECEDENTES DE SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA. Bol. Med. IMSS 18 (12) 1976.
- 6.- Varela Rueda C, E. : ANTECEDENTES ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL IMSS. Bol. Med. IMSS 18 () p 281 - 285, 1978.
- 7.- Tamayo Perez R. r. EL MEDICO FAMILIAR COMO INVESTIGADOR.
Evolución de los Servicios Médicos del IMSS.
Sesiones plenarias presentadas en el congreso conmemorativo del XXX aniversario de la iniciación de los servicios médicos.
p 359 - 362. México, 1974.
- 8.- Alvarado Saldaña H.: EL MEDICO FAMILIAR Y LOS ESPECIALISTAS. Memorias de las III JORNADAS DE MEDICINA FAMILIAR. I.M.S.S. Torreón Coah. p 199, 1982.
- 9.- Cedrano de Carpio C. LA MEDICINA FAMILIAR EN VENEZUELA. Rev. Int. Med. Fam. 1 p 7-9, 1982.
- 10.- Ruiz Guzmán J.: SISTEMA DE MEDICINA FAMILIAR EN BOLIVIA. Rev. Int. Med. Fam. 1, p 10 - 12, 1982.
- 11.- Varela Rueda C. LA MEDICINA FAMILIAR EN MEXICO. Simposium= Mesa Redonda sobre Formación y Utilización del Medico Familiar - General. p 61, 1979.

- 12.- Ley del Seguro Social. Modificaciones a la misma en 1983. IMSS.
- 13.- Curso de Especialización en Medicina Familiar. IMSS- UNAM. 1982.
- 14.- Alarid H. Irigoyen C. A. FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR. p127-235. Editorial M.F.M. 1982.
- 15.- Cavert M.; LA FORMACION DE POSTGRADO DEL MEDICO FAMILIAR EN LA ESCUELA DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE MINNESOTA. Simposium Internacional de - Medicina General, Familiar y Comunitaria. p 130 - 142. UNAM 1976.