

1122-6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS POSTGRADO

MEDICINA FAMILIAR... ¿POR QUE?

T E S I S

Que para obtener el titulo en la especialidad de  
MEDICINA FAMILIAR.

present a

DR. RODOLFO DE LA FUENTE R.

MEXICALI, B.C.



IMSS  
ESTADALIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

FALLA DE ORIGEN



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 esta 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.

## I N D I C E

PRESENTACION . . . . .	1
1 ESTRUCTURA GENERAL . . . . .	2
2 JUSTIFICACION . . . . .	3
3 ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS . . . . .	4
4 HIPOTESIS . . . . .	5
5 DISEÑO EXPERIMENTAL . . . . .	10
5.1 Tipo de estudio . . . . .	10
5.2 Universo de estudio . . . . .	10
5.3 Métodos y Técnicas . . . . .	11
5.4 Tratamiento Estadístico . . . . .	12
5.5 Material de Investigación . . . . .	12
5.6 Facilidades Locales . . . . .	13
5.7 Costo del Proyecto . . . . .	13
5.8 Etapas del Proyecto . . . . .	14
6 R E S U L T A D O S . . . . .	15
7 GRAFICAS . . . . .	18
8 CONCLUSIONES . . . . .	20
9 A N E X O S . . . . .	24
10 BIBLIOGRAFIA . . . . .	25
11 DIFERENTE PRESENTACION DE RESULTADOS . . . . .	27

DR. R11 DE MEDICINA FAMILIAR  
ANTROPOLOGO  
RODOLFO DE LA FUENTE RUIZ

.1.

En esta Investigación se dejó a la vista -  
todo el Proceso Metodológico, que se siguió  
para llevarse a efecto con el fin de que -  
sirva a generaciones venideras como guía -  
para otras Investigaciones Sociológicas.

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

1) TITULO DE LA INVESTIGACION:

MEDICINA FAMILIAR . . . ¿ POR QUE ?

2) AREA PRIORITARIA:

SISTEMA Y OPERACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

3) UNIDAD Y SERVICIO DONDE SE EJECUTARA EL PROYECTO:

HOSPITAL GENERAL DE ZONA II CON MEDICINA FAMILIAR No. 1  
DE MEXICALI, B.C. IMSS.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA III No. 20 TIJUANA, B.C. IMSS.

SERVICIO DE ENSEÑANZA DE AMBOS HOSPITALES.

4) IDENTIFICACION DEL GRUPO DE TRABAJO:

ANTROPOLOGO RODOLFO DE LA FUENTE R. RII DE M.F. (REALIZO).

DR. CARLOS TAPIA APONTE. (RESPONSABLE).

5) FINANCIAMIENTO:

I M S S .

## PROTOCOLO DE INVESTIGACION

### 1. JUSTIFICACION

Al realizar una revisión sobre el origen y la evolución de la especialidad de Medicina Familiar, nos damos cuenta de que su inicio no fué muy claro y en varias ocasiones incluso un poco titubeante, pero gracias a que representó la respuesta de atención que institucionalmente se necesitaba se mantuvo y poco a poco fué tomando el cuerpo de una verdadera especialidad - que ha logrado dar la respuesta adecuada a los problemas de atención que se le venían planteando al IMSS, permitiéndole ampliar la cobertura sin que - crecieran excesivamente los costos.

Sin embargo, al llevar esta especialidad a la práctica, nos podemos dar cuenta que los fundamentos esenciales de la especialidad se encuentran con muchos problemas para realizarse adecuadamente. Dichos problemas podrían agruparse en dos grandes capítulos, que serían por un lado las limitaciones económico-administrativas propias del sistema, y por otro tal vez - el más importante, las limitaciones propias del personal médico familiar y paramédico que lo apoya.

Estas limitaciones y muy en especial aquellas que emanan del médico, son las que trataremos de analizar desde sus orígenes.

El origen principal de estas limitaciones radica en la subvaloración en que se tiene a la especialidad, con una sensación de no ser verdaderamente una "especialidad", en el concepto que tienen los usuarios, fenómeno que podemos apreciar en los pacientes, en los médicos de otras ramas de la

medicina y a la larga en los propios médicos familiares. Creándose de esta manera una sensación de malestar en los profesionistas que acarrea una inconformidad con las actividades desarrolladas y una no identificación con su especialidad, todo este problema se traduce en una deficiente atención; que abarcaría desde el mismo aspecto médico, hasta una falta de orientación completa sobre los diferentes aspectos económicos-administrativos de las diferentes prestaciones que ofrece el Instituto.

Es por esto que nos propusimos investigar los factores determinantes en el mismo seno de la formación de los especialistas en medicina familiar (y en las sedes de las residencias) que nos ayuden a explicar las causas y a proponer algunas soluciones.

.5.

#### ¿ POR QUE ESTE TEMA DE INVESTIGACION ?

Como lo trato de decir en mi justificación, este tema se eligió al ver las dificultades que se presentan a nivel de la consulta externa, y la problemática que se plantea para poder desarrollar los fundamentos esenciales de la Medicina Familiar, con la idea que esta problemática se origina en la formación misma de los - especialistas.

R2 M.F. DE LA FUENTE RUIZ RODOLFO.



## PROTOCOLO DE INVESTIGACION

2. ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

Para poder comprender mejor nuestra especialidad, es necesario remontarnos al pasado, a los tiempos en que la atención médica que brindaba el IMSS se dividía en tres departamentos: médico de niños, médico de adultos y médico mixto (2). En esos tiempos el proceso de enseñanza y actualización se basaba en cursos monográficos que tenían como fin el de unificar criterios respecto a la filosofía del Instituto, así como actualizar a los médicos sobre las patologías más frecuentes en ese momento (2) estos cursos estaban en manos del entonces Departamento de Enseñanza y que a pesar de sus esfuerzos no siempre veía alcanzadas sus metas y la atención médica era deficiente. en este medio surge un grupo de médicos que en Nuevo Laredo, Tamaulipas ensayan una innovación a la atención médica la que denominaron "Atención del Médico de Familias". (3). El resultado de esta experiencia se presentó en una forma sucinta en el Congreso verificado en 1954 en la Ciudad de Panamá teniendo un éxito rotundo.

En 1955 se instituyó en el IMSS dicho proyecto iniciándose en forma -- de plan piloto en dos Clínicas de la Ciudad de México (3). Esta nueva modalidad requirió la modificación del Departamento de Archivo y la definición a la adscripción de una población definida a un Médico Familiar, el cual - atendería a niños de todas las edades incluyendo recién nacidos y adultos - de todo tipo y ambos sexos.

Cuatro años después este mismo sistema se establece en toda la República. Este evento a nivel nacional plantea una necesidad muy grande, la de tener médicos que supieran realmente su papel y cubrieran este nuevo puesto en forma satisfactoria ya que hasta entonces la atención de las familias recaía en el Médico General que no está completamente capacitado para esto o en Médicos Especialistas de otro ramo menos capacitado aún para desarrollar dichas actividades, ya que si bien podían saber mucho de su especialidad, sabían bien poco de la medicina familiar (3). Ante estas dificultades se decidió la preparación de Médicos Especialistas formalizado así la especialidad. El día 15 de marzo de 1971 con un total de 32 alumnos se inició la preparación del primer grupo de especialistas en Medicina Familiar (6), dicho curso fue dirigido por el Dr. Alfredo Ponce de León, Director de la Clínica Hospital No. 25 en el Distrito Federal, y tenía como adjunto al Dr. Víctor Rodríguez Pérez, Jefe de Enseñanza de la misma Unidad. Este curso tenía como premisa el hecho de "... Para que un Médico pueda desarrollar el papel de Médico Familiar en forma correcta es necesario que reconozca los principios, estructura, metas y objetivos primordiales de la especialidad..." dicho curso se terminó el 28 de febrero de 1973 pasando a realizar su año de campo (7) ya que con este Programa Básico y la experiencia de un primer grupo se pudo expandir el programa aumentando las sedes y estados en los que se impartiría la especialidad (15). Esta especialidad representaba en su época muchas ventajas pues además de que era fácil su ingreso al término de la misma, se podía elegir y seguir por otra especialidad (camino que tomaron muchos de los primeros egresados) o dedicarse a la práctica contando con una plaza segura dentro del Instituto (7).

Otro evento de gran importancia es el reconocimiento que en el año de 1974 le otorgó la UNAM, llegando incluso hasta crear en el año siguiente, un Departamento de Medicina Familiar (3). Este Departamento estructura un programa de contenidos mínimos de la especialidad pidiendo para su ingreso el Título de Médico Cirujano, acreditar el examen nacional de conocimientos y aprobar el examen de traducción técnico médico inglés y español (3), este suceso es de gran importancia pues pone a la especialidad al nivel de las demás especialidades que se desarrollan en el país. Este programa sirvió de base para que el año de 1960 se iniciara la especialidad en el ISSSTE con un grupo de 28 alumnos, y en la SSA con un grupo de 24 alumnos; ambos grupos estarían coordinados por la UNAM y realizaría práctica clínica y complementaria en las Unidades Periféricas de cada una de las Instituciones.

## PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

### 3. HIPOTESIS

F0. Los Residentes de la especialidad de Medicina Familiar, tienen a la especialidad en un concepto de minusvalfa, como si no se tratara realmente de una especialidad.

F1. La elección de una especialidad por parte de los aspirantes como ésta no es realizada en base a las necesidades de realización académica, sino - respondiendo a otro tipo de necesidades, como puede ser la relativa facilidad del ingreso y la aparente comodidad (en comparación a otras especialidades) que representa su realización.

F2. La selección del IMSS, para la realización de la misma, por parte de - los Becarios responde a consecuencias de tipo laboral más que a las académicas.

.10.

## PROTOCOLO DE INVESTIGACION

### 5. DISEÑO EXPERIMENTAL

#### 5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de una encuesta tipo II, de carácter prospectivo y descriptivo.

#### 5.2 UNIVERSO DE ESTUDIO

Los médicos residentes de primero y segundo año de la especialidad de la sede Regional del IMSS. En Baja California ( Generaciones 86 - 87).

## PROTOCOLO DE INVESTIGACION

### 5.3 DESCRIPCION DE LOS METODOS, TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS

Se inició el proyecto con la aplicación de un cuestionario (anexo 1) - el que consta de 20 preguntas, que figura como encuesta base de nuestro estudio.

Dicho cuestionario fué aplicado a los médicos residentes de primero y segundo grado de la sede de Mexicali del IMSS. Posteriormente se procedió a la aplicación del mismo cuestionario a los residentes de primero y segundo grado de la ciudad de Tijuana del mismo Instituto.

Este cuestionario se aplicó una sola vez y en bloque, sin permitir la presentación del mismo, a estudiantes que no se encontraban presentes, con esto evitamos desviaciones que pudieran falsear el estudio.

Antes de la aplicación del cuestionario se explicó a los médicos residentes en forma breve y somera, los fines que se persiguen con el mismo, y se trató de estimularlos para contar con la mayor veracidad en sus respuestas.

Una vez obtenidos los datos, éstos fueron analizados en la ciudad de Mexicali bajo una técnica estadística de tipo no paramétrico, con una (P) de menos de 05 como grado de indicador de significancia.

Las preguntas fueron agrupadas en cinco grupos de análisis según el tipo de respuesta y el área que éstas pretendían analizar. (Ver anexo 2).

En función de los cuales se presenta la graficación de los resultados.

5.4 TRATAMIENTO ESTADISTICO

Se utilizó una técnica estadística no paramétrica con una "P" menor de 05 como grado de indicador de significancia.

5.5 MATERIAL DE INVESTIGACION = BIOLOGICO, QUIMICO  
EQUIPO DE LABORATORIO

El cuestionario que se anexa.

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

5.6 FACILIDADES LOCALES

Aulas del Departamento de Enseñanza e Investigación de las sedes de Mexicali y Tijuana del IMSS.

5.7 COSTO DEL PROYECTO

5.7.1. Presupuesto

5.7.2 Tipo de Financiamiento

Papelería suministrada por el Departamento de Enseñanza de la sede de Mexicali, B.C.

Pasaje, Mexicali-Tijuana-Mexicali, pagado por el Antropólogo investigador.

Papelería adecuada para la realización, análisis y divulgación del mismo cubierto por el investigador. RII de M.F.

1) Pasajes:

Mexicali- Tijuana	\$ 2,850.00
Tijuana-Mexicali	2,850.00

2) Papelería

Suministrada por el IMSS	5,500.00
Suministrada por investigador	5,500.00

---

T O T A L            \$ 16,700.00



PROTOCOLO DE INVESTIGACION

5.8 DESCRIBIR LAS ETAPAS DEL PROYECTO EN FORMA CALENDARIZADA  
(Marcarlas en calendario anexo)

- 5.8.1 Etapa I : 30 Agosto 1986
- 5.8.2 Etapa II : Desarrollo de Técnicas  
Todo el mes de septiembre
- 5.8.3 Etapa III : Obtención de Datos  
Todo el mes de octubre y noviembre
- 5.8.4 Etapa IV : Análisis de Resultados  
Fase "A" mes de diciembre y enero  
Fase "B" mes de marzo y abril
- 5.8.5 Etapa V : Presentación de Informe Técnico final  
Mes de julio - agosto 1987
- 5.8.6 Etapa VI : Difusión y Publicación (mencionar medio)  
Boletín Informativo del IMSS  
Sesión de Residentes del HGZ II en Medicina Familiar No. 1. Mexicali, B. C.  
Sesión de Hospital del HGZ III No. 20 de Tijuana, B.C.

## RESULTADOS

En función de la pregunta y su contestación se formaron cinco grupos de respuestas.

Estos grupos están interrelacionados y vinculados de tal suerte que - los cuatro primeros se complementan entre sí, y a su vez, éstos cuatro como un todo, complementando a un quinto grupo de respuestas.

Se adjudicó un valor a las respuestas de uno a uno, de tal manera que si en la contestación el Médico Residente elegía la respuesta única se puntualiza un punto a favor de la hipótesis alternativa, y si por el contrario la respuesta era de cualquiera de las cuatro opciones restantes se puntualizaba a favor de la hipótesis de nulidad.

Así, tenemos los siguientes resultados:

El grupo (A) está constituido por el conjunto de preguntas que representan el desconocimiento que tienen los Residentes en cuestión a sedes, - instituciones y países donde se imparte la Especialidad, nos dió un 24.4%.

El grupo (B) comprendido por las preguntas que investigan la desubicación y no identificación de los Residentes, con los objetivos y metas de - la Especialidad, nos dá un total del 40.9%.

El tercer grupo (C) comprendido por las preguntas que investigan el - motivo real de elección de la especialidad, que no se debió al deseo de - ser buenos Médicos Familiares sino a la relativa facilidad que representa el ingreso y su realización, nos dá un total del 40.8%.

El cuarto grupo (D), las preguntas que investiga la idea existente en los Residentes de que los motivos que dieron origen a la formalización de la especialidad fueron por dar respuesta a problemas económico-políticos, nos dá un 65.1%.

Por último, el grupo (E), el cual está conformado por las preguntas que investigan la autodevaluación y no estimación en que tienen a su especialidad, nos dá un 59.9%.

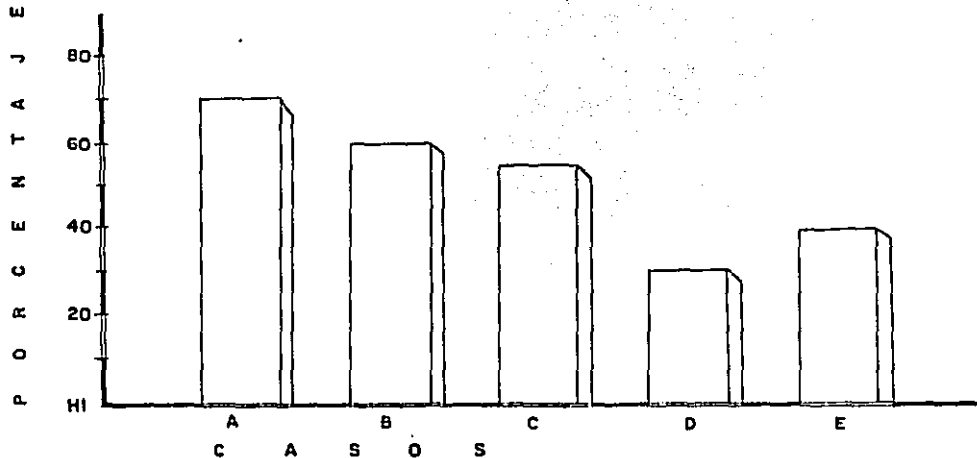
(Ver tabla "Grupos de Respuestas").

MEXICALI TIJUANA

	FRECUENCIA			% FRECUENCIA	
	P	H1	H0	H1	H0
	6	3	19	2.7	17.3
"A"	7	4	13	3.6	16.4
	8	2	20	1.8	18.1
	9	1	20	0.9	18.1
	10	17	5	15.4	4.5
Total	5	27	32	24.4	74.4
	16	20	2	22.7	2.2
	17	3	19	3.4	21.6
"B"	19	8	14	9.1	15.9
	20	5	18	5.7	20.4
Total	4	36	53	40.9	60.1
	4	14	7	15.8	7.8
	14	7	14	7.8	15.8
"C"	18	7	13	7.8	14.9
	29	3	13	9.4	14.9
Total	4	36		40.8	53.4

	FRECUENCIA			% FRECUENCIA	
	P	H1	H0	H1	H0
	5	21	2	30.3	3.0
"D"	21	15	7	22.7	10.6
	22	8	14	12.1	21.2
Total	3	43	23	65.1	34.8
	1	11	11	5.5	5.5
	2	17	5	9.5	2.5
	3	2	18	1.0	9.0
	15	19	3	9.6	1.5
"E"	24	22	0	11.1	0
	25	20	2	10.1	1.0
	26	22	0	11.1	0
	27	1	21	0.5	10.6
	23	5	16	2.5	8.0
Total	9	119	76	59.9	38.1

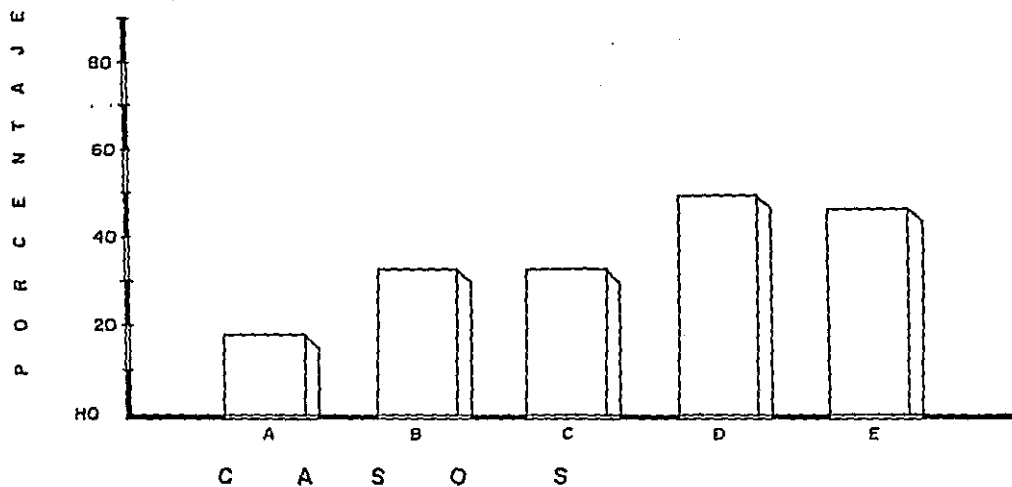
# Autovaloración de la Residencia de Medicina Familiar



- A) CONOCIMIENTO DE SEDES Y PROGRAMAS DE LA RESIDENCIA
- B) IDENTIFICACION Y UBICACION CON LOS OBJETIVOS
- C) ELECCION DE LA ESPECIALIDAD POR SER BUENOS MEDICOS FAMILIARES
- D) IDEA SOBRE LOS POSIBLES MOTIVOS QUE DIERON ORIGEN A LA FORMACION DE LA ESPECIALIDAD
- E) ESTIMACION Y VALORACION-DE LA ESPECIALIDAD EN RELACION A LAS OTRAS

# Autovaloración de la Residencia de Medicina Familiar

Gráfica II



- A).-- IGNORANCIA DE SEDES Y PROGRAMAS
- B).-- DESUBICACION Y NO IDENTIFICACION CON LOS OBJETIVOS
- C).-- ELECCION POR FACILIDAD DE INGRESOS Y REALIZACION
- D).-- IDEA DE FORMALIZACION POR MOTIVOS POLITICOS
- E).-- SUBESTIMACION Y AUTOEVALUACION DE SU ESPECIALIDAD EN RELACION A LAS OTRAS

## CONCLUSIONES

Para comprender un poco mejor las siguientes conclusiones pido a los lectores recordar que la población estudiada cuenta con doce meses residente como promedio de adiestramiento especializado.

Iniciemos con la columna "A" la cual nos muestra que poco más de una cuarta parte de la población estudiada ignora las sedes, programas y for--mas que tiene y donde se puede impartir la especialidad, esta ignorancia no les permitió escoger una sede que cubriera sus intereses académicos, por lo que la elección de las sedes se dió por comodidad local, o por un azar, pensando que el lugar y el plan de trabajo no importaba, cualquiera es lo mismo (Gráfica I).

Veamos ahora los resultados de la columna "B", ésta nos muestra que - más de la tercera parte de la población estudiada no está identificada con los objetivos y las metas que persigue la especialidad de Medicina Familiar, ya que los ignoran en su mayoría, y además por que los residentes, no comprenden aún bien cuál es la diferencia entre la Medicina Familiar y la Medicina General. (Ver Gráfica II).

Por lo cual tampoco los objetivos ni las metas de la Medicina Fami- liar fueron los que determinaron a los Médicos para elegir esta especiali- dad.

Ahora la columna "C" en la cual se muestra que 40.8% de la población estudiada pensó en elegir esta especialidad por la relativa facilidad que representa tanto a su ingreso como en su realización, frente a las otras

especialidades, ya que desde el punto de vista estadístico, son menos los aspirantes y más las plazas que están en juego. Por otro lado, es una especialidad que tiene menos guardias, y menos trabajo (intensidad) en comparación con las otras, y algo que fué hallazgo que un 30.0% de la población, pensó en forma secundaria en la facilidad de ser la única especialidad que brindaba el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en su estado y por la facilidad al terminar la misma, de obtener una base; un trabajo seguro que permita tener un futuro un poco más seguro.

Tocaremos ahora dos aspectos fundamentales en la investigación, respecto al sentimiento y la idea que tienen los médicos residentes frente a su especialización.

Los resultados de la columna "D" nos hablan que un 65.1% de la población no creen que la especialidad se creó con el fin de dar una mayor cobertura a la población, sino se tiene la idea que fué para cubrir aspectos de tipo económico-administrativos. Esta idea, es porque no ven que el objetivo de la especialidad de Medicina Familiar, es el cubrir grandes masas de población, que es lo que nuestro país necesita y no grandes centros hospitalarios, ahora el decir cubrir no quiere decir dar "pastillitas" sino - estar enterados de la problemática de una población a nivel salud, y poder promover entre la medicina preventiva, entre otras palabras una Medicina -- Social.

¿Por qué esta desubicación?

Con la última columna (Gráfica II) contestaremos esta interrogante.



En ésta se puede apreciar que más del 60.0% del grupo estudiado la -  
siente menos especialidad frente a las otras, no considera que está desarro-  
llando una verdadera especialidad, no se sienten residentes. Por lo tanto,  
este sentimiento los hace que pierdan la estimación por su especialidad, y  
que estén deseosos de realizar otra (Ver gráfica II), creándose la idea y -  
en la mayoría de los casos, la ilusión de poder tomar esta especialidad co-  
mo trampolín para realizar otra cualquiera.

Y nos preguntamos ¿ Por qué ?

Todos los estudiantes y en general todas las personas cuando se encuen-  
tran en formación necesitan una imagen, una guía a la cual seguir, algo -  
así como un ejemplo, un poder decir Yo quiero ser así, y que pasa con nues-  
tra especialidad a nivel general.

En primer lugar, la formación misma del Médico va encaminada a la clí-  
nica, ya que un 60.0% de las materias que forman los programas de estudio -  
de todas las Escuelas y Universidades del país son materias clínicas, así  
pues los médicos que se están formando no son generales, sino semillas para  
especialistas, y ¿ Qué pasa cuando éstos son rechazados y no pueden entrar  
a realizar una especialidad?

Si a esto sumamos que en las sedes estudiadas, los residentes son to-  
mados como "subresidentes" por los servicios que pasan, son aprendices de  
internistas en un tiempo, son pediatras en otro y son ginecólogos y cirujas  
nos en el último y ¿ qué pasa con su programa de estudio? ¿ qué pasa con -  
su idea de la medicina familiar.

¿Qué pasaría si a todos los residentes de las diferentes especialida-

des no se les diera la importancia y el lugar que se debe y se les pusiera en otros departamentos.

Por último, la sociedad misma que rodea al médico, su familia, sus vecinos y sus pacientes no conocen y por lo mismo no pueden distinguir entre el campo y la práctica de un Especialista y la de un Médico General, además los medios masivos de difusión nunca han promovido los éxitos de esta nueva Especialidad.

Para terminar, pienso que realmente esta especialidad debería de ser parte de la formación de todos los médicos, que no debería de existir independiente de las Universidades, ya que si éstas no son capaces de crear - los médicos que el país necesita, deberían de modificar sus planes de estudio integrando más materias del área social y dando la importancia que se debe a materias encaminadas a la prevención y promoción de la salud.

Así todos los médicos egresados serían Médicos Familiares.

ANEXO II

A) Las preguntas (6,7,8,9 y 10), investigan el conocimiento y ubicación por el residente, del hecho de la existencia, de la especialidad en diferentes países, instituciones, sedes así como de los diferentes programas de trabajo de la especialidad de Medicina Familiar.

B) Con las preguntas (16, 17, 19 y 20) investigamos la ubicación e identificación con los objetivos y metas de la Medicina Familiar.

C) Con el grupo de preguntas (4, 14, 18 y 29) investigamos si la elección de esta especialidad fué respondiendo al deseo de ser un buen médico Familiar, o por la relativa facilidad de ingreso y realización de la especialidad frente a las otras especialidades.

D) Con las preguntas (5, 21, 22) investigamos, la idea que tienen los residentes de la especialidad, en relación a los posibles motivos que dieron origen a la formalización de la especialidad. Si fué para lograr una mejor atención y mayor cobertura de la población derechohabiente, o fué tan solo, para dar respuesta a una serie de problemas económico-administrativos.

E) Con las preguntas (1, 3, 2, 15, 24, 25, 26, 27 y 28) investigamos la estimación y autoevaluación de la especialidad, así como la ubicación frente a otras especialidades.

ANEXO I

MATERIAL Y METODOS

- 1.- ¿Si en este momento te diéramos la oportunidad de ingresar a otra especialidad, cuál escogerías?
  - a) Cirugía
  - b) Ginecología
  - c) Pediatría
  - d) Medicina Interna
  - e) Ninguna
  
- 2.- ¿Qué ventajas crees que tenga la especialidad de Medicina Familiar - frente a las otras especialidades?
  - a) Es más fácil
  - b) Es eminentemente clínica
  - c) Tiene proyección comunitaria
  - d) No representa ventajas mayores
  - e) Tiene mayor campo de acción
  
- 3.- ¿Qué desventajas crees que tenga la Medicina Familiar frente a otras especialidades?
  - a) Es eminentemente hospitalaria
  - b) Es de mayor retribución económica
  - c) No representa desventajas mayores
  - d) Tiene más prestigio
  - e) Trabaja con un equipo altamente especializado
  
- 4.- ¿Cuál crees que sea el fin de la creación de una especialidad como la Medicina Familiar?
  - a) Una forma de retardar o de limitar el ejercicio médico
  - b) Es la respuesta a una serie de compromisos políticos creados
  - c) Generar médicos que respondan a las necesidades de salud del país
  - d) Justificar el desempleo que existe en el ramo de la medicina creando sub-empleo.
  - e) Formar médicos que enfoquen el problema de salud en forma integral.
  
- 5.- ¿Por qué crees que se formalizó esta especialidad dentro del IMSS?
  - a) Para dar respuesta a una serie de problemas orgánicos de funcionamiento.
  - b) Como producto de necesidades e intereses políticos creados
  - c) Para mejorar el nivel de atención de los derechohabientes
  - d) Para otorgar una salida médico-social efectiva
  - e) Como producto de la presión generada por la relación entre población enferma hospitalizada y la ambulatoria no hospitalizada.

- 6.- ¿De los siguientes países en cuál o cuáles sabes se imparte la Residencia de Medicina Familiar?
- a) Canadá
  - b) Rusia
  - c) El Salvador
  - d) Estados Unidos
  - e) Francia
- 7.- Señala las instituciones del país en donde sepas se imparte la especialidad.
- a) Secretaría de Salud
  - b) Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
  - c) Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán
  - d) ISSSTE
  - e) Todas las anteriores
- 8.- De los siguientes programas de Medicina Familiar, señala el mejor que conozcas.
- a) El Programa de la Secretaría de Salud
  - b) El Programa del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán
  - c) El Programa del IMSS
  - d) El Programa de la UNAM
  - e) El Programa de Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- 9.- De las siguientes materias señala cuál o cuáles corresponden al Programa de la Residencia de Medicina Familiar del IMSS.
- a) Bioquímica y Familia I
  - b) Bioquímica y Fisiología
  - c) Bioquímica y Antropología Social
  - d) Fisiología y Familia I
  - e) Diseño de Protocolo de Investigación y Estadística
- 10.- Escoge el IMSS para realizar la especialidad por:
- a) Brindar mejores prestaciones de tipo laboral, inmediatas y a futuro.
  - b) Pertenecer al IMSS
  - c) Poseer un mejor programa de Enseñanza e Investigación
  - d) La distribución geográfica variada de sus sedes
  - e) Corresponder en forma más efectiva a un sistema médico integral
- 11.- ¿Qué opinas del programa de Medicina Familiar que estás desarrollando?
- a) Que es bueno
  - b) Que es excelente
  - c) Que podría ser mejor
  - d) Que es muy deficiente
  - e) Es regular

12.- ¿Qué tipo de materias le agregarías?

- a) Materias Básicas
- b) Materias Clínicas
- c) Materias Sociales
- d) Materias Quirúrgicas
- e) Ninguna

13.- ¿Qué materias le suprimirías?

- a) Materias Básicas
- b) Materias Clínicas
- c) Materias Sociales
- d) Materias Quirúrgicas
- e) Ninguna

14.- Te decidiste a presentar el examen en la Residencia de Medicina Familiar y no el de otras residencias por:

- a) Tener una mayor oportunidad de ser aceptado
- b) Ser una especialidad que es más fácil de realizar
- c) Ser un Médico Familiar
- d) Ser una especialidad que se imparte en el estado donde vivo
- e) Ser una especialidad que tiene menos guardias

15.- ¿Qué concepto tenías de la especialidad en Medicina Familiar, al realizar el examen nacional de conocimientos?

- a) Que es una especialidad como las otras
- b) Que es una especialidad que por sus características está por arriba de las demás
- c) Que se puede considerar como una especialidad inferior
- d) Que es muy difícil poder considerarla como una especialidad
- e) Tenía poca información global sobre la especialidad

16.- ¿Crees que estás preparado psicológicamente para ser un Médico Familiar?

- a) Sí, estoy preparado para ser un buen Médico Familiar
- b) Con el tiempo y la especialidad podré estarlo
- c) No, actualmente no me siento preparado psicológicamente para ser un buen médico familiar
- d) No, creo que se requiere una mayor preparación que las otras especialidades
- e) No lo había pensado siquiera

17.- ¿Cómo te anunciarías cuando termines la especialidad de Medicina Familiar?

- a) Especialista en Medicina Familiar
- b) No pienso practicar la Medicina Privada
- c) Como un médico especialista, sin especificar
- d) Como médico especialista en señoras y niños
- e) No sé

18.- Te interesaste en realizar la Especialidad de Medicina Familiar:

- a) Por tener un trabajo seguro dentro del IMSS
- b) Por el hecho de tener una especialidad sin importar cuál
- c) Por tener una especialidad superior a las otras
- d) Por tener la idea de poder brindar una mejor atención médica a un número mayor de población.
- e) Por ser un campo de la medicina prácticamente inexplorado

19.- ¿Crees que la Medicina Familiar podría ser una solución para los problemas de salud del país?

- a) Podría serlo, pero a largo plazo
- b) Es una solución inmediata
- c) No tiene nada que ver con los problemas de salud del país
- d) Sí, pues recupera la posición social del médico ante la familia
- e) Es un paso importante hacia la solución de los problemas de salud

20.- De las siguientes características, cuál o cuáles crees que correspondan a la Medicina Familiar en relación a la Medicina General?

- a) Atención médica individual, ocasional y discontinua
- b) Atención de las enfermedades enfocadas en el padecimiento
- c) Atención a un enfoque clínico curativo
- d) Atención con un enfoque global, bio-psico-social
- e) Atención médica enfocada a mejorar las estadísticas de salud

21.- ¿Qué piensas de la idea de "La Medicina Familiar es una necesidad social?"

- a) Que es una idea errónea
- b) Que es una idea correcta, pues es una especialidad social
- c) Que es utópica pues la Medicina Familiar está institucionalizada
- d) Que es una expresión surgida de las necesidades sociales
- e) Que es un lema generado por los teóricos del ejercicio de la medicina.

22.- ¿Por qué crees que dentro del IMSS, se considera a la Medicina Familiar como un primer nivel si es una especialidad?

- a) Porque existe un gran desconocimiento de la misma
- b) Porque ya en la práctica diaria, no es una especialidad
- c) Porque ese es el lugar ideal para que pueda desarrollar sus actividades
- d) Por el grado de discriminación que existe en relación a las otras especialidades
- e) Porque el ámbito de acción de la Medicina Familiar está básicamente estructurado para pacientes ambulatorios

.24 E.

- 23.- ¿Crees que se pueda establecer una correlación directa entre la residencia y la práctica de la Medicina Familiar?
- a) No, porque la práctica siempre es diferente a la teoría
  - b) No, porque el ambiente técnico-administrativo no lo permite
  - c) Sí, siempre y cuando como médicos familiares nos esforcemos por ello
  - d) Sí, por una simple inercia de las condiciones de trabajo
  - e) Depende de la integración en el Médico familiar del programa académico y el medio en el cual se desenvuelve.
- 24.- ¿Qué concepto crees que tenga la gente que te rodea, de la Medicina -- Familiar?
- a) Que no es una especialidad
  - b) Que se puede considerar como una sub-especialidad
  - c) Que es igual a un médico general
  - d) Que es como cualquier otra especialidad
  - e) Que el personal que lo practica es un técnico administrativo en el sector salud.
- 25.- ¿Qué concepto crees que tengan los derechohabientes del IMSS respecto a la Medicina Familiar?
- a) Que realmente no es una especialidad
  - b) Que es una especialidad más amplia que las otras
  - c) Que es igual en cualquier otra especialidad
  - d) Que es un médico general y no un especialista
  - e) Que es un médico que los derivará hacia otras especialidades



B I B L I O G R A F I A

- 1) BESANT J. E., Reflections on the Postgraduath Experiencie Fam Can Phusician 1986, 32° 219-220.
- 2) DE LA PERA E. CARDENAS, Doctrina e historia de los servicios médicos - del IMSS, México, D.F. IMSS 1972, 242-254.
- 3) DE LA PERA E. CARDENAS, Medicina Familiar en México. México, D.F. IMSS. 1974, 269-339.
- 4) CASTELAZO L., Curso para médicos directivos de unidades de atención médica. Bol. Med. IMSS 1973, 15-115.
- 5) CEITLIN J., Family medicina into the future. Can Fam Physician 1985: 31: 2015-2018.
- 6) IMSS Edcs. Reglamento General para médicos residentes en Medicina Familiar en México. México, D.F. IMSS 1971.
- 7) IMSS Edcs. Programa de Residencia en Medicina Familiar 81-83. México, D.F. 1981.
- 8) IMSS Edcs. Programa de Residencia de Medicina Familiar 1971-1973.
- 9) IMSS Edcs. Programa de Residencia en Medicina Familiar 1984-1986. México, D.F. IMSS 1981.
- 10) JUAREZ G., La Medicina Familiar. Bol. Med. IMSS 1973: 15
- 11) Organización Panamericana para la Salud. Medicina Familiar. Panamá. - OPS, 1986 (Bol of saint Panam. 110: Problemas entre la enseñanza y la práctica de la Medicina Familiar, Vol. 12 No. 2).
- 12) HOWARD L. SHELLER A., The Canadian Asociation of Internes and Residents Committed of Family Medicine, Can Fam Physician 1986: 32: 685-688.

- 13) UNAM Edcs. Curso de Especialización en Medicina Familiar, México, D.F. División de Estudios de Postgrado, 1975.
- 14) VARELA C., Medicina Familiar en México, Bol. Med. IMSS 1972: 15: 205-210.
- 15) VARELA C., Enseñanza y Práctica de la Medicina Familiar en algunos países Bol. Med. IMSS 1973: 15: 425-429.

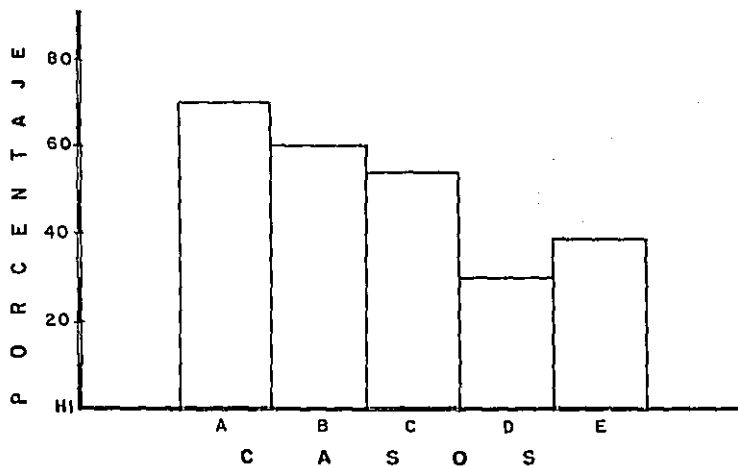
A continuación una forma diferente de presentación de resultados, a través de gráficas complementadas con histogramas.

Por un lado las gráficas en barras de la hipótesis I (Gráfica III)

Por otro lado y enseguida las gráficas en barras de la hipótesis cero (Gráfica IV) y como un complemento de ambos histogramas, esquematizados en una sola gráfica, dando una imagen en espejo que nos brinda la oportunidad de darnos a primera vista una idea más general del comportamiento de las variables. (Gráfica V).

# Autovaloración de la Residencia de Medicina Familiar

Gráfica III

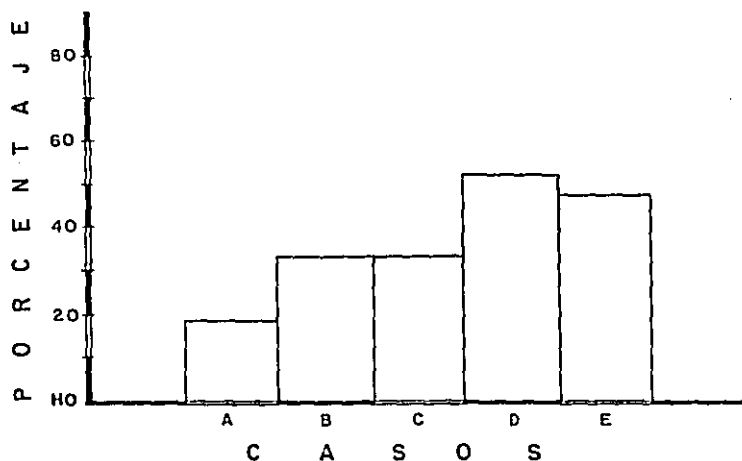


- A).- CONOCIMIENTO DE SEDES Y PROGRAMAS DE LA RESIDENCIA
- B).- IDENTIFICACION Y UBICACION CON LOS OBJETIVOS
- C).- ELECCION DE LA ESPECIALIDAD POR SER BUENOS MEDICOS FAMILIARES
- D).- IDEA SOBRE LOS POSIBLES MOTIVOS QUE DIERON ORIGEN A LA FORMALIZACION DE LA ESPECIALIDAD
- E).- ESTIMACION Y VALORACION DE LA ESPECIALIDAD EN RELACION A LAS OTRAS

ESTA TESIS NO PUEDE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## Autovaloración de la Residencia de Medicina Familiar

Gráfica N.º IV



- A)... IGNORANCIA DE SEDES Y PROGRAMAS
- B)... DESUBICACION Y NO IDENTIFICACION CON LOS OBJETIVOS
- C)... ELECCION POR FACILIDAD DE INGRESO Y REALIZACION
- D)... IDEA DE FORMALIZACION POR MOTIVOS POLITICOS
- E)... SUBESTIMACION Y AUTODEVALUACION DE SU ESPECIALIDAD EN RELACION A LAS OTRAS

# Autovaloración de la Residencia de Medicina Familiar

Gráfica 7

