



11226 8
SEJ

**INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**



**FACTORES QUE MOTIVARON Y MANTIENEN AL MEDICO
EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA FAMILIAR INSTITUCIONAL**

TESIS RECEPCIONAL

**PARA RECIBIR EL DIPLOMA
DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. RUBÉN ARRAÑAGA ALCÁNTARA
RESIDENTE DE 2º AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR

**ASESORES: DRA PATRICIA OCAMPO BARRIO
DRA LIDIA BAUTISTA SAMPERIO**

México, D.F.

FALLA DE ORIGEN

1995



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).

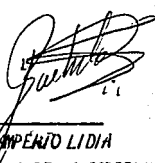
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



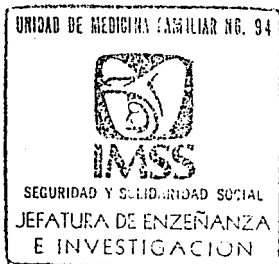
DR. ORTIZ MEDINA CARLOS
DIRECTOR DE LA U.M.F. No. 94



DRA. OCAMPO BARRIO PATRICIA
JEFE DE EDUCACION MEDICA E
INVESTIGACION DE LA U.M.F. No. 94



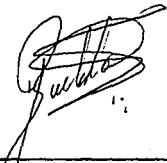
DRA. BAUTISTA SAMPEÑO LIDIA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR DE LA U.M.F. No. 94



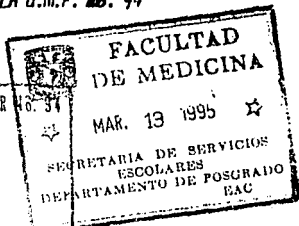
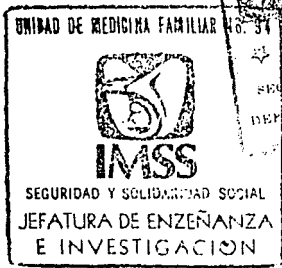
ASESORES DE TESIS:



DR. CAMPO BARRO PATRICIA
JEFE DE EDUCACION MEDICA E
INVESTIGACION DE LA U.M.F. No. 94



DR. BAUTISTA SORIANO LIDIA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR DE LA U.M.F. No. 94



En todos los países, el Médico Familiar es un reflejo natural del suelo. Su profesión es casi tan vieja como el paso diario del tiempo. Sangra a los egipcios antiguos, aplica vesicatórios a los caballeros de la edad media y envenena las flechas iroqueses. Ha sido preservado en la ficción, el drama y la sátira.

OP/E READ (1852-1939)

INDICE:

	<i>Página</i>
Objetivos	1
Justificación	2
Marco Teórico	3
Planteamiento del Problema	10
Definición operacional de las variables	11
Hipótesis	12
Criterios de inclusión y de no inclusión	13
Materiales y métodos	14
a) procedimiento para obtener la muestra	
b) sistema de captación de la información	
c) análisis estadístico	
Anexo I	15
Tablas y gráficas	17
Resultados	45
Análisis de resultados	49
Conclusiones	51
Supercias	52
Bibliografía	53

1

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

INMEDIATOS:

- 1) Conocer cuales son los factores que intervienen en la selección de la -
Medicina Familiar como especialidad
- 2) Conocer cuales son los factores que intervienen en el ejercicio de la -
Medicina Familiar dentro de una institución como lo es la U.M.F. 94
- 3) Conocer cuales son los factores que intervienen para la continuidad del
ejercicio de la Medicina Familiar dentro de la U.M.F. 94

MEDIATOS:

- 1) Analizar los resultados obtenidos sobre la situación del médico dentro
de la institución

J U S T I F I C A C I O N :

La inquietud para la realización de este trabajo esta basada en el constante deseo de nuestros compañeros de academia, de desear una especialidad médica o quirúrgica, desechando todo lo relacionado a una medicina social o de primer nivel como lo es la Medicina Familiar, un área tan extensa y apasionante que permite al que lo explora adentrarse en todo un universo inmenso de conocimientos y retos continuos por el continuo aprender, que conlleva este compromiso y abarcar situaciones tan comunes y cotidianas y a la vez tan difíciles de explicar y entender sin la preparación necesaria como lo es la Familia. Pero a pesar de lo atrayente que es (o al menos en mi opinión personal) existe un gran descontento y hasta frustración en nuestros compañeros profesionistas los Médicos Familiares, una vez que inician su ejercicio institucional, pues bien es la intención de este estudio, el tratar de dilucidar algunos de esos factores, identificarlos y porque no tratar de dar soluciones posibles, con el fin de que la preparación de nosotros médicos residentes sea mas satisfactoria y a la vez prepararnos a lo que depara el destino no solo personal sino institucional y hasta nacional a nosotros los médicos Familiares si no salimos preparados, identificados y enamorados de nuestra profesión y superar cualquier obstáculo que se atraviesa en bienestar de la familia derechohabiente, nuestra familia y las futuras familias que veniran.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En el presente siglo han sido tan numerosas e incontables las aportaciones médicas, tanto en métodos exploratorios y de diagnóstico, cada vez más sofisticados y de una alta especificidad, que cada vez se tiende a abandonar los campos de la anatomía, fisiología, para adentrarnos en la intimidad y ultraestructura de los procesos biológicos y bioquímicos de la célula. La medicina ha evolucionado a la especialidad y superespecialización en todo el mundo con la producción de bases más sólidas y más científicas.

Hugh Luchey dice "En relación con el tipo de médico que formamos encontramos la fuente de algunas de las más intensas críticas.... No hay duda que los graduados de nuestras escuelas de medicina de hoy en día están menos interesados que sus mayores en seguir la carrera de Médico General". En una reciente promoción aproximadamente el 80% de los graduados de todas las escuelas de medicina de América, expresaron el deseo de especializarse. En la CD. de Nueva York, esta cifra pasó del 90%. Por ello comparto la opinión de muchos de que deberíamos preparar un nuevo tipo de médico de familia (1)

El número de facultativos generales ha disminuido desde 112mil en 1931 hasta - 55,341 en 1970, y en los últimos años, el ritmo de disminución se ha acelerado como los médicos generales han proporcionado la cantidad más grande de servicios y el espectro más amplio de los mismos al mayor número de pacientes. Esta disminución ha tenido efecto desastroso en la otorgación de la atención sanitaria. En lo que algunos médicos internistas y pediatras se han convertido en -- Médicos Familiares (2)

Muchas razones se aducen para el declinar de la práctica del cuidado médico en el primer nivel de atención y a la proliferación ilimitada de Médicos Especialistas. La Comisión Millis en 1966 reveló que existen no menos de 3 razones - que nos lo explican: (3)

a) La práctica general ha perdido su prestigio al ascender en honor y ejecuciones las especialidades médicas. El joven médico no encuentra a quien emular en medicina Familiar, mientras que por doquier halla especialistas con gran

prestigio, mayores privilegios de hospital y condiciones más favorables de trabajo.

- b) Las oportunidades de post-gradó para adiestramiento en práctica familiar son escasas.
- c) Las condiciones para la práctica de un médico interesado en Medicina Familiar, parecen menos atractivos que las condiciones y los privilegios de otros especialistas.

Diversos estudios realizados por el centro de estudios educativos, el departamento de investigaciones educativas del I.P.N., del Colegio de México y el centro de estudios sobre la U.N.A.M. aportó los siguientes datos: (4)

- a) El enfoque biológico de la medicina, conduce a la descontextualización del individuo, soslayando los aspectos socioeconómicos, culturales y psicológicos, que se interrelacionan con su estado de salud.
- b) Con frecuencia, los planes de estudio presentan un enfoque de disociación entre mente y cuerpo.
- c) La organización de los contenidos establecen una división entre teoría y práctica e induce una fractura en la concepción del proceso salud-enfermedad
- d) Al concluir la licenciatura, el nuevo médico difícilmente encuentra inserción en el mercado de trabajo institucional, la alternativa obligada es ingresar a los cursos de posgrado para obtener un diploma.

Así las investigaciones en esta área realizadas por la U.N.A.M. en 1983 sobre las tendencias hacia la especialización médica arrojaron los siguientes datos (5)

- a) El 60% de los estudiantes del primer año de medicina esperan practicar la medicina general, en comparación con el 16% de los estudiantes del último año de la carrera.
- b) Por otra parte el 35% de los alumnos del primer año piensan especializarse, en comparación con el 74% de los estudiantes del último curso.
- c) En una encuesta de opinión realizada entre alumnos egresados del internado rotatorio de pregrado en 1978 el 60.5% afirmó querer ejercer una especialidad.

La interpretación de los autores es que los alumnos que comienzan la carrera piensan dedicarse a la medicina general simplemente porque no conocen lo sufi-

ciente sobre la práctica médica como para tener cualquier preferencia. Por otro lado, los estudiantes del último año conocen ya lo suficiente sobre la práctica médica y suelen proyectar el ejercer una especialidad. El razonamiento sería - que consideraron ser mejor en una determinada área a tener conocimientos dispersos en muchas de ellas.

No son solo estos factores los que determinan la elección de una especialidad médica, sino que influyen muchos otros factores como lo demuestra Jesús Kumate Secretario de Salud al afirmar: En la mayoría de los países, México entre ellos la orientación es a formar especialistas en detrimento de los Médicos Generales, familiares o comunitarios. Un sano equilibrio entre especialistas y generalistas resulta difícil y casi imposible de lograr. En efecto un médico general debe conocer tanto y en tal forma como un especialista: pero no tiene ni la consideración profesional, ni los ingresos, ni la posibilidad de avance académico aequivalentes a sus colegas especialistas y los sitios de trabajo no ofrecen los - satisfactores habituales en las sedes donde se ubican los especialistas así, es natural que haya escases de candidatos para las residencias en Medicina Familiar y que los graduados busquen realizar una residencia de especialidad médica o quirúrgica. En un país como el nuestro, con gran dispersión de la población, resulta lo menos apropiado en favorecer la formación de especialistas, existiendo una proporción de 8:1. (6)

En contraparte a los anterior, el IMSS en su labor educativa de 30 años ha formado un total de 20,527 médicos especialistas, agregando "Puede decirse con seguridad que la calidad del ejercicio de la Medicina en México y en muchos países de América esta influenciada grandemente por los especialistas que prepara la institución, reflejándose en el bienestar de la comunidad y el alcance de - los objetivos institucionales. (7)

En una encuesta aplicada a 400 médicos egresados del IMSS de las residencias médicas sobresalieron los siguientes datos: El 94% laboran en el IMSS y 71% hubieron querido realizar una subespecialidad. A su vez los 6,610 médicos familiares formados en el IMSS, hasta 1986 en su mayoría han sido contratados como médicos de base. (6)

Hasta este momento se han visto algunos factores que determinan la elección de una especialidad médica, así como el por qué deciden ingresar a una institución

pero que pasa una vez que el médico especialista o general se desempeña en sus labores, qué lo motivó a continuar e incluso a superarse. Algunas respuestas - las encontramos en la encuesta de detección de necesidades aplicadas a 843 médicos adscritos a los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal de los cuales el 82% eran médicos especialistas y el 18% médicos generales. Al ser encuestados de el porque de su deseo de actualizarse respondieron 65% para aumentar la confianza en sí mismos como profesionistas y satisfacer una necesidad personal de crecimiento, el 14% por mejorar su posición laboral y el - 2% por aumentar sus ingresos, el 19% restante menciona otras opciones. (8)

Con lo anterior resalta la importancia del primer nivel de atención en la resolución de los problemas de salud, recayendo esta responsabilidad en el médico - familiar. Quien por ser el médico de primer contacto, esta en una posición excelente para descubrir los primeros síntomas y signos de la enfermedad, o anomalías funcionales. El médico familiar bien adiestrado y experimentado puede - manejar con competencia y de manera definitiva a un 90% aproximadamente de los pacientes que asistan a su consultorio. Pero no es aconsejable que el médico - acepte la responsabilidad mas alla de su capacidad y sus recursos inmediatos. Hacerlo así produce tensión emocional, crea sentimientos de culpa e impide la atención adecuada de su paciente.

Richardson por su parte dice "El individuo constituye una parte de la familia, tanto si se encuentra sano, como enfermo, la idea de la enfermedad como entidad que se limita a una sola persona queda relegada a segundo término, y a la enfermedad se convierte en parte integrante del proceso continuo de la vida. La familia es la unidad de la enfermedad, porque es la unidad de la vida".

Así es como se crea la Medicina Familiar motivada por factores diversos como: el avance de la infraestructura médica que requiere de personal médico mejor calificado en ramas muy específicas de la medicina, con altos costos y beneficios a una población muy pequeña. Olvidando las necesidades básicas de la sociedad así el primer curso de especialización se inicia el 15 de marzo de 1971 y se - impartió en la clínica No 25 del IMSS y el hospital de Ginecología No 1 - del IMSS. Apartir de 1974 tiene reconocimiento universitario otorgado por la división de estudios de post-gradúo de la U.N.A.M.. Para el año de 1981 habian egresado de las sedes del IMSS 2,500 médicos especialistas en Medicina Fami-

liar y en ese año un poco más del 30% del total de médicos Familiares del IMSS se componen de médicos especialistas egresados del IMSS.

El médico en la atención primaria de la salud, debe desarrollar sus habilidades clínicas con un enfoque integral del paciente, ha de estar en todo momento consciente del bienestar social y mental de sus pacientes, y preparado para formular su diagnóstico en el paciente, la familia y la comunidad en función de las condiciones físicas, psicológicas y sociales. (9)

La evolución que ha tenido el Médico Familiar ha sido larga y su función antes señalada ha pasado por diversas manos y gente poco o muy preparada como lo señala R.J. diciendo "La atención familiar es eterna: varía quien la administra ya que la atención familiar es y ha sido siempre la base para preservar y perpetuar la familia. En los tiempos triviales, era un brujo quien proporcionaba estos servicios. En la antigüedad los romanos eran atendidos por esclavos griegos. El barbero y el alquimista compartían esta responsabilidad en los tiempos medievales. En la época de las exploraciones, la comadrona atendía a su familia y vecinos. Con la aparición de la medicina científica, el médico general aceptó esta labor. A causa de los avances de la medicina y ciencias de la conducta y con los cambios de la sociedad contemporánea, la labor ha pasado ahora al nuevo especialista en medicina El Médico Familiar. El cual cuenta con varias diferencias específicas con respecto al médico general que lo hace más apto para brindar este apoyo familiar. Y que a continuación se enlistan:

MEDICINA FAMILIAR:

1. Es una especialidad médica
2. Se centra en la familia y la comunidad
3. Posee cierto estatus académico
4. Un elemento clave es la continuidad y totalidad de la atención
5. La dimensión psicosocial es preponderante

MEDICINA GENERAL:

1. Es medicina no especializada
2. Se centra en el individuo enfermo
3. Posee un bajo estatus académico
4. La clave es el cuidado médico in diferenciado
5. La dimensión biológica es lo tradicional

MEDICINA FAMILIAR:

6. Los aspectos de promoción y prevención son fundamentales

MEDICINA GENERAL:

6. El aspecto curativo farmacológico es fundamental.

Hasta este momento se han visto algunos aspectos sobre el porqué de la elección de una especialidad médica, ya sea por influjo de los centros hospitalarios de formación, por lograr un nivel social y académico dentro del área médica de su profesión, etc. Debemos tomar en consideración otro factor muy importante los incentivos y motivaciones que ejercen una fuerza determinada y los induce a tomar una decisión. Así tenemos que la palabra motivación se deriva del vocablo latino *movere* que significa mover. Desdeñon lo considera como un reflejo de "el deseo que tiene una persona de satisfacer ciertas necesidades. Kelly afirma que "tiene algo que ver con las fuerzas que mantienen y alteran la dirección, la calidad y la intensidad de la conducta". De donde resalta que la naturaleza de la motivación radica en un estado de necesidad; es decir, un estado de tensión provocado por un desequilibrio energético que pone en riesgo al organismo, así tenemos que el concepto de necesidad: del latín *necedita* lo que hace falta. Que tiene que ocurrir, que implica un estado de carencia y una situación de fuerza. Así es como surge la jerarquía de las necesidades de Maslow quien postuló que todo ser tiene cinco necesidades básicas:

- a) NECESIDADES FISIOLOGICAS: que son propias del cuerpo y necesarias para la su pervivencia tales como: respirar, beber, comer, dormir, etc.
- b) NECESIDADES DE SEGURIDAD: y protección contra peligros, amenazas y privaciones, que se dividen en seguridad física y económica
- c) NECESIDADES SOCIALES: ya que requiere asociarse con otros, sentirse parte de uno, o varios o muchos grupos, de acuerdo a sus intereses y valores.
- d) NECESIDADES PSICOLÓGICAS: o de autoestima o autorrespeto así como de una estimación por parte de los demás.
- e) NECESIDADES DE AUTOREALIZACIÓN: es la necesidad de orden más alto y es primordial cuando todas las demás han sido razonablemente satisfechas. Es importante para lograr el potencial máximo, para el autodesarrollo y para el pleno despliegue de la autoexpresión y la creatividad.

En el modelo de Porter-Lanier el esfuerzo o la motivación es un resultado de lo atractiva que sea la recompensa y la forma en que el individuo percibe la relación entre esfuerzo y pago, las recompensas extrínsecas tales como salario y promociones, no están asociadas íntimamente con el desempeño, ya que las personas que realizan el mejor trabajo no siempre perciben los mayores aumentos o las promociones más rápidas, ya que los aumentos salariales se asocian casi siempre con el tiempo de permanencia en el trabajo, con pequeños aumentos por méritos. Las recompensas intrínsecas, están dadas por el individuo mismo y su interacción social y son hasta cierto punto más motivadoras que las recompensas extrínsecas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿ Se ignoran los factores que influyeron y mantienen al Médico Especialista en Medicina Familiar y al Médico General de la U.M.F. 94 en el ejercicio de la Medicina Familiar Institucional ?

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS
VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Médico: Es toda aquella persona que curso la carrera de Médico Cirujano en cualquiera de las facultades de medicina del país, y aprobo los planes de estudio vigentes, que cuenta con el título correspondiente. Pudiendo además tener o no alguna especialidad médica.

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Todos aquellos factores que influyen o motivan al médico de manera distinta y hasta desconocida en su diario desarrollo profesional, que llegan a condicionar en ellos, el deseo de querer continuar el ejercicio de la Medicina Familiar institucional.

HIPOTESIS:

Se desconocen los factores que influyeron y mantienen al Médico Especialista en Medicina Familiar y al Médico General de la U.M.F. 94 en el ejercicio de la Medicina Familiar Institucional.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

- *Inclusión:* Médicos de la U.M.F. 94 del IMSS que deseen participar en el estudio.

- *No Inclusión:* Médicos de la U.M.F. 94 del IMSS que no deseen participar en el estudio
Médicos que durante la realización del estudio se encuentren ausentes ya sea por incapacidad, vacaciones u otros motivos.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante los meses de Diciembre a Enero de 1993-1994. Para lo cual se encuestó a los médicos de consultorios de la unidad en ambos turnos y que se encontraban laborando en ese momento, en los días del levantamiento de encuestas (días 13, 14 y 15 de Diciembre de 1993). Y corresponde a un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

- a) Procedimiento para Obtener la Muestra: Se hará del conocimiento del director de la U.M.F. No. 94, mediante la presentación del presente proyecto de estudio con el fin de obtener su aprobación y colaboración, a través de sus jefes de departamento clínico y médicos de consultorio
- b) Sistema de captación de la información: Se realizará mediante la aplicación de encuestas a los médicos de consultorio
- c) Análisis estadístico: Se realizará mediante tablas de frecuencia

FALLA DE ORIGEN

FACTORES QUE MOTIVAN Y MANTIENEN AL MEDICO EN EL
EJERCICIO DE LA MEDICINA FAMILIAR INSTITUCIONAL.

15

- CUESTIONARIO -

- 1) Mencione usted su escuela de procedencia:
- _____
- 2) El programa académico que siguió su preparación durante la carrera de Médico Cirujano fue:
- A) Tradicional B) Modular C) Otro
- 3) El ejercicio de su profesión médica, satisfase sus necesidades básicas:
- A) SI B) NO
- 4) Mencione porque:
- _____
- _____
- _____
- 5) Mencione su tipo de contratación dentro del instituto:
- A) Pase B) Sustitución C) Otro
- 6) Ha alcanzado por medio de su profesión médica el nivel socio-económico y el reconocimiento, que usted esperaba:
- A) SI B) NO
- 7) Mencione porque:
- _____
- _____
- _____
- 8) De tener nuevamente la oportunidad de elegir una especialidad médica, usted se inclinaria por:
- _____
- 9) Mencione porque:
- _____
- _____
- _____
- 10) La unión que se ha formado de su profesión médica la considera en comparación con cualquier otra actividad como:
- A) Más importante B) Igual de importante
- C) Menos importante D) Le es indiferente.

FALLA DE ORIGEN

16

11) El ejercicio de su profesión médica dentro de la U.M.F. No. 94 le permite desarrollar adecuadamente las habilidades aprendidas durante su preparación médica:

A) SI B) NO

12) Mencione porque:

13) Hasta este momento se encuentra satisfecho de su profesión médica a nivel institucional:

A) SI B) NO

14) Mencione porque:

15) Lo que más lo incentiva a superarse dentro de su ejercicio diario profesional y a la vez estimula a continuar su trabajo como médico institucionalista es:

A) Reconocimiento de las autoridades B) Reconocimiento de los pacientes
C) El sueldo D) Superación profesional

16) Cuenta usted con alguna especialidad médica:

A) SI B) NO

17) Mencione en caso de ser sí su respuesta con cual especialidad médica cuenta:

18) Su concepto y perspectivas de la Medicina Familiar es:

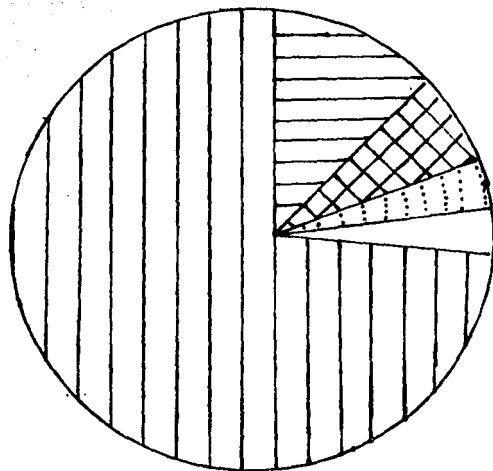
Tabla 1






UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA

	No	%
U N A M	30	73.18%
E N E P	5	12.20%
U VERACRUZANA	3	7.31%
I P N	2	4.88%
U A PUEBLA	1	2.43%
T O T A L	41	100%

Fuente: Encuesta

GRÁFICA 1
UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA



	U.N.A.M.	73.18%
	E.N.EP.	12.20%
	U. VERACRUZANA	7.31%
	I. P. N.	4.88%
	U.A.P.	2.43%

Fuente: Encuesta

TABLA 2

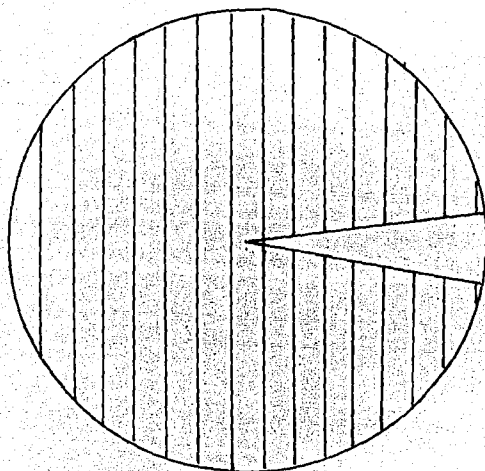
TIPO DE PROGRAMA ACADEMICO

	No.	%
PLAN TRADICIONAL	39	95.12%
PLAN MODULAR	2	4.88%
TOTAL	41	100%

Fuente: Encuesta

GRÁFICA 2

TIPO DE PROGRAMA ACADÉMICO



	TRADICIONAL	95.12 %
	MODULAR	4.88%

Fuente: Encuesta

TABLA 3 a

SI SATISFASEN SUS NECESIDADES BASICAS

	No	%
SALARIO SUFICIENTE	19	46.34%
LOGRO DE LAS METAS PROPUESTAS	1	2.43%
INESPECIFICO	3	7.31%
NO CONTESTO	4	9.75%
TOTAL	27	65.85%

Fuente: Encuesta

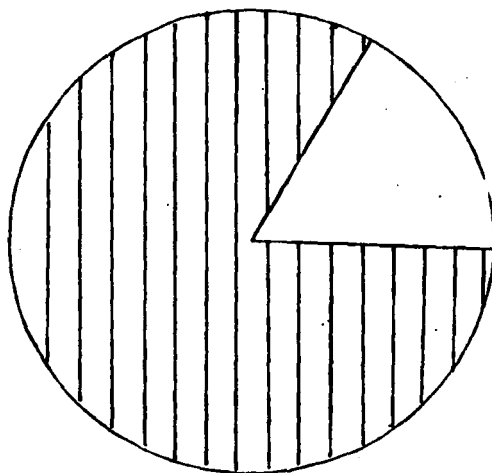
TABLA 3b

NO SATISFASEN SUS NECESIDADES BASICAS

	No	%
SALARIO INSUFICIENTE	9	21.95%
INESPECIFICO	3	7.31%
NO CONTESTO	2	4.87%
TOTAL	14	34.14%

Fuente: Encuesta

GRAFICA 3:
SATISFACCION DE NECESIDADES
BASICAS



SI 65.86% ●/●

NO 34.14 ●/●

Fuente: Encuesta

TABLA 4

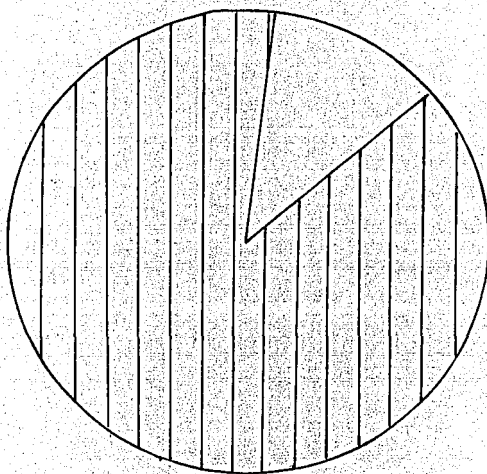
TIPO DE CONTRATACION

	No	%
MEDICO DE BASE	36	87.80 %
MEDICO SUBSTITUTO	5	12.20 %
TOTAL	41	100 %

Fuente: Encuesta

GRAFICA 4

TIPO DE CONTRATACION



BASE 87.80 %
SUSTITUCION 12.20 %

Fuente: Encuesta

TABLA 5a

SI HAN LOGRADO EL NIVEL SOCIOECONOMICO POR MEDIO DE SU PROFESION MEDICA

	No	%
AUTORREALIZADO	3	7.30%
RECONOCIMIENTO DE ASOCIACIONES MEDICAS	2	4.88%
RECONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES	1	2.44%
RECONOCIMIENTO DE LAS AUTORIDADES	1	2.44%
LOGRO DE PUESTO DE MANDO	1	2.44%
INESPECIFICA	1	2.44%
NO CONTESTO	2	4.88%
TOTAL	11	26.82%

Fuente: Encuesta

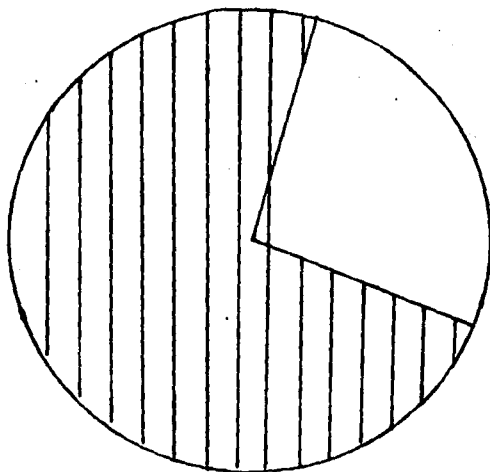
TABLA 56

NO HAN LOGRADO EL NIVEL SOCIOECONOMICO POR MEDIO DE SU PROFESION MEDICA

	No.	%
SALARIO INSUFICIENTE	26	63.43 %
RESPUESTA INESPECIFICA	3	7.31 %
POR SER MEDICO SUBSTITUTO	1	2.44 %
TOTAL	30	73.18 %

Fuente: Encuesta

GRÁFICA 5

LOGRO DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO
Y RECONOCIMIENTO ESPERADO

SI 73.18 %

NO 26.82 %

Fuente: Encuesta

TABLA 6.

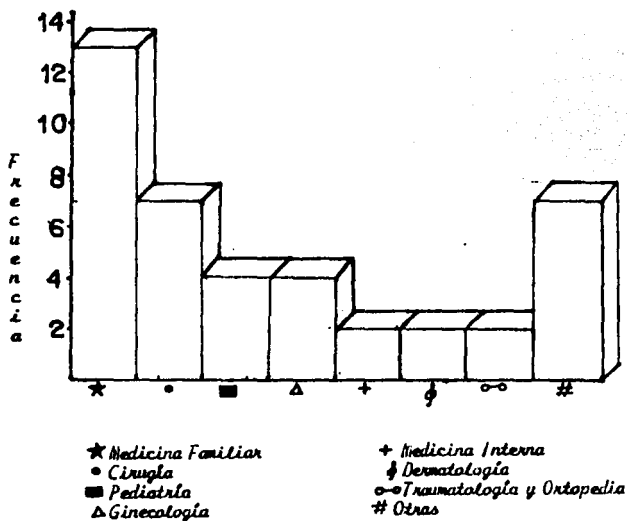
**MOTIVOS PARA LA
ELECCION DE UNA ESPECIALIDAD
MEDICA**

	No	%
POR POSEER ACTITUDES Y HABILIDADES	7	17.08%
POR AMPLIAR SUS CONOCIMIENTOS	5	12.19%
POR MEJORAR ECONOMICAMENTE	4	9.75%
NO ESTA AGUSTO CON SU ESPECIALIDAD	2	4.88%
SUPERACION PROFESIONAL	3	7.31%
NO CONTESTO	2	4.88%
TOTAL	23	56.09%

Fuente: Encuesta

GRAFICA 6

ELECCION DE UNA ESPECIALIDAD MEDICA



Escala: 1:0.6

Fuente: Encuestas

TABLA 7

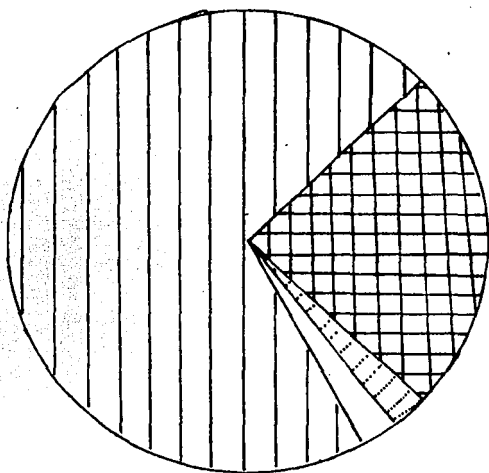
LA MEDICINA FAMILIAR COMPARADA CON
LAS DEMAS ESPECIALIDADES ES CON-
SIDERADA COMO





	No	%
IGUAL DE IMPORTANTE	29	70.74%
MAS IMPORTANTE	10	24.40%
MENOS IMPORTANTE	1	2.43%
ES INDIFERENTE	1	2.43%
T O T A L	41	100 %

Fuente: Encuesta

GRAFICA 7

LA MEDICINA FAMILIAR COMPARADA CON LAS DEMAS ESPECIALIDADES ES CONSIDERADA COMO



	IGUAL DE IMPORTANTE	70.74%
	MAS IMPORTANTE	24.40%
	MENOS IMPORTANTE	2.43%
	ES INDIFFERENTE	2.43%

Fuente: Encuesta

TABLA 8a

SI DESARROLLAN ADECUADAMENTE LAS
HABILIDADES APRENDIDAS DURANTE SU
PREPARACION MEDICA.

	No	%
LA PRACTICA DIARIA ES UN CONTINUO APRENDER	7	17.08%
SE DESARROLLAN LO MEJOR POSIBLE	3	7.32%
POR CONTAR CON LOS RECUR- SOS NECESARIOS	1	2.43%
NO CONTESTO	3	7.32%
TOTAL	14	34 15%

Fuente: Encuesta

TABLA 8 b

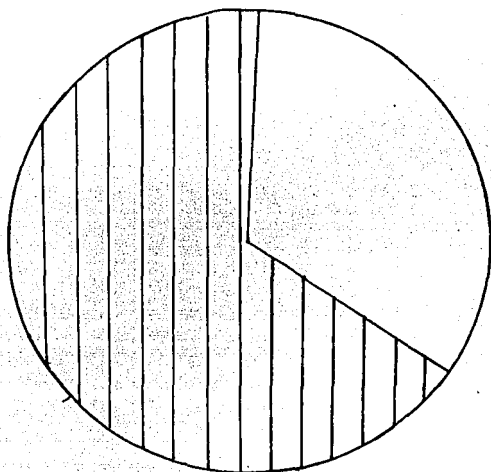
NO DESARROLLAN ADECUADAMENTE LAS
HABILIDADES APRENDIDAS DURANTE SU
PREPARACION MEDICA

	No	%
INADECUADA ORGANIZACION	8	19.51%
EXCESO DE TRABAJO Y FALTA DE TIEMPO	5	12.20%
FALTA DE RECURSOS NECESARIOS	3	7.31%
PREPARACION MEDICA NO ESTA ACORDE A LAS NECESIDADES INSTITUCIONALES	3	7.31%
POR CONTAR CON UNA ESPECIALIDAD MEDICA DIFERENTE	2	4.88%
NO CONTESTO	2	4.88%
INESPECIFICO	4	9.76%
TOTAL	27	65.85%

Fuente: Encuesta

GRÁFICA 8

DESARROLLO ADECUADO DE LAS HABILIDADES APRENDIDAS DURANTE SU PREPARACION MEDICA



SI 65.85 %

NO 34.15 %

Fuente: Encuesta

TABLA 9a

SI SE ENCUENTRAN SATISFECHOS DE SU
PROFESION MEDICA A NIVEL INSTITU -
CIONAL

	No	%
SE DESARROLLAN PROFESIO- NALMENTE	14	34.16%
CONTAR CON RECURSOS NECE- SARIOS	3	7.31%
INESPECIFICA	5	12.20%
NO CONTESTO	3	7.31%
TOTAL	25	60.98%

Fuente: Encuesta

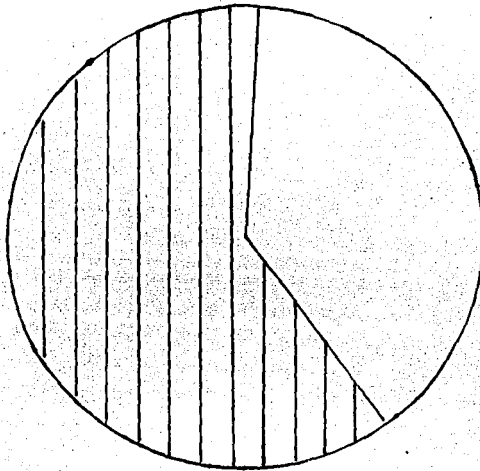
TABLA 96

NO SE ENCUENTRAN SATISFECHOS DE SU
PROFESION MEDICA A NIVEL INSTITU -
CIONAL

	No	%
FALTA DE TIEMPO Y EXCESO DE TRABAJO	6	14.63%
FALTA DE RECURSOS NECESARIOS	4	9.76%
INADECUADA ORGANIZACION	1	2.44%
NO CONTESTO	3	7.31%
INESPECIFICO	2	4.88%
TOTAL	16	39.02%

Fuente: Encuesta

SATISFACCION DE SU PROFESION MEDICA A NIVEL INSTITUCIONAL



SI 60.98 %

NO 39.02 %

Fuente: Encuesta

TABLA 10

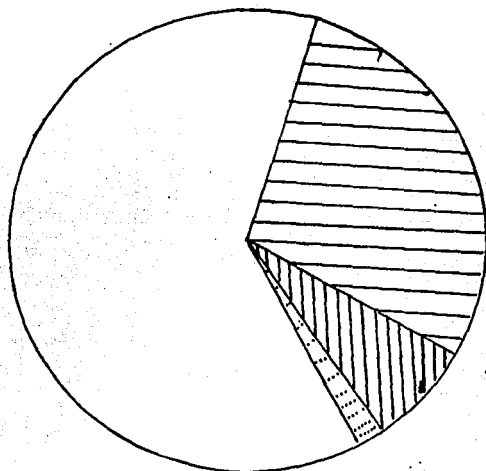
FACTORES QUE ESTIMULAN AL MEDICO A
SUPERARSE EN SU EJERCICIO PROFE -
SIONAL A NIVEL INSTITUCIONAL





	No	%
SUPERACION PROFESIONAL		62.50%
RECONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES		28.57%
EL SUELDO		7.14%
RECONOCIMIENTO DE LAS AUTORIDADES		1.79%
T O T A L	41	100 %

Fuente: Encuesta

GRAFICA 10

FACTORES QUE ESTIMULAN AL MEDICO A SUPERARSE EN SU EJERCICIO PROFESIONAL A NIVEL INSTITUCIONAL



	SUPERACION PROFESIONAL	62.50%
	RECONOCIMIENTO DE PACIENTES	28.57%
	EL SUELDO	7.14%
	RECONOCIMIENTO DE AUTORIDADES	1.79%

Fuente: encuesta

TABLA 11

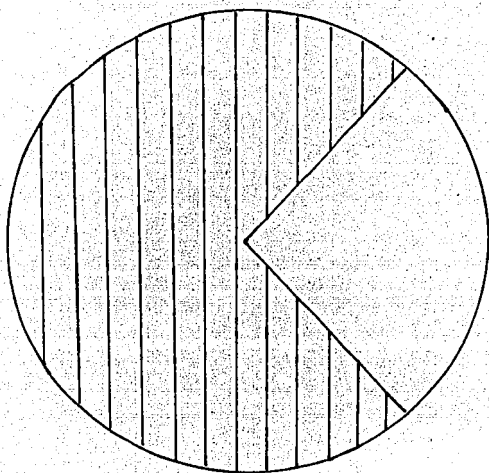
ESPECIALIDA MEDICA



	No	%
MEDICOS ESPECIALISTAS	30	73.18%
MEDICOS GENERALES	11	26.82%
T O T A L	41	100 %

Fuente: Encuesta

GRAFICA 11

ESPECIALIDAD MEDICA



	SI	73.18 %
	NO	26.82 %

Fuente: Encuesta

TABLA 12

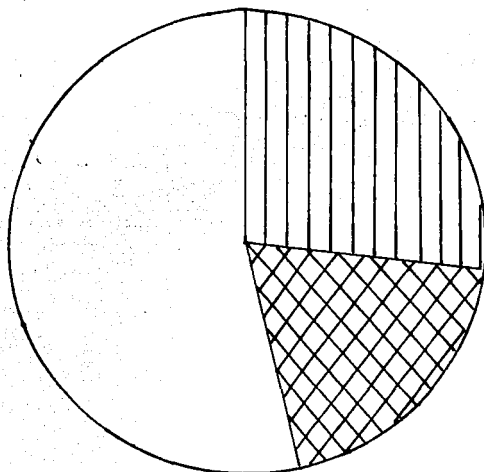
TIPO DE PROFESIONISTA MEDICO




	No	%
MEDICO FAMILIAR	22	53.65%
MEDICO GENERAL	11	26.82%
MEDICO DE RAMA TRONCAL	8	19.53%
T O T A L	41	100%

Fuente: Encuesta

GRÁFICA 12

TIPO DE PROFESIONISTA MEDICO



	MEDICO FAMILIAR	53.65%
	MEDICO GENERAL	26.82%
	OTROS	19.53%

Fuente: Encuesta

RESULTADOS

1. Del total de médicos encuestados (41) el 51.21% (21) correspondió al turno matutino y el 48.79% (20) correspondió al turno vespertino.
2. En "Universidad de Procedencia" el 73.18% (30) corresponde a la Universidad Nacional Autónoma de México, 12.20% (5) a la Escuela Nacional De Estudios Profesionales Iztacala, 4.88% (2) al Instituto Politécnico Nacional, 7.31% (3) a la Universidad Veracruzana y 2.43% (1) a la Universidad Autónoma de Puebla.
3. "Programa académico de su Universidad de Procedencia" 95.12% (39) fueron egresados del plan de estudios tradicional y el 4.88% (2) del plan de estudios modular.
4. "Satisfacción de Necesidades Básicas" el 65.36% (27) respondieron que *son satisfechas sus necesidades básicas* y 34.14% (14) contestaron que *no se habían satisfecho*. Al realizar una división por turnos encontramos que: En el matutino el 39.02% (16) *se cumplían*, mientras que el 12.19% (5) *opinaba lo contrario*. En el vespertino el 26.84% (11) *se cumplían* y el 21.95% (9) *opinaban lo contrario*.
Del 65.36% (27) en quienes *se habían satisfecho sus necesidades básicas*, el 46.34% (19) respondió por tener un salario adecuado, el 7.31% (3) su respuesta fue inespecífica, 9.75% (4) no contestó, 2.43% (1) por haber logrado sus metas.
Del 34.14% (14) que respondieron *no haber satisfecho sus necesidades básicas*, 21.95% (9) contestó que era por tener un salario insuficiente, el 7.31% (3) *dió una respuesta inespecífica* y el 4.87% (2) no contestó.
5. "Tipo de Contratación" 87.80% (36) fueron médicos de base y 12.20% (5) médicos substitutos. Por turnos corresponde al matutino el 46.34% (19) de médicos de base y 4.87% (2) a médicos substitutos. Para el vespertino: 41.46% (17) médicos de base y 7.31% (3) médicos substitutos.

6. "Logro del Nivel Socioeconómico" el 26.82% (11) respondió al haberlo alcanzado y el 73.18% (30) no lo han alcanzado. Al hacer una división por turnos en el matutino 17.62% (7) logró el nivel socioeconómico esperado y el 34.14% (14) contestó no haberlo alcanzado. Para el vespertino el 9.75% (4) han llegado al nivel socioeconómico deseado y el 39.04% (16) aún no lo han logrado. Del 26.82% (11) que han logrado el nivel socioeconómico esperado, encontramos que: 7.31% (3) respondió por haberse autorrealizado, 4.88% (2) por obtener el reconocimiento de asociaciones médicas (no específica), las siguientes respuestas, corresponde a cada una 2.44% (1): el ser reconocido por sus pacientes, el haber obtenido un puesto de mando, el ser reconocido por las autoridades, 2.44% fue inespecífica su contestación y un 4.88% (2) no respondió.
- Del 73.18% (30) que no han logrado el nivel socioeconómico esperado el 69.85% (26) respondió que era por contar con un salario insuficiente, el 7.31% (3) contestó de manera inespecífica, 2.44% (1) por no contar con contratación - tipo base.
7. "Elección de Una Especialidad Médica" el 56.09% (23) desearía realizar una segunda especialidad y 43.91% (18) quiere continuar su profesión médica actual. Del total de médicos que realizarían una segunda especialidad médica - el 26.82% (11) son médicos familiares (del total de médicos familiares encuestados (22) el 50% desearía una segunda especialidad médica)
- .. Al investigar sobre las causas del deseo de una segunda especialidad médica encontramos que el 17.08% (7) era por contar con actitudes y habilidades, - 7.31% (3) por superarse profesionalmente, 12.19% (5) por aumentar sus conocimientos, 9.75% (4) por mejorar económicamente, 4.88% (2) por no haberse identificado con su profesión médica, 4.88% (2) no contestó.
8. "Opinión formada de la Medicina Familiar en comparación con las demás especialidades" 70.7% (29) la considera igual de importante, 24.40% (10) opinan que es más importante, 2.43% (1) que es menos importante y 2.43% (1) le es indiferente el papel que juega la medicina familiar.
9. Desarrollo adecuado de Habilidades Médicas en la Unidad de Medicina Familiar No. 94, 34.15% (14) opina que si se pueden aplicar las habilidades aprendidas y el 65.85% (27) respondió que no es posible. Al hacer una división por

turnos encontramos que en el matutino el 21.95% (9) si podían aplicar dichas habilidades y el 29.26% (12) están en desacuerdo. En el vespertino 12.20% (5) aplican sus destrezas aprendidas, el 36.99% (15) contestaron lo contrario.

Del 34.15% (14) si pueden aplicar sus conocimientos adquiridos, el 17.08% (7) comenta que la práctica diaria es un continuo aprender, 7.32% (3) no contestó, 2.43% (1) por contar en la unidad con los recursos necesarios y el 7.32% (3) trata de desempeñarse lo mejor posible.

Del 65.85% (27) que respondieron que no era posible aplicar las habilidades durante su preparación médica, 19.51% (8) se debe a que existe una inadecuada organización dentro del instituto, 12.20% (5) a un exceso de trabajo y falta de tiempo para ver a los pacientes, 9.76% (4) dió una respuesta inespecífica, 7.31% (3) por falta de recursos necesarios, el 7.31% (3) opina que la preparación médica es incongruente ante la realidad del instituto, 4.88% (2) por encontrarse en una rama médica diferente a la que se habían formado, 4.88% (2) no contestó.

10. "Satisfacción de su profesión médica a nivel institucional." 60.48% (25) - está satisfecho con ella y 31.02% (16) no lo está. Al hacer una división por turnos corresponde al matutino el 31.70% (13) está conforme con su profesión médica institucional, y el 19.51% (8) insatisfecho. Para el vespertino no el 29.26% (12) está conforme y el 19.51% (8) no lo está

Del 60.98% (25) que contestaron que si estaban satisfechos de su desempeño médico a nivel institucional, el 34.16% (14) se podían desarrollar profesionalmente, 12.20% (5) dieron una respuesta inespecífica, 7.31% (3) por contar con los recursos necesarios y un 7.31% (3) no contestó.

Del 39.02% (16) que no estaban satisfechos de su profesión médica a nivel institucional, 14.63% (6) respondió que era por falta de tiempo y exceso de trabajo, 9.76% (4) por falta de recursos materiales necesarios, 7.31% (3) no contestó, 4.88% (2) fue inespecífico en su contestación y 2.43% (1) por una mala organización administrativa.

11. "Incentivos para superarse en el ejercicio de su profesión médica" 62.50% por superación profesional, 28.57% por reconocimiento de sus pacientes, - 7.14% les era gratificante la remuneración económica y un 1.78% por reco

nocimiento de las autoridades.

12. "Tipo de especialidad médica con la cual cuenta" 73.18% (30) son especialistas y 26.82% (11) son médicos generales. Al hacer una división por turnos en el matutino 43.92% (18) son médicos con alguna especialidad, 7.31% (3) son médicos generales. En el vespertino 21.26% (12) son médicos con alguna especialidad y 19.51% (8) son médicos generales.
13. Al investigar sobre el tipo de especialidad médica con que cuentan, tenemos que el 53.65% (22) son médicos familiares, 26.82% (11) médicos generales, - 4.90% (2) médicos cirujanos, 4.90% (2) médicos dermatólogos, 2.43% (1) médico legista, 2.43% (1) médico pediatra, 2.43% (1) ginecólogo, 2.43% (1) otro.

ANÁLISIS

1. Sobre el tipo de universidad de procedencia, encontramos que corresponden - principalmente a egresados de la Universidad Nacional Autónoma de México - (Facultad de Medicina y Escuela Nacional de Estudios Profesionales /ztacala) y por plan académico al plan de estudios tradicional (39). De acuerdo a lo encontrado en antecedentes éste tipo de programas académicos tiende a la formación de médicos biólogos (ramas troncales médicas), lo cual nos podría explicar porque el 50% (11) de los médicos familiares encuestados y provenientes de estos planes de estudio desearían una segunda especialidad médica. Y 81.81% (19) de los médicos generales encuestados quieren una especialidad médica, pero no medicina familiar.
2. Se observó que sobre la satisfacción de sus necesidades básicas el primer factor que se alude para el cumplimiento o no de éste, fué el económico en ambos casos, como el causante de no poder lograr la satisfacción de dichas necesidades a pesar que sólo un 12% (5) de los encuestados en éste rubro son médicos substitutos. Cabe mencionar que el porcentaje más alto de los médicos familiares que se encuentran satisfechos son del turno matutino.
3. Sobre el logro del nivel socioeconómico resaltan nuevamente el factor económico como limitante para ello, siendo este hecho respaldado en su mayoría - por los médicos familiares, por otro lado otros factores empiezan a resaltar como incentivantes para el continuo ejercer profesional como lo es: la auto-realización del profesionista médico ya sea a través del reconocimiento del derechahabiente, para algunos el reconocimiento de asociaciones médicas fuera del instituto.
4. En el adecuado desarrollo o aplicación de sus conocimientos y habilidades aprendidas durante su preparación médica, el factor principal que los impulsa a continuar en el reto que representa enfrentarse día a día a un paciente diferente y por ende una patología distinta, que los obliga a prepararse, estudiar y superarse. Existiendo desafortunadamente otro factor que limita o frena este continuo aprender como lo es, la falta de recursos necesarios se

gún cada caso.

5. En la satisfacción del profesional médico dentro del instituto, como principal factor motivador es el que se les permita desarrollarse profesionalmente el poder decidir y tomar medidas de acuerdo a cada caso, aunque también existen limitantes como el exceso de trabajo y falta de recursos adecuados.

CONCLUSIONES

1. Dentro de los factores incentivadores del médico de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 en su continuo ejercer médico institucional encontramos:
 - remuneración económica.
 - el reto que implica enfrentarse día a día a situaciones diferentes comprometiéndolo a aprender continuamente.
 - autorrealización como profesionalista médico.
 - ejercicio de la profesión para la cual se prepara.
 - el reconocimiento que les brindan los derechohabientes.
2. Como limitantes que detienen o frenan al médico en su ejercicio profesional tenemos:
 - remuneración económica insuficiente para algunos.
 - falta de recursos materiales para el buen desarrollo médico profesional.
 - exceso de trabajo y falta de tiempo para ver adecuadamente a los pacientes, que actúa como limitante para aplicar sus conocimientos adquiridos.
3. De los profesionistas encuestados encontramos gran variedad de opiniones y respuestas dada la diversidad de médicos con que cuenta la unidad, además de los médicos familiares y generales contamos con especialistas de ramas troncales, por lo que la expectativa y deseo de superación económica o socioeconómica es totalmente diferente, por lo que deberá considerarse a futuro si se decide que médicos diferentes al familiar ejerzan la medicina familiar dentro de las Unidades de Medicina Familiar y deberá considerarse sus tipos de formación y hacia donde están encaminados.

SUGERENCIAS

1. *Durante las revisiones contractuales que se realizan, sería conveniente tomar en cuenta el desarrollo profesional de cada médico con el fin de tratar alguna mejora en la remuneración económica del profesionista y lograr de esta manera un cambio benéfico.*
2. *Tratar de mantener al médico actualizado en aquellas ramas de la medicina a las que se enfrenta día a día, ya que el no poder incidir en ellas es factor que provoca la búsqueda de mayor conocimiento por medio de una segunda especialidad.*
3. *El disponer con los recursos materiales y humanos necesarios que necesita el médico para su diario ejercer profesional, lograría la satisfacción de éste, el poder aplicar y utilizar los conocimientos adquiridos durante su preparación académica en beneficio del paciente y su desarrollo profesional.*
4. *Limitar a un tope el número de consultas diarias para mejorar la interacción entre médico y paciente y ampliar el tratamiento no sólo a la esfera biológica sino a la social y psicológica, dado que para ello fue preparado.*
5. *En caso de contar con médicos troncales dentro de los consultorios de medicina familiar, permitirles en lo posible aplicar los conocimientos adquiridos durante su preparación médica, logrando de esta manera un adecuado bienestar profesional, sin tratar de que se convierta esto en un consultorio de subespecialidad.*

BIBLIOGRAFIA

1. UGARTE LA, EL MEDICO GENERAL, EL MEDICO BASICO O INDIFFERENCIADO, EL MEDICO DE FAMILIA Y EL ESPECIALISTA. EDUCACION MEDICA Y SALUD 1967; 3:22-34.
2. CONN, RAKEL, JOHNSON. MEDICINA FAMILIAR, TEORIA Y PRACTICA. MEXICO: EDIT. INTERAMERICANA, 1974:40-50
3. MILLIS COMMISSION. THE GRADUATE EDUCATION OF PHYSICIANS. REPORT ANN CHICAGO USA 1966
4. MARIN CY,. ASPECTOS FUNDAMENTALES PARA LA INVESTIGACION EDUCATIVA EN MEXICO. REV. MEX. EDUC. MED. 1990;1:33-40
5. FERNANDEZ AM?, Y COLS. EL PERFIL DEL ALUMNO DE PRIMER INGRESO A FACULTAD DE MEDICINA. REV. FAC. MED. MEX. 1984;8:173-197
6. GANO VF,. EDUCACION MEDICA .GACETA MEDICA DE MEXICO 1991;2:173-197
7. VILLALPANDO CJ,. LA FORMACION DE MEDICOS ESPECIALISTAS EN EL IMSS. REV. MED. IMSS 1986;24:279-285
8. PONCE DE LEON CM, Y COLS. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE DETECCION DE NECESIDADES EN EDUCACION MEDICA CONTINUA. GACETA MEDICA DE MEXICO 1991;2:199-206
9. GARRET JE,. FUNCION DEL MEDICO EN LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD. EDUCACION MEDICA Y SALUD. 1988;3:249-255