



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

## CONOCIMIENTO POBLACIONAL SOBRE EL MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A  
DR. RAÚL SALVADOR REYES PÉREZ

TUTORA:

**DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO**

ASESORA METODOLÓGICA:

**DRA. MA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA**



MÉXICO D. F.

GENERACIÓN 2004-2007



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.

## **TUTORA**

---

Dra. Victoria Pineda Aquino

Especialista en Medicina Familiar

Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud de la UMF No. 20

## **ASESORA METODOLÓGICA**

---

Dra. María del Carmen Aguirre García  
Especialista en Medicina Familiar  
Profesora Titular del Curso de Especialización  
en Medicina Familiar de la UMF No. 20

**Vo. Bo.**

---

Dra. Santa Vega Mendoza  
Especialista en Medicina Familiar  
Profesora Adjunta del Curso de Especialización  
en Medicina Familiar de la UMF No. 20

## AGRADECIMIENTOS

A mi hija IRAN por que con tu llegada colmaste mi vida de bendición y te convertiste en el centro de mi vida y mi razón de ser, así como a pesar de tu corta edad comprendes mis largas ausencias.... esto es por ti princesa !!!

A MARYFER y mis abuelas por engrandecer y cuidar mi alma

A mis padres por darme la vida y a mis hermanos por apoyarme

A la UNAM mi alma mater por darme la oportunidad de convertirme en un profesionalista ya que sin ella difícilmente hubiese alcanzado el éxito obtenido.

Μυψ εν εσπεγιαλ α τι Εδνα οφοσ δε φυεγο  
πορ ενσε)αρμε ελ περδαδερο σιγνιφιχαδο δε αμαρ....  
λα νοχηε νοσ υνε πασε λο θυε πασε  
“Σιεμπρε φυντοσ... σιεμπρε υνιδοσ... σιεμπρε αμαντεσ ....”

Gracias .....

**“CONOCIMIENTO POBLACIONAL SOBRE EL  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE  
PRIMER NIVEL”**

## **INDÍCE.**

Resumen.....	1
Antecedentes.....	2
Justificación.....	7
Planteamiento del problema .....	8
Pregunta de investigación.....	9
Objetivos.....	10
Hipótesis .....	11
Material y métodos.....	12
Variables del estudio.....	15
Descripción del estudio.....	18
Resultados.....	20
Análisis y Discusión.....	37
Conclusiones.....	39
Comentarios y sugerencias.....	41
Bibliografía.....	42
Anexos.....	44

# CONOCIMIENTO POBLACIONAL SOBRE EL MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL

Reyes Pérez Raúl Salvador <sup>(1)</sup> , Pineda Aquino Victoria <sup>(2)</sup>

## RESUMEN

**Introducción:** Actualmente existe un concepto erróneo entre los derechohabientes (D.H.) del Instituto acerca de lo que es un Médico Familiar (M.F.) debido en gran medida a que no se genera información sobre el mismo por las unidades medicas, es por ello que el DH esta predispuesto a que recibe una atención de baja calidad, al confundir al MF con el médico general sin saber que recibe atención por un especialista.

**OBJETIVO:** Identificar el nivel de conocimiento de los derechohabientes de la UMF 20 sobre el médico de primer nivel con y sin la especialidad de medicina familiar.

**MATERIAL Y METODOS:** se realizó un estudio transversal descriptivo observacional en la UMF No 20 se aplicaron 420 cuestionarios de 40 items para evaluar el grado de información, el concepto y los dominios: saber, saber hacer y saber ser un medico familiar.

**Resultados:** se encontró que el 73% de los DH manifestó tener un conocimiento adecuado de su MF en los diferentes dominios evaluados sin encontrar diferencia en cuanto al turno en que se atienden; encontrando diferencia significativa al tomar en cuenta si son atendidos por un medico con la especialidad o sin ella.

**Conclusiones:** Se observó que el grado de conocimiento de los DH sobre el MF es alto pero que esta se incrementa cuando son atendidos por un especialista en la materia y de la misma manera el DH tiene una mejor percepción del mismo al ser atendido por un MF.

Palabras clave : conocimiento, medico familiar, poblacional

(1) Médico residente de tercer año de medicina familiar

(2) Especialista en medicina familiar, coordinadora clínica de educación e investigación en salud de la UMF No 20

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Es importante analizar el desarrollo de la medicina familiar a través del tiempo para comprender la trascendencia que tiene el presente estudio.

La profesión médica, antes del año 1800 se dividía en tres: médicos miembros de una profesión aprendida mediante formación universitaria, cirujanos barberos con formación totalmente empírica y los boticarios que producían y vendían las drogas, pero la medicina como la conocemos hoy existe desde el siglo XIX. (1)

Durante el siglo XIX en Europa y América del Norte fue la era del médico general. Un médico que integró la mentalidad positivista de la ciencia en el auge y que incorporó a su práctica la cirugía y la farmacopea, así como la obstetricia. En esta época una sola persona era capaz de abarcar todo el conocimiento médico existente. De hecho el médico general del siglo XIX cumplía con las actividades realizadas por el médico familiar en la actualidad. Era un conocedor de su comunidad, un consejero, un líder, un estudioso constante, un epidemiólogo práctico y un investigador.

En 1884 se fundó la Asociación Nacional de Médicos Generales en Gran Bretaña.

En la época de 1940 en todos los países existía el tipo de profesional médico que atendía a toda la familia e incluso atendía como consejero a los problemas que surgían en el seno familiar; cada familia tenía su médico, en general siempre el mismo lo que permitía continuidad en la atención. (1)

La medicina de familia evolucionó de la medicina general en la década de los sesentas, en la época de la guerra de Vietnam, de los movimientos civiles y de la agitación social en muchas partes del mundo. Esto también debido a que se dio una tendencia a la especialización que comenzó en la segunda guerra mundial y una formación inadecuada para un sistema de atención cada vez más complejo. Al mismo tiempo, la población americana y los planificadores de la salud mas aventajados censuraron la fragmentación de la medicina del país y exigieron la creación de un servicio médico especializado de la atención sanitaria personalizada: el médico de familia. Con la ayuda de la American Academy of General Practice y de los médicos generales de EEUU, en 1969 la medicina de familia se convirtió en la vigésima especialidad médica americana. Se creó un sistema de residencia de tres años de duración. La reacreditación obligatoria fue instaurada por la American Board of Family Practice y todos los médicos de familia de E.U. Han de reacreditarse cada 7 años y las otras especialidades han seguido este ejemplo. (2)

En otros países, la medicina de familia y la medicina general evolucionaron de diversas maneras. Por ejemplo, en España un real decreto de 1978 creó oficialmente la especialidad de medicina familiar: "el médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario". Gran Bretaña, el elemento clave de la

National Health Service fue el Médico General (General Practitioner) y recientemente la Unión Europea ha estipulado que, para la medicina general, la docencia de posgrado debe durar por lo menos dos años completos, de los cuales, seis meses han de tener lugar en un centro acreditado. Existe la European Academy of Teachers of General Practice y, también un European Center of Research and Development In Primary Health Care. (2)

En algunos países latinoamericanos también cuentan con programas de residencia en medicina familiar; existe un centro internacional para la medicina de familia con sede en Buenos Aires, Argentina. En Cuba el médico de familia es el principal protagonista del plan de salud global que se ofrece a los ciudadanos del país. Asimismo en México la medicina de familia ha desempeñado un importante papel en la atención sanitaria desde la década de los 70. (2)

En 14 países asiáticos de la costa del pacífico existe también un currículo basado en la medicina de familia. La especialidad inició sus pasos en Corea del Sur, Malasia, Singapur, Hong Kong, Taiwán y Filipinas; en Australia y Nueva Zelanda está firmemente establecida. Rusia, India y China han comenzado ya a elaborar los programas de docencia. (1)

La especialidad existe también en Sudáfrica, Egipto y Nigeria. Hay una comisión árabe para la medicina de familia que supervisa la docencia en países como Arabia Saudita, Oman, Kuwait y Jordania. (2)

La práctica de la especialidad varía según los países, por ejemplo en Estados Unidos, Canadá y Nepal los médicos de familia trabajan activamente a nivel hospitalario. En otros países como Gran Bretaña y Latinoamérica la medicina de familia ejerce sobre todo una atención primaria y poco en el ámbito hospitalario. El grupo Internacional que reúne todos los especialistas es la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la institución creó el curso de especialización de Medicina Familiar el 15 de marzo de 1971; no obstante la facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, le dio el reconocimiento universitario en 1974 y desde esa fecha, otras universidades han avalado también el curso. (3)(15)

Hasta febrero de 2004 se habían formado en el IMSS 14,500 médicos familiares, de los cuales cerca del 50% desarrollaban actividades como médico en la consulta externa en primer nivel de atención, y el otro 50% se desempeña en urgencias, actividades médico -administrativas, como jefe de departamento clínico o en puestos directivos en las delegaciones o a nivel central (16)

El curso de especialización ha tenido dos etapas, una de rápida generalización se desarrolló hasta contar entre 1982 a 1984 con 52 sedes y generaciones de hasta 1200 egresados a nivel nacional. La segunda etapa fue de descenso y estabilización ya que en febrero de 1993 cuando egresó la vigésima generación de médicos familiares, el IMSS había formado alrededor de 10,316, lo que representa el grupo de especialistas más numerosos de la institución. (4)

A pesar de la gran cantidad de médicos familiares formados para el primer nivel de atención, alrededor de 6000 médicos generales ocupan puestos de médico familiar, por lo que en el 2001 se firmó un convenio con la Universidad Nacional Autónoma de México para instrumentar un curso de especialización en medicina familiar, dirigido a los médicos generales del IMSS en una modalidad llamada "semipresencial" que garantice la formación en la especialidad y dar continuidad en la prestación del servicio del primer nivel, al mismo tiempo que le permita desarrollar las actividades académicas y clínicas formativas, sustentadas en el desarrollo de habilidades clínicas acordes con el médico egresado de la residencia médica de medicina familiar.(17)

## **PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO FAMILIAR EN MÉXICO.**

- Formación y capacitación.

Actualmente en el país y principalmente en las instituciones de Seguridad Social, laboran aproximadamente 17,000 médicos familiares, y aunque su contratación los identifica así, no todos tienen la misma preparación, por lo que se distinguen tres categorías:

- a) Médicos generales sin capacitación específica para desarrollar la disciplina.
- b) Médicos familiares con estudios de posgrado y
- c) Otro tipo de especialistas, que por no poderse ubicar en los servicios hospitalarios, también se llegan a emplear en unidades y clínicas de Medicina Familiar.

## **FORMACIÓN ACADÉMICA DEL MÉDICO FAMILIAR**

La formación de médicos familiares con especialidad, se inició en el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1971. A esta experiencia también se unieron el Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado y la Secretaría de Salud, con programas académicos diferentes. El reconocimiento universitario para la especialidad fue otorgado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México en 1974 y por otras 18 universidades tiempo después. El IMSS ha hecho 4 modificaciones al programa académico del posgrado, hasta que se instaló un Plan único de especialidades médicas en 1994.

El curso de posgrado dura tres años y las sedes se ubican en Unidades y Clínicas de Medicina familiar que cuenten con especialistas en la disciplina, así como población adscrita fija a cada uno de ellos. Las subsedes son Unidades de segundo nivel con las especialidades básicas: cirugía, pediatría, medicina interna y ginecología-obstetricia, así como servicio de urgencias las 24 horas.

La estructura y organización del programa académico se da en torno a las funciones médicas: clínica, administrativa, investigación y educación y su metodología se centra en la solución de problemas de prevención, curación y rehabilitación.

Las actividades se organizan en ciclos anuales y se conforman por cuatro actividades académicas distribuidas de acuerdo al tiempo como sigue: atención médica tiene 92.3 horas; investigación 5%, docencia, 1.7%, y 1.0% para la administración. (1)

Estas se organizan en dos modalidades didácticas: trabajo y seminarios. El trabajo tiene como propósito aplicar los conocimientos y destrezas psicomotrices durante 35 horas semanales y los seminarios se destinan a profundizar en el estudio sistemático del individuo y la familia durante 10 horas semanales. Cabe hacer mención de que la enseñanza de las entidades nosológicas se imparte de acuerdo a los criterios de Hiss y Vanselow, la misma que clasifica a la profundidad, precisión e importancia de lo que debe aprender el alumno. Para los alumnos del IMSS, la práctica clínica se efectúa en las sedes y subsedes durante dos años y medio y el tercer año asisten a Unidades Rurales que esta institución tiene para atender a la población marginada. Los residentes de otras instituciones no asisten a la práctica de campo.

Así bien, las actividades realizadas en el consultorio de medicina familiar llevadas a cabo ya sea por el especialista en la materia o por el médico general están establecidas en la guía de actividades para el personal de salud en las unidades con medicina familiar; luego entonces si ambos médicos tienen que realizar las mismas actividades la diferencia radica en el grado de preparación con la que cuenta cada uno de ellos (guía de actividades para el personal de salud en las unidades con medicina familiar p 23-29. Nov 2000) (1)

Una vez comprendidos la evolución que a la que ha estado sometida la medicina general hacia la familiar y la transición en los diferentes momentos históricos de la humanidad nos enfocaremos a las actividades propias del especialista en medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Es en esta institución en donde como pionera en nuestro país de la medicina familiar se encaminan programas de actividades a realizar en las unidades de primer nivel, dando atención a los diversos grupos con medidas tanto curativas como preventivas siendo esta última las de mayor importancia para los programas asistenciales que en ellas se imparten.

Las labores que se realizan en un consultorio de medicina familiar independientemente de que por situaciones administrativas sean otorgadas por un médico general, especialista en medicina familiar o un especialista de cualquier otra área están establecidas desde que el paciente llega a la sala de espera hasta que termina la consulta, la diferencia aquí radica en el grado de preparación, capacidad de resolución y concepto de la atención para la que el médico familiar esta preparado en toda su formación académica en el curso de su especialidad pues es este quien puede dar atención no solo en el ámbito biológico sino mas halla al comprender que se tiene un concepto de medicina integral. (5)

Así pues las actividades que realiza el médico familiar están sujetas en la actualidad a los programas integrados de salud comprendidos en el PREVENIMSS ya que están dentro del proceso de mejora de atención médica, así el Instituto ha diseñado e implantado la estrategia de Programas Integrados de Salud, más conocida como PREVENIMSS y que hace referencia a las acciones de carácter preventivo, para mejorar la salud de sus derechohabientes.(13)

El modelo de atención a la salud que el Instituto ha desarrollado es de carácter integral, con base en la prevención, curación y la rehabilitación. Sin embargo, el énfasis principal siempre ha sido el de la curación, es decir, la atención del daño y no su prevención, lo que aunado a la transición demográfica y epidemiológica se ha traducido en elevados gastos de atención médica y en coberturas e impactos limitados para las acciones de carácter preventivo.

Para dar respuesta a la problemática antes mencionada, el Instituto diseñó y consensó la estrategia PREVENIMSS durante 2001, y la implementó y puso en operación durante 2002. Se trata de una estrategia de prestación de servicios, sistemática y ordenada, de acciones educativas y preventivas, organizadas por grupos de edad.

La definición de estos grupos y el contenido de los programas de salud correspondientes, se hizo con base en la transición demográfica y epidemiológica, y en el cambio de enfoque los programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, por el de la protección de la salud de grupos poblacionales. Y en ello se engloba en los siguientes rubros:(12,13)

- Promoción de la salud
- Nutrición
- Prevención y control de enfermedades
- Identificación oportuna de enfermedades
- Salud reproductiva

## JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el Instituto Mexicano de el Seguro Social esta viviendo una importante transformación en toda su estructura, tratando de adaptarse a las cambiantes condiciones de una sociedad cada vez más exigente abordando los retos que esto implica para esta gran institución.

Es por ello que se ve en la obligación de mejorar la calidad de atención en todos sus niveles, tratando de dar un mejor servicio a sus derechohabientes.

En este sentido, una de sus principales preocupaciones es mejorar de forma radical las unidades de primer nivel; las cuales atienden a la mayor parte de la población a su cargo y es en ellas donde es imprescindible un mejor servicio pues una función eficiente de las mismas se reflejará en una reducción en la carga de trabajo en segundo y tercer nivel de atención mejorando de forma sustancial el servicio que se brinda.

Así pues, se entiende la importancia de las unidades de medicina familiar para el Instituto, es por ello que se está tratando de alcanzar la excelencia en este ámbito apostando por el Médico Familiar como parte fundamental en la estructura del Instituto.

Una de las principales acciones que se deben de resolver, es cambiar la mentalidad del derechohabiente con respecto al concepto que se tiene sobre el médico familiar, ya que en la actualidad, en términos generales, el derechohabiente desconoce siquiera que este es un especialista, confundiéndolo en gran medida con un médico general, teniendo la percepción de que está recibiendo en muchas ocasiones una deficiente calidad de atención.

Por lo tanto el objetivo de este estudio es demostrar que el derechohabiente tiene concepto inadecuado de lo que es un Médico Especialista en Medicina Familiar, en gran medida por una información inadecuada o simplemente por que no es generada por el Instituto ni en las Unidades de Medicina Familiar.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Actualmente existe un concepto erróneo entre los derechohabientes del instituto acerca de lo que es un Médico Familiar, esto debido en gran medida a que durante un largo periodo de tiempo, la mayoría de las plazas de Médicos Familiares estaban ocupadas en su mayoría por Médicos Generales y un número pequeño de Médicos Especialistas en otras áreas que fueron colocados en estas plazas al no encontrar vacantes en su ramo, dejando un número reducido de Médicos Especialistas en Medicina Familiar y que aunque el número de estos últimos se ha acrecentado en los últimos años sigue siendo limitado, por ende las Unidades de Medicina Familiar ejercían su función por médicos no especialistas en esta rama y por tanto el derechohabiente esta predispuesto desde un principio a que la atención brindada por el Médico Familiar es inadecuada o de baja calidad con respecto a la atención otorgada por otros Especialistas; así pues se llega a confundir de manera infundada al Médico Familiar con el Médico General, que sin menospreciar su grado de preparación, dista de la adquirida por un Especialista en Medicina Familiar, el cual esta sometidos tres años de preparación por las diferentes especialidades, adquiriendo además de experiencia, habilidades y conocimiento una visión y mentalidad distintas de la atención integral de la salud en el primer nivel de atención.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué grado de conocimiento tienen los derechohabientes de la U. M. F. 20 sobre su médico familiar?

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL: (PROPUESTA)

- Identificar el nivel de conocimiento de los derechohabientes de la UMF 20 sobre el médico de primer nivel con y sin la especialidad de medicina familiar.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar si se brinda información sobre que es un médico familiar por la UMF No 20 (información)
- Identificar el concepto real que tiene el paciente sobre el Médico Especialista en Medicina Familiar. (concepto)
- Evaluar si el derechohabiente considera que el médico familiar esta bien preparado para resolver sus problemas de salud. (saber)
- Identificar si la población esta satisfecha con los servicios brindados por el médico que lo atiende en el consultorio de el primer nivel de atención. (saber hacer)
- Evaluar si el paciente es informado sobre el diagnóstico, su padecimiento y el tratamiento que se le otorga por el médico en el consultorio así como la actitud y el interés que muestra hacia el medico hacia el. (saber ser).
- Evaluar si hay diferencias entre los anteriores objetivos con respecto a si el médico tiene la especialidad de medicina familiar o no cuenta con ella.

### **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

La población de la UMF 20 desconoce lo que es un Médico Especialista en Medicina Familiar y por tanto tiene un concepto erróneo del mismo.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Diseño del estudio**

- ❑ Por la participación del investigador: Observacional
- ❑ Por la medición en tiempo: Transversal
- ❑ Por la comparación de poblaciones: Descriptivo

## **PROPÓSITO DEL ESTUDIO**

Sistemas de salud

### **SITIO DE ESTUDIO:**

Se realizo en la UMF No 20 del IMSS, la cual está ubicada en la Calzada Vallejo No 675 Colonia Magdalena de las Salinas, México, D. F. C. P . 07760.

Esta unidad cuanta con 30 consultorios y 60 médicos distribuidos en dos turnos: matutino y vespertino, ofreciendo los siguientes servicios: Medicina Familiar, Estomatología, Medicina del Trabajo, Enfermera Materno-Infantil, Epidemiología, Dietología, Trabajo Social, Medicina Preventiva la cual se encarga de escuelas y empresas, Departamento de Enseñanza y Dirección.

## **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Hombres y mujeres mayores de edad derechohabientes de la UMF N0 20 que puedan responder el cuestionario.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:**

### **Criterios de inclusión:**

Todos aquellos derechohabientes que soliciten atención por el Médico Familiar

### **Criterios de exclusión:**

Aquellos menores de edad y a aquellos que por alguna discapacidad no puedan responder el cuestionario.

### **Criterios de eliminación:**

Todos aquellos que no completen el cuestionario.

## TAMAÑO DE LA MUESTRA

Al tener una población superior a diez mil, el tamaño de la población exacta para la obtención del tamaño de muestra es de poca importancia, por lo que aplicaremos la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2(p \times q)}{d^2} = \frac{(1.96)^2(.50 \times .50)}{(0.05)^2} = 384 + 20\% = 420$$

n= tamaño de la muestra deseada

p= proporción de la población objeto de estudio que se estima tiene una característica determinada, p= prevalencia 50%

q= 1- p

d= grado de precisión deseado

Z= desviación en relación a una distribución normal estándar. Generalmente es fijada en 1.96 que corresponde a un nivel de confianza del 95% para una población mayor a 10,000.

## TIPO DE MUESTREO:

Tipo de muestreo no probabilístico: Muestreo de casos consecutivos

## **VARIABLES VARIABLES UNIVERSALES**

### **SEXO**

Definición conceptual: Condición orgánica, masculina o femenina de los animales y plantas.

Definición operacional: Se calificará de acuerdo al sexo femenino o masculino que contesten el instrumento.

Escala de medición: Cualitativa nominal

### **EDAD**

Definición conceptual: Espacio de años que han ocurrido de un tiempo a otro.

Definición operacional: Preguntando al paciente su edad.

Escala de medición: Cuantitativa de razón

## **VARIABLES DE ESTUDIO**

### **ESPECIALIDAD:**

Definición conceptual: Rama de una ciencia, arte o actividad cuyo objetivo es una parte limitada de ellas, sobre la cual poseen saberes o habilidades muy precisos quienes la cultivan.

Definición operacional: investigando con los jefes de departamento clínico si son médicos generales, especialistas en otra área o en medicina familiar.

Escala de medición: Cuantitativa nominal.

### **TURNO:**

Definición conceptual: Orden en que van sucediéndose o alternándose las personas para realizar una tarea en un espacio de tiempo en su lugar de trabajo.

Definición operacional: Turno matutino y vespertino.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

**NOMBRE:**

Definición conceptual: Palabra que designa cualquier realidad, concreta o abstracta, y que sirve para referirse a ella, reconocerla y distinguirla de otra.

Definición operacional: Preguntando el nombre del médico al paciente.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

**DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS**

Se creó un instrumento con 40 preguntas con opción de respuestas cerradas. El instrumento quedo conformando por cinco dominios: información generada por la UMF No 20 de lo que es un médico familiar valorado con seis preguntas, concepto que el derechohabiente tiene de su médico familiar valorado por cinco preguntas y tres subdominios que evalúan el prestigio de el medico los cuales son: el saber, valorado con diez preguntas, saber hacer valorado con diez preguntas y saber ser un médico familiar valorado con nueve preguntas.

Estas encuestas fueron realizadas por las señoritas asistentes médicos a aquellos pacientes que estaban en espera de recibir atención médica antes de pasar a consulta.

**LA EVALUACIÓN SERÁ DE LA SIGUIENTE MANERA: ESCALA CALIFICACION SABE NO SABE ETC.**

Escala de medición:

La escala global de medición será de la siguiente forma para evaluar cada uno de los dominios integrados en el cuestionario; aplicando a cada uno la escala de likert

**INFORMACIÓN GENERADA POR LA UMF 20 SOBRE EL ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR:**

Definición conceptual: Difusión de las características con las que cuenta un especialista en medicina familiar para la atención integral de la salud por parte de las personas que laboran en las unidades de primer nivel.

Definición operacional: mediante las preguntas del cuestionario.  
(3, 6, 8, 11, 12, 22)

Tomando en cuenta los puntos obtenidos en el cuestionario se calificará de la siguiente forma:

- \* 23-30puntos esta informado = 1 en la escala de likert
- \* 15-22puntos regularmente informado = 2 en la escala de likert
- \* 6-14 puntos desinformados = 3 en la escala de likert

Escala de medición: cualitativa nominal

## **CONCEPTO POBLACIONAL SOBRE EL MÉDICO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION**

**Definición conceptual:** La percepción que tiene el derechohabiente acerca de el médico del primer nivel de atención

**Definición operacional:** mediante las preguntas del cuestionario.  
(4, 33, 34, 35, 40,).

Tomando en cuenta la puntuación obtenida en el cuestionario se determinará lo siguiente:

- \* 19-25 puntos buenos = 1 en la escala de likert
- \* 13-18 puntos regular = 2 en la escala de likert
- \* 5-12 puntos malos = 3 en la escala de likert

Escala de medición: cualitativa nominal

## **Conocimiento poblacional sobre el Médico Especialista en Medicina Familiar**

**Definición. Conceptual:** Una capacidad que tiene la población para distinguir y reconocer el nivel de preparación entre un médico general y un médico especialista, en cuento a sus habilidades profesionales, actividades que desempeña y el saber desarrollarse como persona ante el paciente.

**Definición. Operacional:** de acuerdo a un cuestionario, que está formado por tres dominios:

\* SABER preguntas (2, 5, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 24,28)

- \*38-50 puntos sabe = 1 en escala de likert
- \*25-37 puntos sabe de forma regular = 2 en escala de likert
- \*10-24 puntos no sabe = 3 en la escala de likert

\* SABER HACER preguntas ( 9,13,14,17,25,26,27,29,30,31)

- \*38-50 puntos hace = 1 en la escala de likert
- \*25-37 puntos hace de forma regular = 2 en la escala del likert
- \*10-24 puntos no hace = 3 en la escala de likert

\*SABER SER preguntas (1, 7, 10, 19, 32, 36, 37, 38,39,)

- \*34-45 puntos sabe ser = 1 en la escala de likert
- \*22-33 puntos regular = 2 en la escala de likert
- \*9-21 puntos no sabe ser = 3 en la escala de likert

Escala de medición: Cualitativa nominal para cada uno de los dominios, para evaluar el Conocimiento poblacional sobre el Médico Especialista en Medicina Familiar se realizó un promedio de los dominios señalados.

## **DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

Se encuestaron a 420 derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No 20 (10 pacientes por cada consultorio) del turno matutino como del vespertino elegidos los consultorios de forma aleatoria , sin importar edad o sexo de los pacientes encuestados los cuales estaban en espera de recibir atención por el Médico Familiar y que tenían las capacidades suficientes para responder el cuestionario (saber leer y escribir) a los cuales se les aplicó un instrumento sobre los conocimientos que tienen sobre el médico familiar en el cual evaluamos el concepto que tienen del médico que los atiende, el grado de información que genera la UMF sobre el médico familiar y tres dominios específicos sobre las actividades del médico especialista en medicina familiar (saber, saber hacer y saber ser)., sin importar si el paciente es atendido por un médico general, médico especialista en otra área o por un médico especialista en medicina familiar ya que cualquiera de ellos deberá cumplir con los objetivos de el cargo que están desempeñando .

NOTA: Se tomó como médicos sin especialidad a aquellos médicos que hayan obtenido la categoría de médico familiar en base a currículo y antigüedad ya que no cursaron una residencia médica, ni siquiera en la variedad semipresencial.

## **ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Posteriormente se procedió a la recolección de la información, una vez obtenida la misma se realizó la concentración por cada consultorio y se folio cada cuestionario, se calificaron de forma individual para después hacer una evaluación global de los 10 cuestionarios realizados por consultorio y aplicar un método estadístico para el análisis de los mismos utilizando estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Así pues se obtuvieron resultados parciales y globales de cada uno de los consultorios evaluados y posteriormente se obtuvieron resultados parciales en los que se separaron en dos grupos uno de médicos sin la especialidad de medicina familiar y el otro de los que cuentan con ella, posteriormente se obtuvo un resultado final y general de la obtención de la evaluación total de ellos., Obtenido en base a los puntajes establecidos y descritos con anterioridad.

## RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo observacional en la Unidad de Medicina Familiar No 20, en 420 derechohabientes de ambos turnos, a los que se les aplicó un cuestionario ex profeso evaluando los siguientes dominios: grado de información, el concepto que tiene el derechohabiente de su médico familiar, en el rubro de el saber, saber hacer y saber ser.

Los consultorios evaluados fueron 52.38% del turno matutino y 47.61% del turno vespertino (Ver Tabla 1)

La escolaridad de los médicos fue en el 69.04% especialistas en medicina familiar y el 30.94% sin especialidad en el ramo.(Tabla 2)

Distribuidos por turno de la siguiente manera: en el turno matutino el 63.63% contaron con la especialidad y 36.36% careció de ella, mientras que en el turno vespertino el 75% contaron con especialidad y el 25% no. (Tabla 2<sup>a</sup>)

Los resultados generales obtenidos de los 420 cuestionarios realizados en los diferentes dominios fue la siguiente: La percepción que tuvo el derechohabiente sobre lo que es un especialista en medicina familiar fue adecuada en un 60%. El concepto (que se refiere a la impresión que tiene el derechohabiente de su médico familiar como profesionalista) que tuvieron fue bueno en más de la mitad de los casos. Con respecto al grado de preparación del médico los pacientes opinaron que era adecuada en 63.8%. En relación con las habilidades que efectúa el médico al revisar a los pacientes, el cual fue explorado con el dominio saber hacer, el 77.1% de los encuestados manifestó haber recibido una buena consulta. La percepción que tuvieron los pacientes de su médico como persona (dominio saber ser) fue en la mayor parte de los encuestados un buen medico familiar con una opinión en este sentido de un 77.1%. (Tabla 3)

Con respecto a la evaluación desglosada por turnos en los diferentes dominios fue la siguiente: en lo que respecta al grado de información en el turno matutino el 60.9% refirieron estar informados contra 59% del turno vespertino, en cuanto el concepto sobre su médico la percepción fue similar en ambos turnos 64% y 63% respectivamente; la percepción del dominio saber en el turno matutino el 63.6% refirieron que su médico tiene una buena preparación, contra un 64% en el turno vespertino con la misma opinión, en cuanto al dominio saber hacer el 75% los pacientes en turno matutino opinaron que su médico les otorgaba una buena consulta, mientras que en el 79% del turno vespertino tuvieron esta misma percepción; por último en lo que respecta a el dominio saber ser el 75.9% del turno matutino estimaron que su médico sabe ser un buen médico familiar contra un 78.5% del turno vespertino con esta misma percepción. (Tabla 4)

Al realizar la evaluación entre los derechohabientes atendidos por un médico familiar con especialidad y los que carecen de ella los resultados fueron los siguientes: en la variable información el 62.7% de los encuestados recibieron atención por un médico con especialidad quienes refirieron estar informados sobre lo que es un médico familiar, mientras que el solo 53.8% de los que son atendidos por un médico sin especialidad refieren estar informados.

En el concepto que tiene el paciente hacia su médico el 70% de los que recibieron atención por un médico con especialidad lo consideraron como un buen médico, mientras que solo el 50% de los que estuvieron siendo atendidos por un médico sin la especialidad opinaron que su médico fue bueno.

A lo que corresponde al dominio saber el 65.5% de aquellos que reciben atención por un médico con la especialidad opinaron que su médico esta bien preparado para otorgar la consulta médica, mientras que solo el 60% de aquellos que recibieron atención por un médico sin la especialidad refirieron que su médico estuvo preparado.

En el dominio saber hacer el 82% de los que recibieron atención por un médico con la especialidad en medicina familiar opinaron que el médico otorgó una buena consulta contra el 65.4% de aquellos que recibieron atención por un médico sin la especialidad que opinaron lo mismo.

Por último en lo que respecta al concepto de saber ser el 82.4% de los encuestados que recibieron atención por un médico con la especialidad opinaron que su médico sabe ser un buen médico familiar contra un 65.4% de aquellos que no recibieron atención por un médico con esta especialidad.(Tabla 5)

## TABLAS

**Tabla 1. Número de Consultorios evaluados por cada turno**

	<b>n</b>	<b>%</b>
MATUTINO	22	52.38
VESPERTINO	20	47.61

**Tabla 2. Número de consultorios evaluados que cuentan con médico especialista en medicina familiar por turno. Grafica 3**

<b>MEDICOS</b>	<b>MATUTINO</b>	<b>%</b>	<b>VESPERTINO</b>
ESPECIALISTAS	14	63.63	15
NO ESPECIALISTAS	8	36.36	5

**TABLA 2<sup>a</sup>**

<b>TURNO</b>	<b>CON ESPECIALIDAD</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>SIN ESPECIALIDAD</b>	<b>n</b>
MATUTINO	14	140	33.33	8	80
VESPERTINO	15	150	35.71	5	50

**Tabla 3. RESULTADOS GLOBALES EN LOS DIFERENTES DOMINIOS EVALUADOS**

<b>VARIABLE</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>INFORMADO*</b>		
• informado	252	60
• regularmente informado	156	37.1
• desinformado	12	2.9
<b>CONCEPTO*</b>		
• bueno	267	63.6
• regular	124	29.5
• malo	29	6.9
<b>SABER*</b>		
• preparado	268	63.8
• regularmente preparado	124	29.5
• falta preparación	28	6.7
<b>SABER HACER*</b>		
• da una buena consulta	324	77.1
• regular	83	19.8
• no da una buena consulta	13	3.1
<b>SABER SER*</b>		
• sabe ser buen médico familiar	324	77.1
• regular	84	20
• no sabe ser médico familiar	12	2.9

**Tabla 4. RESULTADOS DE LOS DIFERENTES DOMINIOS CONSIDERANDO**

<b>INFORMACION</b>	<b>MATUTINO</b>	<b>%</b>	<b>VESPERTINO</b>	<b>%</b>
Informado	134	60.9	118	59
Regular	81	36.8	75	37.5
Desinformado	5	2.2	7	3.5
<b>CONCEPTO</b>				
Bueno	141	64	126	63
Regular	60	27.2	64	32
Malo	19	8.6	10	5
<b>SABER</b>				
Preparado	140	63.6	128	64
Regular	64	29	60	30
No apto	16	7.2	12	6
<b>SABER HACER</b>				
Da una buena consulta	165	75	159	79.5
Regular	48	21.8	35	17.5
No da buena consulta	7	3.1	6	3
<b>SABER SER</b>				
Sabe ser	167	75.9	157	78.5
Regular	45	20.4	39	19.5
No sabe ser	8	3.6	4	2

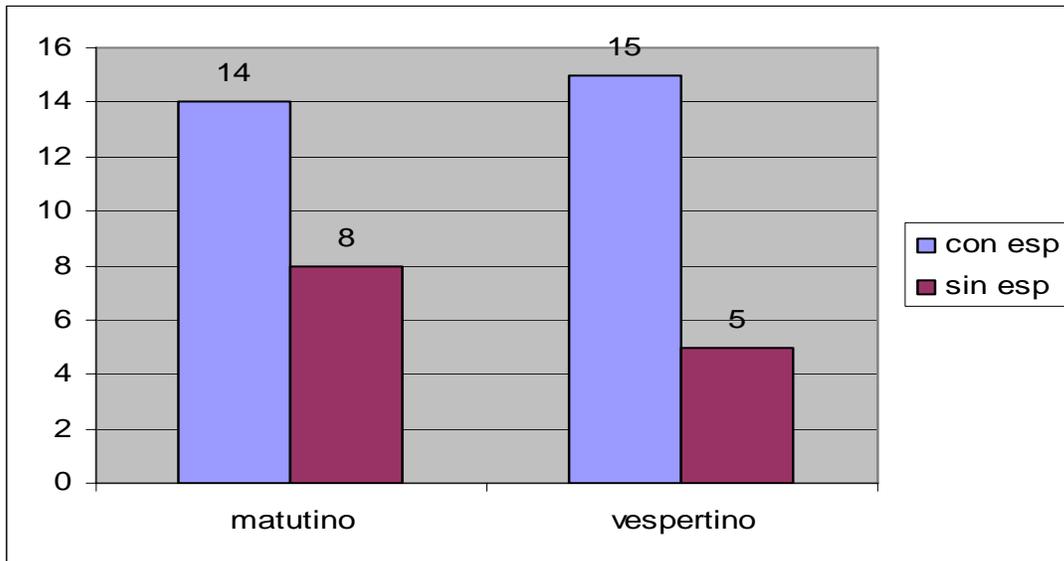
**EL TURNO**

<b>INFORMACION</b>	<b>CON ESPECIALIDAD</b>	<b>%</b>	<b>SIN ESPECIALIDAD</b>	<b>%</b>
Informado	182	62.7	70	53.8
Regular	102	35.1	54	41.5
Desinformado	6	2	6	4.6
<b>CONCEPTO</b>				
Bueno	202	69.7	65	50
Regular	79	27.2	45	34.6
Malo	9	3.1	20	15.4
<b>SABER</b>				
Preparado	190	65.5	78	60
Regular	88	30.3	36	27.7
No apto	12	4.1	16	12.3
<b>SABER HACER</b>				
Da una buena consulta	239	82.4	85	65.4
Regular	46	15.9	37	28.5
No da buena consulta	5	1.7	8	6.2
<b>SABER SER</b>				
Sabe ser	239	82.4	85	65.4
Regular	48	16.6	36	27.7
No sabe ser	3	1	9	6.9

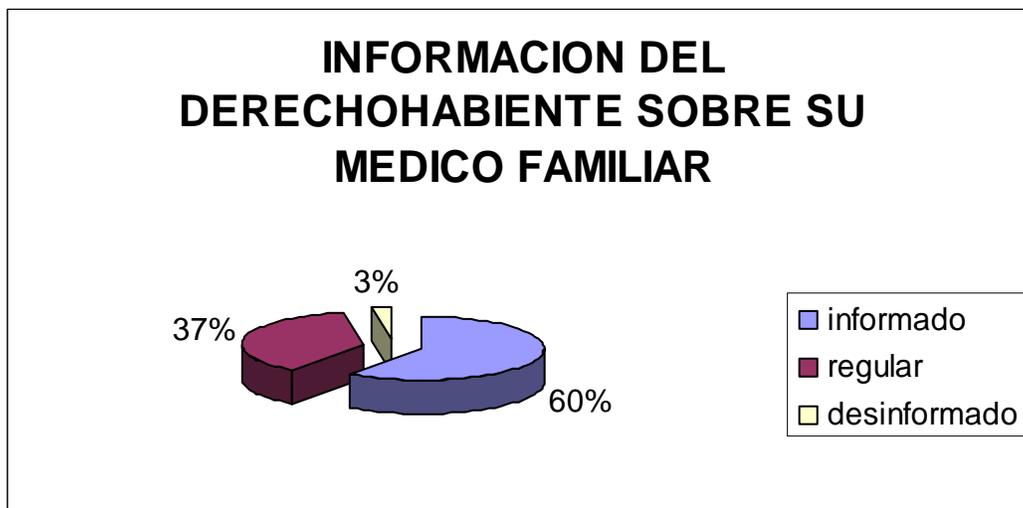
**TABLA 5. RESULTADOS DE LOS DIFERENTES DOMINIOS EVALUADOS DESGLOSADOS ENTRE MEDICOS CON Y SIN ESPECIALIDAD**

## GRÁFICAS

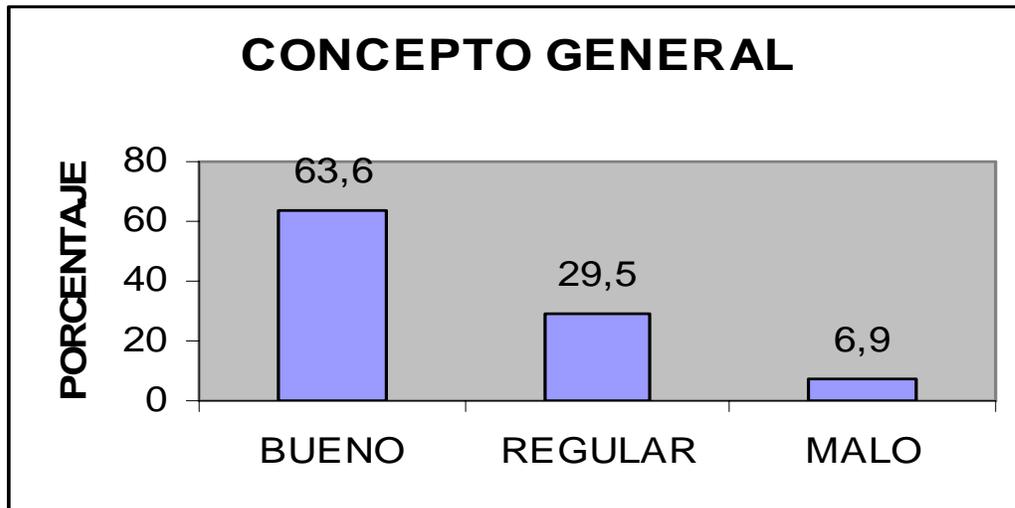
**GRÁFICA 1. CONSULTORIOS EVALUADOS POR TURNO**



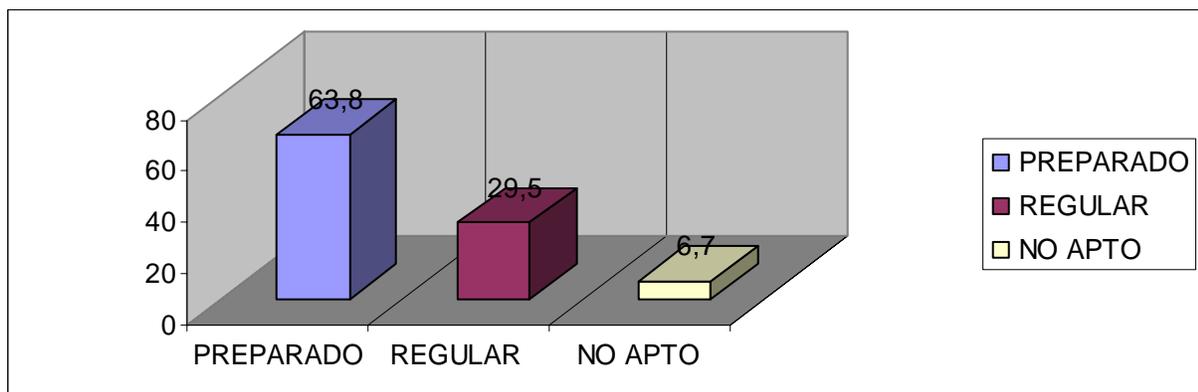
**GRÁFICA 2**



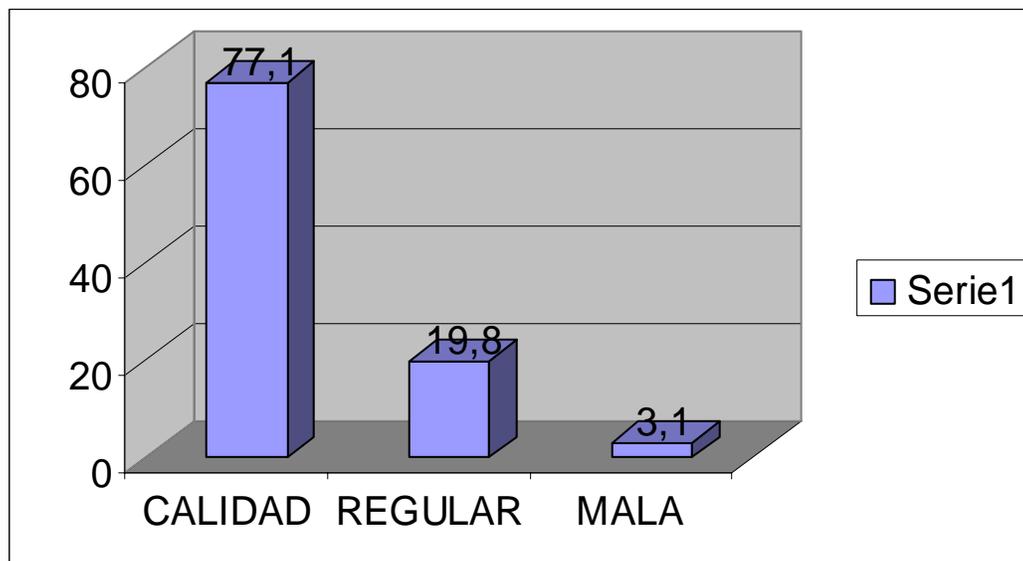
**GRÁFICA 3. CONCEPTO QUE TIENE EL DERECHOHABIENTE SOBRE SU MÉDICO FAMILIAR**



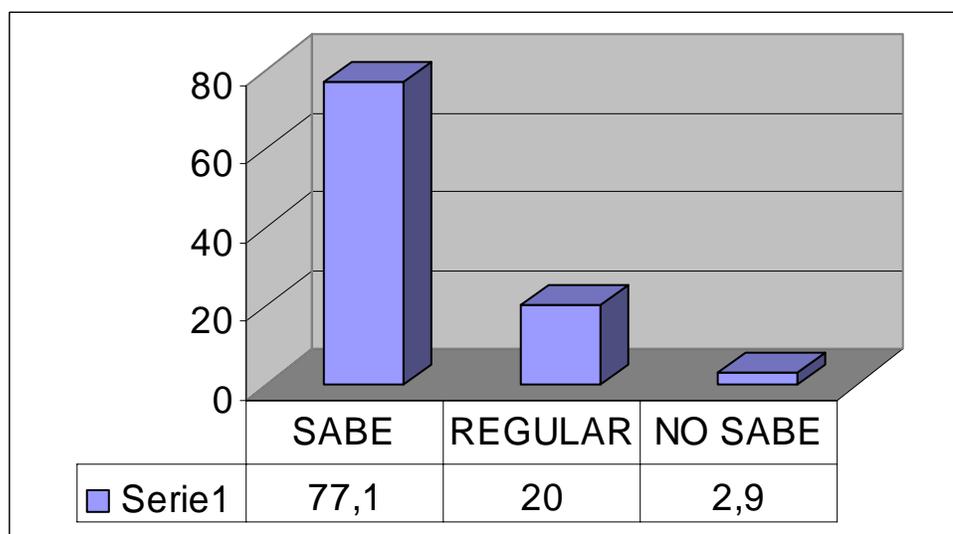
**GRÁFICA 4. PERCEPCIÓN DEL DERECHOHABIENTE SOBRE EL GRADO DE PREPARACIÓN DE SU MÉDICO**



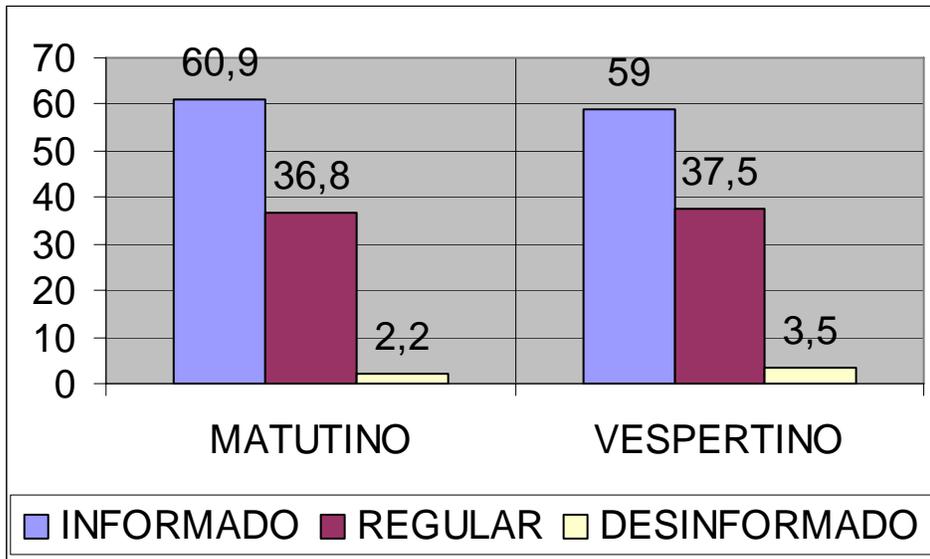
**GRÁFICA 5. PERCEPCIÓN QUE TIENE EL DERECHOHABIENTE SOBRE EL DOMINIO SABER HACER**



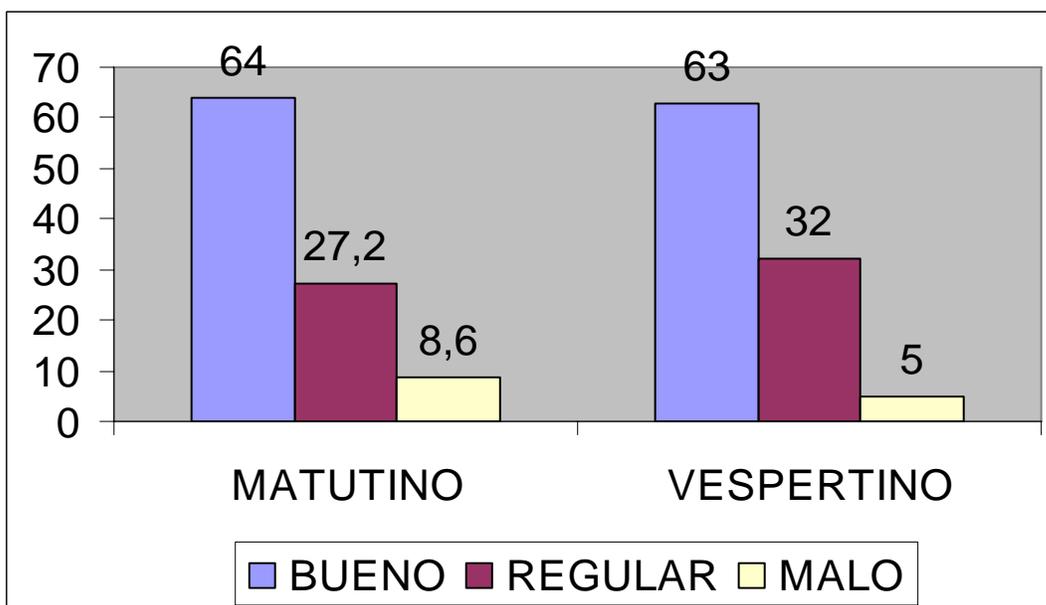
**GRÁFICA 6. PERCEPCIÓN QUE TIENE EL DERECHOHABIENTE SOBRE EL CONCEPTO SABER SER UN MÉDICO FAMILIAR**



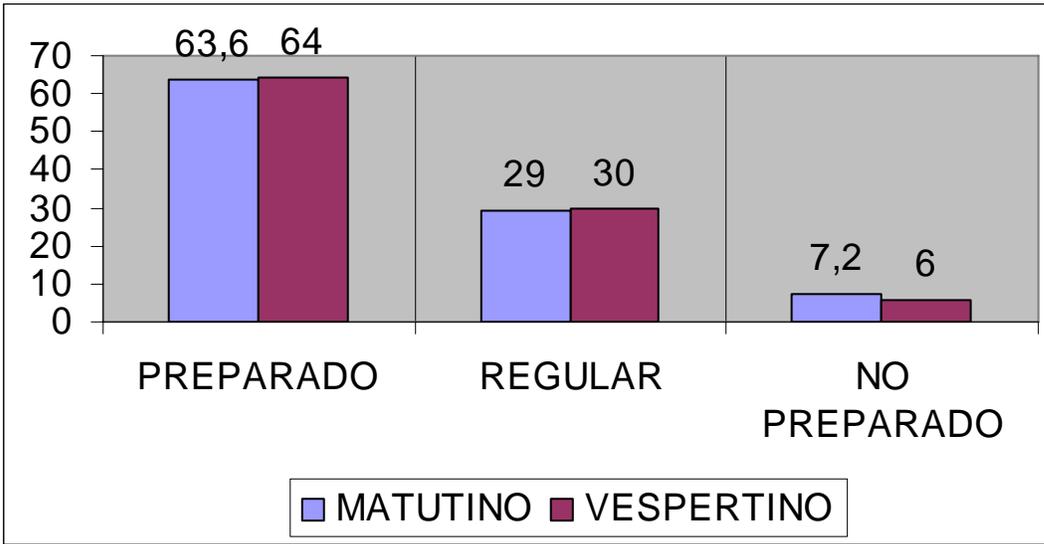
**GRÁFICA 7. GRADO DE INFORMACIÓN QUE TIENEN LOS DERECHOHABIENTES SOBRE LO QUE ES EL MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**



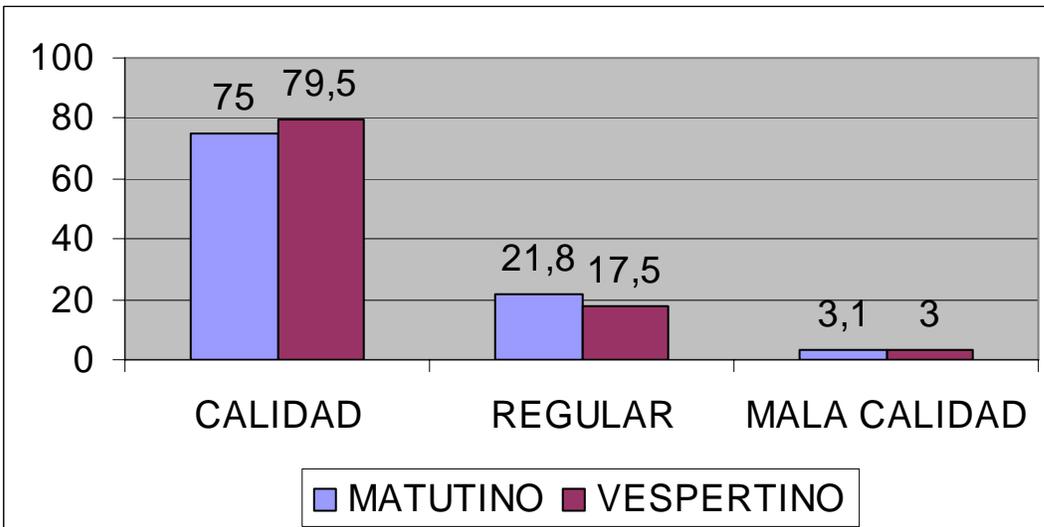
**GRÁFICA 8. CONCEPTO QUE TIENE EL DERECHOHABIENTE SOBRE SU MÉDICO FAMILIAR**



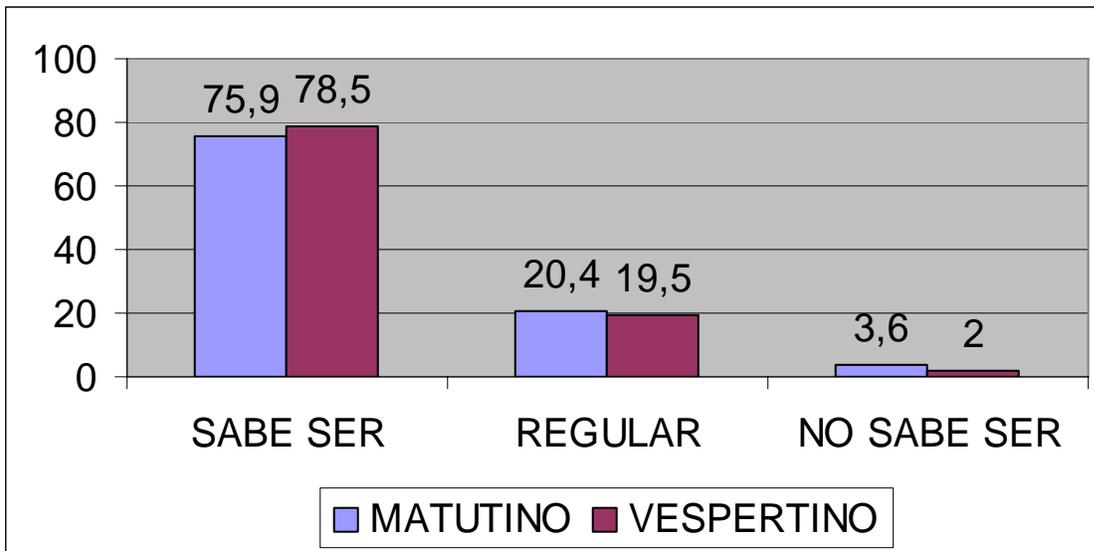
**GRÁFICA 9. PERCEPCIÓN DEL DERECHOHABUENTE SOBRE SU MÉDICO FAMILIAR EN EL DOMINIO SABER**



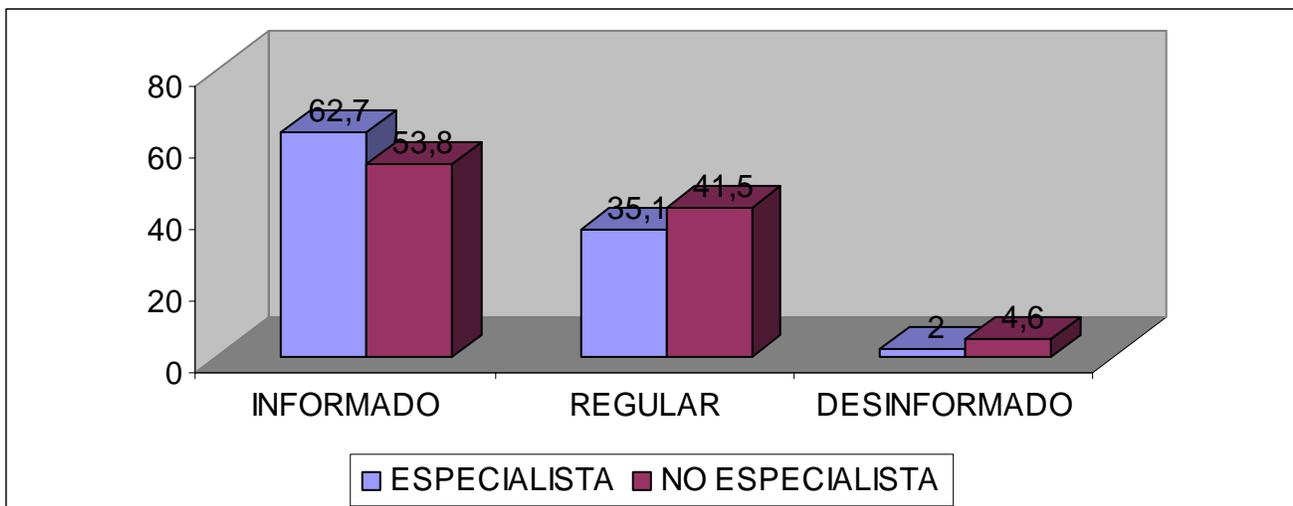
**GRÁFICA 10. OPINIÓN DEL DERECHOHABUENTE SOBRE EL DOMINIO SABER HACER**



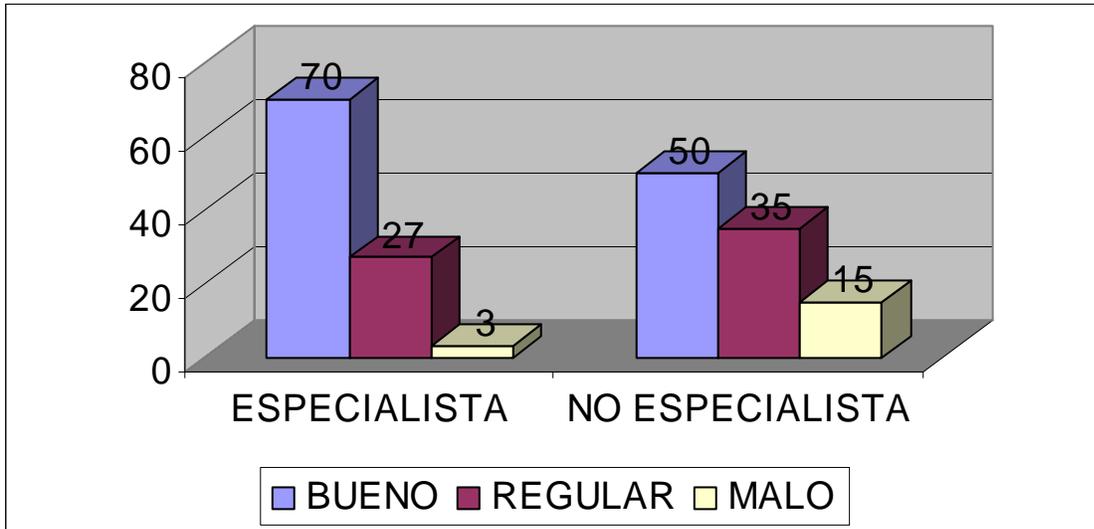
**GRÁFICA 11. PERCEPCIÓN DEL DERECHOHABIENTE SOBRE EL DOMINIO SABER SER UN MÉDICO FAMILIAR POR EL MÉDICO QUE LOS ATIENDE**



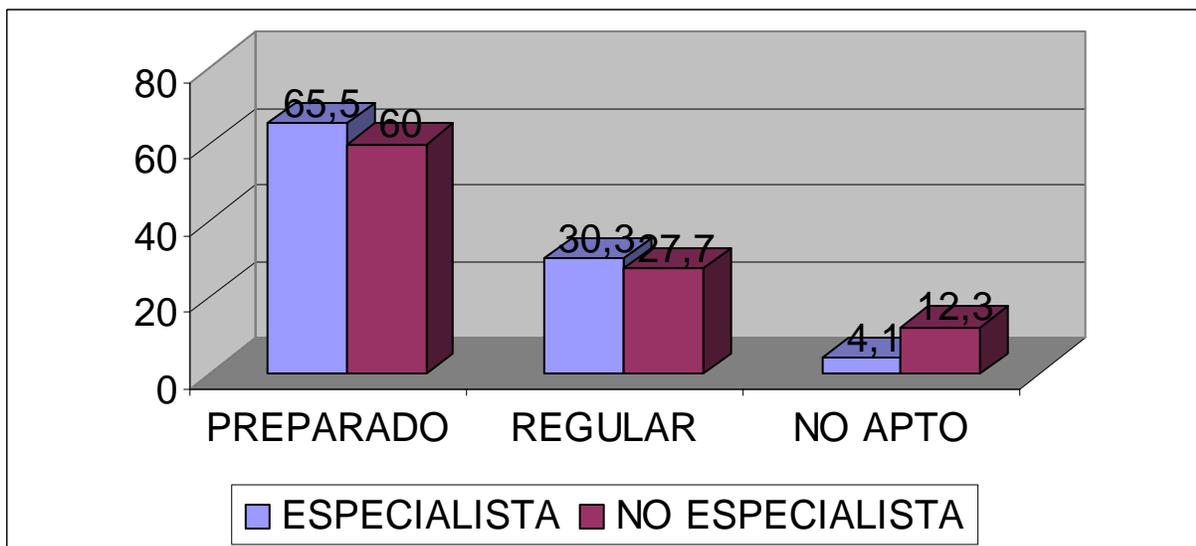
**GRÁFICA 12. INFORMACIÓN QUE TIENE EL DERECHOHABIENTE SOBRE EL MÉDICO FAMILIAR CON RESPECTO A SI ES ATENDIDO POR UN MÉDICO QUE CUENTA CON LA ESPECIALIDAD O SIN ELLA**



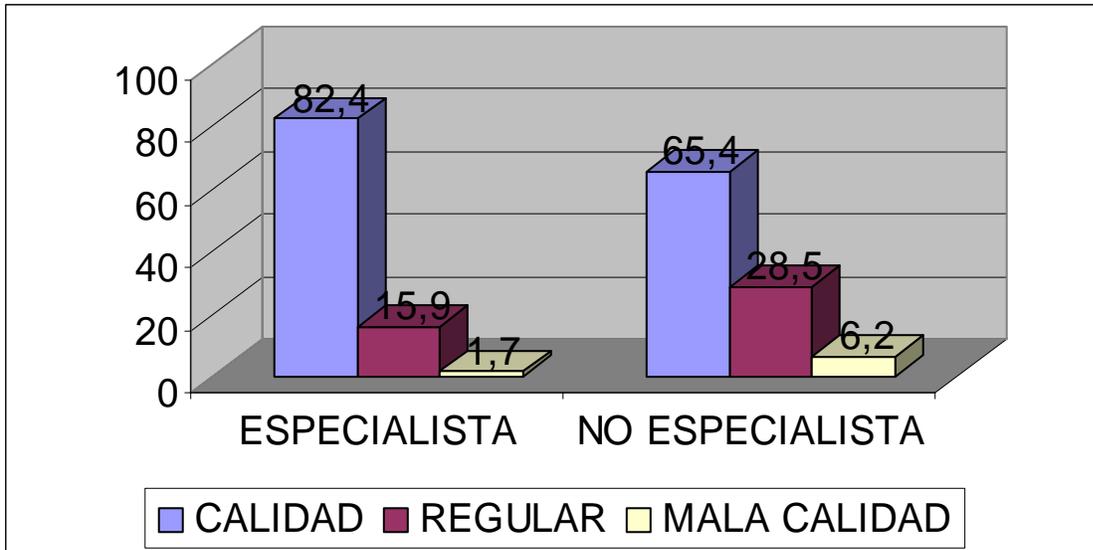
**GRAFICA 13. CONCEPTO QUE TIENE EL DERECHOHABIENTE DE SU MÉDICO FAMILIAR CON RESPECTO A SI ES ATENDIDO POR UN MÉDICO QUE CUENTA CON LA ESPECIALIDAD O SIN ELLA**



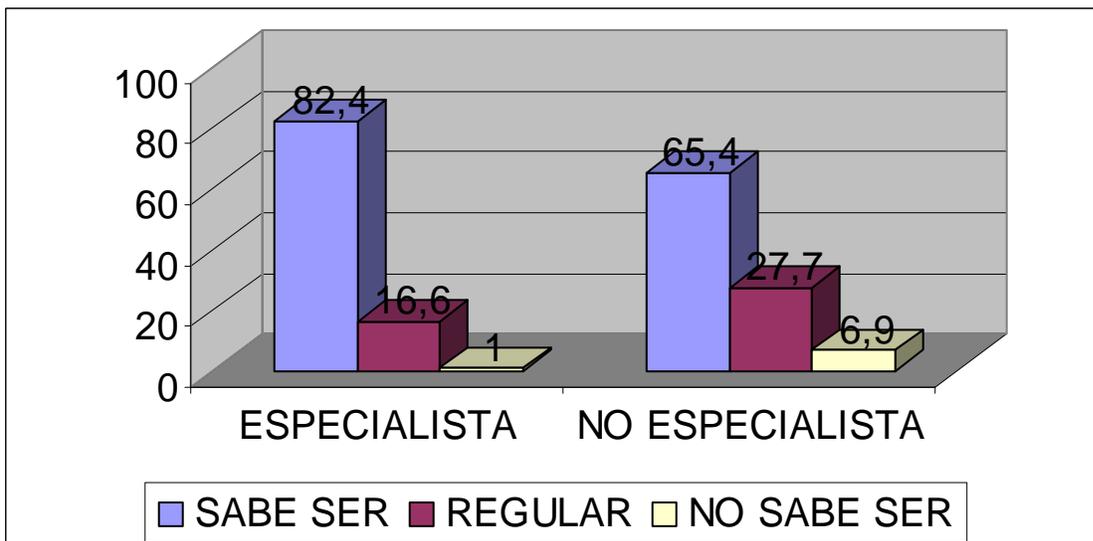
**GRÁFICA 14. PERCEPCIÓN DEL DERECHOHABIENTE SOBRE EL DOMINIO SABER DE SU MÉDICO FAMILIAR CON RESPECTO A SI ES ATENDIDO POR UN MÉDICO QUE CUENTA CON LA ESPECIALIDAD O SIN ELLA**



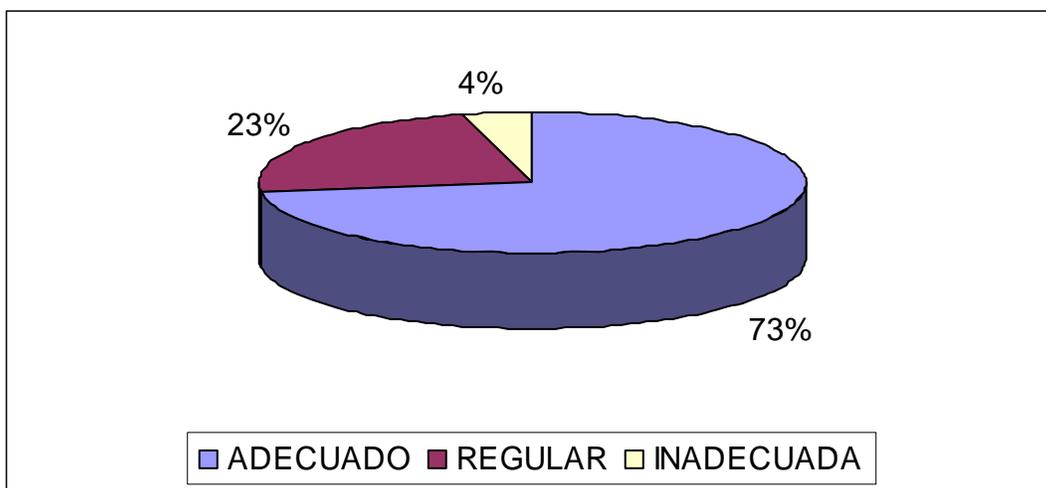
**GRÁFICA 15. PERCEPCIÓN DEL DERECHOHABIENTE SOBRE EL DOMINIO SABER HACER POR SU MÉDICO FAMILIAR CON RESPECTO A SI ES ATENDIDO POR UN MÉDICO QUE CUENTA CON LA ESPECIALIDAD O SIN ELLA**



**GRÁFICA 16. PERCEPCIÓN DEL DERECHOHABIENTE SOBRE EL DOMINIO SABER SER UN MÉDICO FAMILIAR CON RESPECTO A SI ES ATENDIDO POR UN MÉDICO QUE CUENTA CON LA ESPECIALIDAD O SIN ELLA**



**GRAFICA 17 CONOCIMIENTO POBLACIONAL DE LOS DERECHOHABIENTES  
SOBRE SU MEDICO FAMILIAR EN LA UMF 20**



## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social se ha dado a la tarea de realizar un programa encaminado a la mejora de la atención en las unidades de primer nivel, en este sentido ha aumentado la formación de médicos especialistas en medicina familiar a últimas fechas, tanto en la modalidad tradicional como en la variedad semipresencial (16,17) que si bien ha formado residentes desde 1971 las exigencias de la demanda de este servicio lo ha obligado aumentar el número de sus egresados en esta especialidad y así mejorar continuamente a las exigencias de la sociedad que protege. (1-2) otorgándoles cada vez mejor servicio en las acciones médico-preventivas (5,13). Por tal motivo nuestro interés por evaluar el grado de información de los derechohabientes, el concepto y la percepción que se tiene de la especialidad y del médico familiar.

La satisfacción ha sido medida en diversas naciones por ejemplo se reporta un 95% de satisfacción en Canterbury en comparación con un 62% en Moscú y 60% en Arabia Saudita. En México se han aplicado encuestas cuyos resultados varían del 76 a 88% de satisfacción. A pesar de que en nuestro estudio no evaluamos la satisfacción como tal, podemos hacer la contrastación con el dominio saber hacer y saber ser de tal manera que en ambos encontramos un 77.1%. Los factores que se han encontrado relacionados a la satisfacción en los estudios comentados fueron la oportunidad, la relación médico-paciente, el trato humano y la calidad de la atención. (14)

Así pues se realizó una búsqueda de antecedentes en los que se pudiera tener comparativa para nuestro estudio en nuestro país, sin embargo solo se encontraron artículos que medían el grado de satisfacción de usuarios del IMSS y sin encontrar antecedentes sobre los demás dominios evaluados en el presente trabajo por lo que nos es imposible hacer una comparativa con estudios previos que nos sirvan como referencia para discutir el tema.

Recordemos que la satisfacción del usuario se consolida como una forma de evaluar la calidad de la atención médica (20) que en nuestro estudio fue medida como el dominio saber hacer y saber ser un médico familiar.

Así pues la información en el derechohabiente sobre el personal que le está brindando el servicio es de vital importancia pues es aquí donde el debe de saber con que grado de preparación cuanta su médico y que acciones puede realizar, encontrando en nuestro estudio un 60% de derechohabientes que referían estar informados de lo que es un médico familiar. Sin tener diferencias significativa en cuanto al turno en que se atendió 60% en el matutino y 59% en el vespertino.

Con respecto al concepto que se tiene del médico familiar que es uno de los aspectos básicos a cambiar en el derechohabiente para así mejorar el grado de confianza hacia su médico el 63% lo consideró como bueno sin encontrar diferencia significativa entre el turno en que se le brinda la atención al paciente (63% matutino y 64% en el vespertino).

De la misma forma se le preguntó sobre si consideraba que su médico estaba preparado para (dominio saber) resolver sus demandas de salud en donde en un 63.8% respondió que pensaba que si esta bien preparado sin encontrar una diferencia significativa entre el turno en el cual es atendido el paciente (63% en el matutino y 64% en el vespertino).

Para el concepto saber hacer se le preguntó a nuestros encuestados si consideraban que su médico realizaba la exploración física, les tomaba la presión arterial y que si en general los examinaba durante la consulta, el 77.1% respondieron que en general su médico les otorgaba una buena consulta, y al evaluar por turno el 75% de los del turno matutino respondieron igual y 79.5 % del vespertino consideraban lo mismo.

Por último se evaluó el concepto saber ser donde evaluamos la confianza de el paciente hacia su médico, que refleja la relación médico paciente y de que visión tiene el derechohabiente como persona sobre su médico en donde el 77.1% de ellos opinó que su médico saber ser un buen médico familiar, en el turno matutino el 75.9% lo expresaba así mientras que en el vespertino un 78.5% consideraba que su médico sabía ser un buen médico familiar.

Donde encontramos una diferencia significativa fue al realizar cruces en cuánto a la evaluación del médico con respecto a si cuenta con la especialidad o si carece de ella.

Encontramos un 62.7% de pacientes informados para los atendidos por un especialista vs 53.8% para los que no fueron atendidos por un especialista. En cuento al concepto un 69.7% consideraba bueno a su médico (médico especialista) y un 50% consideraba bueno a su médico (no especialista).

En el dominio saber un 65% consideraba que su médico estaba preparado (médico especialista) vs un 60% que consideraba que su médico estaba preparado (médico no especialista).

En cuento a los dominios saber hacer y saber ser encontramos los mismos resultados con un 82.4% que opinaban que su médico otorgaba una buen consulta y que al mismo tiempo sabía ser un buen médico familiar (médico especialista) vs 65% que opinaba lo mismo sobre su médico (no especialista).

En integración de resultados el conocimiento poblacional sobre el medico fa miliar fue del 73% quienes refirieron una buena información y percepción de lo que es su médico familiar, 23% lo conceptuaron en regular y solo 4% como malo. (Grafica 17)

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos del presente trabajo con respecto al grado de información que tienen los derechohabientes sobre la especialidad de medicina familiar fue del 60% como informados en forma global, con un 37.1% de pacientes que tenían una información regular lo que se mantuvo en los mismos porcentajes al analizar este rubro por el turno en que los pacientes recibían atención médica; llamó la atención que al realizar el análisis divariado tomando en cuenta la especialidad encontramos una diferencia en donde se observa que aquellos pacientes que reciben atención por un médico con especialidad en medicina familiar tenían un grado mayor de información con respecto a los que carecen de ella 62% vs 53%.

En cuanto al concepto que el derechohabiente tiene de su médico encontramos que en general 60% los cataloga como bueno, sin encontrar diferencia en cuanto al turno en que se atienden; de la misma manera encontramos diferencia significativa al realizar el análisis para la especialidad encontrando que un mayor número de derechohabientes (69.7%) de los atendidos por un especialista en la materia lo consideraban bueno contra un 50% de aquellos que carecen de esta especialidad e incluso llegando en un 15.4% a considerar como malo a los médicos que no tienen la especialidad

Al evaluar el dominio saber (grado de preparación) en forma general un 63% opinaban que su médico estaba adecuadamente preparado sin encontrar diferencia significativa en cuanto al turno en que se les brinda el servicio y al realizar el análisis con la especialidad encontramos que el médico con especialidad fue considerado como preparado en un 65% vs un 60% de los atendidos por un médico sin la especialidad, llamándonos la atención que un 12.3% de los derechohabientes que recibían atención por un médico sin especialidad opinaban que su médico no estaba adecuadamente preparado

Encontramos resultados similares al evaluar los dominios saber hacer y saber ser en forma general en donde en un 77.1% los derechohabientes opinaban que su médico otorga una buena consulta y que sabe ser un buen médico familiar sin encontrar diferencias significativas en el turno en donde se les brinda la atención; pero al realizar el análisis con la especialidad de igual forma se mostró una diferencia significativa entre los médicos que cuentan con especialidad con un 82% en el que se les consideraba que otorgaban una buena consulta y que con el mismo porcentaje sabían ser un buen médico familiar vs un 65.4% de los pacientes que recibían atención por un médico sin la especialidad y para nosotros con un alto índice del 6-7% considerando como un médico que no otorga una buena consulta y que no sabe ser un médico familiar en aquellos que recibían atención por un médico sin la especialidad.

Por tanto nuestra conclusión es que el grado de información que tiene el derechohabiente sobre lo que es un medico familiar es baja pues en nuestro estudio solo alcanzo un 60% lo que refleja la pobre generación de la misma por parte de la institución y de las propias unidades de medicina familiar.

En cuanto al concepto observamos que los derechohabientes tienen un mejor concepto de su medico cuando estos son atendidos por un medico con especialidad en medicina familiar (69%) independientemente de el turno en que se les brinde el servicio con respecto a aquellos que son atendidos por un medico que carece de esta especialidad. Lo que nos hace saber que el medico con especialidad en medicina familiar realiza su función de forma mas eficiente

Con respecto al dominios saber, saber hacer y saber ser un medico familiar encontramos que hay una mejor perspectiva por parte de los derechohabientes sobre el medico que les brinda la atención cuando estos cuentan con la especialidad en medicina familiar que en los casos en que son atendidos por un medico que carece de ella en todos estos rubros evaluados lo que nos hace saber que un medico con especialidad en medicina familiar se desempeña de mejor forma que uno que no curso esta preparación y que el paciente a pesar de pensar que esta siendo atendido por un medico familiar llega a notar la diferencia en términos de la atención recibida y reflejada en la opinión y perspectiva que tiene del medico que los atiende.

## **COMENTARIOS Y SUGERENCIAS**

Podemos decir que el conocimiento poblacional sobre el medico familiar es bueno, sin embargo debe de realizarse un mayor grado de información al derechohabiente para conscientizarlo de que la calidad de la atención brindada en las unidades de primer nivel es adecuada para las demandas de los derechohabientes; y aunque nuestro estudio no fue especifico para el grado de información si dejo ver que el paciente que es atendidos por un especialista en medicina familiar tiene una mejor percepción del medico de primer nivel y reflejo un mayor grado de información sobre la especialidad en comparación con los que recibieron atención con médicos sin esta especialidad. Por lo que habrá de realizarse estudios posteriores mas específicos al respecto.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Medicina de Familia Julio Ceitlin. 1997 Pág. 101-154., 186-190
- 2.-Medicina Familiar. Taylor 5 ed. 2002 Pag. 2-8
- 3.-Medicina Familiar en México Enrique cárdenas de la Peña 2 ed 2003 pag 43-70.
- 4.-Medicina familiar Ian R. Whinney 1995 Pág. 3-12.
- 5.-Guía de actividades del personal en las unidades de medicina familiar. IMSS 2000.
- 6.-Hernández Sampeiro Roberto, Metodología de la investigación. Ed Mc Graw Hill. 3ra edición. 2003
- 7.-Fajardo Rodríguez A, GGA. Como preparar un resumen estructurado. Nutrición Clínica Volumen 1, Enero-febrero 1998.
- 8.-Diseño de proyectos de investigación. IMSS 2003
- 9.-Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social .(México, Vol.35 No.6,1997) p.p. 469-480.
- 10.- Consistencia y validez de una medición en Investigación clínica Pediátrica .Definición, evaluación, y su interpretación. Boletín Medico del Hospital Infantil de México. Vol.48 ,No.5 Mayo,1991. pp. 367-381.
- 11.- Muestreo, Manual para el diseño en investigación operativa en planificación familiar,2a ed. México,1991, cap. 8 pp.52-61.
- 12.- [http:// www.imss.gob.mx/eep/simf.htm](http://www.imss.gob.mx/eep/simf.htm)

13.[http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS\\_SITIOS/DPM/Servicios/PREVENIMSS/prevenimss\\_home\\_001\\_2003\\_12.htm](http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/DPM/Servicios/PREVENIMSS/prevenimss_home_001_2003_12.htm)

14. Satisfacción de usuarios IMSS Rev. Med. IMSS 2002; 40 (5): 373-378

15.-Family medicine at the dawn of the 21 st century. García-Peña IMSS 2005 pp 133-149,

16.-Chávez AV. Especialización en medicina familiar, modalidad semipresencial en el IMSS. Rev. Med.. IMSS 2005; 175-180.

17.-Convenio IMSS UNAM, para la formación de médicos especialistas en medicina familiar, modalidad semipresencial, Octubre 2001

18.-Dausset J. Bioética y Responsabilidad Científica. Rev. Med. Y Soc. 1997; 18:78.

19.-Ética y bioética Cuestión epistemológica aplicada a la salud. 2002 (2005 feb 12). Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos/eticaybio/html>

20.-Ramírez RO, López SA. Satisfacción del usuario en una unidad de medicina familiar de una institución de seguridad social de la ciudad de México. Archivos en medicina familiar. 2005;7 (1): 22-26

## **ANEXOS**

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días o buenas tardes:

El presente trabajo es un estudio de tesis de la especialidad de Medicina Familiar en donde se pretende indagar el CONOCIMIENTO POBLACIONAL SOBRE EL MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL.

Sus respuestas ayudaran a mejorar la calidad de atención a usted y con ello se implementaran estrategias para que todos los derechohabientes obtengan beneficios de estas acciones.

La entrevista durara pocos minutos, con la posibilidad de retirarse cuando lo desee, recordándole que esto es estrictamente confidencial y con fines académicos, sin ninguna repercusión laboral y no es necesario que nos diga su nombre.

---

FIRMA

Por su colaboración gracias.

## CUESTIONARIO

Buenos días (tardes):

Se esta realizando en la Unidad de Medicina Familiar No.20, un estudio que servirá elaborar una tesis profesional acerca de la información que tienen los derechohabientes sobre su médico familiar, y para ello le pediría fuera tan amable de contestar unas preguntas que le serán fáciles de responder, con la mayor sinceridad posible; no hay preguntas correctas ni incorrectas.

La información que nos proporcione será manejada con la más estricta confidencialidad.

Lea las instrucciones cuidadosamente antes de comenzar a responder el cuestionario.

### *INSTRUCCIONES:*

Lea las preguntas cuidadosamente, en caso de tener alguna duda hágala saber antes de responder. Cada pregunta tiene varias opciones de respuesta puede repetir la respuesta que usted considere pues NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS NI INCORRECTAS, así que señale la que usted crea conveniente. GRACIAS POR SU COOPERACIÓN!!

Sexo\_\_\_\_\_ Edad\_\_\_\_\_ Consultorio\_\_\_\_\_

Turno\_\_\_\_\_

1.-Considera la atención brindada por su Médico Familiar como:

a) Muy buena    b) Buena    c) Regular    d) Deficiente    e) Muy deficiente

2.-Considera que la preparación de un Médico Familiar es:

a) Muy buena    b) Buena    c) Regular    d) Deficiente    e) Muy deficiente

3.-La información que ha recibido sobre que es un Médico Familiar es:

a) Muy buena    b) Buena    c) Regular    d) Deficiente    e) Muy deficiente

4.-Usted sabe si su Médico Familiar es un especialista:

a) Muy bueno    b) Bueno    c) Regular    d) Deficiente    e) Muy deficiente

5.- Considera usted que la preparación del medico familiar para la atención integral para cada uno de los integrantes de su familia es:

a) Muy buena    b) Buena    c) Regular    d) Deficiente    e) Muy deficiente

6.-En su opinión la Especialidad en Medicina Familiar es:

a) Muy buena    b) Buena    c) Regular    d) Deficiente    e) Muy deficiente

7.-El trato que le da su Médico Familiar durante la consulta es:

- a) Muy buena b) Buena c) Regular d) Deficiente e) Muy deficiente

8.-En su clínica se le orienta sobre las acciones medicas y preventivas que su medico familiar realiza:

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

9.-Considera que la satisfacción que le deja una consulta con su Médico Familiar es:

- a) Muy buena b) Buena c) Regular d) Deficiente e) Muy deficiente

10.-Como cataloga a su Médico Familiar:

- a) Muy bueno b) Bueno c) Regular d) Deficiente e) Muy deficiente

11.-Dentro de todas las especialidades médicas usted considera a la de Medicina Familiar como:

- a) Muy buena b) Buena c) Regular d) Deficiente e) Muy deficiente

12.-Suponiendo que el médico que lo atiende es un especialista en Medicina Familiar usted considera como:

- a) Muy bueno b) Bueno c) Regular d) Deficiente e) Muy deficiente

13.- En su opinión su Médico Familiar aborda su problema de salud en forma:

- a) Muy buena b) Buena c) Regular d) Deficiente e) Muy deficiente

14.-Cuando acude a consulta con el médico de su clínica usted sale satisfecho con el trato que le proporciona?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

15.-Usted piensa que su Médico Familiar se prepara para atenderlo, orientarlo y diagnosticarle mejor:

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

16.-Usted confía en su médico familiar:

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

17.-Su Médico Familiar resuelve el motivo por el que usted lo consulta:

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

18.-Cuando acude con su Médico Familiar usted busca que lo envíe a consulta con otro especialista:

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

19.-Usted prefiere recibir atención por un Médico Familiar:

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

20.-Usted opina que su Médico Familiar es tan capaz para resolver sus problemas de salud como cualquier otro especialista:

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

21.-Usted piensa que su Médico Familiar esta menos preparado en comparación con otro especialista:

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

22.-Al acudir a su clínica usted recibe información sobre que es un Médico Familiar:

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

23.-Usted piensa que el médico de su clínica sólo termino la carrera de medicina:

a) Si b) No

24.- En su opinión su médico familiar estudio una especialidad:

a) Si b) No

25.-Recibe usted información por su médico familiar de cual es su enfermedad o problema?

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

26.-Recibe usted información por su medico familiar de cual va a ser su tratamiento?

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

27.-Su médico le da información sobre el pronostico de su padecimiento?

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

28.- En su opinión su Médico Familiar se actualiza constantemente?

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

29.-Su médico lo explora durante la consulta?

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

30.-Su médico le toma la presión arterial en cada consulta?

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

31.-Durante la consulta usted es examinado por el su medico con respecto a su problema?

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

32.-Su medico le muestra interés a su problema físico, estado emocional, etc. Durante su consulta?

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

33.-Su médico le da información acerca de cómo prevenir enfermedades?

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

34.- Su médico le da consejos acerca de cómo conservar su salud de acuerdo a su edad?

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

35.-El concepto que tiene usted de su médico familiar es?

a) Muy bueno b) Bueno c) Regular d) Deficiente e) Muy deficiente

36.-La relación que su médico familiar establece con usted durante la consulta es:

a) Muy bueno b) Bueno c) Regular d) Deficiente e) Muy deficiente

37.- Considera usted que el Médico Familiar cuida de la salud de su familia de forma?

a) Muy buena b) Buena c) Regular d) Deficiente e) Muy deficiente

38.- Para usted su Médico Familiar como persona es?

a) Muy bueno b) Bueno c) Regular d) Deficiente e) Muy deficiente

39.- Usted tiene la confianza suficiente para platicarle a su Médico Familiar cualquier tipo de problema?

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

40.- Para usted la impresión que le da su Médico Familiar ante la sociedad como médico es:

a) Muy buena b) Buena c) Regular d) Deficiente e) Muy deficiente

Gracias.