



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
“GUSTAVO A. MADERO”

MÉXICO DF.

LA IMPORTANCIA DE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA
FAMILIAR EN EL PREGRADO.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. EDGAR DANIEL GODINEZ TAMAY

MÉXICO DF. 2007 No. de registro: 220.2007





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**LA IMPORTANCIA DE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA FAMILIAR EN
EL PREGRADO**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

DR. EDGAR DANIEL GODINEZ TAMAY

AUTORIZACIONES

**DR JOSE NARRO ROBLES
ASESOR
RECTOR DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
MÉXICO DF.**

II

**LA IMPORTANCIA DE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA FAMILIAR
EN EL PREGRADO**

PRESENTA:

DR. EDGAR DANIEL GODINEZ TAMAY

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA**

U.N.A.M

**LA IMPORTANCIA DE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA FAMILIAR EN
EL PREGRADO** III

PRESENTA:

DR. EDGAR DANIEL GODINEZ TAMAY

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M**

**LA IMPORTANCIA DE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA FAMILIAR EN
EL PREGRADO**

PRESENTA:

DR. EDGAR DANIEL GODINEZ TAMAY

AUTORIDADES DEL ISSSTE

**DRA. SARA MARTÍNEZ ORIHUELA
DIRECTORA
CLÍNICA GUSTAVO A. MADERO
I.S.S.S.T.E.**

**DR. LUIS BELTRÁN LAGUNES
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
CLÍNICA GUSTAVO A. MADERO**

I.S.S.S.T.E

V

DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR
PROFESORA TITULAR
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO"
ISSSTE, MEXICO DF

DEDICADO A:

Al Dr. José Narro Robles. De antemano muchas gracias por la transmisión de sus conocimientos, dedicación, paciencia y ayuda para la conclusión de este trabajo durante el cual siempre hubo una frase motivante y una disposición de tiempo extra, encontrando en usted a una persona con una excelente calidad humana.

Dr. Edgar Daniel Godinez Tamay RIIIMF

CMF "Gustavo A. Madero"

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por dejarme vivir en el tiempo y lugar exacto, con las personas correctas.

A mis padres:

Daniel y Maria a quienes les debe el haberme dado la vida, el amor y el respeto, por haberme apoyado total e incondicionalmente, gracias a ustedes he podido llegar a donde estoy.

A mis hermanos:

David, Arturo y Daniela, compañeros de juego, de vivienda y experiencias que nos unen con amor por siempre, son excepcionales.

A mi esposa:

Berenice la cual Dios puso en mi camino para compartir experiencias buenas y malas, a la que me une un lazo de amor enorme, formado en confianza y respeto. Gracias por apoyarme y siempre encontrarte con los brazos abiertos.

A la Dra. Laura Sánchez:

Por haber compartido el amor que tiene hacia la medicina familiar, que al transmitirlo cambia por completo la forma de ver el mundo, se forma un nuevo estilo de vida.

A los Drs. Luis Beltrán y Blanca Valadez:

Por todo el apoyo que me brindaron, por ayudarme a crecer en mi desarrollo personal y profesional.

Al Dr. Jorge Balderas Álvarez

Por su dedicación e insistencia por transmitir sus enseñanzas, por sus interesantes clases temáticas y por ser un excelente profesor.

A la Dra. Silvia Munguía Lozano

Por su disposición a la docencia.

A Ariadna Valencia

Por ser mi compañera.

A Nadia y Angelina.

Por ser mis amigas.

	Paginas	
X	Contenido Índice	1
1	Marco Teórico	1
1.1	Introducción	1
1.2	Antecedentes	3
1.3	¿Qué es la medicina familiar?	5
1.4	¿Qué es el internado médico de pregrado?	11
1.5	La medicina familiar en México	12
1.6	¿Cómo son los programas de medicina en las Escuelas y Facultades de Medicina en México?	18
1.7	Planteamiento del problema	21
1.8	Justificación	23
1.9	Objetivos: General y específicos	29
2	Material y métodos	31
2.1	Tipo de estudio	31
2.2	Diseño de investigación del estudio	31
2.3	Población, lugar y tiempo	32
2.4	Muestra	32
2.5	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	32
2.6	Variables	32
2.7	Definición conceptual y operativa de las variables	33
2.8	Diseño estadístico	34
2.9	Instrumento de recolección de datos	34
2.10	Método de recolección de datos	34
2.11	Maniobras para evitar o controlar sesgos	35
2.12	Prueba piloto	35
2.13	Procedimientos estadísticos	35
2.14	Cronograma	37
2.15	Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	37
2.16	Consideraciones éticas	37
3	Resultados	38
3.1	Edad de los médicos internos entrevistados	38
3.2	Sexo de los médicos internos entrevistados	39
3.3	Instituciones educativas de las cuales proceden los médicos internos	39
3.4	Planes de estudios de los médicos internos	39
3.5	Estado civil de los médicos internos	40
3.6	Especialidad médica que desean cursar al término de la licenciatura los médicos internos	40
3.7	Contacto con la medicina familiar como materia obligatoria en el pregrado	40
3.8	Momento académico en que se llevo la materia de medicina familiar	41
3.9	Opinión de utilidad de la materia de medicina familiar en el ejercicio profesional	41
3.10	Contacto con médicos especialistas en medicina familiar en el pregrado	41
3.11	Opinión que tienen los entrevistados de los médicos especialistas en medicina familiar	42
3.12	Concepto de la medicina familiar de los médicos entrevistados	42
3.13	Opinión del campo de trabajo del especialista en medicina familiar de los médicos entrevistados	42
3.14	Opinión de los médicos entrevistados sobre si les gustaría especializarse en medicina familiar	42
3.15	Razones por las que a los médicos internos no les gustaría especializarse en medicina familiar	43
4	Discusión	45
5	Conclusiones	54
6	Referencias	58
7	Anexos	62

X

RESUMEN

Objetivos: Conocer la opinión que tienen los médicos internos de pregrado con respecto a la medicina familiar y corroborar si los planes de estudios de diferentes escuelas la incluyen en sus programas.

Material y métodos: Se entrevistaron 50 médicos internos en dos hospitales del DF, se les aplicó un cuestionario acerca de los conocimientos que tenían de la especialidad de medicina familiar. Se estudiaron 15 variables.

Resultados: Se identificaron tres factores importantes: el primero fue que la mayoría de los entrevistados no tuvieron contacto con la materia de medicina familiar en el pregrado, el segundo fue que la mayoría de los entrevistados no rotan con médicos especialistas en medicina familiar en el pregrado y el tercero es a que un porcentaje muy pequeño de los entrevistados les gustaría especializarse en medicina familiar. Si bien no es una muestra estadísticamente significativa, permite tener un panorama general de lo que acontece en el pregrado. Solamente en dos escuelas de las catorce estudiadas se imparte como tal la medicina familiar,

Conclusiones: La medicina familiar en México se consolidará con el apoyo gubernamental y con la inclusión de ella en los planes de estudio.

Palabras clave: medicina familiar, médicos internos, pregrado.

Objectives: To know the opinion the pre-grade internal doctors have with respect to the familiar medicine and to asses if teaching programs of family medicine are considered and included in all schools of medicine.

Material and methods: 50 internal doctors were interviewed in two hospitals of the DF, they answered a questionnaire about their acknowledgement on the familiar medicine specialty. Fifteen variables were studied.

Results: Three important factors were identified. First one was that most of the interviewed people did not have contact with the familiar medicine subject in pre-grade, second one was that most of the interviewed people do not rotate with specialist doctors in familiar medicine in pre-grade and the third one was that just a little percentage of the interviewed people would like to specialize themselves in familiar medicine. Although it is not a statistically significant sample, it allows to have a general point of view and to know what happens in the schools of medicine. Family medicine is taught as a course in only two of the fourteen schools of medicine included in the study.

Conclusions: Familiar medicine in Mexico will consolidate itself with the governmental support and with its inclusion in the study plans.

Key Words: Familiar medicine, internal doctors, pre-grade

1. 1MARCO TEORICO INTRODUCCION

Algunos orígenes de la especialidad

México es pionero de la especialidad, los orígenes de la medicina familiar en el país pueden rastrearse hasta 1953 como se verá mas adelante.

“La medicina de familia evolucionó a partir de la medicina general en la década de los años sesenta, en la época de la guerra de Vietnam, del movimiento sobre los derechos civiles y de la agitación social en muchas zonas del mundo. En EU estos sucesos coincidieron con un declive de la práctica de la medicina general. Ello ocurrió debido a varias razones: la existencia de pocos médicos graduados para atender las necesidades de los estadounidenses, una tendencia a la especialización que comenzó con la Segunda Guerra Mundial, y una formación del médico general inadecuada para un sistema de atención sanitaria cada vez más complejo. Al mismo tiempo, la población y los planificadores de salud más aventajados censuraron la fragmentación de la medicina del país y exigieron la creación de un médico especializado en la atención sanitaria personalizada: el médico de familia. Con la ayuda de la *American Academy of General Practice* y de los médicos generales de EU, en 1969 la medicina de familia se convirtió en la vigésima especialidad médica americana”¹.

Medicina de familia a nivel internacional

“En otros países, la medicina de familia y la medicina general evolucionaron de maneras diversas. Por Ejemplo, en España, un real decreto de 1978 creó la especialidad de medicina de familia: “El médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario”. En Gran Bretaña, el elemento clave del *National Health Service* fue el “médico general” (*general practitioner*), y recientemente la Unión Europea (UE) ha estipulado, que para la medicina general, la docencia de posgrado debe durar al menos 2 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 el *European Center for Research and Development in Primary Health Care*”¹.

Algunos países latinoamericanos también cuentan con programas de residencia de medicina de familia; existe el Centro Internacional para la Medicina de

Familia con sede en Buenos Aires, Argentina. En Cuba, el médico de familia es el protagonista principal del plan de salud global que se ofrece a los ciudadanos del país.

1.2 ANTECEDENTES

La Medicina Familiar: sus bases, evolución y desafíos

“México ha cambiado mucho en las últimas décadas. Esto es válido lo mismo si se trata de su demografía, que si se analizan su economía o el mismo sistema democrático, es igual para el caso de la salud, que para el caso de la educación. La velocidad del cambio o la profundidad del mismo no son, sin embargo, los que el país esta demandando, lo que origina una serie de contradicciones y la expresión de nuestros rezagos”².

“El país cuenta hoy en día con 103 .1 millones de habitantes. Casi 75% de la población habita en localidades urbanas y la paradoja de la concentración y la dispersión nos acompaña. Así, por ejemplo, el país cuenta con 30 localidades de 500 mil habitantes o más en las que viven cerca de 28 millones de personas, en tanto que otros 27 millones habitan 196 350 localidades de menos de 2500 habitantes”².

“Por lo que se refiere a la distribución de la población por grupos de edad ,debe señalarse que 11% corresponde a los menores de 5 años, que 22% tiene entre 5 y 14 años ,60% se ubica entre los 15 y 64 años y 5% corresponde a la población de 65 años y más. Conviene señalar que México constituye una de las primeras 15 economías del mundo y con todo y los problemas que han acompañado su desarrollo, es un país que tiene un papel especial en la región y en el concierto de las naciones”².

“En lo que se refiere a la salud, México también ha tenido cambios extraordinarios las cinco últimas décadas. Esto es valido por igual para el caso de la esperanza de vida al nacimiento, que para el de la mortalidad infantil y, por supuesto, en materia de las causas de enfermedad y muerte de nuestra población”².

“La esperanza de vida por ejemplo, aumentó casi 25 años entre 1950 y 2000, en tanto que la mortalidad general y también la infantil, registraron un descenso cercano al 75% en ese medio siglo. La configuración de la mortalidad según su causa es también totalmente distinta: en tanto que a la mitad del siglo pasado dominaban las enfermedades infecciosas, el paludismo y los accidentes, en la

actualidad, la diabetes, los infartos, la enfermedad vascular cerebral, el cáncer y los accidentes, son las principales causas de defunción”².

“Por supuesto que las instituciones públicas de salud también han cambiado. La infraestructura de la que hoy en día se dispone no tiene nada que ver con la existente 50 años atrás”². Este es el contexto en el que tenemos que analizar a la Medicina Familiar. De hecho esta disciplina cuenta en México con una evolución de más de medio siglo, si se recuerda la experiencia de los médicos del IMSS que tuvo lugar en Nuevo Laredo, Tamaulipas, en 1953².

1.3 ¿QUÉ ES LA MEDICINA FAMILIAR?

“Una de las mayores dificultades que enfrenta un médico familiar en formación, es definir con claridad en que consiste su especialidad, circunstancia que muchas veces comparte con colegas y público en general”³.

La medicina de familia surgió a partir de un movimiento social para atender las necesidades de atención sanitaria de la población y la necesidad del profesional de “reintegrar la medicina a su debido lugar”¹.

“La especialidad se inicio como el *arte* de proporcionar una atención sanitaria a las personas, un proceso en el que los médicos de familia aplicaron sus conocimientos y habilidades”¹.

La definición inicial de la especialidad, según el *American Board of Family Practice* y la *American Academy of Family Physicians*, era la siguiente:

“La medicina de familia es la especialidad que trabaja con un conjunto de conocimientos procedentes de otras disciplinas –sobre todo medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, cirugía y psiquiatría-, y que establece una unidad cohesionada en la que se combinan las ciencias conductuales con las ciencias clínicas y biológicas tradicionales”¹.

“Podemos decir que la especialidad de medicina familiar nace de un triple compromiso con el individuo, la familia y la comunidad. Con el primero porque le obliga a mantener una relación y atención ante cualquier tipo de problema sea físico, psicológico y social y a diseñar estrategias para prevenir y promocionar su salud”³.

“Ante la familia, porque la incorporación de ella como objeto de estudio supone conocer su demografía y ciclo vital familiar, e identificarla como un sistema dinámico en permanente movimiento e interacción, que puede ser causa de patologías, pero también convertirse en un recurso de inestimable valor terapéutico”³.

“El enfoque comunitario exige una información del nivel de salud y de todos sus factores condicionantes, esto es, realizar diagnósticos de salud comunitarios, para una vez detectados y priorizados los problemas, establecer los programas

de salud capaces de actuar sobre los factores de riesgo, estilos de vida incorrectos y problemas medioambientales. Por último deberá estimular y encauzar la participación de la comunidad en la solución de sus propios problemas de salud”³.

“Esta triple acción centra la formación especializada del médico de familia, que exige un esfuerzo notable en su capacitación que le permita, utilizando un imaginario zoom fotográfico, acercarse en ocasiones a un problema individual muy concreto, por ejemplo, una neumonía, alejarse en otras para poder ver el grado de “homeostasis” familiar ante el problema de uno de sus miembros, y en fin, distanciarse aun más para estudiar y entender a la comunidad frente a un determinado problema social”³.

Atención individual

“El medico de familia asumirá en su practica diaria una visión global en la atención individual, realizándolo de forma continua, integral e integrada”³.

Visión integrada

“Con este término queremos expresar la capacidad de interrelacionar las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación. De esta forma el médico debe ocuparse no sólo de recuperar la salud sino de poner en marcha todas las acciones que permitan mantenerla y mejorarla. Esto le obliga a abandonar su tradicional posición pasiva, en espera de una hipotética demanda de atención, para convertirlo en un miembro activo que trata, por un lado de integrar a las personas sanas en programas de promoción y prevención de la salud y, por otro, de controlar la rehabilitación y reinserción social de sus pacientes”³.

Concepción integral

“El médico de familia tiene que enfocar a la persona como un todo, considerándola como una unidad biopsicosocial, entendiendo que no existe patología que no tenga implicaciones emocionales o sociales, es raro que las alteraciones sociales no afecten al funcionamiento orgánico o psíquico del individuo”³.

“Este enfoque tridimensional, físico, psíquico y social deberá tenerse en cuenta siempre en la relación médico paciente, requiriendo poner mayor énfasis en uno o en otro según sea el problema a tratar, aunque debemos prestar la misma atención a todos ellos”³.

Acción continuada

Una de las peculiaridades de la práctica del médico de familia es la atención continuada a lo largo del tiempo, lo que le permite conocer mejor a sus pacientes y que estos a su vez, lo identifiquen como “su” médico³.

“Esta relación permanente con el paciente lo sitúa en una condición única para comprender sus problemas físicos, psicosociales o emocionales pero, al mismo tiempo, le obliga a adquirir el compromiso de no poder negarse a atender a sus requerimientos aduciendo que su problema no es de su incumbencia, ya que todo lo que afecta al paciente es competencia de su médico de familia”³.

“El ejercicio de esta acción continuada obliga a mantener un control permanente del individuo y su familia, de tal forma, que cuando el paciente es enviado a un especialista del hospital, el médico de familia sigue siendo el responsable del mismo”³.

Atención familiar

“La familia como subsistema social abierto, en constante interacción con el medio compuesta por individuos que asumen su pertenencia al sistema, recibe y presta apoyo y compañía, recursos, se constituye en una parte importante de la práctica familiar. El descubrimiento o la sospecha de un desarreglo genético, el control de una enfermedad crónica, una crisis familiar aguda, las disfunciones emocionales o psicosociales, entre otros, no pueden manejarse satisfactoriamente sin una evaluación de la situación familiar. Un número importante de pacientes recurren al médico por la carencia de apoyo familiar. Estas y otras múltiples situaciones obligan a realizar un nuevo enfoque orientado a la familia”³.

“El médico de familia para dar respuesta a este enfoque, adquirirá conocimientos sobre demografía familiar, ciclo vital de la familia, análisis de la función familiar y terapia familiar sistémica, pero especialmente deberá aceptar

una nueva actitud para incorporarla a su trabajo diario, entendiendo que tras cada individuo existe una familia que necesita nuestro apoyo y comprensión”³.

Sin embargo, tanto el papel de la familia como el concepto de “familia como unidad de atención” siguen siendo términos poco definidos en la práctica de la medicina familiar. Esto se debe tanto a una serie de condicionantes ideológicos y conceptuales, como a la escasez de instrumentos de medida y especialmente a una particular “pereza” en su uso. Por desgracia sigue teniendo vigencia la queja expresada hace algunos años por Smmilkstein, cuando escribió que “ha llegado el momento de sustituir la retórica relacionada con la familia por estudios que establezcan de forma válida el lugar y el peso de la familia en la práctica de la medicina familiar”³.

Como ha señalado Beasley, a pesar del gran número de trabajos sobre diversos aspectos de la “familia en la práctica familiar”, el volumen de datos reales disponibles sobre este tema es desalentador. Una investigación empírica en la que se estudiaron diversos elementos de la práctica familiar partiendo de datos obtenidos de entrevistas estructuradas a médicos de familia no permitió identificar ningún elemento en relación con la “familia como unidad asistencial” aunque si aclaro aspectos relacionados con la asistencia individual en el contexto familiar³.

Atención comunitaria

“La incorporación de la conceptualización comunitaria al trabajo de médico de atención primaria tiene importantes consecuencias, ya que supone asumir que la salud de la población atendida por el profesional es responsabilidad del médico de familia: la comunidad es también un “paciente” del médico”³.

“Esta opción comunitaria tiene una doble justificación. La primera es que las personas que no acuden a los centros de salud deben ser motivo de preocupación para el médico. Esta claro que los usuarios de los servicios sanitarios no deben ser sólo los únicos receptores del trabajo profesional sino también deberán ser los individuos que desconocen que deben ser atendidos. La otra justificación se debe al hecho de la comunidad dispone de recursos e interviene en su propia atención de salud, la comunidad dispone de organizaciones y medios de comunicación que influyen en la forma de atender y entender la salud de la propia población. Es responsabilidad del médico de

familia ayudar al mejor uso de estos recursos al considerarlo como parte de su arsenal terapéutico”³.

“El diagnóstico de la situación de salud de la comunidad, el desarrollo de actividades dentro de los programas de salud comunitarios, la reacción y el manejo de los distintos sistemas de participación comunitaria, son funciones que debe desempeñar el médico de familia”³.

Niveles de atención familiar

Como ya se ha comentado, el concepto de “familia como unidad de atención “y el importante papel que esta tiene en el proceso de salud-enfermedad de sus miembros, son aspectos poco conocidos y escasamente utilizados en la práctica de la Medicina Familiar. Algunos médicos generalistas aducen que muchos enfoques familiares forman parte de su práctica diaria, y realizan aproximaciones a la familia cuando cada caso particular lo refiere. “Aunque esto es cierto, también lo es que para llevar a cabo la atención familiar correcta se requiere contar con nuevos conocimientos de aspectos estructurales y funcionales de la familia y la capacidad de emplear instrumentos que permitan acercarnos al sistema familiar”³.

“Algunas investigaciones en las que se intentaba conocer las implicaciones de la familia en la práctica del médico de familia, mostraron resultados poco alentadores, de tal forma que no se apreció que los generalistas realizaran un abordaje de la familia como unidad asistencial, aunque si se comprobó que atendían determinados aspectos relacionados con la asistencia individual en el contexto familiar. Queda claro que a pesar de que los médicos de familia se comunican con familias diariamente, sólo una minoría acepta que determinados conceptos y el uso de de instrumentos relacionados con la atención familiar facilitan su trabajo en la consulta, o bien lo consideran útil para el establecimiento de un diagnóstico”³.

“Para conocer el grado de implicación del clínico en la atención familiar, Doherty y Baird propusieron 5 niveles de desarrollo y participación en la asistencia familiar, que pueden ser utilizados para evaluar el grado en que se adopta un enfoque familiar en la práctica”³.

“Siguiendo esta propuesta se ha elaborado un sistema de valores que puede servir para medir el nivel que alcanzan los médicos en la atención familiar”³.

“Nivel uno: desconoce el papel desempeñado por la familia en el proceso salud-enfermedad individual. El médico realiza una atención individualizada, sin preocuparse de la familia a la que no recurre en los casos en que por las características del proceso, gravedad o contagio, necesita conversar con los familiares del enfermo”³.

“Nivel dos: recibe y aporta información y da consejos médicos a la familia. Este nivel se alcanza cuando el médico comprende la importancia que tiene la familia en la asistencia sanitaria del individuo, por lo que se obliga a comunicarse con ella, con el fin de obtener y compartir información. Sería el caso de pacientes que responden mal al tratamiento, con patologías crónicas o minusvalías que necesitan del apoyo familiar”³.

“Nivel tres: empleo de instrumentos para identificar acontecimientos familiares. Este nivel implica un conocimiento de la estructura familiar, de las modificaciones conductuales y de los papeles que se producen en cada etapa del ciclo vital familiar, de la trascendencia de los acontecimientos vitales estresantes como factores desencadenantes de crisis familiares, así como de su forma de reaccionar ante una situación de tensión. Además el médico debe saber cual es su papel dentro de la familia y que su presencia cambia el ecosistema familiar”³.

“Nivel cuatro: evaluación de la función y disfunción familiar. Se alcanzará ese nivel cuando el médico esté capacitado para detectar situaciones de disfunción familiar, así como para medir y utilizar los recursos familiares. En este nivel, el médico empleará las técnicas de la entrevista familiar, y tendrá un conocimiento profundo de la teoría de los sistemas y de los modelos de disfunción familiares”³.

“Nivel cinco: intervención familiar. El médico es capaz de evaluar las disfunciones familiares graves, de organizar los apoyos y redes sociales necesarios y de poner en marcha medidas de intervención, entre ellas, la terapia familiar con el fin de conseguir un cambio importante en el sistema familiar”³.

En resumen podríamos decir que la medicina de familia es la especialidad comprometida con la atención al individuo, la familia y la comunidad.

1.4 ¿Que es el internado médico de pregrado?

De acuerdo a la subdirección de regulación para la formación de recursos humanos para la salud.

“Es un periodo donde se desarrollan las competencias clínicas necesarias a través de la actividad asistencial en las unidades de primer nivel y en los hospitales de segundo nivel de atención, siendo el alumno el eje central del proceso educativo”⁴.

“La estrategia curricular del internado desarrolla en la formación del estudiante:

- Las competencias requeridas en su perfil profesional en escenarios clínicos y sociales idóneos para tal fin.
- Un ejercicio crítico que permita responder con oportunidad y calidad a las necesidades de salud de la población mexicana”⁴.

“Los procesos educativos en este año de formación deben llevarse a cabo bajo un proceso tutelar, dirigido y programado por personal capacitado y consideran los principales problemas de salud que afectan al país”⁴.

“A través de la enseñanza tutelar, el interno debe obtener experiencias y aprendizajes significativos en el diagnóstico y tratamiento de las patologías más frecuentes según la etapa de vida del ser humano”⁴.

“Así al concluir el año de internado contarán con los conocimientos, destrezas, habilidades, actitudes y valores humanistas que contribuyen a conformar las competencias clínicas necesarias para posteriormente ofrecer una atención integral con calidad a la población”⁴.

“Para la Secretaría de Salud esto es doble, debido a las atribuciones que le concede en los apartados I, II, III, V, XI, XIII, XV, XVI, XXIII, XXVIII el artículo 16 de su propio reglamento, por los cuáles tiene la facultad de conducir las políticas de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud, así como para el establecimiento y desarrollo de modelos educativos y de atención a la salud”⁴.

“El programa de entrenamiento ofrece al alumno la oportunidad de complementar y profundizar su formación académica y adquirir nuevas destrezas y habilidades en el cuidado integral de la salud asimilando y haciendo propios los conocimientos y valores de cada una de las Instituciones afiliadas para ponerlos al servicio de las personas, de la sociedad y del país”⁵.

En resumen el año de Internado representa la etapa culminante de la formación de pregrado en la que se integran y consolidan los conocimientos previamente adquiridos.

1.5 LA MEDICINA FAMILIAR EN MÉXICO

En el país existen aproximadamente más de 245,000 médicos de acuerdo al número de cédulas profesionales otorgadas por la Secretaría de Educación Pública, sin embargo, la distribución de los mismos es muy irregular, concentrándose en las grandes ciudades y dejando descubiertos grandes núcleos de población en el medio rural. Aunque existe una tendencia a la especialización y subespecialización en áreas tradicionales de la medicina, más de la mitad de los médicos en ejercicio son médicos generales, que cuentan con preparación fundamental adquirida en el pregrado⁶.

En el sistema de medicina institucional, sobresalen tres instituciones que proporcionan atención médica a más del 70% de la población: la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.) las tres instituciones han manifestado por un lado, el deseo de ampliar la cobertura de la atención médica a la población que carece de este servicio y, por otro, basar la atención médica primaria en la medicina familiar, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha sido el que ha trabajado más ampliamente a este respecto².

Desarrollo de la medicina familiar en México

Los primeros pasos

En el caso de México, los orígenes de la medicina familiar pueden rastrearse hasta el año de 1953. En esa época el Instituto Mexicano del Seguro Social estaba en pleno crecimiento, la atención de medicina general, incluyendo la visita domiciliaria se encontraba en una etapa de pobre organización; la consulta externa era controlada por personal de archivo, los enfermos eran vistos indistintamente por un médico u otro. Como resultado, el conocimiento que tenía el médico de los problemas de sus pacientes era prácticamente nulo y la visita domiciliaria se había convertido en un grave problema para el instituto, ya que en un elevado número de ellas no se efectuaba y en un alto porcentaje de los casos existía abuso del servicio. Ante esta situación un grupo de médicos que laboraba en la institución en la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas, planteó la posibilidad de que se reestructura el sistema de Atención Médica, por

lo que en ese año se inició un ensayo dirigido a valorar los cambios introducidos que, según el programa diseñado, afectarían positivamente tanto la atención brindada al paciente, como el trabajo del médico, resultados que lógicamente serían convenientes para el instituto ².

Como consecuencia inmediata a la experiencia obtenida, el IMSS presentó en el año de 1954 en un Seminario sobre Seguridad Social organizado en la República de Panamá, un trabajo sobre lo que denominó "El médico de familia". En este trabajo se delimitaban las características de las acciones, que, este profesional debería desarrollar, sobresaliendo el hecho de que atendería núcleos de población bien determinados y que trabajaría en equipos médicos ².

Poco a poco se fueron reuniendo datos que evidenciaban las bondades del esquema operativo. Como consecuencia, las autoridades del Instituto dieron su aprobación para experimentar en forma más amplia con el Sistema Médico Familiar. Esto sucedió en dos clínicas de la ciudad de México en el año de 1955. Los elementos más notables que se introdujeron consistieron en la adscripción de una población definida a cada médico de familia, adscripción que incluía al recién nacido, al adulto y al anciano. Se implantó el sistema de cita previa y se definió que la visita domiciliar era responsabilidad del médico familiar. Estos cambios fueron aparejados con modificaciones en el manejo del expediente clínico, del sistema de archivo, del manejo de adscripción, etc. No pasó mucho tiempo para que el sistema demostrara las ventajas y poco a poco, se fue extendiendo a todas las unidades del IMSS en el país ².

Durante cerca de 20 años, el desarrollo de recursos humanos en el área fue muy limitado, de tal manera que el IMSS se vio forzado a contratar médicos que al no contar con la capacitación necesaria, no fungían como auténticos médicos de familia. Los profesionales que ocupaban las posiciones de médicos familiares procedían de dos corrientes: médicos generales, con limitaciones en la calidad de su conocimiento médico y sin la habilidad para abordar los problemas planteados por las familias y médicos provenientes de las especialidades tradicionales que, aun cuando estuvieran capacitados técnicamente en el manejo de su especialidad, ignoraban el resto de los contenidos que conforman la medicina familiar y, sobre todo, no poseían la actitud requerida para cumplir satisfactoriamente con su papel como médicos familiares ².

Entrada de la UNAM

En el año de 1974 la Facultad de Medicina de la UNAM dio un paso que contribuyó al desarrollo de la disciplina, cuando a través de la división de estudios de posgrado reconoció el curso de Residencia que el IMSS había llevado a cabo, como un curso universitario. Con este paso, se llevó a la Medicina Familiar a la categoría de especialidad².

A partir de 1978, la Facultad de Medicina de la UNAM entró en contacto con las autoridades de las otras dos grandes instituciones de salud con el propósito de evaluar la factibilidad de desarrollar un curso de especialización en medicina familiar. Tanto la SSA como el ISSSTE manifestaron su interés por llevar esto a la práctica, de tal forma, después de diseñar el programa y las estrategias educacionales, el curso inició sus actividades el 1 de marzo de 1980².

Enseñanza de la medicina familiar en el posgrado

Hasta octubre del 2006 existe en México 30 cursos para el desarrollo de los cursos de especialización en medicina familiar. Los cursos como es de esperarse, tienen peculiaridades que los diferencian sin embargo, también comparten características generales que los identifican².

Los programas que se llevan en el IMSS, la SSA y el ISSSTE, tienen una duración de tres años y demandan el cumplimiento de actividades teóricas y prácticas en unidades de Atención Médica de contacto primario y en servicios hospitalarios, tanto en unidades urbanas como en centros ubicados en el medio rural.

El departamento de medicina familiar

En el año de 1975 y con el propósito de estimular y coordinar acciones que apoyaran el desarrollo de la disciplina y de fortalecer su comprensión como campo académico, la Facultad de Medicina de la UNAM decidió crear el primer departamento de medicina familiar de América Latina. En la actualidad existen ya varias escuelas que están siguiendo este ejemplo².

El objetivo fundamental de un departamento de medicina familiar consiste en guiar el aprendizaje del estudiante ,tanto en el pregrado como en el posgrado,

para adquirir los conocimientos, las habilidades y las actitudes que se requieren para emitir juicios clínicos bien fundamentados en el cumplimiento de su práctica como médicos generales o familiares. Un departamento de esta naturaleza debe poner en contacto al estudiante con el modelo de práctica de la medicina familiar, de tal forma que se le sensibilice oportunamente respecto al tipo de actividades que llevan a cabo los médicos de familia ².

Es muy probable que para alcanzar estos objetivos sea necesario desarrollar múltiples acciones educativas, asistenciales y de investigación.

La investigación

Uno de los campos en los que probablemente los departamentos de medicina familiar tengan mayor injerencia es en el desarrollo de investigaciones que fundamenten el carácter académico de la disciplina. En este campo, existe un amplio rango de investigaciones que están pendientes y que difieren radicalmente de las realizadas en otros campos clínicos. Las peculiaridades de esta rama hacen que investigaciones clínicas, epidemiológicas, de servicios de salud, operacionales, administrativas y educativas ofrezcan un reto a la capacidad intelectual del personal involucrado en la materia. Los profesores e investigadores de los departamentos tienen el compromiso de predicar con el ejemplo y aceptar el reto ².

La investigación es un capítulo que contribuirá enormemente a sustentar las bases académicas de la medicina familiar. Aun cuando la medicina familiar tiende más a tratar con aspectos relacionados con la observación, la descripción y la clasificación que con grandes teorías y conocimientos abstractos, las posibilidades de investigación en esta disciplina son enormes. Sin embargo, hasta hace poco tiempo, ambos términos investigación y medicina familiar parecían antagónicos ².

En el pasado, el médico familiar ha visto a la investigación como un elemento al que le falta relevancia para la práctica clínica diaria. Es necesario que dentro de la enseñanza y la práctica de la disciplina se desarrolle una actitud de apreciación crítica y que se trate de mostrar la relevancia de proyectos y acciones de investigación en el campo. En medicina familiar, aun en países desarrollados, la prioridad abrumadora ha sido el análisis de la organización e instrumentación de programas de enseñanza ².

Tal parece que los médicos familiares no han terminado de hacer perfectamente conciente el gran número de ventajas que tienen sobre otros especialistas en cuanto al planteamiento y ejecución de de investigaciones. Entre ellas pueden mencionarse las siguientes:

- a) El médico familiar ve a todos los miembros de la familia, sin importar la edad o el sexo o el tipo de padecimiento.
- b) Tiene en general una población fija adscrita, por lo que es fácil hacer seguimiento de la misma.
- c) Al tener una población fija el médico familiar puede construir datos de población en riesgo, por sexo y grupo de edad.
- d) A diferencia del hospital donde intervienen factores selectivos bien claros, en medicina familiar los pacientes que el médico ve, generalmente son pacientes no seleccionados.
- e) El médico familiar tiene la oportunidad de ver la historia natural de la enfermedad en todas sus etapas, lo que facilita el entendimiento de la misma.
- f) Otra ventaja consiste en que, por todo lo anterior, el médico familiar puede construir indicadores de riesgo entre grupos de individuos a su cargo, lo que puede aplicar a casos particulares, realizando una prevención efectiva ².

En México, los aspectos relacionados con la investigación en medicina familiar, están aun muy poco desarrollados. Un hecho relevante consiste en que, en la actualidad, para hacerse acreedor al diploma universitario cada residente además de aprobar el programa educacional, debe desarrollar y reportar un protocolo de investigación ².

Una mirada al futuro

Las posibilidades de desarrollo de la medicina familiar en el caso de México son enormes. Día a día es mas claro que los programas de Atención Primaria en Salud de todas las instituciones del sector están seleccionando a la medicina

familiar como la estrategia para alcanzar su cometido en lo que corresponde a la atención médica².

La coordinación estrecha entre la institución formadora del recurso humano y la utilizadora del mismo, se ha dado en un marco de gran madurez y es razón en buena parte, del éxito del programa. Sin embargo, deberá ser el propio médico familiar, a través de la demostración de su trabajo, quien logre consolidar la posición de esta disciplina dentro del esquema del quehacer médico. La respuesta del público hasta el momento ha sido por demás satisfactoria; a pesar de esto se requiere todavía de avances en esta aceptación. Cuando la comunidad identifique a su médico familiar como la parte sustancial del sistema de atención a la salud, la medicina familiar habrá logrado establecerse plenamente en la estructura y este médico habrá alcanzado su propósito².

La tarea por delante es importante. Los problemas que existen son múltiples y de orden muy diverso. El país confronta una realidad en cuanto al número de médicos que en la actualidad ejercen como médicos generales y que se encuentran marginados de posibilidades de superación académica. Las acciones que en el campo de la educación continua se dirigen a este tipo de profesionales habrán de multiplicarse. Las estrategias que se sigan deberán de ser planteadas con creatividad e inteligencia y demandarán de su pronta evaluación. Para los cursos de especialización que iniciaran en el año 2007 de acuerdo a cifras de la CIFRHS se ofertaron 921 plazas las cuales representan el 17% del total de las plazas de especialización⁷. Llama la atención que nuestro sistema de salud de prioridad a otro tipo de especialidades que si bien son necesaria a largo plazo no ayudarán a solucionar los problemas de salud más importantes del país, que como veremos más adelante en su mayoría se pueden prevenir y en los casos ya diagnosticados se pueden evitar sus complicaciones con un adecuado manejo en primer nivel.

La argumentación a favor del papel del médico familiar en las áreas urbanas y suburbanas es muy contundente. Sin embargo en el caso particular de México se hace necesario probar diversos esquemas que permitan llevar atención médica a las zonas rurales. La dispersión de la población en estas áreas representa una gran dificultad ya que en el país habitan 27 millones de personas en 196,350 localidades de menos de 2,500 habitantes. El rol del médico familiar en estas zonas deberá por definición ajustarse. Es probable que

la formación de equipos de personal auxiliar que supervise y coordine las actividades represente una de las opciones que deben evaluarse².

Los grandes retos en el futuro próximo están planteados. En el área académica, la incorporación de la enseñanza de la medicina familiar en el pregrado, el planteamiento de acciones coordinadas de educación continua, el desarrollo de líneas de investigación y de un cuerpo de investigadores y la consolidación del grupo de profesores de medicina familiar son parte de la problemática a resolver. Por lo que toca a los aspectos existenciales, dos son las tareas: la consolidación de la medicina familiar dentro de todos los subsistemas del sector salud y la evaluación de los distintos modelos².

1.6 ¿Cómo son los programas de medicina familiar en las Facultades y Escuelas de Medicina en México?

“Un elemento muy importante en la formación de recursos humanos en salud lo constituye la formación y capacitación de médicos con el perfil necesario para las políticas de la Atención Primaria. Actualmente, se reconoce que hay una necesidad global de que los médicos familiares sean la piedra angular de esos sistemas; asimismo, se hace necesario que cada país se provea de este tipo de médicos con una formación profunda y minuciosa enfocada en los problemas de salud más importantes de la población”⁸.

“Los programas educativos de Medicina Familiar en el mundo se han clasificado en tres niveles:

Programas establecidos de entrenamiento de posgrado para médicos.

Programas de entrenamiento de posgrado en servicio para médicos familiares.

Sistemas no identificados de entrenamiento de posgrado de médicos familiares

“México se encuentra en la primera categoría junto con 56 países más , de los cuales los del Continente Americano son :Argentina ,Barbados, Bolivia ,Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos, Republica Dominicana, Ecuador, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, El Salvador y Venezuela”⁸.

Chile, Guatemala y Uruguay se ubican en la segunda categoría.

“Como se puede observar, las políticas educativas para formación de recursos humanos en salud tiene tal importancia que es claramente notable como se han extendido en el mundo entero, sin embargo, es necesario identificar las características de este fenómeno al interior del país, ya que las diferencias demográficas, económicas, educativas, sociales, de salud, áreas urbanas y rurales, de nutrición, entre otras, necesariamente influyen en las políticas locales de los estados o provincias del interior”⁸.

“Corresponde a las Universidades formar recursos humanos útiles para las necesidades de la sociedad, la población y la comunidad; las Escuelas y Facultades de Medicina de un país son las responsables de cubrir tales

necesidades. Los programas educativos deben también ser acordes y flexibles ante los cambios que la globalización impone en el mundo y de la cual no es posible sustraerse. La creación de Departamentos de Medicina Familiar han sido la respuesta a dichas políticas, sin embargo, no todos los estados o provincias de las naciones han avanzado en la misma medida en esta dirección educativa”⁸.

Fernández Ortega, Ponce Rosas, Monobe Hernández y Landgrave Ibáñez publicaron en 2002 un trabajo con el propósito de identificar a las Escuelas y Facultades de México que cuentan con programas académicos de medicina familiar⁸. “Existen instituciones educativas que engloban los contenidos de la Medicina Familiar bajo otros nombres o asignaturas en sus planes de estudio:

-Comunidad

-Medicina de Primer Nivel

-Salud Pública

-Medicina Familiar y Comunitaria”⁸.

“La medicina familiar se imparte en pregrado en el 25.8%, en posgrado en el 22.6% y en ambos niveles en 19.4%”⁸.

“Las modalidades educativas incorporadas a los planes de estudio que se relacionan con los contenidos de la medicina familiar en las instituciones educativas estudiadas son: materia obligatoria en el pregrado 25.8%, materia de libre elección en el pregrado 6.5%; incorporada al internado rotatorio en el pregrado 45.2%”⁸.

“Como se observa, la enseñanza de la medicina familiar en las instituciones en las que se realizó dicho estudio se efectuó en el quinto año de la licenciatura, es decir previo al servicio social (último año de la licenciatura)”⁸.

“El 61.3% de las instituciones educativas cuenta con personal docente especializado en medicina familiar y el 6.5% no. El 38.7% de las instituciones educativas cuenta con una estructura académica de medicina familiar contrastando con el 25% quiénes no cuentan con ella. Los tipos de estructuras

académicas son diversos: departamentos 9.7%; cátedras 9.7%; cursos 9.7%; cátedras y cursos 6.5%; otros 6.5 %”⁸.

“Las tipos específicos de estructuras derivadas de las anteriores fueron:

- Atención en primer nivel 3.2%
- Coordinación académica 3.2%
- Especialidad de Medicina Familiar 3.2%
- Posgrado 3.2%”(4)

“Las principales dificultades manifestadas para el desarrollo de dicha actividad son diversas y particulares para cada institución, ya que existen combinaciones y razones únicas, sin embargo se pueden resumir en:

-Falta de profesores 16.1%

-Falta de interés 16.1%

-Falta de estructura física 12.9%

-Requiere asesoría 12.9%

-Falta de recursos económicos 6.5%”⁸.

“El 48.4% de las instituciones tienen interés en incorporar la medicina familiar a sus programas educativos en el pregrado en 12.9%, en posgrado 16.1% y en ambos niveles en 19.4%.La suma de estos porcentajes muestra un interés de 48.4%”⁸.

“Los autores llegan a las siguientes propuestas para que la Medicina Familiar llegue a una etapa de consolidación en México:

-Creación de Departamentos de Medicina Familiar en todas las Escuelas y Facultades de las Universidades del país.

-Incorporación de la asignatura de Medicina Familiar en el pregrado como una asignatura clínica generalista.

-Desarrollo de modelos de atención fundamentados en los principios de la Medicina Familiar.

-Asistencia y asesoría técnica para la implantación de modelos operativos enfocados a la medicina familiar”⁸.

1.7 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se vio anteriormente la medicina familiar es una disciplina que en México se ha desarrollado ampliamente en el posgrado pero desafortunadamente no lo ha sido en el pregrado por ello es importante conocer la relevancia que tiene la especialidad de medicina familiar entre los médicos internos de pregrado, así como el conocimiento y la actitud que muestran respecto de ella. Además, conocer las posibles causas de la falta de interés por la especialidad entre este grupo de integrantes de la carrera. Es probable que la falta de interés se pueda deber “a la respuesta tímida, poco definida y carente de metodología científica por parte de las facultades de Medicina con relación a la medicina de familia. Cuando en el pregrado falta el componente académico y educacional que informe y realice los primeros acercamientos hacia la especialidad en medicina de familia, la consecuencia inmediata es la pérdida de credibilidad entre los candidatos que prefieren la seguridad que les ofrece la alta especialización y no arriesgarse a ser médicos de *segunda categoría*”⁹.

González Blasco ha señalado que: “Los programas de residencia y especialización en medicina familiar están en desventaja con los que otras especialidades ofrecen, y por lo tanto presentan una menor demanda. Vale la pena considerar si es realmente posible –o mejor si es sensato –establecer un programa de especialización de una asignatura, por estar ausente en el pregrado, los alumnos recién graduados no la han visto ni vivido nunca. Querer resolver con una residencia lo que no ha sido construido ni fomentado en el pregrado parece ser una solución paliativa. Aún más grave es la situación de los programas actuales de la residencia de medicina familiar; los cuales están dirigidos a paliar las deficiencias en la formación de los médicos generales, pero están a gran distancia de la formación en los métodos y valores de la medicina centrada en la persona. Imaginemos por ejemplo, lo que sería una residencia en neurología en una hipotética escuela de medicina donde esta disciplina estuviese ausente en los años de pregrado. Probablemente, los que a ella se dirigieran no sabrían exactamente lo que están buscando y en muchos casos sería una opción de consolación por no haber conseguido otros objetivos de mayor prestigio social”⁹.

Para este autor, “Los esfuerzos formadores en medicina familiar no carecen de buena voluntad y de empeño sincero. Pero no bastan estos atributos para tener éxito, y sólo con buenas intenciones no se construye la ciencia y la competencia

médica. Algunos de los programas de residencia médica y especialización, fomentados por los responsables de las políticas de salud, acaban siendo confiados a liderazgos equivocados. En muchas ocasiones las universidades agujoneadas por la urgencia político-gubernamental, delegan esta importante misión a quién no tiene la preparación adecuada para llevarla a cabo. Así encontramos programas de residencia médica y especialización en medicina de familia incrustados en departamentos de salud pública, de epidemiología, medicina preventiva, medicina comunitaria y general o lo que es peor, repartidos entre varias especialidades al mismo tiempo y, sin coordinación y demostrando una ausencia de verdadera identidad como especialidad consistente⁹.

Ahora bien, si incluso los programas de posgrado en medicina familiar llegan a tener estas deficiencias, es explicable en razón de que son deficientes en el pregrado y en ocasiones inexistentes. Si realmente es cierto, como lo ha sostenido el Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega, “que hay una necesidad global de que los médicos familiares sean la piedra angular de los sistemas de salud”⁸, entonces la enseñanza de la medicina familiar debería ser primordial en el pregrado. Y desafortunadamente, la mayoría de los planes de estudio de las diferentes escuelas y facultades de medicina del país no la incluyen en sus programas.

1.8 JUSTIFICACION

En México, de acuerdo a un estudio realizado por Fernández Ortega (el cual incluyó 31 instituciones educativas) la medicina familiar se imparte en el pregrado en el 25.8% de las facultades y escuelas de medicina del país en las que se realizó este estudio⁸. Es necesario revertir esta tendencia.

Para conocer el grado de ausencia de la enseñanza de la medicina familiar en el pregrado, se aplicó un instrumento para conocer que contactos tienen los médicos internos con la medicina familiar en el pregrado, la opinión que expresan acerca de ella estos alumnos, así como identificar si forma parte de sus expectativas de especialización y los factores que han influido en la perspectiva que mantienen acerca de la especialidad.

Asimismo es importante que se formen médicos de acuerdo a las necesidades de salud del país, para lo cual podemos auxiliarnos de las principales causas de mortalidad y morbilidad.

Cuales son las necesidades de salud en México

De acuerdo a la Secretaría de Salud, las principales causas de mortalidad en México son las que se muestran a continuación en el cuadro 1¹⁰:

Cuadro 1

Principales causas de mortalidad en México en el año 2005

Diabetes Mellitus
Enfermedades isquémicas del corazón
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Accidentes de tráfico de vehículo de motor
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Enfermedad cerebrovascular
Infecciones respiratorias agudas bajas
Enfermedades hipertensivas
Nefritis y nefrosis

(Fuente: Secretaria de Salud, *Mortalidad México, 2005.*)

Este es el panorama al cual se enfrentan las instituciones de salud. Enfoquémonos a las primeras diez causas de mortalidad en el país.

La primera causa de mortalidad en nuestro país es la diabetes mellitus. Durante el 2005, 67090 personas perdieron la vida debido a esta patología, esto nos da una idea la magnitud del problema. Se deben promover estilos de vida saludables y cambios en la dieta. Esto con el fin de evitar se sigan incrementando el número de pacientes diabéticos. Asimismo se debe evitar en los pacientes diabéticos el desarrollo de complicaciones, mediante la educación y un adecuado control glucémico. ¿Donde se llevan a cabo estas acciones? En el primer nivel de atención.

Las enfermedades isquémicas del corazón son la segunda causa de muerte en nuestro país, para darnos una idea de la magnitud de este problema en el año 2005 se registraron 53188 defunciones por esta causa, la estrategia debería enfocarse en la prevención, promover estilos de vida saludable, asimismo tener en un adecuado control a los pacientes hipertensos y dislipidémicos. Es mucho mejor para nuestro sistema de salud, vigilar médicamente mes con mes a un paciente hipertenso en una unidad de primer nivel, a que el paciente esté ingresando continuamente a unidades hospitalarias, con el incremento en el riesgo de complicaciones para el paciente y el uso de insumos hospitalarios.

La tercera causa de muerte en nuestro país son las enfermedades hepáticas, y de ellas la más importante es la cirrosis. Como todos sabemos la principal causa de la cirrosis es la hepatopatía alcohólica. La educación que se debe brindar empezando con los adolescentes para evitar el alcoholismo obviamente disminuirá estas cifras. Estas acciones de educación para la salud en las escuelas las puede realizar de mejor manera el médico de primer nivel.

La cuarta causa de muerte se debe a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La prevención de estos casos puede ser tan sencilla, como promover en los pacientes dejar de fumar y evitar que los jóvenes desarrollen el hábito del tabaquismo. Nuevamente estas sencillas acciones corren a cargo de los médicos de primer contacto.

La quinta causa de muerte en nuestro país son los accidentes automovilísticos. Nuevamente cobra importancia la educación para la salud, en este caso la prevención de accidentes, y sobre todo evitar el alcoholismo, ya que la relación entre accidentes y el consumo de alcohol es bien conocida; a este respecto, se pueden hacer acciones anticipatorias de forma conjunta en las unidades de primer nivel.

La sexta causa de mortalidad en nuestro país se debe a las complicaciones perinatales en particular trastornos relacionados con el retardo en el crecimiento intrauterino y con los problemas al momento del parto, en especial la asfisia perinatal. Hay que decir que un adecuado control prenatal, con una cuidadosa exploración física y la realización de estudios básicos ayudarían a detectar a estas pacientes y referirlas oportunamente a unidades hospitalarias. El control prenatal como todos sabemos corre principalmente a cargo de los médicos de primer nivel.

La séptima causa de muerte en nuestro país es la enfermedad cerebrovascular. Nuevamente cobra importancia la prevención. El adecuado control de la presión arterial en los pacientes hipertensos reduce el riesgo de complicaciones. Otra vez estamos hablando de acciones que se llevan a cabo en primer nivel de atención. Debemos enfocarnos a prevenir los accidentes cerebrovasculares y no sólo pensar en el tratamiento y rehabilitación de estos.

La octava causa de mortalidad corresponde a las infecciones respiratorias agudas bajas. Resulta sorprendente que en esta época, en nuestro país sigamos teniendo estas cifras a pesar de los avances en la terapéutica como lo es la antibioticoterapia. En este renglón tenemos dos polos las infecciones respiratorias agudas bajas en adultos mayores y en menores de 5 años. Debido a la transición demográfica la población de adultos mayores se ha incrementado y recordemos que en este grupo de edad las infecciones se agravan rápidamente. Corresponde a los médicos de primer nivel el diagnóstico y tratamiento oportuno de estas. Respecto a la mortalidad por estos padecimientos en menores de 5 años, sin duda muchos de estos casos pueden evitarse capacitando a las madres a detectar los signos de alarma en infecciones respiratorias agudas ¿Quién es el encargado de capacitar a las madres? El médico de primer nivel.

La novena causa de muerte se debe a las enfermedades hipertensivas, aquí nuevamente cobra importancia el papel del médico de primer nivel para un control adecuado de esta patología.

Por último la décima causa de muerte en nuestro país se debe a las nefritis y nefrosis. Las cuales también son prevenibles en gran parte.

Como pudimos observar, las diez principales causas de muerte en nuestro país, pueden en su mayoría, ser susceptibles de prevención y en muchas de ellas se pueden evitar sus complicaciones con un adecuado control. Estas acciones deben llevarse a cabo en el primer nivel de atención.

Asimismo debemos examinar las principales causas de morbilidad en nuestro país las cuales se muestran en el cuadro 2¹¹:

Cuadro 2

Principales causas de morbilidad en México

Infecciones respiratorias agudas
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas
Infección de vías urinarias
Úlceras, gastritis y duodenitis
Amebiasis intestinal
Otitis media aguda
Hipertensión arterial
Otras helmintiasis
Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo 2)
Varicela

FUENTE: SSA, SUIVE. Dirección General de Epidemiología.

La primera causa de consulta en nuestro país son las infecciones respiratorias agudas, las cuales se atienden predominantemente en el primer nivel de atención. Aquí resulta obvio que una adecuada atención repercutirá en evitar que estas se compliquen y sean causa de atención en los servicios de urgencias y de referencias innecesarias a los servicios de otorrinolaringología y neumología.

La segunda causa de consulta en nuestro país son las infecciones intestinales, nuevamente resulta obvio que un adecuado manejo de estas en el primer nivel de atención impedirá que estos pacientes lleguen a los servicios hospitalarios y los saturen.

La tercera causa de consulta en nuestro país son las infecciones de vías urinarias, una vez más será importante un adecuado manejo de estas en el primer nivel, para impedir sus complicaciones.

La cuarta causa de consulta en nuestro país son las úlceras, gastritis y duodenitis, la gran mayoría de estos pacientes deberían ser tratados de manera efectiva en el primer nivel para evitar la cronicidad de estos padecimientos.

La quinta causa de consulta en nuestro país corresponde a la amebiasis intestinal, lo cual resulta preocupante ya que en un país en transición epidemiológica como el nuestro, esta patología debería ser menos frecuente. Sin embargo para fines del trabajo, queda claro que esta patología debería tratarse eficazmente en primer nivel y así evitar sus complicaciones como el absceso hepático amibiano.

La sexta causa de morbilidad en nuestro país corresponde a la otitis media aguda, igualmente un manejo adecuado de esta patología en primer nivel evitara sus complicaciones.

La séptima causa de morbilidad corresponde a la hipertensión arterial, llama la atención que una de las complicaciones de esta enfermedad como lo son las enfermedades isquémicas del corazón; que son la segunda causa de mortalidad, no refleje esto en el número de consultas, ya que esto muestra que las acciones de prevención en la consulta de primer nivel, no son quizá las suficientes.

La octava causa de morbilidad en nuestro país corresponde a las helmintiasis, nuevamente llama la atención que enfermedades parasitarias sigan siendo importantes en nuestra consulta, debiendo prevenirse con acciones de saneamiento, las cuales deberían ser enseñadas a la población en primer nivel de atención.

La novena causa de consulta en nuestro país corresponde a la diabetes mellitus tipo 2, esta enfermedad constituye la primera causa de muerte en nuestro país, llama la atención nuevamente que la mortalidad no coincida con la morbilidad, esto nos muestra que no se llevan medidas preventivas adecuadas en la consulta de primer nivel.

Por ultimo, la décima causa de morbilidad en nuestro país es la varicela, la cual debe ser manejada adecuadamente en primer nivel para evitar sus complicaciones.

Asimismo el autor de este trabajo, ha observado que en la practica institucional hay un gran número de referencias a especialidad, que no son necesarias, lo cual genera una sobresaturación de los servicios de urgencias y consulta externa de los hospitales, una adecuada preparación de los médicos de primer

nivel evitaría la sobresaturación de estos servicios y mejoraría la atención y disminuirá los costos de atención.

Sin embargo en la gran mayoría de las facultades y escuelas de medicinas de nuestro país, la formación de las futuras generaciones de médicos se lleva a cabo en hospitales de segundo y tercer nivel de atención de tal manera que los médicos se forman con un enfoque curativo y no preventivo, lo cual no es útil para enfrentarse a este panorama epidemiológico. Se basan en la terapéutica y en la rehabilitación, con poco y en ocasiones ningún énfasis en la prevención.

El médico familiar es por definición el encargado de coordinar al equipo de salud.

Por lo tanto reviste vital importancia que nuestros futuros médicos, reciban formación académica en el área de la Medicina Familiar en Unidades y Clínicas de Medicina Familiar. Sin embargo esta formación en ocasiones no existe. Nuestros futuros médicos se forman en hospitales y no en las clínicas de primer nivel.

El presente trabajo tiene como objetivo mostrar la importancia de la enseñanza de la Medicina Familiar en el pregrado.

1.9 OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECIFICOS

Objetivo General

-Conocer la opinión que tienen los médicos internos de pregrado con respecto a la medicina familiar.

-Con base en estas opiniones y a los contenidos de enseñanza de las facultades y escuelas de medicina del país, proponer un contacto temprano con la medicina familiar en el pregrado.

Objetivos específicos

-Corroborar si el plan de estudios de diferentes universidades toma en cuenta la especialidad como materia para los estudios de pregrado.

-Identificar el momento académico en que los estudiantes de medicina entran en contacto con la materia de Medicina Familiar.

-Documentar la necesidad de que los estudiantes de medicina entren en contacto temprano con la medicina familiar.

-Justificar las razones por las cuales la formación del médico general demanda la exposición del estudiante a los servicios de medicina familiar y no solamente a los hospitalarios y por lo tanto proponer un esquema de rotación en medicina familiar.

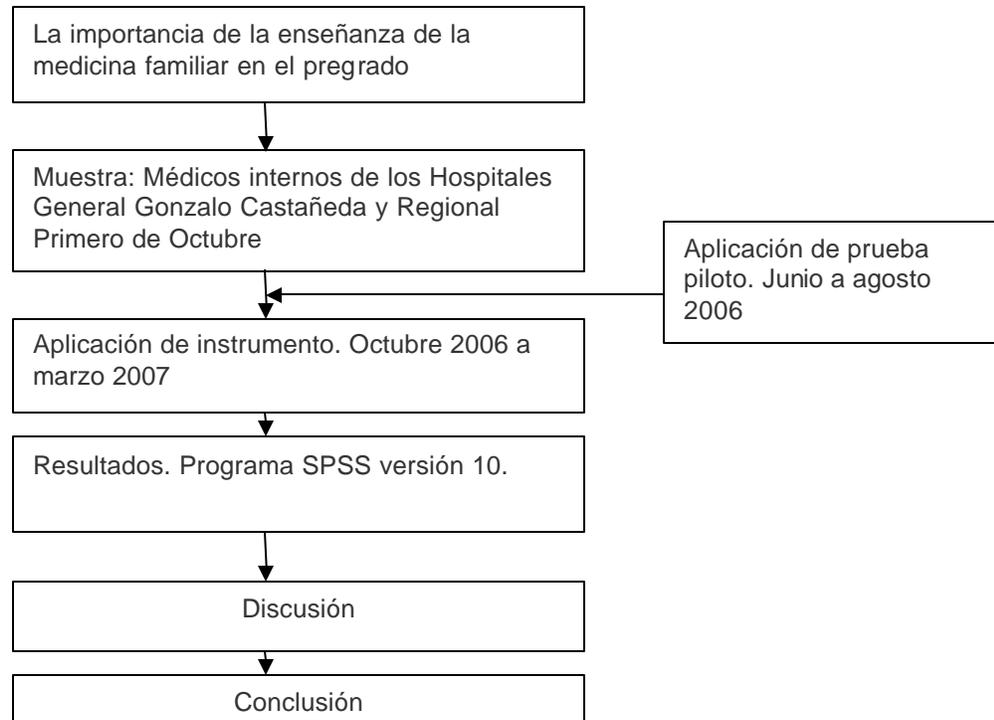
2 Materiales y métodos

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional.

Se revisó el programa académico de las siguientes universidades: UNAM (CU, FES Zaragoza y FES Iztacala)^{12,13,14}, IPN (ESM, Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía y CICS)^{15,16,17}, la Escuela Médico Naval¹⁸, la Escuela Médico Militar¹⁹, la Universidad Justo Sierra²⁰, el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey²¹, la Universidad La Salle²², la Universidad Anahúac²³, la Universidad WestHill²⁴ y la Universidad del Valle de México²⁵. (Se trató de conseguir el programa de la Universidad Tominaga Nakamoto sin embargo no fue posible obtenerlo, de haberse conseguido este programa se tendrían todos los planes de estudios de las escuelas de medicina del área metropolitana). Los planes de estudio se encuentran en el anexo 5 en formato digital. Estos planes se revisaron con el fin de averiguar en cuales de las escuelas la medicina familiar se impartía como materia obligatoria en el pregrado.

2.2 DISEÑO DEL ESTUDIO



2.3 POBLACION LUGAR Y TIEMPO

Población, lugar y tiempo: universo compuesto por médicos internos de los Hospitales General “Gonzalo Castañeda” y Regional “Primero de Octubre”, que estuvieran cumpliendo con su internado de pregrado en los meses de octubre del 2006 a marzo del 2007.

2.4 MUESTRA

Se trabajó con un universo total de 53 médicos internos de los Hospitales General “Gonzalo Castañeda” y Regional “Primero de Octubre” del ISSSTE. Sin embargo debido a las actividades propias del internado, únicamente contestaron el cuestionario 50 médicos internos.

Si bien no es una muestra estadísticamente significativa, si es una muestra representativa para los médicos internos de estos hospitales ya que se trabajo

con todo el universo del total de médicos internos de estos dos hospitales. Asimismo esta muestra es representativa para este grupo de estudio.

2.5 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

-Criterios de inclusión:

Médicos internos asignados a los Hospitales Regional “Primero de octubre” y General “Gonzalo Castañeda” del ISSSTE.

Que aceptarán el consentimiento de Participación Voluntaria.

-Criterios de exclusión:

No aceptar participar en el estudio.

-Criterios de eliminación:

Cuestionarios incompletos, mal llenados e ilegibles.

2.6 VARIABLES

El cuadro de las variables se muestra en el anexo 1.

2.7 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

El instrumento consta de 10 preguntas divididas en 5 secciones como se muestra en el cuadro 3.

CUADRO 3

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

SECCION 1 y 2	Ficha de identificación	Datos sobre el médico interno
SECCION 3 Pregunta 1	Expresión de la especialidad que el médico interno desea cursar al terminar la licenciatura	Se refiere a la especialidad que escogería en este momento
SECCION 4 Preguntas 2,3,4,5,6	Expresión del contacto que el médico interno ha tenido con la medicina familiar en el pregado	Se refiere a si ha llevado la materia de medicina familiar y si ha rotado con médicos especialistas en medicina familiar
SECCION 5 Preguntas 7,8,9 y 10	Expresión de la opinión que tiene el médico interno sobre la especialidad de medicina familiar	Se refiere a que concepto tiene de la medicina familiar , a que cree que se dedique el médico especialista en medicina familiar y si en algún momento le gustaría especializarse en medicina familiar

2.8 DISEÑO ESTADISTICO

El propósito estadístico de la investigación fue conocer la opinión que tienen los médicos internos de pregrado con respecto a la medicina familiar de los Hospitales General “Gonzalo Castañeda” y Regional “Primero de Octubre”.

- Se investigó un grupo.
- Se realizó una medición.
- Las variables que se midieron son de tipo nominal (evaluación de conocimientos).
- El tipo de muestra investigada fue no aleatoria, representativa para este grupo de estudio.

2.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

En el siguiente cuadro se observan las secciones del instrumento, su nombre y el número de variables que las componen.

Cuadro 4
Numero de variables por sección

Sección 1	Folio y consentimiento informado	1
Sección 2	Ficha de identificación	5
Sección 3	Especialidad que le gustaría cursar	1
Sección 4	Contacto con la medicina familiar en el pregrado	5
Sección 5	Opinión de la medicina familiar	4

Se obtuvo información de 16 variables. El instrumento se muestra en el anexo 2.

2.10 METODO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

- Previa autorización de las autoridades para realizar este estudio, se les invito a participar a los médicos internos que estuvieron rotando en los Hospitales General “Gonzalo Castañeda” y Regional “Primero de Octubre”.

Para la aplicación de los cuestionarios, el autor acudió en 2 ocasiones al Hospital General “Gonzalo Castañeda”, donde al término de las clases que toman todos los médicos internos del Hospital juntos, se les abordó y se les invitó a contestar el cuestionario. En el Hospital Regional Primero de Octubre los médicos internos no toman clases juntos motivo por el cual para la aplicación de los cuestionarios, se visitó el Hospital durante 3 semanas, invitando a los médicos uno a uno a la aplicación del cuestionario.

El autor de este trabajo se presentaba personalmente con cada médico.

- Se les leía el consentimiento de participación voluntaria si aceptaban se aplicaba el cuestionario.
- Una vez que finalizaba la aplicación del cuestionario se les daba las gracias por su participación.
- La información se almacenó en una base de datos diseñada en el programa estadístico SPSS versión 10.

2.11 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SEGOS

Sesgos de información

Se reconoce que existe debido a que en la información proporcionada por los médicos internos no es posible verificar la veracidad de los datos.

Sesgos de selección

Debido a la naturaleza no aleatoria de la muestra, existe este sesgo.

Asimismo se reconoce que algunos de los médicos internos cursan su rotación en la CMF “Gustavo A. Madero”, lo cual podría influir en sus respuestas.

2.12 PRUEBA PILOTO

Para la realización del cuestionario se revisó un estudio realizado en Brasil en el 2006 en el cual se evaluó el impacto que tuvo un consultorio de medicina familiar sobre alumnos de la carrera de medicina mediante anotaciones de ellos mismos ²⁶. La propuesta inicial del instrumento fue realizada por el autor del presente trabajo. En base a esto se diseñó un cuestionario que nos permitiera, identificar la percepción que tenían los médicos internos sobre la especialidad de medicina familiar; se diseñó un instrumento que al final permitiera clasificar los datos y las respuestas en categorías que pudieran interpretarse. Cabe recordar que las investigaciones cualitativas son instrumentos clásicos cuando lo que se pretende demostrar es una percepción.

Proceso de validación del instrumento

Se realizó una primera prueba piloto en junio del 2006 en dos médicos internos que se encontraban rotando en la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE en la Ciudad de México, la cual constaba de 8 preguntas, con un apartado para la ficha de identificación; una de las preguntas planteaba en que momento de la formación profesional se tenía contacto con la medicina familiar, ambos médicos contestaron que fue en el internado; por lo cual se decidió cambiar la pregunta de tal manera que especificara que el contacto con la medicina familiar debía ser previo al internado.

Se realizó una segunda prueba piloto en julio del 2006 con tres médicos internos que se encontraban rotando en la misma Clínica de Medicina Familiar, el cual constó de 10 preguntas, una ficha de identificación, se preguntaba que especialidad desearía cursar al término de la especialidad, se especificaba que el momento académico del contacto con la medicina familiar fuera previo al internado; se encontró que dos de los tres médicos no daban una opinión de la materia de medicina familiar debido a que los tres no la habían cursado en el pregrado por lo que se decidió realizar otro cuestionario en el cual se preguntará una opinión de la materia de medicina familiar aunque no hubieran tenido contacto con ella en el pregrado.

Por último se realizó una última prueba piloto en 12 médicos internos que se encontraban rotando el Hospital Regional "Primero de Octubre" en agosto del 2006, con las mismas especificaciones de la segunda pero cambiándola de

manera que los médicos dieran una opinión de la materia de medicina familiar aun sin haberla cursado, sobre si esta les seria útil en su ejercicio profesional; sin embargo se encontró que 11 de los 12 médicos contestaban “si”, una respuesta realmente no útil para los fines del estudio, por lo cual se decidió usar finalmente la segunda prueba piloto de tal manera que solo los médicos que llevaron medicina familiar antes de entrar al internado dieran su opinión acerca de la utilidad de esta en su ejercicio profesional.

2.13 PROCEDIMIENTOS ESTADISTICOS

Diseño y construcción de la base de datos

Se diseño una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 10, las características de la base se muestran en el anexo 3.

Se realizó un análisis estadístico con medidas de resumen.

2.14 CRONOGRAMA

El cronograma se observa en el anexo 4.

2.15 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Participaron en este programa el investigador y los médicos internos que aceptaron participar.

Materiales de oficina de uso general como lápices, borradores, hojas blancas, computadora personal, disquetes y puertos USB.

2.16 CONSIDERACIONES ETICAS

-Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud: De acuerdo a este en su artículo 17 el presente estudio entra en la categoría I, investigación sin riesgos, ya que es un estudio que emplea métodos y técnicas de investigación documental y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales

de los individuos que participan en el estudio. Se aplicó un cuestionario en el que no se identificó ni trató aspectos sensitivos de su conducta ²⁷.

-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: El presente trabajo se apega a las consideraciones éticas consideradas en esta declaración ²⁸.

-El estudio se llevo a cabo previa autorización del comité de ética de la Clínica de Medicina Familiar "Gustavo A. Madero".

-Consentimiento de participación voluntaria.

3 RESULTADOS

Contestaron el cuestionario un total de 50 médicos internos de los Hospitales Regional “Primero de octubre” y General “Gonzalo Castañeda”. Los posibles entrevistados eran 53, sin embargo debido a las actividades propias del internado, únicamente lo contestaron 50.

3.1 EDAD DE LOS MEDICOS INTERNOS ENTREVISTADOS

Los rangos de edades fueron de 22 a 45 años de edad, La edad más frecuente fue 23 años que corresponde al 28%(14). La media fue de 24 y la desviación estándar de 3.4. A estos valores se les aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov la cual da como resultado 1.796, la cual nos habla de que los valores caen dentro de la curva de distribución normal. Estos resultados se muestran en los cuadros 3 y 4.

Cuadro 3.

Distribución por edades de los médicos internos de los Hospitales Regional “Primero de Octubre” y General “Gonzalo Castañeda”

Edades	Frecuencia	Porcentaje
22	7	14
23	14	28
24	11	22
25	8	16
26	4	8
27	2	4
28	2	4
31	1	2
45	1	2
Total	50	100

Fuente: Encuestas aplicadas
n: 50

Cuadro 4.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Prueba simple de Kolmogorov-Smirnov		Edad
N		50
Parámetros de normalidad	Media	24.6
Desviación estándar		3.46
Diferencias extremas	Absoluta	.254
	Positiva	.254
	Negativa	-.226
	Kolmogorov-Smirnov Z	1.796

3.2 SEXO DE LOS MEDICOS INTERNOS ENTREVISTADOS

Los resultados se muestran en el cuadro 4.

Cuadro 4.

Distribución por sexo de los médicos internos de los Hospitales Regional “Primero de Octubre” y General “Gonzalo Castañeda”

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	18	36
Femenino	32	64
Total	50	100

Fuente: Encuestas aplicadas

n: 50

3.3 INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LAS CUALES PROCEDEN LOS MEDICOS INTERNOS

Los médicos internos entrevistados proceden de 3 instituciones educativas: la UNAM, el IPN y La Salle. Siendo el mayor porcentaje de estos alumnos del IPN en un porcentaje de 64%(32) (Incluyendo a las dos escuelas del IPN).

3.4 PLANES DE ESTUDIO DE LOS MEDICOS INTERNOS

Estos resultados se muestran en el cuadro 5.

Cuadro 5. Distribución de los médicos internos de los Hospitales Regional “Primero de Octubre” y General “Gonzalo Castañeda” por plan de estudios.

Campus	Frecuencia	Porcentaje
FES Zaragoza (UNAM)	3	6
FES Iztacala (UNAM)	9	18
ESM (IPN)	26	52
Universidad La Salle	5	10
CICS (IPN)	7	14
Total	50	100

Fuente: Encuestas aplicadas

n: 50

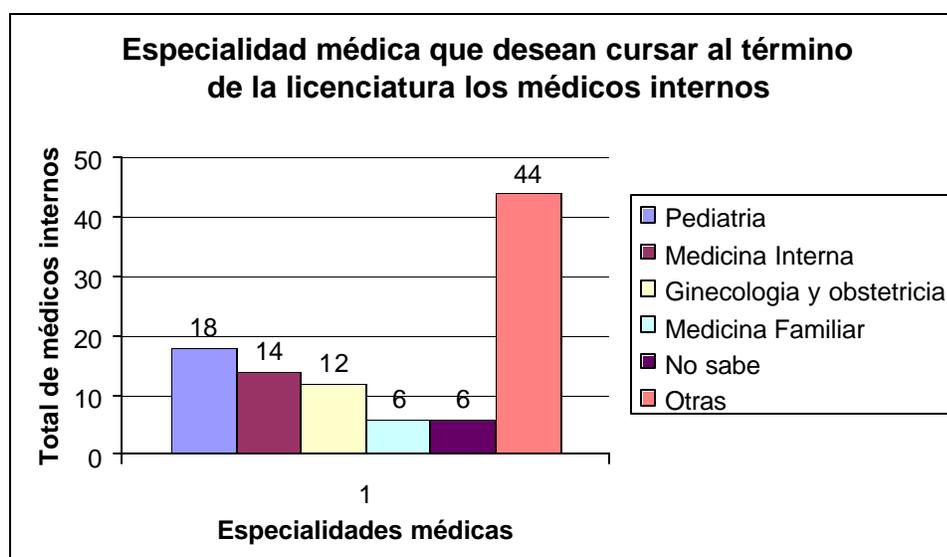
3.5 ESTADO CIVIL DE LOS MEDICOS INTERNOS

De los entrevistados el 84%(42) se encontraban solteros y el 16%(8) restante, se encontraba casados.

3.6 ESPECIALIDAD MEDICA QUE DESEAN CURSAR AL TERMINO DE LA LICENCIATURA LOS MEDICOS INTERNOS

Esto se esquematiza en el gráfico 1.

Gráfico 1



Fuentes: Encuestas aplicadas

n: 50

3.7 CONTACTO CON LA MEDICINA FAMILIAR COMO MATERIA OBLIGATORIA EN EL PREGRADO

El 18%(9) de los entrevistados mencionó haber llevado la materia de medicina familiar en sus estudios previos a entrar al internado. El 82%(41) menciona no haber tenido contacto con esta materia en el pregrado.

3.8 MOMENTO ACADEMICO EN QUE SE LLEVO LA MATERIA DE MEDICINA FAMILIAR

Estos 9 encuestados mencionaron haber llevado la materia en primer año el 6%(3); en tercer año el 6%(3) y en cuarto año el 6%(3) respectivamente.

3.9 OPINION DE LA UTILIDAD DE LA MATERIA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL EJERCICIO PROFESIONAL

De los 9 encuestados todos estuvieron de acuerdo en que la materia de medicina familiar les será útil en su ejercicio profesional.

3.10 CONTACTO CON MEDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR EN EL PREGRADO

El 36%(18) de los encuestados refiere haber rotado en sus ciclos clínicos con médicos especialistas en medicina familiar el restante 64%(32) refiere no haber tenido este contacto. Esto se esquematiza en el gráfico 2.

Grafica 2



Fuente: Encuestas aplicadas

n: 50

3.11 OPINION QUE TIENEN LOS ENTREVISTADOS DE LOS MEDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

De estos 18 encuestados el 30%(15) tiene una buena opinión de los médicos familiares; el 4%(2) tiene una regular opinión y el 2%(1) tuvo una mala opinión.

3.12 CONCEPTO DE LA MEDICINA FAMILIAR DE LOS MEDICOS ENTREVISTADOS

De los entrevistados, el 46%(23) cree que la medicina familiar es una atención integral al paciente; el 36%(18) cree que es medicina de primer contacto y el 18%(9) creen que es medicina preventiva.

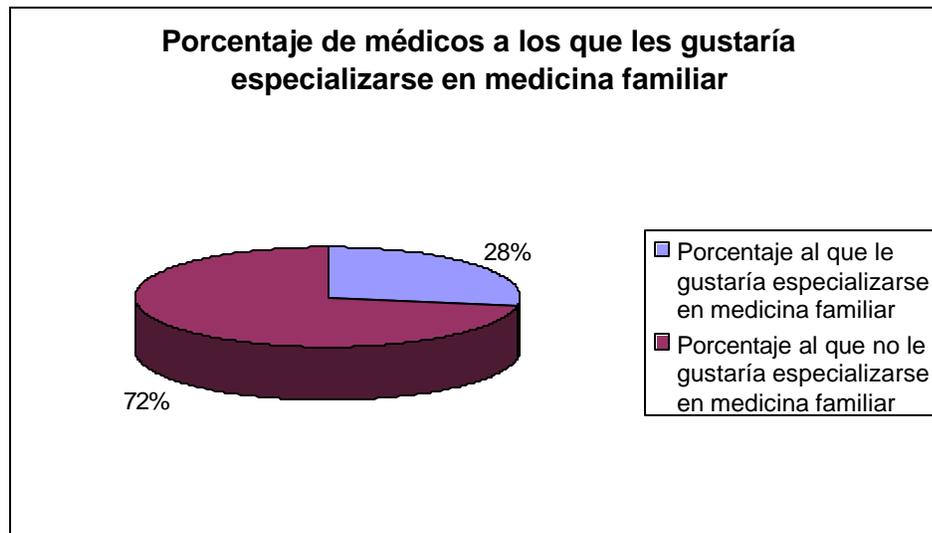
3.13 OPINION DEL CAMPO DE TRABAJO DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR DE LOS MEDICOS ENTREVISTADOS

El 36%(18) cree que el médico especialista en medicina familiar se dedica a hacer medicina de primer contacto; el 26%(13) creen que es un especialista que ve al paciente en forma integral; el 22%(11) creen que se dedica a prevenir enfermedades y el resto cree que se dedica a estudiar a la familia o no sabe.

3.14 OPINION DE LOS MÉDICOS ENTREVISTADOS SOBRE SI LES GUSTARIA ESPECIALIZARSE EN MEDICINA FAMILIAR

Al preguntar si les gustaría especializarse en medicina familiar el 28%(14) mencionó que si; el 72%(36) contestó que no. Esto se esquematiza en el gráfico 3.

Gráfico 3



Fuente: Encuestas aplicadas
n: 50

3.15 RAZONES POR LAS QUE A LOS MEDICOS INTERNOS NO LES GUSTARIA ESPECIALIZARSE EN MEDICINA FAMILIAR

De esos 35 médicos que contestaron no el 34%(17) mencionan que no les gustaría especializarse en medicina familiar debido a que les gusta otra especialidad; el 28%(14) mencionan que no les gusta la medicina familiar y el 6%(3) mencionan que es una especialidad no valorada. El resto refiere que no le gusta dar consulta.

De los 14 que contestaron que les gustaría especializarse en medicina familiar se debe a que les gusta la especialidad.

De los 14 médicos que contestaron que les gustaría especializarse en medicina familiar su edad mas frecuente fue de 23 y 24 años, en un porcentaje del 21% en ambas.

De estos médicos, 10 pertenecen al sexo femenino en un porcentaje del 71.4% y 4 al sexo masculino en un porcentaje del 28.6%.

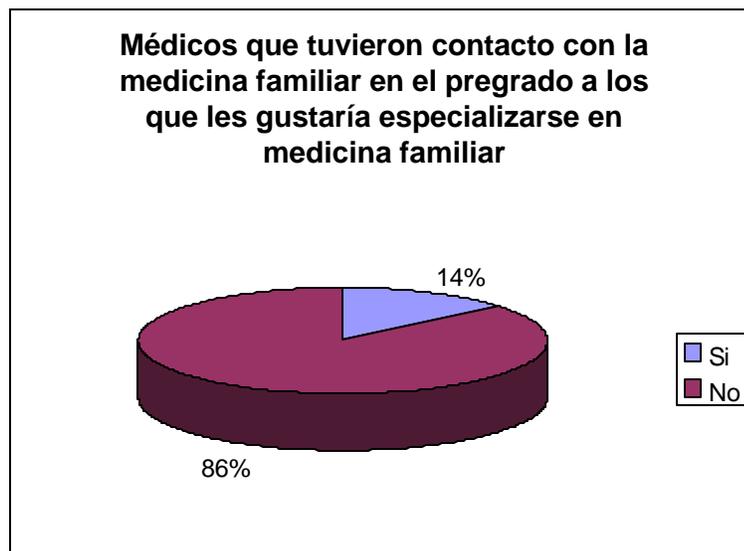
De estos 14, diez son egresados del IPN en un porcentaje de 71.4%, 3 de la UNAM en un porcentaje del 21.4% y 1 de la Universidad La Salle (7.1%).

De estos médicos 9 eran procedentes del plan de estudios de la Escuela Superior de Medicina del IPN en un porcentaje de 64.3, tres de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala en un porcentaje de 21.4%, uno de la Universidad La Salle en un porcentaje de 7.1% y uno del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud del IPN (7.1%).

De estos médicos 9 se encontraban solteros en un porcentaje de 64.3% y 5 se encontraban casados en un porcentaje de 35.7%.

De los 14 médicos a los cuales les gustaría especializarse en medicina familiar, dos (14%) de ellos habían tenido contacto con la materia de medicina familiar en el pregrado, los 12(86%) restantes no tuvieron este contacto. Esto se esquematiza en el gráfico 4.

Gráfico 4



Fuente
n:50

Los tres médicos internos que no contestaron el cuestionario fueron dos hombres y una mujer; uno de 23 años, otro de 26 años y una doctora de 27 años, egresados de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, el Centro

Interdisciplinario de Ciencias de la Salud y la Escuela Superior de Medicina respectivamente. Por lo tanto, no hay una no respuesta muy alta.

4. DISCUSION

De los presentes resultados, si bien no es muestra estadísticamente significativa si nos permite crearnos un panorama de lo que acontece en el pregrado, debido a que se pudieron conocer los planes de estudio de diferentes universidades.

Las investigaciones cualitativas son instrumentos clásicos cuando lo que se pretende investigar es la percepción de las personas con respecto a un tema

Algo de interés es que en esta muestra se confirma una tendencia que hemos visto incrementar en los últimos años; cada vez las mujeres son más numerosas en la carrera de medicina.

Llama la atención el hecho de que la mayor parte de los encuestados desean especializarse en Pediatría, una especialidad cuyo campo de trabajo a futuro no es halagador debido a que como sabemos la pirámide poblacional en México se ha invertido; posiblemente no hemos creado conciencia entre los futuros médicos acerca de esto o tal vez ni siquiera nos hemos encargado de darles una adecuada orientación en Salud Pública que les permita optar por especialidades con un mayor campo laboral a futuro.

Además no hay que olvidar que la pediatría es una especialidad generalista, como lo es la medicina familiar, la medicina interna, la ginecología y la cirugía general.

La siguiente especialidad preferida es la medicina interna, esto es consecuencia de que, durante el pregrado fomentamos entre los estudiantes la imagen del médico que trabaja en hospitales, debido a lo cual el médico al terminar sus estudios de licenciatura decide optar por cursar especialidades de este tipo.

En tercer lugar de preferencias se encuentra la ginecología y obstetricia, nuevamente, llama la atención que el médico opte por especialidades que si bien al momento cuentan con un adecuado campo de trabajo, su importancia llegara a disminuir debido a que la pirámide poblacional como sabemos se ha invertido, la tasa de natalidad ha disminuido, y en las mexicanas cada vez es menos frecuente el ser madres como una de sus prioridades ¿Estamos formando pediatras y obstetras que tendrán un futuro laboral incierto? ¿Que

tanto contribuimos en el pregrado a que el estudiante de medicina opte por estas especialidades sin saber si tendrá un adecuado campo laboral a futuro?

Solo 3 de los entrevistados desea de primera instancia especializarse en medicina familiar, esto es alarmante ya que la medicina familiar es esencial para un sistema de atención a la salud exitoso, pues, entre muchas otras cosas, constituye una forma de prestar servicios de atención primaria. Esto se basa en que de acuerdo a su perfil el médico familiar es el indicado para proporcionar una atención integral y continuada a las personas²⁹. Nuevamente se ve que los estudiantes de medicina prefieren las especialidades de ámbito hospitalario al contacto con la especialización para la práctica en primer nivel.

Únicamente 9 de los encuestados manifestó haber llevado la materia de medicina familiar en el pregrado. Vale la pena resaltar los resultados de los planes de estudio que se encuentran en el anexo 1. De los 14 planes estudios revisados solamente el de la FES Zaragoza y el del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey llevan como tal la asignatura de medicina familiar como materia obligatoria en el pregrado. En la FES Zaragoza se lleva la materia de “Estudio medico integral familiar” en el tercer año y en el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey se lleva la materia de “Clínica de medicina familiar” en el séptimo semestre.

En el resto de las Universidades no se lleva como tal una materia. Esto no significa que las demás universidades no tengan esfuerzos para consolidar la enseñanza de la medicina familiar, sin embargo la medicina familiar se encuentra incrustada en programas de salud pública, epidemiología, medicina preventiva, medicina comunitaria o general o repartida entre varias especialidades demostrando una ausencia de verdadera identidad como especialidad.

Analizando el programa de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México se imparte Salud Publica durante 4 años y la materia de medicina general durante dos años sin embargo no existe como tal la enseñanza de la medicina familiar.

En la Facultad de Medicina de la Universidad La Salle, se lleva la materia “Bases para la práctica medica y el trabajo comunitario” en el segundo semestre.

En otras universidades se llevan materias como “Sociedad y Salud” y “Medicina Comunitaria y Sociedad”.

Solo 3 médicos internos proceden de la FES Zaragoza, que es una Universidad donde se imparte como obligatoria la materia de medicina familiar bajo el nombre de “Estudio Medico Integral Familiar”. Sin embargo nueve de los entrevistados manifiestan haber llevado como tal la materia de medicina familiar en el pregrado.

De esos nueve tres son procedentes de la FES Iztacala donde no se lleva como tal la materia de medicina familiar se lleva la materia de “Clínica Integral”.

Un médico es egresado de la Universidad La Salle donde se lleva la materia de “Bases para la práctica médica y el Trabajo Comunitario”, pero no se lleva la materia de medicina familiar.

Dos son egresados de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, donde se lleva la materia de “Introducción a la Clínica”, pero no se lleva como tal la materia de medicina familiar.

Otro médico del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud del Instituto Politécnico Nacional, donde se lleva la materia de “Investigación Comunitaria”, pero no se lleva la materia de medicina familiar.

Dos médicos de la FES Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México donde se lleva como ya mencionamos anteriormente la materia de “Estudio Medico Integral Familiar”.

¿Porque son importantes estos resultados? Nueve médicos contestaron haber llevado la materia de medicina familiar en el pregrado, pero solo dos de los que contestaron haberla llevado, la llevaron como tal en la FES Zaragoza. Los otros siete son egresados de escuelas donde no llevan como tal la materia de medicina familiar, se llevan materia del tipo de medicina comunitaria o general; llama la atención que los médicos internos procedentes de estas escuelas pensaran que habían llevado la materia de medicina familiar. Claro la medicina familiar es atención comunitaria y es una especialidad evidentemente clínica; pero es algo más como hemos visto anteriormente.

De los 14 médicos a los que les gustaría especializarse en medicina familiar, solo dos de ellos llevaron como tal la materia de medicina familiar en el pregrado, de tal manera que en este estudio en el contacto con la medicina familiar no fue determinante para interesarse en ella como futura especialidad.

Asimismo es importante el apoyo de las Universidades a los programas de medicina familiar. Kutob R, Senf J y Campos-Outcalt D en varios estudios realizados en Estados Unidos en 24 escuelas de medicina de los Estados Unidos de América y en sus graduados de 1997 a 1999 encontraron varios hallazgos importantes; ellos realizaron esta serie de investigaciones debido al decremento del interés por la medicina familiar en los estudiantes de medicina. En uno de sus trabajos se encontró que las escuelas con mayores porcentajes de médicos especializados en medicina familiar, eran aquellas donde se habían realizado mayores esfuerzos en apoyos financieros y filosóficos³⁰.

Como otra consideración importante, uno de los egresados de la FES Zaragoza, contestó que no había llevado como tal la materia de medicina familiar; tal vez esto se debe a la poca importancia que le dan en relación a otras materias.

Sin embargo es alentador que todos piensen que la medicina familiar les sea útil en su ejercicio profesional.

Otro aspecto importante a discutir es que solo 18 médicos internos rotaron durante sus ciclos en el pregrado con médicos familiares, nuevamente vemos que se privilegia la formación hospitalaria. Por decir un ejemplo seguramente todos tuvieron contacto con médicos especialistas en pediatría durante su formación, ¿Por qué no sucede lo mismo con la medicina familiar?

De estos la mayoría tuvo una opinión favorable de los médicos familiares, dos una opinión regular y uno una mala opinión.

La mayoría de los médicos internos entrevistados consideran que la medicina familiar es atención integral, esto es cierto pero la medicina familiar es mucho más.

Aquí vale la pena transcribir algunas opiniones y recordar que el análisis e interpretación de los resultados en un estudio cualitativo no son hechos sino discursos y se presentan como un texto narrativo, se puede usar un análisis descriptivo que únicamente describe lo que se dice, cómo se dice y por qué y para qué se dice¹:

“Es una especialidad donde la base de la consulta es la población no grave”.

“Similar a la medicina general”

Afortunadamente en su mayoría fueron opiniones favorables, pero estos son focos de alerta. Por definición el médico familiar es el profesionalista capaz de ver al paciente sin importar su patología, SEA ESTA O NO GRAVE, por lo cual la base de nuestra consulta no es la población no grave. NO SOMOS MEDICOS GENERALES, somos médicos especialistas con un cuerpo propio de conocimientos.

Ahora bien si no fomentamos en los estudiantes el contacto temprano con la medicina familiar no podemos despertar una futura vocación para la medicina familiar en ellos²⁶. En Brasil se realizó un estudio en el cual se identificó la influencia que tenía un consultorio de medicina familiar en alumnos de medicina, el resultado fue alentador, ya que en su mayoría las opiniones fueron favorables, estas fueron escritas textualmente por los propios alumnos, la conclusión a la que llegaron los autores si bien habla de falta de apoyo gubernamental a la especialidad, nos habla de un importante impacto si los estudiantes se ponen en contacto temprano con la especialidad²⁶.

Esto concuerdo con los hallazgos que se encontraron en Canadá en un estudio similar. En este estudio se les preguntó a 11 médicos recién graduados que iban a especializarse en medicina familiar porque habían escogido la medicina familiar como su modo de vida. Los resultados mostraron que el haber tenido contacto con excelentes tutores de medicina familiar en el pregrado fue la razón fundamental para su elección. Esto nos muestra la importancia de contar con excelentes tutores de medicina familiar en el área del pregrado³¹.

Ahora bien, se deben elegir con cuidado a estos tutores, ya que como se vió anteriormente en México muchos médicos generales y de otras especialidades, se encuentran fungiendo funciones de médicos familiares. El contacto con estos

médicos puede hacer que los futuros médicos tengan una visión errónea de lo que es la medicina familiar. Asimismo muchos médicos familiares han caído en el desánimo y es sabido por todos, que tampoco llevan a cabo sus funciones correctamente.

Respecto a la pregunta: de a: ¿que se dedica el especialista en medicina familiar?, 18 contestaron que es el médico de primer contacto; 10 que se dedica a prevenir patologías; 5 que estudia a la familia y 3 no supieron. Si bien es cierto que todo lo mencionado es competencia del médico familiar, su perfil es aún más amplio. Nuevamente nos damos cuenta que hay un porcentaje que no sabe a que se dedica el médico especialista en medicina familiar.

Aunque la mayoría de los médicos tiene una idea clara de lo que hace el especialista en medicina familiar vale la pena transcribir algunas opiniones de los médicos:

“Atender padecimientos que no ponen en peligro la vida, y canalizar a un segundo o tercer nivel los que si lo sean.”

“Tratar enfermedades no complicadas”

“Valora los problemas del primer nivel de atención y los canaliza a sus respectivas especialidades”

“Trata padecimientos comunes y deriva a especialistas”

Igualmente aquí vemos como los médicos internos piensan que el médico familiar solo puede ver determinadas patologías, “las no graves” lo cual va en contra de su perfil ³⁰. Asimismo valdría la pena preguntarnos para el medico recién egresado ¿Que es el primer nivel de atención? Por algunas de las respuestas pareciera que se ve el primer nivel como solo dar referencias a segundo nivel y ser un cuidador de la consulta de los otros especialistas.

A la pregunta de que si les gustaría especializarse en medicina familiar solo 14 médicos respondieron que sí. El resto, 36 médicos respondieron que no; 17 debido a que les gusta otra especialidad; 14 debido a que no les gusta la medicina familiar y 3 debido a que es una especialidad no valorada.

De estos médicos 10 eran del sexo femenino y 4 del sexo masculino observándose aquí igualmente que las mujeres cada vez son más numerosas en los ámbitos profesionales.

De estos 14 médicos, diez son egresados del Instituto Politécnico Nacional la cual es la escuela de la que proceden el mayor número de egresados de la muestra, llama la atención que la mayoría de estos médicos no tienen contacto con la materia de medicina familiar en el pregrado, probablemente su preferencia se explique a través del contacto que tuvieron con la especialidad en el internado.

El programa de estudios del cual procedían la mayoría (9) era el de la Escuela Superior de Medicina del IPN, lo cual refuerza la afirmación anterior.

Aunque la mayoría de los médicos que mencionó que les gustaría especializarse en medicina familiar respondieron que es porque les gusta la especialidad, valdría la pena transcribir algunas respuestas:

“Estoy casado, y me facilitaría seguir a mi esposa, también interna, a cualquier ciudad ya que el médico familiar cabe en cualquier lado.”

“Es una especialidad nueva, por lo cual esta poco saturada.”

Aquí valdría la pena analizar que tanta fama tiene la medicina familiar de ser una especialidad fácil, ya que esto hace que la gente que la escoja piensa que es una especialidad de fácil realización.

Aunque ya expusimos las razones por las cuales no les gustaría especializarse en medicina familiar, vale la pena transcribir algunas de las respuestas:

“En mi internado para mi fue la peor rotación.”

“Pienso que no vale la pena, es como ser médico general y como hacer 3 años el internado”.

“Muy pocos médicos hacen realmente medicina familiar”.

“Abarca un conocimiento extenso en diversas áreas, por lo que no se especializa en un solo ámbito, y eso es algo que no me gustaría, ya que al especialista y subespecialista la remuneración económica es mayor.”

¿Que ejemplo le damos a los médicos durante su paso por las clínicas de primer nivel? ¿Qué proyección se le da a la medicina familiar a nivel institucional? La respuesta a estas preguntas nos podría explicar la falta de interés de los médicos recién graduados en la medicina familiar.

Si bien los comentarios adversos no son importantes a la hora de elegir una especialidad de acuerdo a Kutob R, Senf J y Campos Outcalt en otro de sus trabajos, estos si son alarmantes para nosotros como especialistas en medicina familiar³².

Los resultados son concordantes con lo que encontraron en España un grupo de investigadores, realizaron un estudio en 94 estudiantes de medicina encontrando que “la falta de formación en el pregrado de la medicina familiar y comunitaria se perfila como la causa del desinterés, desprestigio y desconocimiento de esta especialidad” entre los estudiantes de medicina³³.

Estos resultados también son concordantes con los encontrados en Bolivia en un estudio que se realizó con el fin de identificar si los estudiantes de pregrado reconocen a la medicina familiar como especialidad. En este estudio 51% de los encuestados no conocían la medicina familiar y un 63% no la consideraba una especialidad médica³⁴. Igualmente observamos que una debilidad de la medicina familiar es su pobre inclusión en el pregrado, con la consiguiente falta de interés en ella de los estudiantes de medicina.

Es fundamental la exposición de los estudiantes de medicina al primer nivel de atención, Kutob R, Senf J y Campos-Outcalt D en otro de sus trabajos en el cual se estudiaron las características de las escuelas cuyos egresados elegían medicina familiar, uno de los hallazgos fue que en estas escuelas los estudiantes estuvieron mas tiempo en contacto con médicos de atención primaria³⁵.

Un aspecto que podría influir es la poca importancia que en ocasiones se da durante la carrera a la relación médico-paciente, muchos médicos evitan el contacto directo con el paciente y llevan a cabo una medicina fría y alejada del

paciente. Este aspecto fue descrito por Kutob R, Senf J y Campos-Outcalt D en otro de sus trabajos, en el cual se investigaron los factores que hicieron a los médicos familiares escoger a la especialidad, siendo para ellos el más importante la relación medico-paciente³⁶. Para el médico familiar es fundamental el uso de la relación medico-paciente, tal vez siendo de hecho su arma terapéutica más importante, el mismo.

Otro aspecto que podría influir en la elección de la futura especialidad de los médicos es el interés por la investigación. Si bien en este trabajo no se exploró este aspecto, esto si ha sido estudiado. Kutob R, Senf J y Campos-Outcalt D en otro de sus trabajos, encontraron que había una fuerte relación negativa entre el interés que tenían los estudiantes con la investigación y el interés que tenían por la medicina familiar; prefiriendo esta los alumnos que preferían la atención a pacientes y no les interesaba la investigación³⁷. Tal vez se piensa que en atención primaria no se puede realizar investigación y esto repercute en el poco prestigio de la especialidad entre los estudiantes de pregrado. Sin embargo como hemos visto antes, el médico familiar tiene numerosas ventajas sobre los otros especialistas para realizar investigación, tal vez siendo la más importante que tiene una población fija para el seguimiento.

Si bien es cierto que es necesaria la formación de médicos especializados en diversas áreas, no será la formación masiva de estos especialistas, lo que solucionará los problemas de salud del país. Un estudio realizado por Franks y Fiscella acerca de los médicos de atención primaria demuestra que la población atendida por su médico personal presenta menor mortalidad y más bajo costo en la atención con respecto a la población atendida por otros especialistas³⁸.

Otro aspecto importante es el futuro campo laboral de los médicos, de acuerdo a cifras de la CIFRHS para el año 2006, 23,229 médicos presentaron el examen nacional de aspirantes a residencias médicas, y solamente 5521 médicos fueron seleccionados, solamente el 23% de las aspirantes a una residencia médica lograron ese año entrar a una. Debido a que la mayoría de los médicos del país ejercerán en primer nivel la formación en este aspecto debería ser fundamental como parte de su preparación.

5. Conclusiones

Una de las fortalezas más importantes de la medicina familiar es su ubicación cercana al paciente, una amplia perspectiva, y el carácter disciplinario, así como la flexibilidad y adaptabilidad de sus métodos³⁹.

Debido a que como hemos revisado en varios estudios, es fundamental el contacto con la medicina familiar en el pregrado para que posteriormente los médicos tengan un interés en ella en el pregrado, es conveniente sugerir que la medicina familiar se empiece a ver como una materia obligatoria en el pregrado.

Por ejemplo en Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, Portugal, España y Cuba la rotación por medicina familiar en clínicas de primer nivel es parte importante en la formación de los médicos generales, como una forma de integrar los problemas clínicos individuales en un contexto más amplio constituido por la familia y su entorno social^{40,41}. ¿Por qué no sucede lo mismo en México?

Tal vez porque la formación de los médicos se realiza principalmente en el segundo nivel de atención, la propedéutica y la mayoría de los ciclos clínicos se llevan a cabo en los Hospitales Generales, si bien es cierto que esta formación es indispensable, no deja de lado que la mayoría de los médicos al terminar la licenciatura su campo de trabajo será principalmente en el primer nivel de atención y por lo tanto, debería ser importante una adecuada formación en el primer nivel de atención para que al terminar la licenciatura tengan la capacitación necesaria y el compromiso que se requiere para atender a la población. Tal vez algunos de los médicos que llegan a tener la oportunidad de rotar en las clínicas y unidades de Medicina Familiar, se sientan decepcionados de su rotación, debido a que los modelos que tuvieron no se actualizaban o hacían de la consulta algo monótono; por eso antes de pedir que los futuros médicos roten en el primer nivel de atención, se debería actualizar a estos médicos y prepararlos para la gran responsabilidad: ser el modelo a seguir de los futuros médicos del país.

De acuerdo a la Secretaría de Salud el internado médico de pregrado es el escenario donde el médico se formará de acuerdo a las necesidades de salud del país, por ello sería necesaria una concientización respecto a que las principales necesidades del país deben ser manejadas y resueltas en su mayoría en el primer nivel de atención.

A nivel institucional que proyección se le da a la medicina familiar, es cierto que en el discurso es la base de los sistemas de salud del IMSS y el ISSSTE, pero en la práctica, ¿es igual la proyección que se da al médico familiar en comparación con el médico especialista en pediatría o medicina interna?, por ejemplo durante la residencia médica no es raro que los médicos rotantes en medicina familiar sean los comodines del hospital, esto provoca que los estudiantes y médicos internos que tengan contacto con ellos los desmeriten en comparación con otros especialistas.

Tal vez sería necesaria la creación de un modelo nacional de salud, por ejemplo el Sistema Nacional de Salud Español, es muestra clara de que una coordinación y a una atención basada en la atención primaria y en la medicina familiar dando prioridad a la equidad global y a la equidad de acceso². En México cada clínica tiene por así decirlo un estilo propio, debería haber una coordinación para que la misma calidad de atención que por ejemplo se de en Tijuana sea la misma que se de en Mérida; existe las normas oficiales mexicanas, ¿Pero se llevan a cabo? Ya no digamos de las diferencias de atención entre el ISSSTE y el IMSS, por ejemplo.

La medicina familiar en México se consolidará con el apoyo del gobierno y con la inclusión de ella en los planes de estudio. Es cierto, es necesario construir Hospitales Generales y Centros Médicos, pero es igual de importante o más la construcción de Clínicas y Unidades de Medicina Familiar y Centros de Salud. En 1961 Kerr White en su artículo "The Ecology of Medical Care" encontró que durante un año en una población de 1000 personas, 720 son atendidas en atención primaria, 100 son admitidas en un hospital General y solo 10 ingresan a los grandes Centros Médicos⁴². Por esto es importante que sepamos que la gran mayoría de nuestra población será atendida en primer nivel y por lo tanto es fundamental que los esfuerzos se centren en darle una atención oportuna, eficaz y con un alto nivel de resolución. Hay que crear conciencia en los futuros médicos que su mayor campo de trabajo estará en el primer nivel no en los hospitales.

Uno de los objetivos del presente trabajo fue investigar los planes de estudio de las principales Escuelas y Facultades de Medicina del área metropolitana, encontrando que solo en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y en el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey se imparte como tal

la materia de medicina familiar. La medicina familiar se consolidará con su inclusión en los planes de estudios. ¿Cómo puede trascender la medicina familiar si no es conocida?

Asimismo los médicos que sean asignados como profesores deben estar capacitados tanto en el área clínica como en el proceso de enseñanza aprendizaje, ya que de esa manera serán modelos a seguir. El médico familiar por definición debería ser el encargado de enseñar la propedéutica y la semiología, pero si no está capacitado ¿Cómo podrá hacerlo?

La declaración de Edimburgo de 1989 y posteriormente en 1995, la Unión Europea reconocieron el escenario del primer nivel de atención como el idóneo para la formación de médicos generales⁴³. Si esto ya ha sido reconocido a nivel internacional desde la década de los 80, vale la pena preguntarse cuando tendrá esto resonancia en México a nivel de los planes de estudio de la carrera de medicina en las distintas universidades del país.

Este trabajo nos permitió conocer la opinión de la especialidad de medicina familiar de un grupo de médicos internos de dos hospitales del ISSSTE de la ciudad de México, los cuales procedían de diversas escuelas y campus, en su mayoría las opiniones fueron buenas, sin embargo las opiniones malas son las que nos indican que aun queda camino por seguir para que nuestra especialidad sea conocida en el pregrado y a nivel nacional.

Así mismo nos permitió conocer el contacto que tuvieron estos médicos internos con la medicina familiar en el pregrado; el cual solo tuvieron un 36% de los entrevistados.

También observamos que solamente a un 28% de los médicos internos les gustaría especializarse en medicina familiar. Se esperaría, de acuerdo a algunos investigadores, que dado que la formación del médico general se orienta a la atención primaria, que esta cifra debería ser mínimo de un 50% ya que a la mayoría de los egresados debería interesarle la atención primaria y especializarse en este ámbito³⁴.

Si queremos que la medicina familiar se consolide y sea una de las primeras opciones de los futuros especialistas debemos incrementar su presencia en el pregrado. El desafío es grande sin embargo nuestra especialidad y nuestro país lo merecen.

6. Referencias

1. Taylor RB, David AK. Medicina de Familia Principios y practica. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
2. Narro RJ."La medicina familiar: sus bases, evolución y desafíos". En: La medicina familiar en los albores del siglo XXI. 1ª ed. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2006. p. 297- 303.
3. De la Revilla Luis. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. 1ª ed. Barcelona: Doyma; 1994.
4. Internado médico. Disponible en URL:<http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/srfrhs05.html>
5. Año de internado rotatorio. Disponible en URL:http://www.urosario.edu.co/FASE1/medicina/direcadminis_secretaria.htm
6. Narro RJ, Robles BM. ¿Cuántos médicos? ¿Cuántas escuelas? Inversión en investigación y educación en salud.2006; 1-8.
7. Informe sobre el XXX Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Medicas. El Universal 2006 oct 29; A: 24.
8. Fernández OM, Ponce RR, Monobe HC, Landgrave IS. Los programas de medicina familiar en las Facultades y Escuelas de Medicina en México. Rev Fac Med 2002; 45:32-34.
9. González BP, Ramírez VI, Bustos SR, Moreto G. La formación de médicos familiares en Latinoamérica: Timidez académica y liderazgo errático. Arch Med Fam 2005; 7:1-3.
10. República Mexicana. Principales causas de mortalidad general.2005. Disponible en: URL:http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/tabs/m_005.xls
11. Tasa de morbilidad de los principales casos nuevos de enfermedades, 2000-2004. Disponible en URL:<http://www.inegi.gob.mx7est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal06&c=3357>.
12. Plan de estudios de la licenciatura de médico cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en URL:http://www.facmed.unam.mx/plan/index.php?pla_ver=1
13. Plan de estudios de la licenciatura de médico cirujano de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en URL:<http://www.zaragoza.unam.mx/licenciaturas/mc/>

14. Plan de estudios de la licenciatura de médico cirujano de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México .Disponible en URL:[http: www.medicina.iztacala.unam.mx/](http://www.medicina.iztacala.unam.mx/)
15. Plan de estudios de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional. Disponible en URL:[http: www.esm.ipn.mx/](http://www.esm.ipn.mx/)
16. Plan de estudios de la licenciatura de médico cirujano y partero de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional. Disponible en URL:[http: www.enmh.ipn.mx/oferta/plan%20de%20MCyH.htm](http://www.enmh.ipn.mx/oferta/plan%20de%20MCyH.htm)
17. Plan de estudios de la licenciatura de médico cirujano y partero del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud. Disponible en URL:[http: www.ipn.mx/contenido/conocenos/datosUR.cfm?docPlanEstudios=ESM_MED_CIR_PART&idnivel=2&idur=110#planEstudio](http://www.ipn.mx/contenido/conocenos/datosUR.cfm?docPlanEstudios=ESM_MED_CIR_PART&idnivel=2&idur=110#planEstudio)
18. Plan de estudios de la licenciatura de médico cirujano naval de la Secretaría de Marina Armada de México. Disponible en URL:[http: www.semar.gob.mx/escuelas/escmednav.html#II](http://www.semar.gob.mx/escuelas/escmednav.html#II)
19. Plan de estudios de la licenciatura de Mayor médico cirujano de la Secretaria de la Defensa Nacional. Disponible en URL:[http: www.sedena.gob.mx/index.php?id=184](http://www.sedena.gob.mx/index.php?id=184)
20. Plan de estudios de la licenciatura de médico cirujano de la Universidad Justo Sierra. Disponible en URL:[http: www.justosierra.com/](http://www.justosierra.com/)
21. Plan de estudios de la licenciatura de médico cirujano del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey. Disponible en URL:[http: www.cmpublish.itesm.mx/wps/wcm/connect/ITESM/Aspirantes/Profesional/Carreras+profesionales/Ciencias+de+la+Salud/MC](http://www.cmpublish.itesm.mx/wps/wcm/connect/ITESM/Aspirantes/Profesional/Carreras+profesionales/Ciencias+de+la+Salud/MC)
22. Plan de estudios de la licenciatura de médico cirujano de la Universidad La Salle. Disponible en URL:[http: www.medicina.ulsa.edu.mx/index.php?med=0](http://www.medicina.ulsa.edu.mx/index.php?med=0)
23. Plan de estudios de la licenciatura de médico cirujano de la Universidad Anáhuac. Disponible en URL:[http: www.anahuac.mx/medicina/plan_medicina.pdf](http://www.anahuac.mx/medicina/plan_medicina.pdf)
24. Plan de estudios de la licenciatura de médico cirujano de la Universidad Westhill. Disponible en URL:[http: www.westhill.edu.mx/espanol/index.htm](http://www.westhill.edu.mx/espanol/index.htm)
25. Plan de estudios de la licenciatura de médico cirujano de la Universidad del Valle de México. Disponible en URL:[http: www.uvmnet.edu/licenciatura/medicina.asp](http://www.uvmnet.edu/licenciatura/medicina.asp)
26. de Benedetto MA, Janaudis MA, Leoto RF, González BP. Pacientes, residentes y estudiantes descubriendo la medicina familiar. Arch Med Fam. 2006; 8:9-17.
27. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaria de Salud, México, 1987.

28. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General en Edimburgo,
29. Gallo VF, Altisent TR, Diez EJ, Fernandez SC, Foz GG, Granados MM, et al. Perfil profesional del médico de familia. *Aten Primaria* 1999; 23:236-248.
30. Kutob R, Senf J, Campos-Outcalt D. Declining interest in Family Medicine: perspectives of department heads and faculty. *Fam Med* 2003;35(7): 504-509.
31. Jordan J, Belle BJ, Russell G. Choosing family medicine. What influences medical students? *Can Fam Physician* 2003; 49:1131-1137.
32. Campos-Outcalt D, Senf JH, Kutob R. Comments heard by US medical students about family practice. *Fam Med* 2003; 35(8): 573-578.
33. Santos SJ, Santiago AM, Alonso HP, Alonso LM, Merladet AE, Corrales FE. Medicina de familia: ¿la cenicienta del pregrado? Estudio de la opinión de los estudiantes de medicina sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria. *Aten primaria* 2001; 27:324-330.
34. Caballero RJ. Identificación de la Medicina Familiar como especialidad médica entre estudiantes de pregrado de La Paz, Bolivia. *Arch Med Fam* 2006;8:1-7.
35. Campos-Outcalt D, Senf JH, Kutob R. A comparison of primary care graduates from schools with increasing production of family physicians to those from schools with decreasing production. *Fam Med* 2004; 36(4): 260-264.
36. Senf JH, Kutob R, Campos-Outcalt D. Which primary care specialty? Factors that relate to a choice of family medicine, internal medicine, combined internal medicine- pediatrics, or pediatrics. *Fam Med* 2004; 36(2):123-130.
37. Senf JH, Campos-Outcalt D, Kutob R. Family medicine specialty choice and interest in research. *Fam Med* 2005; 37(4):265-270.
38. Dichiara KA, Gracia RA, Gómez CF. La medicina familiar: una especialidad con identidad. *Atención familiar*. 2004.
39. Muñoz HO, García PN, Vázquez EF. Perspectivas en medicina familiar. *Arch Med Fam* 2006; 3:145-151.
40. Shore WB, Wilkie HA, Croughan- Minihane M. Family of origin genogramas: evaluation of a teaching program for medical students. *Fam Med* 1994; 25: 238-243.
41. Davies SM, Rutledge CM, Davies TC. A family physician-counsellor program for medical students. *Fam Med* 1993; 25:327-300.
42. Kerr White and the Concept of Primary Health Care. Disponible en [URL:http://www.med.virginia.edu/hs-library/historical/kerr-white/primary.htm](http://www.med.virginia.edu/hs-library/historical/kerr-white/primary.htm)

43. Trejo MJ, Estrada SD, Peña BJ, Garnica GJ, Angeles CR, Díaz RJ, et al. Desafíos en la enseñanza de la medicina familiar en el pregrado: El caso de México. Arch Med Fam 2005; 3: 109-116.

7 Anexos

Anexo 1

Variables del estudio

Nombre de la variable	Tipo de la variable	Escala de medición	Valores que toma la variable
Folio	Cuantitativa	Continua	Numero consecutivo
Edad	Cuantitativa	Continua	Numero consecutivo
Sexo	Cualitativa	Nominal	1.Masculino 2. Femenino
Universidad de procedencia	Cualitativa	Nominal	1.UNAM 2.IPN 3.La Salle
Campus de procedencia	Cualitativa	Nominal	1.CU 2. FES Zaragoza 3. FES Iztacala
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1.Soltero 2. Casado

P. 1. ¿Qué especialidad médica desea cursar al terminar la licenciatura?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anestesiología 2. Cirugía General 3. Ginecología y Obstetricia 4. Medicina Familiar 5. Medicina Interna 6. Medicina Legal 7. Medicina Física y de Rehabilitación 8. Neumología 9. Neurología 10. Oftalmología 11. Oncología 12. Traumatología y ortopedia 13. Otorrinolaringología 14. Pediatría 15. Psiquiatría 16. Urgencias medico-quirúrgicas 17. No se
P. 2 ¿Durante sus estudios en la licenciatura (previos a entrar al internado) llevó la materia de Medicina Familiar?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
P. 3 ¿En que momento de su formación profesional se curso con la materia de Medicina Familiar?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primer año 2. Segundo año 3. Tercer año 4. Cuarto año
P. 4 ¿Cree que esta materia le será útil en su ejercicio profesional?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Si 2.No
P. 5 ¿Durante sus ciclos clínicos (previos a entrar al internado) roto con médicos especialistas en Medicina Familiar?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

P. 6 ¿Que opinión tuvo de estos médicos?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buena 2. Regular 3. Mala
P. 7 Para usted ¿Qué es la Medicina Familiar?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención integral 2. Medicina preventiva 3. Medicina de primer contacto
P. 8 ¿Que hace el especialista en Medicina Familiar?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Previene patologías 2. Estudia a la familia 3. No se 4. Medico de primer contacto 5. Ve al paciente de un modo integral
P. 9 ¿Le gustaría especializarse en Medicina Familiar?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
P. 10 ¿Por qué?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. No me gusta 2. No me gusta dar consulta 3. Me gusta otra especialidad 4. Me gusta la especialidad 5. No es valorada

Anexo 2 Instrumento

Folio: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La finalidad de este trabajo es conocer la opinión de los médicos internos de pregrado sobre la especialidad de medicina familiar; por favor, ayúdenos contestando estas preguntas con sinceridad .Muchas gracias.

ACEPTO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO SI

NO

Nombre: _____
Edad: _____
Sexo _____
Universidad de Procedencia: _____
Campus de procedencia: _____
Estado civil: _____
Fecha de aplicación _____

1. ¿Qué especialidad médica desea cursar al terminar la licenciatura?
2. ¿Durante sus estudios en la licenciatura (previos a entrar al internado) llevó la materia de Medicina Familiar?

SI

NO

En caso de haber contestado NO a esta pregunta, pasar a la pregunta 5

3. ¿En que momento de su formación profesional se curso con la materia de Medicina Familiar?

4. ¿Cree que esta materia le será útil en su ejercicio profesional?

5. ¿Durante sus ciclos clínicos (previos a entrar al internado) roto con médicos especialistas en Medicina Familiar?

SI

NO

6. ¿Que opinión tuvo de estos médicos?

7. Para usted ¿Qué es la Medicina Familiar?

8. ¿Que hace el especialista en Medicina Familiar?

9. ¿Le gustaría especializarse en Medicina Familiar?

SI

NO

10. ¿Por qué?

Anexo 3.

Diseño de la base datos

Nombre de la variable	Tipo de la variable	Escala de medición	Valores que toma la variable
Folio	Cuantitativa	Continua	Numero consecutivo
Edad	Cuantitativa	Continua	Numero consecutivo
Sexo	Cualitativa	Nominal	1.Masculino 2. Femenino
Universidad de procedencia	Cualitativa	Nominal	1.UNAM 2.IPN 3.La Salle
Campus de procedencia	Cualitativa	Nominal	1.CU 2. FES Zaragoza 3. FES Iztacala
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1.Soltero 2. Casado
P. 1. ¿Qué especialidad médica desea cursar al terminar la licenciatura?	Cualitativa	Nominal	1. Anestesiología 2. Cirugía General 3. Ginecología y Obstetricia 4. Medicina Familiar 5. Medicina Interna 6. Medicina Legal 7. Medicina Física y de Rehabilitación 8. Neumología 9. Neurología 10. Oftalmología 11. Oncología 12. Traumatología y ortopedia 13. Otorrinolaringología 14. Pediatría 15. Psiquiatría

			16. Urgencias medico-quirúrgicas 17. No se
P. 2 ¿Durante sus estudios en la licenciatura (previos a entrar al internado) llevó la materia de Medicina Familiar?	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
P. 3 ¿En que momento de su formación profesional se curso con la materia de Medicina Familiar?	Cualitativa	Nominal	1. Primer año 2. Segundo año 3. Tercer año 4. Cuarto año
P. 4 ¿Cree que esta materia le será útil en su ejercicio profesional?	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
P. 5 ¿Durante sus ciclos clínicos (previos a entrar al internado) roto con médicos especialistas en Medicina Familiar?	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
P. 6 ¿Que opinión tuvo de estos médicos?	Cualitativa	Nominal	1. Buena 2. Regular 3. Mala
P. 7 Para usted ¿Qué es la Medicina Familiar?	Cualitativa	Nominal	1. Atención integral 2. Medicina preventiva 3. Medicina de primer contacto
P. 8 ¿Que hace el especialista en Medicina Familiar?	Cualitativa	Nominal	1. Previene patologías 2. Estudia a la familia 3. No se 4. Médico de primer contacto 5. Ve al paciente de un

			modo integral
P. 9 ¿Le gustaría especializarse en Medicina Familiar?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
P. 10 ¿Por qué?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. No me gusta 2. No me gusta dar consulta 3. Me gusta otra especialidad 4. Me gusta la especialidad 5. No es valorada

Anexo 5 Programas de estudio.

Facultad de Medicina UNAM (12)

ASIGNATURAS DE PRIMER AÑO	Número de horas						Créditos
	Semana			Año			
	T	P	TP	T	P	TP	
Anatomía		3	4		120	160	14
Biología del Desarrollo	2	2		80	80		12
Bioquímica y Biología Molecular	4	3		160	120		22
Biología Celular y Tisular	2	3		80	120		14
Salud Pública I			4			160	8
Psicología Médica I	3		1	120		40	14
Total de créditos	11	11	9				84

T = teórica; P = práctica; TP = teórica-práctica.

ASIGNATURAS DE SEGUNDO AÑO	Número de horas						Créditos
	Semana			Año			
	T	P	TP	T	P	TP	
Farmacología	4	4		160	160		24
Fisiología	4	4		160	160		24
Microbiología y Parasitología	3	4		120	160		20
Salud Pública II			4			160	8
Inmunología	2	1		80	40		10
Cirugía I			4			160	8
Total de créditos	13	13	8				94

T = teórica; P = práctica; TP = teórica-práctica.

TERCER AÑO	PROPEDEÚTICA Y FISIOPATOLOGÍA* PATOLOGÍA										
	MEDICINA GENERAL I*										
	PSICOLOGÍA MÉDICA II**										
	SALUD PÚBLICA III***					GENÉTICA CLÍNICA*					
	SEMINARIO CLÍNICO*										
	ASIGNATURAS DE LIBRE ELECCIÓN***										
CUARTO AÑO	SALUD PÚBLICA IV**					HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LA MEDICINA					
	MEDICINA GENERAL II*										
	CIRUGÍA II*										
	ASIGNATURAS DE LIBRE ELECCIÓN***										
	INTERNADO MÉDICO*										
QUINTO AÑO	PEDIATRÍA*		MEDICINA INTERNA*		CIRUGÍA*		GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA*		COMUNIDAD*		URGENCIAS*
SEXTO AÑO	S E R V I C I O S O C I A L										

* Estas asignaturas son la base del entrenamiento en el área clínica, en ellas el alumno adquirirá los conocimientos acerca de la patología de los diversos aparatos y sistemas, así como las habilidades y destrezas necesarias para el manejo de los problemas de salud más frecuentes.

** Estas asignaturas corresponden al área sociomédica.

*** Su propósito es permitir que el alumno profundice o complemente de acuerdo a sus preferencias algunos contenidos del plan de estudios; tenga la posibilidad de capacitarse en ciertas áreas no consideradas en dicho plan, así como también dar flexibilidad al currículo.

*Áreas de rotación bimestral.

UNAM FES Zaragoza (13)

FES ZARAGOZA(10)		CRÉDITOS
MEDICINA		
NIVEL: LICENCIATURA SISTEMA: ESCOLARIZADO DURACION: 6 AÑOS VIGENCIA: PRIMER INGRESO Y REINSCRIPCION LIM. DE INSC. POR PERIODO: SIN LIMITE		OBLIGATORIOS: 449 OPTATIVOS: 0 TOTALES: 449

PRIMER AÑO		
ASIGNATURA	CRÉDITOS	REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN
SALUD DEL HOMBRE Y AMBIENTE	50	
CRECIMIENTO-DES.INTRAUTERINO	20	
PARTO,PUERPERIO PDO PERINATO	10	
CRECIMIENTO-DES.EXTRAUTERINO	20	
SEGUNDO AÑO		
INTRODUCTORIO	5	CICLO I
PIEL Y MÚSCULO ESQUELÉTICO	10	CICLO I
APARATO RESPIRATORIO	10	CICLO I
APARATO CARDIOVASCULAR	20	CICLO I
APARATO DIGESTIVO	15	CICLO I
APARATO UROGENITAL	13	CICLO I
APARATO NERVIOSO ÓRGANO DE LOS SENTIDOS	20	CICLO I
SISTEMA ENDOCRINO	13	CICLO I
TERCER AÑO		
ATENCIÓN MÉDICA ADULTO C.EXT	17	CICLO 2
ATENCIÓN MÉDICA NIÑO C.EXT	17	CICLO 2
ATENCIÓN GINECO-OBTET. C.EXT	17	CICLO 2
ATENCIÓN MED.GRAL.INT.C.EXT.	17	CICLO 2
ESTUDIO MÉDICO INTEGRAL FAM.	6	CICLO 2
TERAPÉUTICA	4	CICLO 2
FISIOPATOLOGÍA EXPERIMEN. I	12	CICLO 2
SALUD OCUPACIONAL	2	CICLO 2

CUARTO AÑO		
ATENCIÓN ADULTO EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	35	CICLO 3
ATENCIÓN NIÑO EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	17	CICLO 3
ATENCIÓN GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	17	CICLO 3
FISIOPATOLOGÍA EXPERIMEN. II	6	CICLO 3
MEDICINA LEGAL EN MEXICO	6	CICLO 3
QUINTO AÑO		
INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO	70	CICLO 4
SEXTO AÑO		
SERVICIO SOCIAL		

FES IZTACALA (14)

PRIMERA FASE: INTRODUCTORIA

Comprende el primer semestre de la carrera e incluye los módulos de Introducción, Generalidades, Instrumentación y Práctica Clínica I. En este se brindan las bases fundamentales para que el alumno, independientemente del bachillerato donde proceda tenga los elementos mínimos indispensables para iniciar adecuadamente la carrera.

SEGUNDA FASE: CICLOS BÁSICOS

Abarca 3 semestres de duración, tiempo durante el cual se cursan los módulos de:

Segundo semestre: sistema nervioso, sistema endocrino, sistema osteomioarticular, laboratorio I y práctica clínica II.

Tercer semestre: sistema cardiovascular, sistema respiratorio, sistema linfhemático, laboratorio II y Práctica Clínica III

Cuarto semestre: sistema digestivo, sistema urogenital, sistema tegumentario, Laboratorio III y Práctica clínica IV.

Estos semestres no llevan seriación por lo que los alumnos lo podrán cursar indistintamente hasta cubrir los tres ciclos.

TERCERA FASE: CICLOS CLÍNICOS

Conformada por 4 semestres que se distribuyen como sigue:

Quinto semestre: Clínica Integral I, Pedagogía I y Administración I

Sexto semestre: Clínica Integral II, Pedagogía II y Administración II

Séptimo semestre: Clínica Integral III

Octavo semestre: Clínica Integral IV

CUARTA FASE: INTERNADO Y SERVICIO SOCIAL

El internado de pregrado y el Servicio Social se realizan con un año de duración cada uno. En ambos casos, EL ALUMNO ELIGE su plaza con base en el promedio obtenido durante la carrera. Las plazas se presentan en un catálogo del cual cada alumno, desde el promedio más alto hasta el más bajo eligen su plaza.

Posteriormente se realiza el trámite de titulación.

ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA IPN (15)

PRIMER SEMESTRE

Anatomía humana
Embriología
Salud pública

SEGUNDO SEMESTRE

Bioquímica médica I
Histología humana
Bioética
Neuroanatomía

TERCER SEMESTRE

Bioquímica Médica II
Fisiología humana
Antropología médica
Metodología de la investigación y estadística I

CUARTO SEMESTRE

Inmunología médica
Informática médica
Microbiología y Parasitología médica
Metodología de la investigación y estadística II

QUINTO SEMESTRE

Farmacología
Nutriología
Genética
Anatomía Patológica General

SEXTO SEMESTRE

Introducción a la clínica
Terapéutica médica
Fisiopatología general
Psicología médica

SEPTIMO SEMESTRE

Ginecología y Obstetricia I
Clínica del Aparato Músculo-Esquelético
Dermatología
Alergología
Clínica del Aparato Respiratorio
Clínica de Urología

OCTAVO SEMESTRE

Anestesiología
Introducción a la Cirugía
Infectología
Clínica del Aparato Digestivo
Anatomía Patológica Especial
Endocrinología
Pediatría
Estomatología

NOVENO SEMESTRE

Hematología
Ginecología y Obstetricia II
Oftalmología
Nefrología
Clínica del Aparato Cardiovascular
Medicina Legal
Cirugía

DÉCIMO SEMESTRE

Salud Pública
Medicina del Trabajo
Psiquiatría
Neurología
Inglés médico
Otorrinolaringología
Oncología
Geriatría

**Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía (16) IPN
PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE MÉDICO CIRUJANO Y
PARTERO**

PRIMER SEMESTRE	
ANATOMÍA HUMANA I	
EMBRIOLOGÍA HUMANA	4
BIOQUÍMICA MÉDICA I	8
HISTOLOGÍA HUMANA	7
HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LA MEDICINA	3
COMPRENSIÓN DE LECTURA DE INGLÉS TÉCNICO	2
TOTAL HORAS A LA SEMANA	33
TOTAL HORAS AL SEMESTRE	594

SEGUNDO SEMESTRE	H/S
ANATOMÍA HUMANA II	8
FISIOLOGÍA HUMANA I	8
BIOQUÍMICA MÉDICA II	8
BIOÉTICA	3
SOCIOLOGÍA MÉDICA	4
INFORMÁTICA MÉDICA	3
TOTAL HORAS A LA SEMANA	34
TOTAL HORAS AL SEMESTRE	612

TERCER SEMESTRE	H/S
NEUROANATOMÍA	8
FISIOLOGÍA HUMANA II	8
INMUNOLOGÍA MÉDICA	6
INTRODUCCIÓN A LA SALUD PÚBLICA	4
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN Y ESTADÍSTICA I	4
FARMACODINAMIA	6
TOTAL HORAS A LA SEMANA	36

TOTAL HORAS AL SEMESTRE	648
--------------------------------	------------

CUARTO SEMESTRE	H/S
ANATOMÍA PATOLÓGICA	4
BIOMEDICINA MOLECULAR	3
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGIA	8

QUINTO SEMESTRE	H/S
FARMACOLOGÍA BÁSICA	6
INTRODUCCIÓN A LA CIRUGÍA	8
INTRODUCCIÓN A LA CLÍNICA	8
PSICOLOGÍA MÉDICA	6
EPIDEMIOLOGÍA	4
TOTAL HORAS A LA SEMANA	32
TOTAL HORAS AL SEMESTRE	576

SEXTO SEMESTRE	H/S
FARMACOLOGÍA CLÍNICA	8
GENÉTICA	3
CARDIOVASCULAR	6
OTORRINOLARINGOLOGÍA	5
HEMATOLOGÍA	5
NUTRIOLOGA	3
CLÍNICA INTEGRAL I	3
TOTAL HORAS A LA SEMANA	33
TOTAL HORAS AL SEMESTRE	594

SÉPTIMO SEMESTRE	H/S
NEUMOLOGÍA	7
DERMATOLOGÍA	5
OFTALMOLOGÍA	4
NEUROLOGÍA	7
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	10
ESTOMATOLOGÍA	2
CLÍNICA INTEGRAL II	3
TOTAL HORAS A LA SEMANA	38
TOTAL HORAS AL SEMESTRE	684

OCTAVO SEMESTRE	H/S
ONCOLOGÍA	5
INMUNOLOGÍA CLÍNICA	6
INFECTOLOGÍA	6
GINECOOBSTETRICIA	14
PSIQUIATRÍA	4
TOTAL HORAS A LA SEMANA	35
TOTAL HORAS AL SEMESTRE	630

NOVENO SEMESTRE	H/S
NEFROUROLOGÍA	5
ENDOCRINOLOGÍA	4
GASTROENTEROLOGÍA	8
CIRUGÍA Y ANESTESIOLOGÍA	12
SALUD OCUPACIONAL	4
BIOÉTICA CLÍNICA	2
TOTAL HORAS A LA SEMANA	35
TOTAL HORAS AL SEMESTRE	630

DÉCIMO SEMESTRE	H/S
MEDICINA LEGAL	4
PEDIATRÍA	1 2
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA	4
URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS	6
TERAPÉUTICA MÉDICA	5
SALUD PÚBLICA	4
TOTAL HORAS A LA SEMANA	35
TOTAL HORAS AL SEMESTRE	630
INTERNADO DE PREGRADO	

Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud (17) IPN

Primer semestre (I)

Incorporación al sistema CICS
Conocimiento Y Sociedad
Sociedad y Salud
Psicología y Salud
Hombre y homeostasis

Segundo semestre (II)

Hombre y homeostasis
Mecanismos de defensa
Proceso de investigación en salud
Planeacion en salud
Practica comunitaria integrativa

Tercer semestre (II)

Fisiología 60
Farmacología general 126
genética 54
Humanismo y practica medica 54
Introducción a la practica médica 156
Patología estructural y funcional 150

Cuarto Semestre (III)

gastroenterología 396
Investigación Comunitaria I. 60
"Gastroenterología
Hematología 144

Quinto Semestre (III)

Cardiología 300
Neumología y Otorrinolaringología 300

Sexto Semestre (111)

Investigación Comunitaria III 72
"Hematología, Cardiología
Neumología y Otorrinolaringología
Endocrinología 198
Nefrología y Urología 300
Investigación Comunitaria III 30
Endocrinología, Nefrología Urología

Séptimo Semestre (III)

Ginecológica y Obstetricia 318
Pediatria e Infectología 228
Investigación Comunitaria IV 54
"Ginecológica y Obstetricia, Pediatria e Infectologia"

Octavo Semestre (III)

Traumatología y Ortopedia 318
Dermatología 252
Investigación Comunitaria 30
Traumatología, Ortopedia y Dermatología"

Noveno Semestre (III)

Neurología, Psiquiatría y Oftalmología 600

Décimo Semestre (III)

Introducción a la Gerontogeriatría 18

Investigación Comunitaria VI. 30

"Neurología, Psiquiatría, Oftalmología
y Gerontogeriatría"

Legislación Sanitaria y Medicina Laboral 150

Educación quirúrgica 288

Investigación integrativa Vil. 54

Onceavo y Doceavo Semestre (IV)

Internado rotatorio de pregrado 1380

Tronco común 1200 hrs.

Específico 6180 hrs.

Total 1380 hrs

PLAN DE ESTUDIOS
ESCUELA MÉDICO NAVAL (18)
PRIMER AÑO

1ER. SEMESTRE

ANATOMÍA HUMANA I
DESARROLLO I
HISTORIA, FILOSOFÍA Y ANTROPOLOGÍA
MÉDICA
ADOCTRINAMIENTO NAVAL I
INGLÉS MÉDICO I

2DO. SEMESTRE

ANATOMÍA HUMANA II
BIOLOGÍA CELULAR Y TISULAR
BIOLOGÍA DEL DESARROLLO II
ADOCTRINAMIENTO NAVAL II
INGLÉS MÉDICO II

SEGUNDO. AÑO

3ER. SEMESTRE

BIOQUÍMICA MÉDICA I
FISIOLOGÍA HUMANA I
MICROBIOLOGÍA
Y PARASITOLOGÍA MÉDICA I
GENÉTICA MÉDICA
ECOLOGÍA MARINA Y SALUD
SALUD PÚBLICA I
INGLÉS MÉDICO III
ADOCTRINAMIENTO NAVAL III

4TO. SEMESTRE

BIOQUÍMICA MÉDICA II
FISIOLOGÍA HUMANA II
MICROBIOLOGÍA Y
PARASITOLOGÍA MÉDICA II
INMUNOLOGÍA Y ALERGÍA
PSICOLOGÍA MÉDICA
SALUD PÚBLICA II
INGLÉS MÉDICO IV
PROPEDÉUTICA MÉDICA I

TERCER. AÑO

5TO. SEMESTRE

FARMACOLOGÍA MÉDICA I
ANATOMÍA PATOLÓGICA
GASTROENTEROLOGÍA
Y NUTRICIÓN
PROPEDÉUTICA MÉDICA II
INGLÉS TÉCNICO I

GERIATRÍA

ONCOLOGÍA

INFECTOLOGÍA

6TO. SEMESTRE

PEDIATRÍA

FARMACOLOGÍA MÉDICA II

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

UNIDAD CLÍNICA I: OTORRINOLARINGOLOGÍA
Y NEUMOLOGÍA

INGLÉS TÉCNICO II

INTRODUCCIÓN A LA CLÍNICA

CUARTO. AÑO

7MO. SEMESTRE

UNIDAD CLÍNICA II: HEMATOLOGÍA, NEFROLOGÍA
Y UROLOGÍA
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
CARDIOLOGÍA
MEDICINA DEL TRABAJO
ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD
INVESTIGACIÓN CLÍNICA I

8VO. SEMESTRE

UNIDAD CLÍNICA III: OFTALMOLOGÍA Y
DERMATOLOGÍA
MEDICINA LEGAL Y FORENSE
MEDICINA DEL DEPORTE
CLÍNICA Y TÉCNICAS QUIRÚRGICAS
INVESTIGACIÓN CLÍNICA II
BIOÉTICA

QUINTO. AÑO

9NO. SEMESTRE

UNIDAD CLÍNICA V. NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA
Y ENDOCRINOLOGÍA
URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS
MEDICINA HIPERBÁRICA
INVESTIGACIÓN EN SALUD Y TESIS
MEDICINA AEROESPACIAL

INTERNADO MÉDICO DE LA CARRERA

MEDICINA INTERNA
CIRUGÍA
PEDIATRÍA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
MEDICINA PREVENTIVA
URGENCIAS

ESCUELA MEDICO MILITAR (19)

El plan de estudios contempla entre otras las materias básicas siguientes:

- Materias militares.
- Materias básicas de medicina.
- Materias clínicas.
- Materias de medicina preventiva.
- Materias humanísticas y de cultura general.

En el sexto año realizarás tu internado rotatorio de pregrado, con la finalidad de adquirir habilidades y destrezas clínicas en medicina.



Justo Sierra

M E D I C I N A

Educar para la vida

Campus Ticomán - Medicina. :(20)

Plan de Estudios

Primer Semestre	Segundo Semestre
Escuela de Medicina Duración: 2 años	
Anatomía I	Anatomía II
Biología del Desarrollo	Bioquímica y Biología Molecular II
Bioquímica y Biología Molecular I	Biología Celular y Tisular II
Biología Celular y Tisular I	Salud Pública I
Medicina Humanística	Psicología
Ecología	Médica I
Optativa I	Optativa II
Tercer Semestre	Cuarto Semestre
Farmacología I	Farmacología II
Fisiología I	Fisiología II
Microbiología y Parasitología I	Microbiología y Parasitología II
Salud Pública II	Cirugía II
Cirugía I	Inmunología
Optativa III	Optativa IV
Quinto Semestre	Sexto Semestre
Hospitales en Convenio Duración: 2 años	
Patología I	Patología II
Psicología Médica II	Medicina General I
Propedéutica y Fisiopatología	Seminario Clínico
Salud Pública III	Genética Clínica
Séptimo Semestre	Octavo Semestre
Cirugía III	Cirugía IV
Medicina General II	Medicina General III
Salud Pública IV	Historia y Filosofía y de la

Medicina

**Noveno y
Décimo
Semestre
Hospitales
en
Convenio
Duración: 1
año
Optativas**

Internado
Médico
-Medicina
Interna
-Cirugía
General
*Pediatría
-Gineco -
Obstetricia
-Urgencias
-Comunidad
y Medicina
Familiar

* Bases
Científicas de
la Medicina
* Medicina I,
II, III, IV
* Temática
Clínica
* Selecta I, II,
III, IV
* Temática
Selecta en
Sociomedicina
I, II, III, IV

Servicio Social Duración: 1 año. Entidades en Convenio

Médico Cirujano (Plan 2005)

819)Remediales
<u>Inglés remedial I</u>
<u>Inglés remedial II</u>
<u>Inglés remedial III</u>
<u>Inglés remedial IV</u>
<u>Inglés remedial V</u>
<u>Fundamentos de la escritura</u>
<u>Introducción a la computación</u>
Primer Semestre
<u>Lenqua extranjera</u>
<u>Biología celular y genética</u>
<u>Genética molecular</u>
<u>Laboratorio de biología celular y genética molecular</u>
<u>Salud comunitaria</u>
<u>Historia y método de las ciencias de la salud</u>
Segundo Semestre
<u>Taller de análisis y expresión verbal</u>
<u>Ética, persona y sociedad</u>
<u>Laboratorio de estructura y función I</u>
<u>Bioestadística</u>
<u>Desarrollo comunitario y propedéutica</u>
<u>Estructura y función I</u>
<u>Homeostasia I</u>
Tercer Semestre
<u>Expresión verbal en el ámbito profesional</u>
<u>Formación humanística y ciudadana I</u>
<u>Laboratorio de estructura y función II</u>
<u>Microbiología</u>
<u>Estructura y función II</u>
<u>Farmacología general y toxicología</u>
<u>Homeostasia II</u>
<u>Propedéutica y salud comunitaria I</u>
Cuarto Semestre
<u>Formación humanística y</u>

Primer Trimestre
<u>Clínica ambulatoria de medicina interna</u>
<u>Clínica hospitalaria de medicina interna</u>
<u>Medicina complementaria y alternativa</u>
<u>Medicina interna</u>
<u>Bioética I</u>
Segundo Trimestre
<u>Cirugía</u>
<u>Clínica hospitalaria de cirugía</u>
<u>Laboratorio de patología clínica</u>
<u>Clínica ambulatoria de cirugía</u>
<u>Bioética II</u>
Tercer Trimestre
<u>Aspectos legales de la medicina</u>
<u>Clínica hospitalaria de pediatría</u>
<u>Pediatría</u>
<u>Clínica ambulatoria de pediatría</u>
<u>Bioética III</u>
Cuarto Trimestre
<u>Administración médica</u>
<u>Clínica hospitalaria de ginecología y obstetricia</u>
<u>Clínica ambulatoria de ginecología y obstetricia</u>
<u>Ginecología y obstetricia</u>
<u>Bioética IV</u>
Quinto Trimestre
<u>Clínica de otorrinolaringología y oftalmología</u>
<u>Clínica de traumatología y rehabilitación</u>
<u>Otorrinolaringología y oftalmología</u>
<u>Radiología</u>
<u>Traumatología y rehabilitación</u>
<u>Clínica de radiología</u>
Sexto Trimestre
<u>Clínica de neurología y neurocirugía</u>

ciudadana II

Laboratorio
multidisciplinario I

Psicología médica

Patología y farmacología
de aparatos y sistemas I

Aparatos y sistemas I

Propedéutica y salud
comunitaria II

Quinto Semestre

Formación
humanística y
ciudadana III

Laboratorio
multidisciplinario II

Aparatos y sistemas
II

Introducción a la
medicina de
emergencia

Patología y
farmacología de
aparatos y sistemas
II

Propedéutica y salud
comunitaria III

Sexto Semestre

Formación
humanística y
ciudadana IV

Laboratorio
multidisciplinario III

Medicina legal

Aparatos y sistemas
III

Cuidados primarios y
medicina preventiva

Patología y
farmacología de
aparatos y sistemas
III

Propedéutica y salud
comunitaria IV

Séptimo Semestre

Desarrollo de
emprendedores

Laboratorio
multidisciplinario IV

Aparatos y sistemas
IV

Clínica de medicina
familiar

Patología y
farmacología de
aparatos y sistemas
IV

Salud pública y
epidemiología

Dermatología

Neurología y neurocirugía

Psiquiatría

Clínica de dermatología

Clínica de psiquiatría

Séptimo Trimestre

Clínica hospitalaria
de optativa
profesional

Clínica ambulatoria
de optativa
profesional

Optativa profesional

Octavo Trimestre

Clínica de
emergencias

Emergencias

Geriatría

Reumatología,
alergias e
inmunología

Clínica de geriatría

Clínica de
reumatología,
alergias e
inmunología

Médico Cirujano

Primer Semestre

- ANATOMÍA
- HISTOLOGÍA
- EMBRIOLOGÍA
- INFORMATICA MEDICA
- LA DIMENSION HUMANA

Cuarto Semestre

- ANATOMIA PATOLOGICA
- NOSOLOGÍA
- PROPEDEUTICA CLINICA Y ASISTENCIA COMUNITARIA
- ANALISIS CLINICO POR PROBLEMAS
- ETICA MEDICA
- VALORES Y VIDA

Séptimo Semestre

- NEUROLOGÍA
- PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
- ENDOCRINOLOGIA
- INMUNOLOGÍA
- REUMATOLOGIA
- GERIATRIA
- INFECTOLOGIA
- INVESTIGACION EN SALUD PUBLICA
- COMUNIDAD Y COMPROMISO CRISTIANO

Segundo Semestre

- FISIOLÓGIA
- BIOQUÍMICA
- GENETICA
- BASES PARA LA PRACTICA MEDICA Y EL TRABAJO COMUNITARIO
- PSICOLOGÍA MÉDICA
- SICOLOGIA DE LA PERSONALIDAD Y AUTOCONOCIMIENTO

Quinto Semestre

- CARDIOLOGÍA
- NEUMOLOGÍA
- NEFROLOGIA
- IMAGENOLOGIA
- OFTALMOLOGÍA
- OTORRINOLARINGOLOGÍA
- BIOESTADISTICA Y EPIDEMIOLOGIA
- HISTORIA Y FILOSOFIA DE LA MEDICINA
- ÉTICA PROFESIONAL

Octavo Semestre

- PEDIATRÍA
- GINECO OBSTETRICIA
- UROLOGÍA
- ONCOLOGÍA
- PATOLOGIA QUIRURGICA
- ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD
- FARMACOLOGIA APLICADA Y TOXICOLOGIA
- DERECHO EN SALUD
- BIOETICA Y SALUD

Tercer Semestre

- FARMACOLOGÍA
- MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- MICROBIOLOGIA MOLECULAR
- BASES DE LA CIRUGIA
- BASES DE LA INVESTIGACION SOCIOMEDICA
- SOCIEDAD Y COMUNIDAD

Sexto Semestre

- GASTROENTEROLOGÍA
- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
- DERMATOLOGÍA
- MEDICINA FORENSE
- HEMATOLOGIA
- NUTRICION
- SALUD PUBLICA
- CRISTO EN LA ACTUALIDAD

Quinto Año Modulos del Internado del Pregrado

- MEDICINA INTERNA
- CIRUGÍA
- PEDIATRÍA
- GINECO OBSTETRICIA
- URGENCIAS
- MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

UNIVERSIDAD ANAHUAC(23)

LISTA DE ASIGNATURAS	CLAVE	SERIACIÓN	HORAS SEMANALES	CRÉDITOS		
			TEÓRICAS	PRÁCTICAS	TOTAL	
1° Semestre						
Anatomía topográfica	0101	-	4	4	8	
Biología celular	0102	-	4	2	6	
Embriología básica	0103	-	4	2	6	
Bioquímica	0104	-	4	3	7	
Informática básica	0105	-	0	2	2	
Introducción a la práctica médica	0106	-	2	0	2	
Genética básica	0107	-	2	0	2	
Medicina preventiva	0108	-	3	1	4	
Medicina humanística	0109	-	4	0	4	

SUMA		27	14	41		
2° Semestre						
Anatomía sistémica	0210	-	4	4	8	12
Histología humana	0211	-	4	2	6	10
Embriología clínica	0212	-	4	2	6	10
Biología molecular	0213	-	4	3	7	11
Fundamentos de la inmunología	0214	-	2	0	2	4
Semiología médica	0215	-	2	0	2	4
Psicología médica	0216	-	4	0	4	8
Bioestadística	0217	-	3	1	4	7
Formación humana	0218	-	2	0	2	4
SUMA		29	12	4 1	70	
3° Semestre						
Fisiología General	0319	-	4	4	8	12
Inmunología básica	0320	-	2	0	2	4
Ecología humana	0321	-	4	3	7	11
Farmacología básica	0322	-	4	4	8	12
Introducción a la clínica	0323	-	4	0	4	8
Fisiopatología general	0324	-	2	0	2	4

Fundamentos de la cirugía	0325	-	2	4	6	8
Salud pública	0326	-	3	1	4	7
Antropología filosófica	0327	-	2	0	2	4
SUMA		27	16	43	70	
4° Semestre						
Fisiología sistémica	0428	-	4	4	8	12
Inmunología clínica	0429	-	2	1	3	5

Microbiología y parasitología	0430	-	4	3	7	11
Farmacología específica	0431	-	4	4	8	12
Informática médica	0432	-	0	2	2	2
Seminarios de integración básico clínica	0433	-	4	0	4	8
Fisiopatología Sistémica	0434	-	2	0	2	4
Técnicas quirúrgicas	0435	-	2	4	6	8
Fomento a la salud	0436	-	3	1	4	7
SUMA			25	19	44	69

**SERIACIÓN 2 POR NIVEL
RUTA 1**

LISTA DE ASIGNATURAS	CLAVE	SERIACIÓN	HORAS SEMANALES			CRÉDITOS
			TEÓRICAS	PRÁCTICAS	TOTAL	
5° Semestre						
Anatomía patológica	1537	-	6	0	6	12
Psiquiatría	1538	-	2	2	4	6
Propedéutica clínica	1539	-	10	15	25	35
Genética clínica	1540	-	1	1	2	3
Oncología	1541	-	3	1	4	7
Epidemiología	1542	-	3	1	4	7
Ética médica	1543	-	2	0	2	4
SUMA			20	47	74	
6° Semestre						
Patología clínica	1644	1537	6	0	6	12
Geriatría	1645	-	4	2	6	10
Nosología	1646	-	10	18	28	38
Dermatología	1647	-	1	1	2	3
Imagenología	1648	-	2	1	3	5
Hematología	1649	-	1	1	2	3

Infectología	1650	-	1	1	2	3
SUMA		25	24	49	74	

RUTA 2

LISTA DE ASIGNATURAS	CLAVE	SERIACIÓN	HORAS SEMANALES			CRÉDITOS
			TEÓRICAS	PRÁCTICAS	TOTAL	
5° Semestre						
Anatomía patológica			2537		-	
Geriatría	2538	-	4	2	6	10
Nosología	2539	-	10	18	28	38
Dermatología	2540	-	1	1	2	3
Imagenología	2541	-	2	1	3	5
Hematología	2542	-	1	1	2	3
Infectología	2543	-	1	1	2	3
SUMA		27	16	43	70	
6° Semestre						
Patología Clínica	2644	2537	6	0	6	12
Psiquiatría	2645	-	2	2	4	6
Propedéutica clínica	2646	-	10	15	25	35
Genética clínica	2647	-	1	1	2	3
Oncología	2649	-	3	1	4	7
Epidemiología	2650	-	3	1	4	7
Ética médica	2648	-	2	0	2	4
SUMA		25	24	49	74	

SERIACIÓN 3 POR NIVEL

RUTA 3

LISTA DE ASIGNATURAS	CLAVE	SERIACIÓN	HORAS SEMANALES			CRÉDITOS
			TEÓRICAS	PRÁCTICAS	TOTAL	
7° Semestre						
Cirugía general	3751	-	2	2	4	6
Medicina legal	3752	-	1	1	2	3
Bioética	3753	-	1	0	1	2
BLOQUE ROTATIVO						
SUMA		4*	3*	7*	11*	
8° Semestre						

Terapéutica quirúrgica	3854	3751	1	3	4	5
Historia y filosofía de la medicina	3855	-	2	0	2	4

Administración de servicios de salud	3856	-	3	1	4	7
BLOQUE ROTATIVO						
SUMA		6*	4*	10*	16*	

RUTA 4

LISTA DE ASIGNATURAS	CLAVE	SERIACIÓN	HORAS SEMANALES			CRÉDITOS	
			TEÓRICAS	PRÁCTICAS	TOTAL		
7° Semestre							
Cirugía general	4751	-	2	2	4	6	
Historia y filosofía de la medicina	4752	-	2	0	2	4	
Administración de servicios de salud	4753	-	3	1	4	7	
BLOQUE ROTATIVO							
SUMA		7*	3*	10*	17*		
8° Semestre							
Terapéutica quirúrgica	4854	4751	1	3	4	5	
Medicina legal	4855	-	1	1	2	3	
Bioética	4856	-	1	0	1	2	
BLOQUE ROTATIVO							
SUMA		3*	4*	7*	10*		

LISTA DE ASIGNATURAS	CLAVE	SERIACIÓN	HORAS SEMANALES		CRÉDITOS
			TEÓRICAS	PRÁCTICAS	TOTAL
9° Semestre					
Internado de pregrado			0957	40	
SUMA					
10° Semestre					
Internado de pregrado			1058	40	
SUMA					
SUMA TOTAL		170*	114*	284*	648

SERIACIÓN 4 POR NIVEL

Los créditos del internado de pregrado corresponden a la actividad académica y están calculados en base al número de horas semanales.

* Más horas teóricas y horas prácticas del bloque rotativo y del internado de pregrado

UNIVERSIDAD WESTHILL (24)

PRIMER AÑO

Anatomía
Biología Celular y Tisular
Biología del desarrollo
Bioquímica y Biología Molecular
Psicología Médica I
Salud Pública I

SEGUNDO AÑO

Cirugía I
Farmacología
Inmunología
Microbiología y Parasitología
Salud Pública II

TERCER AÑO

Genética Clínica
Medicina General I
Gastroenterología
Cardiología
Endocrinología
Dermatología
Neumología
Neurología
Patología
Propedéutica y Fisiopatología
Psicología Médica II
Salud Pública III
Seminario Clínico

CUARTO AÑO

Cirugía Historia y Filosofía de la Medicina
Medicina General II
Ginecología
Pediatría
Urgencias Médicas
Urgencias Traumatológicas
Forense
Psiquiatría
Otorrinolaringología
Oftalmología
Urología
Salud Pública IV

QUINTO AÑO Internado médico

Cirugía
Ginecología y Obstetricia
Comunidad y Medicina Familiar
Medicina Interna
Pediatría
Urgencias

SEXTO AÑO Servicio Social

Atención Médica

Vigilancia Epidemiológica y Planeación en Salud
Educación para la Salud
Investigación. Participación comunitaria

Universidad del Valle de México (25)
Plan de Estudios
(9 semestres más 2 años, uno de servicio social y otro más de internado)

**Área de
Administración**

Asignaturas	Créditos
Bases de Administración	2.5
Estrategias de Comunicación	2.5
Liderazgo	5.0
Total de Créditos	10.0

**Área de
Estructura y
Función**

Asignaturas	Créditos
Estructura Funcional del Sistema Cardiovascular	5.5
Estructura Funcional del Sistema Hematopoiético	3.4
Estructura Funcional del Sistema Muscular	6.6
Estructura Funcional del Sistema Esquelético en Medicina	5.5
Estructura Funcional del Sistema Respiratorio	6.6
Estructura Funcional del Sistema Organización Estructural y Funcional del Cuerpo Humano	10.6
Estructura Funcional de los Sistemas Endocrino y Reproductivo	11.9
Estructura Funcional del Sistema Digestivo	3.8
Laboratorio de	11.9
	10.6
	8.8
	85.2

Disección
Anatómica
Estructura y
Función del
Sistema Nervioso y
Órganos de los
Sentidos
Estructura y
Función del
Sistema Urogenital
Patología

Total de Créditos

**Área de
Habilidades y
Práctica Clínica**

Asignaturas	Créditos
Principios de Práctica Médica I	6.3
Laboratorio de Cirugía	6.3
Experimental	11.3
Principios de Práctica Médica II	6.3
Técnicas Quirúrgicas y Destrezas	9.6
Manuales Laboratorio e Imagen (Paraclínicos)	3.5
Principios de Práctica Médica III	3.8
Ginecología	9.6
Infectología	9.6
Neurología	9.6
Psiquiatría	3.5
Reumatología	4.8
Dermatología	4.8
Hematología	7.5
Medicina Legal y Forense	9.6
Obstetricia	9.6
Pediatría	2.8
Simulación I	7.5
Cardiología	9.6
Gastroenterología	3.5
Neumología	7.5
Oftalmología	5.0
Otorrinolaringología	7.5
Simulación II	7.5
Emergencias	32.3
Endocrinología	32.3
Nefrología	32.3
Simulación III	32.3
Traumatología y Ortopedia	32.3

Urología	5.0
Medicina	5.0
Prehospitalaria y de Desastres	444.8
Temas Selectos de Geriatría	
Temas Selectos de Medicina	
Temas Selectos de Medicina Vascular Terapéutica	
Integral	
Cirugía General	
Ginecología y Obstetricia	
Medicina Familiar	
Medicina Interna	
Pediatría Clínica	
Urgencias	
Cuidados de Atención Primaria I	
Cuidados de Atención Primaria II	

Total de Créditos

**Área de
Fundamentos
Biológicos**

Asignaturas	Créditos
Biología Celular	6.3
Biología Molecular	6.3
Bioquímica Médica	7.5
Informática Médica	5.0
Inmunología	5.0
Médica	6.3
Laboratorio	3.8
Multidisciplinario I	6.3
Principios de	11.3
Genética	6.3
Laboratorio	
Multidisciplinario II	64.1
Laboratorio	
Multidisciplinario III	
Microbiología	
Médica	

Total de Créditos

**Área de Salud
Pública,
Investigación y
Psicosocial**

Asignaturas	Créditos
--------------------	-----------------

Historia de la Medicina	2.5
Desarrollo de Habilidades para el Aprendizaje	5.0
Metodología de la Investigación I	7.5
Psicología Médica	2.5
Metodología de la Investigación II	7.5
Bioestadística	7.5
Medicina Paliativa y Cuidados Terminales	58.2
Salud Pública en Medicina I	
Bioética	
Salud Pública en Medicina II	
Salud Pública Comunitaria	

Total de Créditos

Área	Créditos
Área de Administración	10
Área de Estructura y Función	85.2
Área de Habilidades y Práctica Clínica	444.8
Área de Fundamentos Biológicos	64.1
Área de Salud Pública, Investigación y Psicosocial	58.2
	662.3

Total de créditos del plan de estudios

