



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

PERCEPCIÓN DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS SOBRE LA MEDICINA FAMILIAR

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
DR. RAÚL GUTIÉRREZ CRUZ**

TUTORES

**DR. CARLOS JUÁREZ VALDÉS
DR. FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ MÉNDEZ
DRA. SANTA VEGA MENDOZA**

GENERACIÓN: 2015-2018

CIUDAD DE MÉXICO 2017





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.

**PERCEPCIÓN DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS SOBRE
LA MEDICINA FAMILIAR**

TUTOR

**DR. CARLOS JUÁREZ VALDÉS
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**PERCEPCIÓN DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS SOBRE
LA MEDICINA FAMILIAR**

TUTOR

**DR. FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ MÉNDEZ
MÉDICO DE URGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 24**

**PERCEPCIÓN DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS SOBRE LA MEDICINA
FAMILIAR**

TUTORA

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
MÉDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**PERCEPCIÓN DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS SOBRE LA MEDICINA
FAMILIAR**

VoBo

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
MÉDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**PERCEPCIÓN DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS SOBRE LA MEDICINA
FAMILIAR**

VoBo

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

*“El amor, el trabajo y el conocimiento son la
fuente de nuestra vida, es por eso que
también deberían gobernarla”*

Wilhelm Reich

DEDICATORIA

Recordando el momento de la elección de mi carrera, dedico la tesis a mis padres por siempre estar a mi lado, por compartir su amor, por darme siempre su apoyo, por dejarme ver la libertad como algo creativo para mí vida y productivo en el entorno con el objetivo del bienestar social.

Ami hermana linda y a mi pequeña dulce sobrina; que siempre están en mis pensamientos además de sentir su apoyo incondicional.

Ún día desaparecieron de la Tierra dos seres maravillosos; se convirtieron en dos estrellas del cielo mi abuelo y mi tía, a quienes también dedico la tesis; ya que me hacen pensar en que siempre debo de dar lo mejor de mí ante crisis inesperadas sin nunca perder el sentido de humanidad y humildad.

La motivación, de seguir tus pasos; en cuanto al arte de como haces Medicina, las horas de trabajo sin esperar grandes recompensa más que el deseo de que el paciente y su familias este bien y por ser el amor de mi vida te dedico este importante trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Santa por su tiempo dedicado a mi enseñanza y su apoyo para la realización de esta tesis.

A la Dra. Carmen por sus enseñanzas en cuanto a la Terapia de Familia.

Al Dr. Carlos, por sus enseñanzas y por hacerme ver que todo se puede realizar sin llegar a la desesperación.

Al Dr. Ramírez y a la Dra. Mata por su interés en la enseñanza y la realización de esta tesis.

A todos los brillantes médicos del Hospital General de Zona No 24 por su participación en la encuesta y su optimismo de siempre estar a la vanguardia.

A todos los residentes de las demás especialidades encontrados en el camino por dar y dejar compartir al conocimiento adquirido.

A todos los jefes de departamento de la UMF 20 del IMSS, por compartir sus conocimientos sobre la administración.

A todos mis compañeros de las distintas guardias, por su lucha de volver sus sueños realidad compartiendo el mismo ideal; a mis amigos encontrados los cuales tienen grandes virtudes que jamás pensé encontrar.

A todas las enfermeras y asistentes médicas, en las diversas áreas; por su apoyo y labor social.

También agradezco a todos los pacientes por permitirme aprender cada vez más este arte de la medicina, su paciencia y por su confianza que sin ellos no existiríamos como médicos.

Y por último agradezco al Instituto Mexicano del Seguro Social por el gran apoyo académico.

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
HIPÓTESIS.....	17
OBJETIVOS.....	18
MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
RESULTADOS.....	27
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIÓN	42
RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFIA	45
ANEXOS	48

**PERCEPCIÓN DE LAS ESPECIALIDADES
MÉDICAS SOBRE LA MEDICINA
FAMILIAR**

RESUMEN

PERCEPCIÓN DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS SOBRE LA MEDICINA FAMILIAR

Gutiérrez-Cruz Raúl¹; Juárez-Valdés Carlos²; Ramírez-Méndez Francisco Javier³; Vega-Mendoza Santa⁴.

1. Médico Residente de Medicina Familiar. UMF20 IMSS.
2. Médico Familiar. UMF20 IMSS.
3. Médico de Urgencias. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. HGZ24 IMSS
4. Médica Familiar. Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar. UMF20 IMSS.

Introducción: Aunque la Medicina Familiar no es una especialidad nueva aún no se logra comprender el impacto por otras especialidades. **Objetivo:** Identificar la percepción de las especialidades médicas sobre la Medicina Familiar. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, en 56 médicos especialistas no familiares del HGZ24 IMSS, previo consentimiento informado se aplicó cuestionario de datos generales, percepción de su especialidad y la medicina familiar. Estadística descriptiva. **Resultados:** Edad 30-39 años 41.1%, mujeres 55.4%, egresados UNAM 55.4%. Especialistas en urgencias 30.4%, antigüedad 6-10 años 26.8%, en consulta externa 64.3%, de base 96.4%, turno matutino 42.9%. Contacto en pregrado de la medicina familiar 66.1%, conoce origen por necesidad de la población 67.9%, identifica la familia como unidad de análisis 55.4%, su utilidad de promoción y prevención a la salud 71.4%, reconoce asistencia al 80% de población 44.6%, percibe que tiene la responsabilidad global del paciente 76.8%, considera indispensable esta especialidad 60.7%, recomiendan actualización continua 62.5%. **Conclusiones:** La medicina familiar es indispensable por parte de los médicos especialistas no familiares, pero aún desconocen su objetivo y su unidad de análisis en un alto porcentaje.

Palabras clave: Percepción, especialidades médicas, medicina familiar.

ABSTRACT

PERCEPTION OF MEDICAL SPECIALTIES ABOUT FAMILY MEDICINE

Gutierrez-Cruz Raul¹; Juarez-Valdes Carlos²; Ramirez-Mendez Francisco Javier³; Vega-Mendoza Santa⁴.

1. Resident Physician of Family Medicine. UMF20 IMSS.
2. Family Physician. UMF20 IMSS.
3. Emergency Physician. Clinical Coordinator of Health Education and Research. HGZ24 IMSS
4. Family Physician. Adjunct Professor of the Specialization Course in Family Medicine. UMF20 IMSS.

Introduction: Although Family Medicine is not a new specialty, it is not yet possible to understand the impact of other specialties. **Objective:** To identify the perception of medical specialties about Family Medicine. **Materials and Methods:** Descriptive study, in 56 non-family specialists of HGZ24 IMSS, previous informed consent was applied questionnaire of general data, perception of their specialty and family medicine. Descriptive statistics. **Results:** Age 30-39 years 41.1%, women 55.4%, graduates UNAM 55.4%. Emergency specialists 30.4%, seniority 6-10 years 26.8%, external consultation 64.3%, basic 96.4%, morning shift 42.9%. Contact in the undergraduate medical practice of family medicine 66.1%, knowledge of origin by necessity of the population 67.9%, identifies the family as a unit of analysis 55.4%, its usefulness of promotion and prevention to health 71.4%, recognizes attendance to 80% of the population 44.6 %, Perceived to have the overall responsibility of the patient 76.8%, considers this specialty 60.7% essential, recommend continuous update 62.5%. **Conclusions:** Family medicine is indispensable by non-family specialists, but they still do not know their purpose and their unit of analysis in a high percentage.

Key words: Perception, medical specialties, family medicine.

INTRODUCCIÓN

El médico familiar al no ser reconocido por las especialidades no familiares, impacta también en la población, para acudir oportunamente en su atención de su proceso salud enfermedad; eligiendo así primero acudir al médico no familiar para solucionar su padecimiento actual, implicando así un mayor gasto económico, por lo cual; se le ha restado importancia a la Medicina Familiar, siendo desplazada por especialidades como ginecoobstetricia, cirugía general, medicina interna, urgencias entre otras.

Sin embargo en los últimos años ha empezado a recuperar su importancia, consecuencia del auge de la medicina de primer contacto, medicina preventiva y a visión holística del médico familiar. Ya que al detectar enfermedades cuando estas van iniciando y tratarlas a tiempo reditúa en mejor calidad de vida del paciente y su familia, disminuye costos de atención tanto para la familia del paciente o el paciente mismo, así como a las diversas instituciones que le brindan atención.

Los diferentes especialistas aún no logran comprender del todo la utilidad de la Medicina Familiar, aún persiste cierto desdén hacia esta especialidad, las rotaciones de los residentes de Medicina Familiar en las diferentes áreas clínicas de otras especialidades propicia cierto desagrado por no ser de una especialidad con mayor reconocimiento; no obstante teniendo en cuenta de si tuvieron la materia en el pregrado y así mismo de la institución donde se estudió influyendo así alguna actitud negativa⁽¹⁾, aunque también hay percepciones y actitudes negativas en la práctica de la Medicina Familiar como: la variabilidad de la especialidad, el bajo interés, la sociedad y la familia, el bajo prestigio, poca remuneración económica, la influencia del pregrado, y la corta duración de la especialidad; “es el momento de comprometerse con la educación en medicina de familia, como fuerza renovadora que nos conduzca al rumbo académico de la excelencia. Dejemos de ser mediocres, tratemos de demostrar nuestro valor académico, social, moral y médico en una sociedad en la que, con frecuencia, nos sorprende estar trabajando como secretarios, recepcionistas de pacientes o cuidadores de las actividades de los especialistas de segundo o tercer nivel. Tratemos de imponer nuestra imagen y presencia de quien practica la Medicina Familiar: una especialidad independiente, completa e integradora. La credibilidad de nuestra especialidad requiere ese esfuerzo. Nuestros pacientes, que confían en nosotros, lo merecen. El compromiso vocacional que tenemos, lo exige”⁽²⁾.

De ahí surge la necesidad de preguntar a los diferentes médicos no familiares sobre la percepción que se tiene sobre la Medicina Familiar y en caso de ser negativa hacerles ver todo el campo de estudio de la especialidad y crear estrategias, que permitan una mayor aceptación para lograr una mejor comunicación entre los médicos especialistas para así brindar mejor atención de calidad al paciente y su familia y el impacto económico que se tiene al tener una sociedad sana en donde la medicina de contacto es la base de tal impacto.

MARCO TEÓRICO

La llegada de la Medicina Familiar a México ocurrió como consecuencia de una serie de eventos en los que se encuentran la Revolución Industrial y adjudicación de la Ley de Seguridad Social de Los Trabajadores Mexicanos en el año de 1943, sumando la influencia de otros países, con la participación relevante de:

- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Universidad Nacional Autónoma de México
- Médicos Familiares

La mayor dificultad a la que se enfrentó el Instituto Mexicano del Seguro Social fue cambiar la atención individualista por otra más «socializada».

Primero se trató de facilitar la atención a los usuarios adscribiéndolos a los médicos por cercanía a las clínicas o a los puestos de fábrica; con funciones principalmente curativas y preventivas.⁽³⁾

En 1953 un grupo de médicos generales de la Caja Regional de Monterrey que laboraban en Nuevo Laredo Tamaulipas, elaboraron y aplicaron un procedimiento de trabajo para los médicos del IMSS: los médicos no perdían su condición de funcionarios, tenían una jornada de trabajo y horario específico, alternando las horas de consulta con las de visitas a domicilio; algunos atendiendo adultos y otros a los menores.

En 1959 se reorganizaría el «Sistema Médico Familiar» el cual se trabaja con un solo núcleo humano que fuera fijo.

El IMSS no solo transformó su sistema de atención médica, sino que efectuó una profunda modificación al incluir la enseñanza al personal médico.

«El médico familiar en el IMSS es una innovación que permite conservar la tradición, la conducta humanista de antaño, aunada al conocimiento de nuevas técnicas de la medicina moderna; las instituciones no pueden dar el calor y el efecto de un hombre médico que comprenda a su paciente y le inspire la confianza debida».

En 1970 ya existían 50 escuelas y Facultades de Medicina con programas de medicina familiar previos a la licenciatura.

El 15 de marzo de 1971 se iniciara el curso de especialización en Medicina Familiar. El IMSS tomó la decisión política de implantar el curso, el cual estaría acorde con las modificaciones hechas a su sistema de atención médica con la intención de promover la salud de manera integral. Lo inició con un total de 32 alumnos que no fueron promovidos para realizar el internado rotatorio de postgrado.

En 1974 la UNAM da nivel académico a la especialidad, fundándose el primer Departamento de Medicina Familiar de Latinoamérica.

Para 1978 un hecho benéfico para el crecimiento de la especialidad fue la «Conferencia Mundial de Salud de Alma Ata».

En 1980 se abre la especialización en otras instituciones de salud: el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SS), con programas muy parecidos a los del IMSS-UNAM, modifican su sistema de atención médica en el primer nivel de atención, para atender a los derechohabientes por familias, aunque el proceso administrativo no alcanzó un desarrollo equivalente al del IMSS.

En 1991 World Organization of National Colleges, Academies o también conocida como World Organization of Family Doctors (WONCA) y OMS (Organización Mundial de la Salud) dan a conocer: el papel del médico de familia en los sistemas de atención de salud y en 1994 en Canadá se declara que el médico familiar es quien mejor puede atender a las necesidades de salud de la población. ⁽⁴⁾

La Medicina Familiar se afirma como especialidad moderna en su afán por recuperar el personalismo en la actuación médica. Incorpora el progreso científico, certificado por las evidencias de calidad, lo asimila y digiere para llevarlo, en lenguaje comprensible, hasta su paciente.

El Dr. Ian McWhinney enumeró nueve principios que en su conjunto representan una visión distinta con un sistema de valores y un enfoque de los problemas desde la perspectiva de la Medicina Familiar: ⁽⁵⁾

1. El médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial.
2. El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad.

3. El médico de familia ve en cada contacto con sus pacientes una oportunidad para la prevención y la educación para la salud.
4. El médico de familia ve a su conjunto de pacientes como una población en riesgo.
5. El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud.
6. El médico de familia debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes.
7. El médico de familia ve a sus pacientes en las casas así como en el consultorio y el hospital.
8. El médico de familia da mucha importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.
9. El médico de familia es un coordinador (gerente) de los recursos.

La fortaleza de la Medicina Familiar está dada por 4 pilares que dan estabilidad y permiten el funcionamiento del sistema y dan una expresión feliz la cual es idealismo práctico de la Medicina de Familia, un idealismo hecho realidad que encuentra en la persona su punto de convergencia, un idealismo práctico que es antropología activa, ciencia y arte; privilegio para los que somos llamados a practicarla: ⁽⁶⁾

Primer Pilar: atención primaria, la puerta de entrada al servicio de salud, el primer contacto del enfermo que necesita un médico que lo proteja y oriente, por lo que el médico de familia tiene que tener disposición y una postura correcta para actuar competentemente.

Segundo Pilar: educación médica; sobre el que se apoya la medicina de familia, en donde se involucra un concepto nuevo en donde la práctica médica se centra en la persona, no en la enfermedad, así conquistar la credibilidad en el ámbito médico universitario, pensar en el proceso educacional y solicitar la colaboración de educadores y pedagogos.

Tercer Pilar: humanismo médico; donde se tiene presente de modo práctico y real que el objeto de la actuación médica es un ser humano, una persona, aquella persona, única e irrepetible.

Cuarto Pilar: formación de líderes; los cuales fomenten un conocimiento propio, formadores de opinión, con elementos para hacer crear, soñar, ejecutar y convocar en torno a un ideal.

La Medicina Familiar es una especialidad médica que proporciona cuidado y atención sanitaria continua e integral a las personas, familias y comunidades. Es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y de comportamiento. El ámbito de la Medicina Familiar abarca todas las edades, sexos, cada uno de los sistemas orgánicos y todas las enfermedades. Como disciplina académica incluye la participación en los servicios integrales de salud, educación e investigación. A diferencia de otras especialidades, tiene las competencias para liderar el proceso de atención de todos los grupos de edad y en diversos grados de complejidad. La Medicina Familiar se desempeña en diferentes escenarios y niveles de atención y gestiona la atención integral desde el primer contacto de la población con los servicios de salud, así pues él médico familiar lidera el cuidado primario de la salud desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, centrado en la comprensión de las relaciones entre las personas, las familias y sus comunidades, para contribuir a la reducción de inequidades en salud, según las etapas del ciclo vital familiar, la comprensión de la salud y la enfermedad.

Conviene mencionar los paradigmas médicos y dar reconocimiento al nuevo paradigma el cual se mencionó anteriormente:

1. Paradigma médico tradicional conocido como modelo biomédico; que inspira a la medicina convencional, cuyos principios se basan en:

- Separar a la enfermedad de la persona que la sufre y de su contexto social.
- Cada enfermedad tiene un agente etiológico específico y uno de los objetivos de la labor médica es descubrirlo.
- La tarea principal del trabajador de salud es diagnosticar la enfermedad y descubrir un tratamiento específico.
- El médico es normalmente un observador y el paciente se comporta como un receptor pasivo.
- Las enfermedades mentales deben considerarse por separado de las enfermedades físicas.

2. El nuevo paradigma, en el que se inspira la Medicina Familiar con un modelo bio-psico-social:

- La enfermedad no está separada de las personas, ni lo está del medio ambiente.
- Las causas de las enfermedades son múltiples y el conocimiento se emplea en el contexto de la persona.
- La tarea del trabajador de salud consiste en comprender la naturaleza de la enfermedad así como entender al paciente y el significado que tiene la dolencia para él.
- La relación trabajador de salud y paciente tiene un efecto importante sobre la enfermedad y su evolución. El paciente también es responsable de su salud.
- Todas las enfermedades tienen componentes tanto mentales como físicos.⁽⁷⁾

En base a lo señalado previamente, la Medicina Familiar, es aquella medicina centrada en el enfermo y no en la enfermedad, y el paciente la descubre cuando se practica este “estilo médico” aunque, la acción se encuentra insertada dentro de un modelo de atención sanitaria claramente centrado en la enfermedad, característica de la atención secundaria de especialidades. Centrarse en la enfermedad, lo que hace que el paciente sea derivado de la atención primaria a la secundaria por ameritar esa enfermedad cuidados especiales prodigados por los expertos en la materia conservando la responsabilidad global del bienestar del paciente. La relación con el paciente se constituye en verdadera ocasión de aprendizaje para los médicos. La actitud cordial demostrada por el médico es también acusada como terapéutica por parte del paciente que se sabe cuidado, y así lo manifiesta. El paciente requiere una interacción personal, individual; con el sistema; Este es el papel del médico de familia, la promoción de la salud, la prevención, y las medidas epidemiológicas correspondientes; de aquí nacen las diferencias entre la Medicina Familiar y las otras especialidades la cuales son varias; por mencionar:

- Se presta atención médica a todas las etapas de vida.
- Resolver más del 80 % de la consulta.
- Brindar atención y consejería.

- Manejo de urgencias en atención primaria.
- Ejecutar acciones administrativas.
- Informar y educar a la población.
- Aplicar el método científico.
- Desarrollar APOC (modelo de atención primaria orientada a la comunidad).

Las diferencias se basan en que en la Medicina Familiar:

- Da respuesta a valores necesidades y expectativas del paciente.
- Brinda provisión de atención médica personal en un contexto de intimidad.
- Se adapta a necesidades y conveniencias cambiantes del paciente.
- Realiza visitas domiciliarias.
- Formula planteamientos biopsicosociales apropiados al sufrimiento del paciente y a las situaciones de su enfermedad, teniendo en cuenta el contexto familiar (planteamiento del problema).
- Asesora y guía a los pacientes en la complejidad creciente del laberinto de la asistencia médica. ^(7,8)

Es importante modificar el pensamiento del profesional de la salud que decide realizar la especialidad en Medicina Familiar; para poder tener a una persona comprometida consigo misma, con su responsabilidad laboral, con su institución y con su desempeño como residente de Medicina Familiar; lo que generaría una mejor empatía y aceptación de los demás compañeros residentes y especialistas de otras especialidades de la Medicina.

Así mismo se han comparado países de forma cualitativa, de lo que se podría aprender de estos mismos con respecto a la Medicina familiar; por ejemplo:

El Médico de Familia de España podría aprender del de Latinoamérica, el amplio rango de actividades, del trabajo hospitalario, y de las experiencias de asistencia en contexto frágil, multiétnico de clase social baja o con población emigrante o

minorías marginadas en grandes ciudades, actividades comunitarias y la participación de la familia fuera del centro de salud, habilidades de comunicación, valorar la medicina tradicional, mejorar la satisfacción laboral, la cosmovisión indígena, trabajar con recursos limitados, con flexibilidad y adaptabilidad y capacitarse en asistencia de género; no obstante el médico de familia de Latinoamérica podría aprender del de España: afrontar las posibles demandas aparentemente insaciables típicas de los pacientes del Norte que comienzan a instaurarse en sus países y aprender sobre modelos de gestión asistencial en zonas rurales; y conjuntamente podrían aprender sobre alianzas en asistencia e investigación en enfermedades: España podría aprender de la investigación y asistencia a enfermedades transmisibles más frecuentes en Latinoamérica, pero que presentan rebrotes en los países desarrollados, y Latinoamérica podría aprender de la investigación y asistencia a enfermedades crónicas no transmisibles, que aún son problema emergentes en zonas rurales de Latinoamérica, pero precisan una atención progresivamente prioritaria y aprender sensibilidad cultural para con culturas diferentes.⁽⁹⁾

En Canadá en donde se crean grupos de médicos financiado por asociaciones con el objetivo de tener mayores experiencias en la materia y así no declinar en tal, con el objetivo de tener mayor cantidad de médicos familiares.⁽¹⁰⁾

Se realizó un estudio en pacientes, residentes y estudiantes de medicina familiar de Bolivia sobre el pensamiento de tales, después de estar 14 meses en un consultorio de Medicina Familiar, cuya opinión fueron las siguientes; dando así una evaluación cualitativa:

- Los pacientes manifestaron buscar el nuevo servicio porque estaban insatisfechos con el tratamiento médico que venían recibiendo y oyeron comentarios de que el nuevo servicio de medicina familiar provocaba satisfacción de los pacientes que se consultaban.
- Los residentes: destacaban el aprendizaje de que cuando los cuidados son integrales y personalizados se mejora la adhesión del enfermo al tratamiento y, consecuentemente, la evolución y el pronóstico de la enfermedad.
- Los estudiantes perciben con facilidad que la atención centrada en el enfermo y no en la enfermedad, es un elemento integrador que resalta el valor educacional de la medicina familiar en el pregrado, no obstante; un ejemplo; se identificó si los estudiantes de pregrado reconocen a la Medicina Familiar como especialidad y son capaces de identificar su campo de acción, y un alto porcentaje de estudiantes no saben que es la medicina familiar ni de que se ocupa.

Indirectamente se prueba que la formación de los estudiantes de medicina familiar está orientada a especialidades de perfil estrecho pues desconocen lo que es la Atención Primaria y por ende la Medicina Familiar como efectora de la misma. A 25 años de la implantación de la medicina familiar en Bolivia, todavía no se ha dado a conocer suficiente-mente. ⁽¹¹⁾

Se han realizado revisiones cualitativas en donde pocos estudiantes de Reino Unido, Australia, Canadá, USA, Japón, Malasia y España encuentran a la Medicina Familiar atractiva y los demás la consideran una carrera poco atractiva, de bajo interés y prestigio, por lo que concluyen que se necesita más investigación sobre la influencia de los modelos de conducta, la escuela de medicina en donde estudian y los cursos de posgrado. ⁽¹²⁾

En México la Medicina Familiar es una disciplina que se ha desarrollado ampliamente.

De aquí que mostrar la amplia dimensión en que el médico familiar se mueve a diario es quizá uno de los mejores recursos para conquistar estudiantes para la especialidad.

Así mismo se han comparado países de forma cualitativa, de lo que se podría aprender de estos mismos con respecto a la medicina familiar; por ejemplo:

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

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.

Cuando en el pregrado falta el componente académico y educacional que informe Y realice los primeros acercamientos hacia la especialidad en medicina familiar, 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.

Es conocido que los programas de residencia y especialización en medicina familiar están en desventaja con los que otras especialidades ofrecen, y por lo tanto presentan menor demanda. Sin embargo para la elección de una residencia en medicina familiar dependerá también de:

1. Tipo de facultad, misión y estructura.
2. Composición del profesorado.
3. Admisión.
4. Currículum
5. Características y valores de los estudiantes al ingreso.
6. Factores que afectan a los valores de los graduados.
7. Necesidades que satisfacer. ⁽¹³⁾

Se realizó un estudio entre internos de dos hospitales del ISSSTE de la Ciudad de México, y se les pregunto qué licenciatura querían tomar a futuro de 50 médicos, solo 3 deseaban como primera opción Medicina Familiar: Pediatría: 18%, Medicina Interna: 14%, Ginecología y Obstetricia: 12%, Medicina Familiar: 6%, No saben: 6%, otras: 44%. La preferida Pediatría, de aquí que quizás no se ha efectuado orientación en Salud Pública, por el cambio de la campana poblacional. Para que la medicina familiar se consolide y sea una de las primeras opciones para los egresados de las escuelas y facultades de medicina se debería incrementar su presencia en el pregrado. ⁽¹⁴⁾

La afirmación de la identidad de la Medicina de Familia como especialidad pasa necesariamente por su progresiva inserción universitaria como disciplina académica. Además de que se ha encontrado un interés declinante en la Medicina Familiar hay actitudes negativas hacia la práctica de Medicina Familiar que pueden influir en los estudiantes, sin embargo se cuenta con escuelas de medicina que sobresalen en la investigación y productividad de los estudiantes de Medicina Familiar y también en su cuidado, encontrando así un departamento fuerte y bien apoyado vinculado a las escuelas de Salud Pública; a su vez se encuentra un gran interés por la investigación en primer nivel de atención médica en la impartición de esta especialidad. También se encuentra que para escoger Medicina Familiar depende mucho en el pregrado de sus primeras experiencias en tal materia, así como el contacto con los diferentes modelos de roles de familia y la naturalidad del trabajo; observado la diversidad familiar. El prestigio de los médicos de familia que enseñen en las instituciones académicas tendrán que tener una postura para hablar de igual a igual con los demás especialistas; con la conciencia de poseer

un paralelismo de competencias, un cuerpo propio de conocimientos, una metodología específica que construya sólidas líneas de investigación; de esta manera el profesor de medicina familiar no se sentirá ni más ni menos importante que otros especialistas. ⁽¹⁵⁾

En países de primer mundo como Alemania se enfrentan a una escasez de médicos de familia jóvenes, por lo que se realizó un estudio para saber las posibles razones; se encontró: que los médicos de familia disfrutaban de un alto estatus social, solo que tienen una imagen bastante anticuada, ante los procesos sociales de cambio; la Medicina de Familia está limitada en la educación universitaria, sin embargo tienen una imagen positiva, se considera que los profesores de educación y formación en medicina deben ser conscientes de su actuar hacia los jóvenes aprendices y evitar la degradación o actualización de tal disciplina médica; concluyen en que se necesitan medidas interrelacionadas en diferentes niveles, centradas en la mejora de las condiciones de trabajo y la representación en las universidades para recuperar el atractivo de la profesión en Medicina Familiar, como opción de carrera para los médicos jóvenes. ⁽¹⁶⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los cambios en la sociedad, en la cultura, en la política, en la economía y en el propio sistema de salud; han conducido a que las especialidades médicas analicen la forma de como pertenecer a este proceso de cambio. Medicina Familiar, es la especialidad que se dedica a la asistencia médica del primer nivel de atención, necesita rescatar su liderazgo y demostrar que cuenta con trayectoria, conocimiento y experiencia para participar en la construcción de un sistema de salud accesible y costo-efectivo.

El médico familiar es un especialista que brinda atención médica primaria en cualquier problema de salud, de manera continua, integral, preventiva, curativa y de promoción de salud a pacientes de cualquier edad, sexo y a su familia, por lo que deberá ser considerado por los demás especialistas como un apoyo en que el paciente llegue a las demás especialidades con un diagnóstico oportuno sin tanta complicación por lo que el trabajo a las demás especialidades debería ser en menor y cantidad y no tan difícil, de aquí la importancia de la percepción de las demás especialidades hacia la Medicina Familiar para mejorar el vínculo para el bienestar del paciente y su familia y sin olvidar el ámbito preventivo lo cual marca la diferencia, es importante que las demás especialidades conozcan: sus orígenes, su identidad, valores y las características del Médico Familiar; además de mostrar los alcances de la especialidad para el desarrollo de una sociedad cambiante, en donde la familia sigue siendo la base principal de la sociedad, para el beneficio de tal, influyendo así en un status social mejor, sin embargo dar a saber las dificultades que actualmente nos van obstaculizando el avance.⁽¹⁷⁾

Por lo anterior nos preguntamos:

¿CUAL ES LA PERCEPCIÓN DE LAS ESPECIALIDADES MEDICAS SOBRE LA MEDICINA FAMILIAR?

HIPÓTESIS

Por el tipo de estudio, no amerita hipótesis.

OBJETIVOS

General:

- Determinar la percepción de las especialidades médicas sobre la Medicina Familiar.

Específicos:

- Identificar datos Generales de los médicos especialistas (Edad, Sexo o Género, tipo de especialidad y universidad de procedencia).
- Identificar las características laborales de los médicos especialistas (categoría, antigüedad laboral, asistencia y tipo de contrato).
- Conocer que percepción tienen de su especialidad (años de la especialidad, su unidad de análisis, su objetivo de la especialidad, porcentaje de población atendida y motivo de elegir su especialidad).
- Identificar antecedentes sobre la oportunidad de contacto con la Medicina Familiar en pregrado y su percepción.
- Identificar la percepción actual de la Medicina Familiar (conocimiento de origen, grupo social de dirección, perfil del médico familiar, unidad de análisis, objetivo, formación en años, porcentaje de población atendida, conocimiento de apoyo, percepción general).

MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar de estudio:

El estudio se llevó a cabo en el Hospital General de Zona No. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social, hospital categorizado como atención de segundo nivel, el cual cuenta con múltiples especialidades de atención con un horario de 24 horas los 365 días del año. Dicho hospital se encuentra en Avenida Insurgentes Norte No. 1322, en la Colonia Magdalena de las Salinas, con un Código Postal 07760, en la delegación Gustavo A. Madero, en la Ciudad de México, antes conocida como Distrito Federal.

Población

Médicos especialistas no Familiares de urgencias y consulta externa que laboran en el Hospital General de Zona No. 24.

1. Se consideró médico especialista no familiar a la persona con otra especialidad médica que no sea Medicina Familiar.

Periodo de estudio: Junio del 2017.

Características del grupo del estudio:

Todos los médicos especialistas con el código IMSS de Médicos No Familiares que brindan atención médica en Urgencias y consulta externa del Hospital General de Zona No. 24.

Diseño:

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Criterios de inclusión:

- Médicos y médicas especialistas no familiares que laboran en Hospital General de Zona No. 24, que aceptaron participar en el estudio.
- De todos los turnos y servicios de urgencias y consulta externa.
- Ambos sexos

Criterios de exclusión:

- Médicos Generales.
- Médicos especialistas no familiares que se encontraron de vacaciones o licencia.
- Médicos especialistas no familiares que se encontraron de incapacidad.
- Médicos especialistas no familiares que no aceptaron participar.

Criterios de eliminación:

- Médicos especialistas no familiares que no llenaron el cuestionario de manera adecuada.
- Médicos especialistas no familiares que decidieron retirarse de la encuesta, posterior a iniciarla.

Tamaño de la muestra:

Se incluyó a todos los médicos especialistas no familiares que reunieron los criterios de inclusión de todos los turnos de los servicios de consulta externa y de urgencias durante el mes de junio del 2017.

Definición de variables

Edad:

Definición conceptual: tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento actual.

Definición operacional: se preguntara la edad que los médicos no familiares tienen en el momento de la encuesta.

Tipo de variable: cuantitativa.

Escala de medición: de intervalo.

Unidad de medición: 1. 31-40 2. 41-50 3. 51-60.

Sexo:

Definición conceptual: condición orgánica determinada por el genotipo y expresada en fenotipo, que distingue entre hombre y mujer en los seres humanos.

Definición operacional: resultado obtenido por cuestionario aplicado a los médicos especialistas.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal dicotómica.

Unidad de medición: 1. Masculino 2. Femenino.

Universidad de procedencia

Definición conceptual: entidad orgánica o sistema de unidades operativas de enseñanza superior, investigación y creación de cultura científica y humanística.

Definición operacional: resultado obtenido por el cuestionario.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal politómica.

Unidad de medición: 1. UNAM 2. IPN 3. UAM 4. LA SALLE 5. OTRA.

Especialidad Médica

Definición conceptual: estudios cursados por un graduado o licenciado en Medicina en su período de posgrado.

Definición operacional: resultado obtenido de que especialidad es el médico.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal politómica.

Unidad de medición: 1. Medicina Interna 2. Urgencias 3. Cirugía 4. Cardiología 5. Otra. Especifique_____.

Tipo de contrato

Definición conceptual: acuerdo legal manifestado en común entre el empleado y el IMSS, que se obligan en virtud del mismo, regulando sus relaciones relativas a una determinada finalidad o cosa, y a cuyo cumplimiento pueden compelerse de manera recíproca, si el contrato es bilateral, o compelerse una parte a la otra, si el contrato es unilateral.

Definición operacional: se obtendrá mediante el cuestionario realizado a los médicos especialistas.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal politómica.

Unidad de medición: 1. Base 2. 02 3. 08.

Antigüedad laboral

Definición conceptual: años laborando en el IMSS.

Definición operacional: resultado obtenido por el cuestionario y se medirá en años cumplidos en IMSS.

Tipo de variable: cuantitativa.

Escala de medición: intervalo.

Unidad de medición: 0. Menos de 1 año 1. 1-10 2. 11-20 3. 21-30.

Área de asistencia médica.

Definición conceptual: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

Definición operacional: se obtendrá a través del cuestionario el área donde se encuentra dando la atención médica.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Escala de medición: dicotómica.

Unidad de medición: 1. Consulta externa 2. Urgencias.

Años de formación de la especialidad.

Definición conceptual: cantidad de años de formación de su especialidad médica.

Definición operacional: se obtendrá mediante el cuestionario y se medirá en años.

Tipo de variable: cuantitativa.

Escala de medición: razón.

Unidad de medición: 1. 2 años 2. 3 años 3. 4 años.

Unidad de análisis

Definición conceptual: se refiere al qué o quién objeto de investigación de acuerdo a la especialidad de los médicos especialistas no familiares.

Definición operacional: se obtendrá mediante el cuestionario.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal politómica.

Unidad de medición: 1. Corazón 2. Piel 3. Riñón 4. Pulmón 5. Sistema Nervioso 6. Otro.

Porcentaje de asistencia médica

Definición conceptual: cantidad de población que atienden los médicos especialistas no familiares en un segundo nivel de atención.

Definición operacional: se obtendrá a través del cuestionario.

Tipo de variable: cuantitativa.

Escala de medición: escala de razón.

Unidad de medición: 1. 20% 2. 90% 3. 15% 4. 10% 5.100%.

Motivación para realizar especialidad

Definición conceptual: señalamiento que se descubre en una persona hacia un determinado medio de satisfacer una necesidad, creando o aumentando con ello el impulso necesario para que ponga en obra ese medio o esa acción.

Definición operacional: se obtendrá mediante el cuestionario.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Unidad de medición: 1. Trabajo y remuneración 2. Por ganar prestigio 3. Motivos personales 4. Experiencia en el pregrado 5. Por ser la familia. 6. No tuve otra opción.

Percepción de los médicos familiares

Definición conceptual: la manera en la que el cerebro de un organismo interpreta los estímulos sensoriales que recibe a través de los sentidos para formar una impresión consciente de la realidad física de su entorno, en este caso de los médicos familiares; así como recomendaciones.

Definición operacional: se obtendrá mediante el cuestionario.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

Unidad de medición: 1. Muy buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. No aplica.

Conocimiento de la Medicina Familiar

Definición conceptual: proceso progresivo y gradual desarrollado ⁽¹⁸⁾ por el médico para aprehender del concepto de medicina familiar; la cual es una especialidad médica efectora de la Atención Primaria a la Salud, su función básica es atender a la comunidad, la familia y el individuo en un área de salud determinada. ⁽¹⁹⁾

Definición operacional: Se obtendrá mediante varias preguntas del cuestionario.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

Unidad de medición: 1. Útil 2. Indispensable 3. Adecuada 4. Inadecuada 5. No necesaria.

Contacto con médicos familiares y su percepción

Definición conceptual: enlace del médico no familiar con el médico familiar durante sus prácticas de pregrado y su percepción que se tuvo de los mismos.

Definición operacional: se obtendrá mediante el cuestionario.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Escala de medición: categoría no ordenada.

Unidad de medición: 1. Muy buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. No aplica.

Conocimiento de la Medicina Familiar

Definición conceptual: información adquirida sobre el concepto de la Medicina Familiar desde sus orígenes hasta su situación actual.

Definición operacional: se obtendrá mediante el cuestionario.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Escala de medición: categoría no ordenada.

Unidad de medición: 1. Por necesidad de la población 2. Inicio de la Revolución Industrial 3. Competir con otras especialidades 4. Manejo epidemiológico 5. Para minimizar la atención de segundo nivel.

Dirección de la Medicina Familiar

Definición conceptual: grupo social al que va dirigida la atención de la Medicina Familiar.

Definición operacional: se obtendrá mediante el cuestionario.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Escala de medición: categoría no ordenada

Unidad de medición: 1. Individuo 2. Familia 3. Comunidad 4. Trabajadores 5. Grupos etarios.

Perfil de la Medicina Familiar

Definición conceptual: conjunto de características que tiene la Medicina Familiar incluyendo al médico familiar.

Definición operacional: se obtendrá mediante el cuestionario.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Escala de medición: categoría no ordenada.

Unidad de medición: 1. Da asistencia médica 2. La investigación 3. Administrador de la Salud Pública 4. Educador y consejería 5. Califica el riesgo de trabajo.

Unidad de análisis de la Medicina Familiar

Definición conceptual: se refiere al qué o quién objeto de investigación de acuerdo a la especialidad de Medicina Familiar.

Definición operacional: se obtendrá mediante el cuestionario.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Escala de medición: categoría no ordenada.

Unidad de medición: 1. La familia y el individuo 2. La promoción a la salud 3. La atención primaria de la salud 4. Educador y consejería 5. Califica riesgo de trabajo.

Objetivo de la Medicina Familiar

Definición conceptual: atribución de una finalidad proceso concreto de la Medicina Familiar.

Definición operacional: se obtendrá mediante el cuestionario.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal politómica.

Unidad de medición: 1. Reducir los costos 2. La consejería de la enfermedad 3. El proceso de la Historia Natural de la Enfermedad 4. El proceso Salud-Enfermedad 5. Promoción y prevención a la salud.

Formación de la Medicina Familiar

Definición conceptual: tiempo en el que se cursa la especialidad en Medicina Familiar

Definición operacional: se obtendrá mediante el cuestionario.

Tipo de variable: cuantitativa.

Escala de medición: de intervalo.

Unidad de medición: 1. 1 año 2. 3 años 3. 2 años 4. 2 años 6 meses 5. 4 años.

Población atendida en Medicina Familiar

Definición conceptual: porcentaje de pacientes que atienden en primer nivel la especialidad en Medicina Familiar.

Definición operacional: se obtendrá mediante el cuestionario.

Tipo de variable: cuantitativa.

Escala de medición: discreta.

Unidad de medición: 1. 90% 2. 80% 3. 50% 4. 5% 5. 100%.

Utilidad de la Medicina Familiar

Definición conceptual: propiedad por la cual la Medicina Familiar adquiere la condición de valor útil para satisfacer las necesidades humanas.

Definición operacional: se obtendrá mediante el cuestionario.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal politómica.

Unidad de medición: 1. Conserva la responsabilidad individual del paciente 2. Considera únicamente la patología de base 3. Se limita únicamente al estudio de la familia del paciente 4. Conserva la responsabilidad global del bienestar del paciente 5. Porque refiere a otra especialidad.

Recomendaciones para la Medicina Familiar

Definición conceptual: consejo que se da a la especialidad de Medicina Familiar para adquirir ventajas y beneficios por los médicos no familiares.

Definición operacional: se obtendrá mediante el cuestionario.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal politómica.

Unidad de medición: 1. Mayor preparación 2. Actualización continua 3. Subespecialización 4. Ser quirúrgicos.

Descripción general del estudio

Se solicitó a las autoridades el permiso correspondiente para la aplicación de la encuesta. Previo consentimiento informado e información en que consistió el estudio, se aplicó la encuesta a los médicos especialistas no familiares que se encontraran en los servicios de urgencias y consulta externa del Hospital General de Zona No 24 y que desearon participar en el estudio.

La encuesta indagó los datos generales del médico a entrevistar, aspectos laborales, percepción de su especialidad y la percepción de la Medicina Familiar.

Al término, se revisó las encuestas para verificar su llenado completo, se agradeció la participación a cada médico especialista.

Posteriormente, se codificó la información para utilizar un paquete estadístico, y realizar tablas de salidas que permitieron su interpretación y análisis de datos para la redacción del escrito final.

Se dio por terminado el proyecto y se difundirá los resultados en jornadas, sesiones, etcétera.

Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. Utilizando paquete estadístico SPSS V. 22 Posteriormente se presentaron los datos en tablas de salida.

RESULTADOS

Se encuestaron 56 médicos especialistas no familiares con un promedio de edad 44.13 ± 9.81 , una mínima de 30 años y máxima de 65. Siendo el grupo predominante de 30-39 años en un 41.1% (23), femeninas el 51.4% (31), con universidad de procedencia de Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en un 55.4% (31) e Instituto Politécnico Nacional 16.1% (9). (Tabla 1)

Tabla 1. Datos generales de los médicos especialistas del HGZ No. 24

Datos generales	N= 56	%
<i>Edad</i>		
30-39 años	23	41.1
40-49 años	15	26.8
50-59 años	15	26.8
60 y más	3	5.4
<i>Sexo</i>		
Femenino	31	55.4
Masculino	25	44.6
<i>Universidad de procedencia</i>		
UNAM	31	55.4
IPN	9	16.1
Particulares	4	7.1
UAEM	3	5.4
UAEH	2	3.6
UAEV	2	3.6
BUAP	2	3.6
UAET	1	1.8
UAEG	1	1.8
Universidad de Michoacán	1	1.8

Encuesta a médicos especialistas HGZ 24 IMSS

Se encontraron 21 especialidades tanto troncales y subespecialidades en la consulta externa y el servicio de urgencias destacando así, médicos de urgencias en 30.4% (17) y médicos internistas 16.1% (9). (Tabla 2)

Tabla 2. Tipo de especialidad de formación de los médicos especialistas

<i>Tipo de especialidad</i>	N=56	%
Urgencias	17	30.4
Medicina Interna	9	16.1
Medicina del Trabajo	3	5.4
Cardiología	3	5.4
Oftalmología	3	5.4
Psiquiatría	2	3.6
Neurología	2	3.6
Urología	2	3.6
Otorrinolaringología	2	3.6
Cirugía General	2	3.6
Angiología	1	1.8
Maxilofacial	1	1.8
Reumatología	1	1.8
Coloproctología	1	1.8
Nefrología	1	1.8
Neumología	1	1.8
Dermatología	1	1.8
Endocrinología	1	1.8
Hematología	1	1.8
Geriatría	1	1.8
Gastroenterología	1	1.8

Encuesta a médicos especialistas HGZ 24 IMSS

Laboralmente los médicos refirieron un promedio en antigüedad en años de 14.18 ± 8.69 , un mínimo de 1 año y máximo de 31 años. Siendo el más frecuente el de 6-10 años un 26.8% (15); el 64.3% (36) con actividades en la consulta externa y 34.7% (20) en observación urgencias; el 96.4% (54) son médicos de base y el 3.6% (2) con contrato de 02, el 42.9% (24) del turno matutino y vespertino 26.8% (7). (Tabla 3)

Tabla 3 Datos laborales de los médicos especialistas

Datos laborales	N=56	%
<i>Antigüedad en el IMSS</i>		
1-5 años	9	16.1
6-10 años	15	26.8
11-15 años	4	7.1
16-20 años	13	23.2
21-25 años	8	14.3
26-30 años	5	8.9
31-35 años	2	3.6
<i>Área Laboral</i>		
Consulta externa	36	64.3
Observación urgencias	20	34.7
<i>Contrato IMSS</i>		
Base	54	96.4
02	2	3.6
<i>Turno</i>		
Matutino	24	42.9
Vespertino	15	26.8
Nocturno	10	12.5
Jornada acumulada	7	17.9

Encuesta a médicos especialistas HGZ 24 IMSS

En cuanto a los antecedentes de la formación de su especialidad el 55.4%(31) refirió una formación de su especialidad de 4 años y más; percibe el 62.5% (35) de los médicos que atienden el 20% de la población institucional. El motivo por lo que decidieron formarse como especialistas el 48.2% (27) fue por motivos personales solo el 35.7% (20) por experiencia en el pregrado. (Tabla 4)

Tabla 4 Antecedentes de la formación de la especialidad en los médicos especialistas.

Antecedentes de la especialidad de los médicos especialistas	N=56	%
<i>Años de formación</i>		
2 años	3	5.4
3 años	22	39.3
4 años y más	31	55.4
<i>Motivo de formación de especialista</i>		
Motivos personales	27	48.2
Experiencia en el pregrado	20	35.7
Trabajo y remuneración	7	12.5
Por ser la familia	1	1.8
No tuve otra opción	1	1.8
<i>Población de asistencia en su especialidad</i>		
100%	1	1.8
90%	10	17.9
20%	35	62.5
15%	5	8.9
10%	5	8.9

Encuesta a médicos especialistas HGZ 24 IMSS

La percepción de los especialistas de su unidad de análisis el 17.9% (10) refirió que es resolver emergencias, un 14.3% (8) es multidisciplinaria, considerando que son los de urgencias y médicos internistas los subespecialistas reconocen directamente el órgano, o sistema al que se dedican. (Tabla 5).

Tabla 5 Conocimiento de la unidad de análisis y objetivo de su especialidad

<i>Conoce su unidad de análisis como especialista</i>	N=56	%
Emergencias	10	17.9
Multidisciplinaria	8	14.3
Internista	6	10.7
Sistema Nervioso	6	10.7
Corazón	5	8.9
Tubo digestivo	4	7.1
Ojos	3	5.4
Oído, nariz, garganta y cuello	3	5.4
Riñón	3	5.4
Sistema Circulatorio	1	1.8
Medicina del trabajo	1	1.8
Musculo esquelético	1	1.8
Glándulas endocrinas	1	1.8
Sistema hematopoyético	1	1.8
Piel	1	1.8
Pulmón	1	1.8
Adulto mayor	1	1.8

Encuesta a médicos especialistas HGZ 24 IMSS

Se encontró que los médicos especialistas en urgencias medico quirúrgicas 30.4% (17), consideraron 58.8% (10) que la unidad de análisis de su especialidad es resolver las emergencias, el 17.6% (3) ser una especialidad multidisciplinaria, el 11.7% (2) el corazón y el otro 11.7% (2) el sistema nervioso. (Tabla 6).

Tabla 6 Conocimiento de la unidad de análisis por los médicos especialistas en urgencias medico quirúrgicas

<i>Conocimiento de la unidad de análisis de los médicos especialistas en Urgencias.</i>	N=17	%
Multidisciplinaria	3	17.6%
Sistema Nervioso	2	11.7%
Corazón	2	11.7%

Encuesta a médicos especialistas HGZ 24 IMSS

Se encontró que el 51.8% (29) de los médicos no familiares considera su objetivo de su especialidad el diagnosticar la enfermedad y solo el 23.2 % (13) si identifica este como la salud/enfermedad. (Tabla 7)

Tabla 7 Conocimiento del objetivo de su especialidad de los médicos especialistas

Objetivo de la especialidad	N=56	%
Diagnosticar la enfermedad	29	51.8
La Salud – Enfermedad	13	23.2
Tratamiento de la enfermedad	8	14.3
Resolver las emergencias	5	8.9
Prevenir las complicaciones	1	1.8

Encuesta a médicos especialistas HGZ 24 IMSS

Solo el 66.1%(37) tuvieron contacto académico con la medicina familiar en pregrado, percibiendo esta como buena en un 28.6% (15); El módulo de contacto fue Medicina de Comunidad 25% (14). (Tabla 8)

Tabla 8 Acercamiento del pregrado a la Medicina Familiar y su percepción.

Contacto con la Medicina Familiar en el pregrado	N=56	%
<i>Contacto académico</i>		
Sí	37	66.1
No	19	33.9
<i>Módulo de contacto</i>		
Medicina de comunidad	14	25.0
Medicina Familiar	13	23.2
Salud Publica	4	7.1
Prevención y promoción de la salud	3	5.4
Epidemiología	1	1.8
Antropología	1	1.8
Administración de Hospitales	1	1.8
<i>Percepción obtenida de los médicos familiares en el pregrado</i>		
Buena	15	28.6
Regular	12	21.4
Muy buena	10	17.9
No aplica	19	26.8

Encuesta a médicos especialistas HGZ 24 IMSS

El 57.1% (32) refirió que le fue de utilidad la materia para su formación como médicos generales. Solo el 66.1% (37) considera necesaria la materia de medicina familiar; Los especialistas que no tuvieron contacto con Medicina Familiar el 63.2% (12) desearía cursar la materia de Medicina Familiar. (Tabla 9)

Tabla 9. Utilidad de la materia durante el pregrado y la licenciatura

Utilidad de la materia de medicina familiar	N=56	%
<i>Cree importante o necesaria la materia de Medicina Familiar</i>		
Sí	37	66.1
No	19	33.9
<i>Utilidad de este módulo o materia</i>		
N=37		
Sí	32	57.1
No	5	8.9
<i>Deseo de cursar la materia de Medicina Familiar</i>		
N=19		
Sí	12	63.2
No	7	36.8

Encuesta a médicos especialistas HGZ24 IMSS

Los médicos especialistas no familiares perciben hasta un 67.9% (38) que el origen de la Medicina Familiar fue por necesidades de la población, El 75% (42) identifican el grupo social al que va dirigido la Medicina Familiar y el 5.4% (3) identifica el perfil como educador y consejería del médico familiar. (Tabla 10)

Tabla 10 Percepción del origen y perfil de la medicina familiar.

Percepción	N=56	%
<i>Origen de la Medicina Familiar</i>		
Por necesidades de la población	38	67.9
Manejo epidemiológico	9	16.1
Minimizar la atención de 2do nivel	8	14.3
Inicio de la revolución industrial	1	1.8
Competir con otras especialidades	0	0
<i>Grupo social al que dirige la atención la Medicina</i>		
Familia	42	75
Comunidad	12	21.4
Grupos etarios	1	1.8
Individuo	1	1.8
<i>Perfil del médico familiar</i>		
Califica riesgo de trabajo	41	73.2
La investigación	6	10.7
Administrador de la Salud Pública	4	7.1
Educador y consejería	3	5.4
Da asistencia médica	2	3.6

Encuesta a médicos especialistas HGZ 24 IMSS

El 55.4% (31) identifica que la unidad de análisis es la familia y el individuo; solo el 17.9% conoce que su objetivo también es el proceso salud/enfermedad. El 94.6% (53) saben que la duración de la especialidad es de 3 años y el 17.9% (10) especifica que es la especialidad que atiende hasta un 90% de la población. (Tabla 11)

Tabla 11 Percepción de los principales aspectos que caracterizan a la medicina familiar.

Percepción de la Medicina Familiar	N=56	%
<i>Unidad de análisis</i>		
La familia y el individuo	31	55.4
La atención primaria de la salud	19	33.4
La promoción a la Salud	3	5.4
La educación para la salud	2	3.8
Todas	1	1.8
<i>Objetivo de la Medicina Familiar</i>		
Promoción y prevención a la salud	40	71.4
El proceso salud/enfermedad	10	17.9
Historia Natural de la enfermedad	5	8.9
Reducir costos	1	1.8
<i>Tiempo de formación para la especialidad en Medicina Familiar</i>		
3 años	53	94.6
4 años	2	3.6
2 años	1	1.8
<i>Porcentaje de población que atienden los médicos familiares.</i>		
80%	25	44.6
100%	15	26.8
90%	10	17.9
50%	5	8.9
5%	1	1.8

Los médicos perciben en un 76.8% (43) que la medicina familiar conserva la responsabilidad global del paciente y en un 60.7% (34) considera que es una especialidad útil y lo que recomiendan en un 62.5% (35) es la actualización continua. (Tabla 12)

Tabla 12 Percepción que se tiene en este momento de la utilidad de la Medicina Familiar y sus recomendaciones.

Percepción actual de la Medicina Familiar	N=56	%
<i>Importancia de la Medicina Familiar para las demás especialidades</i>		
Conserva la responsabilidad global del paciente	43	76.8
Conserva la responsabilidad individual del paciente	6	10.7
Se limita únicamente al estudio de la familia del paciente	3	5.4
Considera únicamente la patología de base	2	3.6
Porque refiere a otras especialidades	2	3.6
<i>Utilidad de la Medicina Familiar</i>		
Indispensable	34	60.7
Útil	12	21.4
Inadecuada	5	8.9
Adecuada	3	5.4
No necesaria	2	3.6
<i>Recomendaciones al Médico Familiar</i>		
Actualización continúa	35	62.5
Mayor preparación	18	32.1
Subespecialización	2	3.6
Ser quirúrgicos	1	1.8
Otra	0	0

Encuesta a médicos especialistas HGZ24 IMSS

DISCUSIÓN

En este estudio se identificó que un cincuenta por ciento de los médicos especialistas no familiares conoce cuál es la unidad de análisis de la medicina familiar y dos terceras partes saben que es la familia, menos de una quinta parte conoce su objetivo que es igual que las otras especialidades (proceso salud/enfermedad). Más del setenta por ciento percibe que la medicina familiar conserva la responsabilidad global del paciente y que por este punto también es importante sin embargo solo un cinco por ciento conoce la importancia del médico familiar como educador y consejero.

En lo referido en el estudio de **Padilla-Cuadra y cols** ⁽²⁰⁾ donde investigo la *decisión de estudiar medicina: factores determinantes y elección de la especialidad* en médicos de Costa Rica, reporto que el 91.6% al término de la carrera decidió realizar una especialidad, siendo motivado por ayudar a otras personas, principalmente las mujeres 3:1 en relación a los hombres. Siendo las especialidades de mayor selección la medicina interna con sus subespecialidades seguidas por las quirúrgicas y ciencias afines. En nuestro estudio difieren los principales motivos de ser especialistas no familiares eligieron casi la mitad de los evaluados fue por motivos personales y una tercera parte por experiencia de la especialidad en el pregrado.

En nuestro lugar de estudio siendo una unidad de segundo nivel del IMSS donde las especialidad con mayor necesidad de médicos internistas que ayudan a dar solución a los principales motivos de atención a la población seguidos los que tienen formación en urgencias, como vemos son especialidades troncales que pueden resolver el proceso de salud-enfermedad de todas las demás subespecialidades, de aquí lo referido en el estudio de **Rodríguez y Rodríguez** ⁽²¹⁾ la *Epidemiología: El cambio de paradigma* en Cuba donde se refiere que los problemas de salud de las poblaciones humanas han ido evolucionando a través del tiempo; al conocer la dinámica de las enfermedades a nivel colectivo, se ha encontrado con su más grande reto: el cambio de paradigma, debido al aumento progresivo de la población mundial, así como la esperanza de vida, el envejecimiento poblacional y las enfermedades crónicas que son más frecuentes, lo que permite la formación de un universo epidemiológico; de aquí las causas, los factores y las condiciones que intervienen en el proceso salud-enfermedad; de aquí el origen de la Medicina Familiar, que en nuestro estudio casi un quinto de los médicos especialistas no familiares conoce que es por dar manejo epidemiológico. Sin embargo sabemos que este objetivo no es único de la medicina familiar, todas las especialidades deben estar enfocadas al manejo integral del paciente y no solo tratar la enfermedad si no procurar la salud.

En nuestro estudio hay un porcentaje discretamente mayor de mujeres médicas, en relación a los hombres médicos, refiriendo en el estudio de **Arrizabalaga y Valls-Llobet** ⁽²²⁾, donde se investigó las *mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación*, reporto que de un Hospital Clínico en Barcelona España médicos especialistas en urgencias el 46% varones y el 54% mujeres; notando la incorporación plena de la mujer al ejercicio de la profesión de la medicina a partir de su integración al mundo laboral. Concordando con nuestros resultados donde esta incorporación de la mujer en la carrera de medicina y formación de especialidades ha ido incrementando en nuestro país llegando hasta un momento dado ser un porcentaje excesivo a diferencia de los varones.

Por otro lado, la unidad de análisis de la Medicina Familiar es bien conocida por los médicos especialistas no familiares, en lo referido a **Huerta** ⁽²³⁾, donde en su programa de actualización continua en Medicina Familiar: *La familia como unidad de estudio. Estudio de la salud familiar* menciona que la familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique por lo que es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad donde no solo se ve al paciente como único responsable de este proceso, si no es todo un estudio de todo el sistema familiar.

En lo referido al estudio de **Da Costa** ⁽²⁴⁾ donde investigo *el futuro de la Medicina General y Familiar* en médicos de Portugal; reporto que la sociedad deberá de ver en el médico de familia un médico personal, responsable de la gestión de sus problemas, activo en la prevención, cura de enfermedades; un profesional indispensable a las personas, a las familias, a otros especialistas y a los servicios de salud en general, en el ámbito de las sociedades más desarrolladas, teniendo a la tecnología para lograr el fin. En nuestro estudio casi el total de los médicos especialistas no familiares, percibe que los médicos familiares conservan la responsabilidad global del paciente, por lo que se dice es una especialidad donde existe el valor de la continuidad mencionado en el estudio observacional de **Alvárez** ⁽²⁵⁾ *una vuelta a los valores centrales en medicina de familia* en Madrid, España; se estima que la continuidad reduce la duración de las consultas en un 40%, se asocia a menos pruebas, a una mayor utilización de la observación de la evolución de los problemas y a menos prescripciones; contribuye a un incremento de la adherencia al tratamiento, se asocia a un menor número de hospitalizaciones y a una mayor receptividad para las actividades preventivas. Es por eso que todas

las especialidades deben conocer cuál es el verdadero objetivo y perfil de la medicina familiar para trabajar en conjunto en el bienestar del paciente y su familia tanto a nivel institucional donde se dan escalonadamente los niveles de atención como a nivel privado saber cómo hacer esta conexión de servicios multidisciplinarios.

En el estudio de **Gómez-Clavelina y cols** ⁽²⁶⁾ se menciona la *identificación y clasificación de competencias profesionales en Medicina Familiar*, y se conoce que el médico familiar es tiene dominio en el trabajo clínico, metodología de la Medicina Familiar, relación médico paciente, estudio médico de la familia, medicina preventiva, profesionalismo, enfoque comunitario, técnicas instrumentales, administración, docencia, investigación y disciplinas emergente y dentro de estos el médico familiar es educador y consejero; sin embargo los médicos especialistas no familiares conocen tales cualidades en el médico familiar. En nuestros estudio casi todos los médicos especialistas no familiares concuerdan que el médico familiar debe estar en capacitación continua y consideramos que esta debe estar relacionada con las necesidades propias del médico como de la población a su cargo, con aplicación continua de estos conocimientos y mejorar el proceso salud enfermedad apegados sobre todo a lo caracteriza a la medicina familiar que es la prevención, la continuidad y la integralidad.

CONCLUSIÓN

La edad promedio de los médicos especialistas no familiares fue de 44.13 ± 9.81 , siendo el grupo predominante el de 40-59 años, discretamente mayor porcentaje de mujeres, de formación universitaria de la máxima casa de estudios que es la UNAM, seguido por el IPN.

Una tercera parte fueron médicos con especialidad de urgencias seguido por la Medicina Interna, resto son subespecialidades.

Se identificó una antigüedad laboral en promedio de 14.8 ± 8.69 , siendo el grupo predominante el de 6-10 años, la mayoría se encuentra en el área asistencial de consulta externa y observación urgencias, con contrato de base y en el turno matutino.

La duración de la especialidad de los médicos encuestados en promedio es de 4 años y más; consideran que atienden o deben atender al 20% de la población, su formación como especialistas fue por motivos personales y la experiencia que tuvieron en el pregrado. El porcentaje mayor de médicos especialistas son con formación en urgencias y medicina interna; la mayoría no conocen la unidad de análisis de su especialidad. La mitad de los médicos especialistas no familiares se enfocan en el diagnóstico de las enfermedades como objetivo principal y son muy pocos los que tienen como objetivo el proceso salud-enfermedad.

Casi todos los médicos tuvieron contacto con Medicina Familiar en su pregrado, de estos médicos solo unos cuantos opinaron que no les fue útil la materia.

De los médicos especialistas no familiares que ahora tienen contacto con la Medicina Familiar y que no la tuvieron en el pregrado comentaron que hubiese sido una buena opción haber cursado esta materia por la utilidad que en la actualidad perciben.

La percepción actual por los médicos especialistas no familiares sobre la Medicina Familiar, una pequeña porción considera que la especialidad surge debido a los cambios epidemiológicos que se presentan en la población. Más de la mitad de los médicos especialistas no familiares consideran a la familia como el grupo social al cual se enfoca la Medicina Familiar, reconociendo a la vez que es la unidad de análisis de esta especialidad. Más de la mitad de los médicos encuestados conoce el perfil del médico familiar. Los médicos especialistas no familiares consideran que la Medicina Familiar tiene como objetivo la promoción y prevención de las enfermedades más que el proceso salud enfermedad. Pocos de

los médicos especialistas no familiares encuestados tienen la noción de que la Medicina Familiar ve prácticamente a toda la población en el primer nivel de atención. Casi todos los médicos es especialistas no familiares saben que la duración de la especialidad de Medicina Familiar es de 3 años. Más de la mitad de los médicos especialistas no familiares consideran a la Medicina Familiar de suma importancia, ya que conserva la responsabilidad global del paciente; tres quintas partes de los médicos especialistas consideran la especialidad como indispensable. Los médicos especialistas no familiares recomiendan al Médico Familiar actualización continua.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a lo encontrado, los médicos especialistas no familiares no conocer la unidad de análisis y objetivo de estudio de la medicina familiar, se recomienda una actualización a los médicos no familiares, a través de una sesión informativa con distribución de trípticos y folletos sobre la especialidad en medicina familiar.

Invitación a los médicos no familiares a jornadas de investigación de la medicina familiar.

Solicitar una dirección de correo electrónica para compartir material sobre la medicina familiar.

Fortalecer la relación de los médicos especialistas no familiares y los médicos especialistas en medicina familiar a través de sesiones para conocimiento del trabajo de ambos.

Actualización continua a los médicos especialistas en medicina familiar a través de sesiones educativas.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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
2. González-Blasco P, Ramírez-Villaseño I, Bustos-Saldaña R, Moreto G. La formación de médicos familiares en Latinoamérica: Timidez académica y liderazgo errático. *Arch Med Fam.* 2005; 7(1): 1-3
3. Pascual F, Gódinez E, Hernández M. La medicina familiar como especialidad médica: percepción de otros especialistas. *Aten fam.* 2016;23 (3):109-112
4. Quiróz Pérez J, Irigoyen Coria A. Una visión histórica sobre la medicina familiar en México. *MPA e-journal Med. Fam.& At. Prim.* 2008;2 (1): 49-54
5. Mc Whinney Ian. R. *Family Medicine- 3rd ed.* Oxford University Press, 2009
6. González-Blasco P. Los cuatro pilares de la Medicina de Familia. *Arch Med Fam.* 2004; 6(2): 31-33
7. Abril-Collado R, Cuba-Fuentes M. Introducción a la Medicina Familiar. *Acta méd per.* 2013; 30(1): 30-36
8. De Benedetto M, Janaudis M, Leoto R, González-Blasco P. Pacientes, Residentes y Estudiantes descubriendo la Medicina Familiar. *Arch Med Fam.* 2006; 8(1): 9-17
9. Baez-Montiel B, Gutiérrez-Islas E, Bolaños-Maldonado M, Samarín-Ocampo E, Turabián Fernández J. Del lado de allá y del lado de acá. ¿Qué pueden aprender mutuamente los países emergentes latinoamericanos y España para mejorar sus perfiles del médico de familia?. *Rev Clin Med Fam.* 2014; 7(1): 23-31
10. Mckee N, A. Mckague M, Ramsden V. Poole R. Cultivating interest in family medicine: family medicine interest group reaches undergraduate medical students. *Can Fam Physician.* 2007; 53(4): 661-665

11. Caballero RJ. Identificación de la Medicina Familiar como especialidad médica entre estudiantes de pregrado de La Paz, Bolivia. Arch Med Fam. 2006; 8(1): 1-7
12. Selva A, Martín A, Jiménez J, Monreal A, Mundet X, Otero A. et al. Medical students' perceptions and attitudes about family practice: a qualitative research synthesis. BMC Med Educ. 2012; 12:81: 1-16
13. Escobar F, López-Torres J. ¿Qué determina la elección de una Especialidad en Medicina?. Rev Clin Med Fam. 2008; 2 (5): 216-225
14. Godínez-Tamay E, Narro-Robles J, Sánchez-Escobar L. Importancia de la enseñanza de la medicina familiar en el pregrado. Estudio de la opinión de un grupo de médicos internos sobre la especialidad de Medicina Familiar. Arch Med Fam. 2009; 11(2): 57-63
15. Jordan J, Belle Brown J, Ruseel G. Choosing family medicine. What influences medical students?. Can Fam Physician 2003; 49: 1131-1137
16. Probst A, Natanzon I, Szecsenyi J, Joos S. Family doctors seen through the eyes of specialists: A Qualitative Study. Internacional Journal of Family Medicine (Internet). 2013. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ijfm/2013/729473/>
17. Ledesma F, Flores O. Medicina Familiar: la auténtica especialidad en atención médica primaria. Gac Méd Caracas. 2008; 116 (4): p: 330-340
18. Ramírez A V, La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. Anales de la Facultad de Medicina 2009; 70: 217-224. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37912410011>. Fecha de consulta: 9 de abril de 2017.
19. Herrera V, Presno M, Torres J, Fernández I, Martínez D, Machado M. Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en cuba y otros países. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014; 30(3): 364-374
20. Padilla Cuadra J, Vindas Sánchez L, Villalobos-Pérez A. Decisión de estudiar medicina: Factores determinantes y elección de la especialidad. Acta méd. Costarric. 2012; 54 (2): 109-113

21. Justo F Rodríguez López¹. Epidemiología: El cambio de paradigmas. Medcentro Electrónica [Internet]. 2014 Sep [citado 2017 Mayo 27] ; 18 (3): 93-99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000300002&lng=es
22. Arrizabalaga P, Valls-Llobet C. M. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. Med Clin. 2005; 125 (3):103-107
23. Huerta G. La familia como unidad de estudio. Estudio de la salud familiar. En Farfán SG, Programa de actualización continua en Medicina Familiar México: Intersistemas; 1999.p.11-37
24. da Costa H. El futuro de la Medicina General y Familiar. Semergen. 2004; (5): 207-209
25. Álvarez Montero S. Una vuelta a los valores centrales en medicina de familia. Aten Primaria. 2017; 49(4): 248-252
26. Gómez-Clavelina F. La subdivisión de Medicina Familiar de la UNAM: nuevos horizontes y retos. Aten Fam.2013; 20 (1): 1-2

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ANEXO 2
(Adultos)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Percepción de las especialidades médicas sobre la Medicina Familiar.
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona No. 24. Av. Insurgentes Norte No. 1322, Colonia Magdalena de las Salinas, CP. 07760, Gustavo A. Madero, Ciudad de México a _____ de _____ del 2017
Número de registro:	R-2017-3516-15
Justificación y objetivo del estudio:	El médico familiar al no ser reconocido por las otras especialidades, impacta también en la población, para acudir oportunamente en su atención de su proceso salud enfermedad; eligiendo así primero acudir al médico no familiar para solucionar su padecimiento actual, implicando un mayor gasto económico, por lo cual; se le ha restado importancia a la Medicina Familiar, siendo desplazada por especialidades como ginecología y obstetricia, cirugía general, medicina interna, urgencias por lo que el objetivo de este estudio es determinar la percepción de las especialidades médicas sobre la medicina familiar.
Procedimientos:	Realización de cuestionario dirigido a médicos especialistas no familiares de forma escrita.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Dar a conocer el campo de la Medicina Familiar a los demás especialistas, y demostrar que es la Especialidad que conserva la responsabilidad integral del bienestar del paciente y su familia para la construcción de una sociedad como primer potencia.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los datos que deriven de las encuestas nos darán la oportunidad de establecer estrategias educativas intencionadas a brindar información sobre la especialidad de Medicina Familiar.
Participación o retiro:	La participación es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento que usted así lo decidan.
Privacidad y confidencialidad:	Toda información proporcionada en las encuestas será manejada de manera confidencial y solo será utilizada con reporte global en cuanto a resultados para efecto académico y capacitación a los médicos especialistas.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: DR CARLOS JUÁREZ VALDES., Médico Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Calzada Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas. Ciudad de México. Tel: 55874422 Ext.15368 y 15320.

Colaboradores: GUTIÉRREZ CRUZ RAÚL. Residente de Segundo Año en la Especialidad de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Calzada Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas. Ciudad de México. Tel: 55874422 Ext.15368 y 15320.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. Ciudad de México, CP. 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 24
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

**ENCUESTRA SOBRE LA PERCEPCION DE LAS ESPECIALIDADES MEDICAS
SOBRE LA MEDICINA FAMILIAR.**

Folio _____

Edad: _____ **Sexo:** 1. (M) 2. (F)

Universidad de Procedencia: _____

Médico Especialista en: _____

Categoría _____ **Antigüedad laboral** _____

Asistencia: 1. () Consulta externa 2. () Observación Urgencias

Tipo de contrato: 1. () Base 2.() 02 3.() 08

De las siguientes preguntas selecciona la que consideras esta en relación a tu formación como médico especialista y algunos antecedentes de pregrado.

1) Años aproximados que duró su preparación como especialista.

- a. () 2 años
- b. () 3 años
- c. () Más de 4 años

2) Indique cual es la unidad de análisis en la atención a la salud de acuerdo a su especialidad.

- a. () Corazón
- b. () Piel
- c. () Riñón
- d. () Pulmón
- e. () Sistema nervioso
- f. () Otro _____

- 3) Es el objetivo de su especialidad.
- a. Planificar la asistencia médica
 - b. Prevenir las complicaciones
 - c. Diagnosticar la enfermedad
 - d. La Salud/Enfermedad
 - e. Otro _____
- 4) ¿Es el porcentaje del total de la población que atienden los especialistas en segundo nivel?
- a. 20 %
 - b. 90 %
 - c. 15%
 - d. 10%
 - e. 100 %
- 5) ¿Es el principal motivo que lo llevo a estudiar la especialidad que ejerce?
- a. Trabajo y remuneración
 - b. Por ganar prestigio
 - c. Motivos personales
 - d. Experiencia en el pregrado
 - e. Por ser la familia
 - f. No tuve otra opción
- 6) ¿Durante sus prácticas clínicas como estudiante de pregrado en algún momento, rotó con médicos especialistas en Medicina Familiar?
- a. Si
 - b. No
- 7) La percepción que tuvo de estos médicos fue:
- a. Muy buena
 - b. Buena
 - c. Regular
 - d. Mala
 - e. No aplica

- 8) Durante sus estudios de la licenciatura en algún momento tuvo la oportunidad de cursar una materia relacionada con la Medicina Familiar?
- a. Si b. No

Especifique cual era¿?_____

En caso de contestar Si, pase a la pregunta número 9

En caso de contestar No, pase a las pregunta número 10

- 9) ¿Cree que esta materia le fue de utilidad en su formación como médico general?
- a. Si b. No

- 10) ¿Le hubiera gustado cursar alguna materia relacionada con la Medicina Familiar durante alguna etapa del pregrado?
- a. Si b. No

Las siguientes preguntas están relacionadas con la percepción que usted pueda tener de la especialidad de Medicina Familiar seleccione cuál sería la más adecuada para usted.

- 11) Considera que la Medicina Familiar se originó por:
- a. Por necesidades de la población
- b. Inicio de la Revolución Industrial
- c. Competir con otras especialidades
- d. Manejo epidemiológico
- e. Para minimizar la atención de segundo nivel
- 12) Grupo social al que va dirigida la atención de la medicina familiar:
- a. Individuo
- b. Familia
- c. Comunidad
- d. Trabajadores
- e. Grupos etarios

- 13) Las siguientes son características del perfil del médico familiar, excepto:
- a. () Da asistencia médica
 - b. () La investigación
 - c. () Administrador de la Salud Pública
 - d. () Educador y consejería
 - e. () Califica riesgo de trabajo
- 14) Se considera que es la unidad de análisis de la medicina familiar:
- a. () La familia y el individuo
 - b. () La promoción a la salud
 - c. () La atención primaria de la salud
 - d. () Administración de salud pública
 - e. () La educación para la salud
- 15) Es el objetivo de la medicina familiar:
- a. () Reducir los costos
 - b. () La consejería de la enfermedad
 - c. () El proceso de la Historia Natural de la Enfermedad
 - d. () El proceso Salud-Enfermedad
 - e. () Promoción y prevención a la salud
- 16) Tiempo que dura la formación del médico familiar:
- a. () 1 año
 - b. () 3 años
 - c. () 2 años
 - d. () 2 años y medio
 - e. () 4 años

- 17) Es el porcentaje del total de población que atiende el especialista en medicina familiar en el primer nivel de atención:
- a. () 90%
 - b. () 80%
 - c. () 50%
 - d. () 5%
 - e. () 100%
- 18) Considera que la Medicina Familiar es un apoyo importante para su especialidad debido a que:
- a. () Conserva la responsabilidad individual del paciente
 - b. () Considera únicamente la patología de base
 - c. () Se limita únicamente al estudio de la familia del paciente
 - d. () Conserva la responsabilidad global del bienestar del paciente
 - e. () Porque refiere a otra especialidad
- 19) En este momento de acuerdo a su percepción considera que la especialidad en medicina familiar es:
- a. () Útil
 - b. () Indispensable
 - c. () Adecuada
 - d. () inadecuada
 - e. () no necesaria
- 20) Recomendaría al especialista en Medicina Familiar tener:
- a. () Mayor preparación
 - b. () Actualización continua
 - c. () Subespecialización
 - d. () Ser quirúrgicos
 - e. () Otra _____

Agradecemos tu participación en caso de requerir alguna información o resultados se hará de manera personal y confidencial.