

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

14 A
24

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Clinica Hospital General de Zona No. 2

¿ La Medicina Familiar una Especialidad de Primera Opción ?

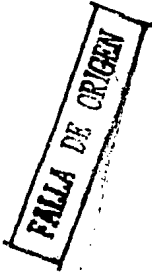
TESIS

Que presenta para obtener el grado de especialidad en
Medicina Familiar

El Médico Cirujano
Dr. Rodolfo Cahuantzi Jardón

Asesor

Dr. José Felipe Carrillo Martínez



Handwritten notes:
Cobo -
Dr. J. F. Carrillo Martínez
RESIDENCIA
MEXICANA
FAMILIAR

Hermosillo, Sonora Febrero 1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

	PAG.
Introducción.....	1
Marco teórico:	
I.- La especialización en medicina.....	2
II.- Origen y evolución de la Medicina Familiar.....	4
III.- La Medicina Familiar como disciplina académica	6
IV.- Expectativas de la Medicina Familiar...	9
Justificación.....	11
Material y Métodos.....	12
Objetivos.....	13
Resultados.....	14
Gráficas y Tablas.....	16
Discusión.....	29
Conclusiones.....	30
ANEXO I.....	31
ANEXOCII.....	33
Bibliografía.....	34

I N T R O D U C C I O N

El presente estudio trata de enfocar a la Medicina Familiar en el aspecto de una especialidad antes de su ingreso, sin cuestionar su programa académico ni práctica diaria sino de reiterar las condicionantes actuales de su ingreso a esta especialidad como residentes y que es una disciplina joven, controvertida y poco entendida.

Realizar una especialidad es una opción buscada por muchos médicos, pero sólo llegan algunos a realizarla y no precisamente la medicina familiar sino otras.

Debemos entender el origen, evolución, expectativas y controversias de esta disciplina para poder comprender porque no es una especialidad de primera opción.

Los residentes de medicina Familiar son los principales protagonistas de esta disciplina y son ellos los que tienen que resolver los problemas de esta y buscar las posibles soluciones de IDENTIFICACION A LA MEDICINA FAMILIAR.

I.- La especialización en Medicina:

El aporte de conocimientos y la evolución de la medicina han sido tan importantes y tan abrumadores que el médico pronto percibió la necesidad de limitar su acción a campos específicos, para poder estar suficientemente capacitados, atender mejor las necesidades de sus pacientes. Con esta idea se iniciaron las especialidades en las diferentes áreas de la medicina, las cuales no fueron solamente aceptadas por los médicos, sino que el público dio un gran apoyo a ésta situación.

El primer antecedente que se tiene acerca de la formación de especialistas es en 1889 en Estados Unidos, iniciandose el sistema de residencias hospitalarias.(8)

El año de 1910 fue clave en la evolución de la medicina moderna en ese año, el Dr. Abraham Flexner en los Estados Unidos con su informe sentó las bases de la práctica de la medicina actual en relación con la especialización.(4)

La especialización busca incrementar en los médicos la capacidad creativa y aumentar sus posibilidades de solucionar los problemas que se presentan en un campo definido de la medicina.

La educación médica en México, vista al través de Investigación educativa en una Institución de Salud, transcurre por una crisis caracterizada por sobrepoblación estudiantil, saturación de campos clínicos, bajo rendimiento académico y pobre cultura general de los estudiantes; fuerte competencia para acceder a estudios de especialidad, a los que logran llegar habitualmente los mejores preparados, cuyo número es muy reducido.(11)

A cien años de haberse iniciado la formación de especialistas, es actualmente la opción más buscada por el médico que termina su carrera.

Uno de los motivos de lo anterior es que en las Escuelas de Medicina con un modelo de medicina curativa, lucrativa y espectacular los orienta a un desarrollo ulterior parecido y así una expectativa la especialización.

Por lo tanto, elegir una especialidad constituye uno de los pasos más trascendentales que da el médico en formación; sin embargo poco se ha hecho en ayudarlo en ese momento crítico de su vida toda vez que su futuro dependerá de la satisfacción que obtenga - al utilizar con éxito sus habilidades manuales o intelectuales, - su interés en la investigación, su capacidad de introyección, así como la complacencia derivada de la realización de sus aspiraciones y, quizás también, de sus idealizaciones y procesos de identificación que pudieran estar aún activos durante su preparación como especialistas. La adecuada selección de una especialidad le permitirá reducir las tensiones internas y así mantener el equilibrio psíquico y el dominio que dan el conocimiento y las habilidades; además la especialidad bien elegida evita al individuo a desempeñarse en áreas de dificultad o deficiencia que le implicarían gran esfuerzo o para las cuales estuviera imposibilitado. Existen otros factores del medio ambiente que deben tenerse en cuenta, como el tiempo prolongado de los programas de especialización y las oportunidades de trabajo señaladas por la necesidad de contar con ciertos especialistas, o bien la saturación del campo de trabajo en algunas especialidades o el capricho de cursar la residencia en una determinada localidad sin importar la especialidad. Esto no debe ser definitivo para que se decida por una rama de la medicina, pues se afectarían gravemente la personalidad del individuo y su productividad, lo cual redundaría en mala calidad de los servicios que prestaría a la Institución que eventualmente lo contratara y aún en su práctica privada. Por lo anterior contar con un adecuado sistema de selección que garantice un buen desem-

peño en la residencia y la formación de especialistas debidamente preparados que satisfagan sus anhelos profesionales y sociales.

II.- Origen y Evolución de la Medicina Familiar:

El fenómeno de incremento de especialistas en los años 50's, - el pobre desarrollo de un sistema de atención médica de contacto primario pronto saturó las unidades hospitalarias de concentración con pacientes cuyos problemas de salud no requerían de atención en tales unidades, o bien con problemas que por un deficiente manejo médico primario, llegaban a evolucionar a etapas graves o complicadas que justificaban el internamiento.

Desde la iniciación de sus actividades de servicios médicos el IMSS en 1944 estableció la intención de mantener la atención integral del paciente como instancia primera. Una vez que el Instituto consolidó su estructura primaria y se extendió a diversas partes de la República generó la idea y creó la categoría de "Médico de Familia" en 1954. En el año de 1959 los servicios de salud se organizaron en un "Sistema Médico Familiar" que no pudo concretar el personaje axial pero avanzó el proceso adscribiendo grupos de población sectorizada para su atención domiciliaria como en la consulta externa y de urgencias en la clínica. Así se identificaron como médicos familiares de menores (pediatra) y médicos familiares de adultos (internistas, ginecobstetras, cirujanos). En los años siguientes fue perfilándose más nítidamente el concepto del médico familiar para lo cual se realizó un programa de capacitación de los médicos de adultos en asuntos de la pediatría y de los médicos pediatras en los principales problemas de salud de los adultos. (1)

En febrero de 1969, la medicina familiar fue reconocida como la vigésima especialidad en los Estados Unidos. (5)

Los avances en la organización administrativa de la atención -

médica pronto determinaron una nueva necesidad dentro del IMSS, - que fue la de formar un médico familiar con rango de especialista, a fin de que pudieran ofrecer una atención integral, continua y a poyada científicamente. Así surge en 1971 el curso de postgrado en Medicina Familiar, mismo que en 1974 adquiere el reconocimiento a cadadémico universitario. (1)

En 1976 y 1980 se crean programas de postgrado en Medicina Familiar en la Universidad Autónoma de Nuevo León, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, respectivamente. (10)

La especialidad de Medicina Familiar en México, se generó como consecuencia de cuando menos ocho factores: (1)

- 1.- Necesidad social del médico familiar.
- 2.- Efectos nocivos de la subespecialización.
- 3.- Disminuir costos.
- 4.- Aumentar cobertura en el primer nivel.
- 5.- Fomento a la prevención primaria.
- 6.- Atención biopsicosocial de alta calidad con orientación social y humanitaria.
- 7.- Fortalecer la estructura piramidal.
- 8.- Aprovechar experiencias.

Se considera una especialidad por: (1)

- 1.- Campo definido de acción.
- 2.- Perfil profesional definido.
- 3.- Cuerpo teórico de conocimientos.
- 4.- Programa académico con objetivos y funciones precisas.
- 5.- Se requiere un entrenamiento prolongado.
- 6.- Aprendizaje basado en el Método científico.
- 7.- Incremento del cuerpo de conocimientos en base a la inves tigación.
- 8.- Su ejercicio exige un elevado grado de dominio.

Las características anteriores definen a la Medicina Familiar como una de las 38 especialidades que se imparten en el Instituto.

En el momento actual 11 Universidades otorgan el aval académico y se cuenta con 50 sedes en toda la República. En los últimos 18 años en el IMSS se han formado casi 2.5 especialistas en Medicina Familiar por cada egresado de las especialidades denominadas como troncales. En la actualidad sólo en el IMSS hay 10 000 egresados de los cursos de especialización de Medicina Familiar; y en 1986 representábamos el 70% del total de los médicos de la Institución.(2)

El médico familiar es un especialista en amplitud, que usa muchas disciplinas y que proporciona atención médica primaria, continua y adecuada a todos los miembros de la familia, independiente de su edad, sexo o padecimiento actual. Es una especialidad horizontal en términos de su contenido, lo que la diferencia de las otras especialidades consideradas como "verticales". No se requiere de hospitales de tercer nivel para su formación.(4)

III.- La Medicina Familiar como disciplina académica:

Los orígenes de la Medicina Familiar como práctica médica datan en México a partir de 1954, mientras que los orígenes como una disciplina académica, son a partir de 1971.(1)

El ingreso de los educandos a la especialidad a su inicio fue bajo un sistema poco rigorista, ya que era obvio que el número de aspirantes era escaso, debido basicamente al desconocimiento de la Medicina Familiar como especialidad. Fue por ello que la Institución creó incentivos para los posibles candidatos ofreciendoles trabajo estable al término del curso, seguridad al estudiante que se ha mantenido hasta este momento y resulta comprensible que es re-dituable a la propia Institución, ya que invierte en la formación de recursos humanos y al contratarlos recupera su inversión

y garantiza que el otorgamiento del cuidado de la salud en el primer contacto se realice con el personal capacitado. El segundo paso en el proceso de selección de aspirantes, consistió en la aplicación de un examen de conocimientos estructurado con reactivos de selección múltiple y la evaluación de la historia curricular, en especial una ponderación mayor al antecedente de Internado y Servicio Social en el IMSS. Anteriormente los aspirantes iban directamente al examen para optar por Medicina Familiar sin embargo este se unificó a nivel nacional con las demás especialidades trayendo como esto una unificación metodológica para evitar la dispersión de residentes por varias instituciones pero por el otro lado limitó las expectativas para la selección de una especialidad ad hoc. Hace aproximadamente seis años, se agregó al anterior examen la aplicación de un test de personalidad que en cierto grado permitía evaluar el grado de estabilidad emocional del aspirante y que podría identificar aquellos individuos cuyos rasgos de personalidad son considerados como inadecuados.

A pesar de que la Medicina Familiar y el nivel primario de atención médica constituyen el campo más necesitado de la medicina actual, es sin embargo también la disciplina más inquietante y controvertida tanto a nivel nacional como internacional. A pesar que a 18 años de haber sido implantada esta especialidad en el IMSS no somos todavía totalmente aceptados. Ser médico familiar no nos confiere un relevante estatus en nuestra sociedad. Tenemos serias dificultades para ser considerados como especialistas por nuestros colegas y aún por nosotros mismos. Aunado a ello, todavía hoy en día se siguen confundiendo el papel del médico general y del médico familiar, llegando inclusive a dudar que se trate verdaderamente de una especialidad. Otras opiniones consideran que un médico general bien preparado puede resolver los problemas de salud del núcleo familiar y comunitario y que esta especialidad

puede no ser necesaria.

Aún no se alcanzan los niveles de desarrollo, en parte condicionada porque no se ha logrado que la totalidad de los médicos que actúan en el cuidado de la atención primaria de la salud, --- hayan realizado su especialidad (30%).(1)

Por otro lado, se ha identificado que el desempeño académico -- de algunos egresados, definitivamente muestra una pobre identificación con la especialidad, ha adoptado la ley del menor esfuerzo y obviamente no tipifican los objetivos descritos en su perfil -- profesional. Ejemplificando lo anterior, por una investigación -- realizada en 86 egresados en Medicina Familiar en Monterrey en -- 1983, el 48% consideraron menor stáтус que otros especialistas, y que existe un 64% de correlación entre su adiestramiento como residente y su desempeño profesional, contrastando esto con el elevado porcentaje obtenido al calificar su trabajo como importante. -- Está situación es explicable si tomamos en cuenta el proceso de -- desarrollo que ha seguido la especialidad, en la que se dieron -- desviaciones tales como falta de información en las escuelas de -- medicina, los modelos de medicina curativa en hospitales de segundo y tercer nivel, un inadecuado sistema de selección, desconocimiento de la especialidad, la adquisición automática de una seguridad laboral, decisiones políticas erróneas, etc.

En el área de identidad en una tesis en Guadalajara en 1980 -- los médicos encuestados el 70% considera que profesionalmente es aceptado y el 64% reconoce como especialidad a la Medicina Familiar.

El camino recorrido no ha estado exento de tropiezos, se han tenido que superar imágenes del pasado y problemas actuales, tan sólo por mencionar lo ocurrido, cuando se consideró a la especialidad como la vía de acceso a otras especialidades, como el paso obligado y por ende restándole importancia y jerarquía, situación

que se reconsideró al establecerla como una especialidad terminal ubicándola en igualdad de con el resto de las especialidades, lo anterior se dejó de llevar a cabo el año de 1989 al permitirse -- realizar otra especialidad después de la Medicina Familiar.

Por último, el papel social del médico familiar es quizás el - que más urge consolidar. Si bien se ha logrado definir su papel - en los campos profesional y académico, su stáтус social aún no -- tiene sólidez que han alcanzado otros especialistas.

El Dr. Carrillo Martínez en su ponencia presentada en Cd. O-- bregón, Sonora en octubre de 1989 identifica seis posibles expli-- caciones de la falta de identidad de los médicos familiares, y -- (ue no seamos totalmente aceptados y tengamos un stáтус controver-- tido:(2)

- 1.- Juventud como disciplina académica.
- 2.- El romance de la sociedad con la tecnología y la ciencia.
- 3.- Escasa comunicación académico-científica entre los médicos familiares.
- 4.- La dificultad para definir lo que nuestra disciplina es.
- 5.- Ausencia de investigación, y
- 6.- Ejercicio de la Medicina familiar dentro de los marcos ins-- titucionales.

IV.- Expectativas de la Medicina Familiar:

Modificaciones como la reestructuración del plan de estudios - de la UNAM que funcionaba desde 1967 demuestran que se ha reflexio-- nado acerca del papel del médico en nuestra actual sociedad y su participación dentro del sistema nacional de salud, pero es neces-- sario que la totalidad de las escuelas y facultades de medicina - del país con sentido de autocrítica, revisen y cuestionen sus --- planes de estudio y los reorienten a las necesidades actuales.(11)

El ofrecimiento de un mayor número de plazas para la formación de médicos familiares ha redundado en una mayor demanda, sin conseguir revertir la posición de demanda creciente de especialistas, lo que no se conseguirá hasta establecer dentro del sistema nacional de salud, la atención médica del nivel primario como un sólido pilar de la acción médica.

Entre los nuevos médicos familiares debe arraigar la convicción de que en sus manos está el éxito de su especialidad y que por sus acciones habrán de identificarse su intención, sus capacidades y su espíritu; porque saben que nadie sino ellos mismos son los artifices del prestigio y del aprecio o del rechazo y la negación - que la sociedad les depare.

El transcurso y desarrollo de la especialidad, es observada -- con gran interés, ya que esta especialidad representa la alternativa que hasta el momento, resulta la más viable para resolver el gran reto que significa lograr en nuestro país la salud para las mayorías.

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

En un protocolo de investigación surgido de una o varias preguntas a las cuales se les debe buscar respuestas. Esta situación debería ser repetida varias veces durante la residencia y no sólo consistir en un paso administrativo que "salva" como es la elaboración de una tesis, que de ninguna manera nos proporciona el hábito y habilidad de la investigación.

Uno debe elegir un tema específico relacionado con la Medicina Familiar, así después de desechar varios temas como, "La desvalorización de la Medicina Familiar" en la cual había muchas implicaciones para poderla desarrollar y posteriormente al tratar de -- investigar la relación médico-paciente comparando a los médicos familiares y no familiares, me surgió la inquietud que me atañe a -- mi mismo y a varios de mis compañeros y es que la especialidad no es de primera elección y los que llegamos a está residencia tenemos problemas de identidad.

Las causas de está situación seran la estructura o modelo institucional educativo con una escasa o falta de información de esta especialidad con respecto a las demás, o el marco de especialistas en que nos desenvolvemos en el desarrollo como médicos, o el stáтус controvertido de esta especialidad.

Otra de las consideraciones que me inquieta es que si no es una especialidad de primera opción, es aceptada para cursarla, será por ¿ ingresar a una institución?, ¿ no haber otra opción?, ¿ no estar desempleado?, ¿sobre población médica?, ¿ mal proceso de selección?.

Serán los motivos antes mencionados los causantes de la falta de identidad de los residentes de medicina familiar hacia su especialidad. Y quién sino los principales protagonistas que somos nosotros los residentes de Medicina Familiar para darles respuestas a estos cuestionamientos.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

El presente estudio estuvo enfocado hacia los residentes de -- primero y segundo años en la especialidad de Medicina Familiar -- del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en cuatro estados de la República con sus sedes respectivas: Baja California Norte (Tijuana y Mexicali), Sonora (Hermosillo y Cd. Obregón), Sinaloa (Culiacan y Mazatlan) y Jalisco (Guadalajara).

Es un estudio descriptivo y transversal. Se utilizó un cuestionario como instrumento de trabajo el cual fue elaborado exprofeso, aplicandose a cada uno de los residentes . Este se dividió en cuatro partes (Anexo I): I.- Datos generales; II.- Datos de información previa al exámen de selección; III.- Selección de la especialidad y IV.- Evaluación de la decisión.

El cuestionario se aplico en los meses de Noviembre y Diciembre de 1989.

Criterios de Inclusión:

- 1.- Residentes de 1o. o 2o. año de Medicina Familiar
- 2.- Cualquier Universidad de procedencia
- 3.- Residentes del IMSS
- 4.- Ingreso a la residencia por medio de exámen nacional o del sindicato.
- 5.- Que acepte Participar en el estudio, contestando el cuestionario.

Criterios de Exclusión:

- 1.- Residentes de otra especialidad.
- 2.- Residentes de otra institución.

Criterios de No inclusión:

- 1.- Que no desee contestar el cuestionario.

O B J E T I V O S

I.- Conocer si la Medicina Familiar es una especialidad de primera opción.

I.1.- Conocer porque es aceptada si no es de primera opción.

I.2.- Conocer la actitud de los residentes hacia la Medicina Familiar después de haberla cursado.

II.- Servir como base para ulteriores investigaciones partiendo de los resultados y conclusiones que de este estudio se deriven.

RESULTADOS

Después de haber recolectado los cuestionarios y haberlos cuantificado se llegaron a los siguientes resultados de acuerdo a -- las cuatro partes descritas:

I.- Datos generales:

Fueron 112 residentes en total con una edad promedio de 29 - años con rango de 25 a 40 años.

Sumaron 34 mujeres (30.3%) y 78 hombres (69.7%), correspondiendo 61 a 1er. año (54.5%) y 51 de 2o. año (45.5%) (Gráfica 1).

Fueron 12 facultades de procedencia de la República siendo - el mayor porcentaje a la UNAM (14.2%), la UDG (13.3%) y así sucesivamente (Tabla I).

Se encuestaron siete sedes de cuatros Estados de la República (Baja California Norte, Sonora, Sinaloa y Jalisco) (Tabla II y III).

II.- Datos de información previa al examen de selección:

El 43.7% de los residentes nunca había tenido información en la Facultad de medicina sobre la especialidad de Medicina Familiar, el 30.3% ocasionalmente y el 21.4% rara vez (Gráfica 2).

De los que contaban con información previa el 27.5% conocía sobre el aspecto de su práctica diaria, el 17.5% sobre las expectativas de trabajo y el 2.5% sobre su historia (Gráfica 3).

De los que contaban con información previa el 25.9% y el 21.4% rara vez y ocasionalmente respectivamente les hablaron con el mismo énfasis de la Medicina Familiar con respecto a las demás especialidades (Gráfica 4).

III.- Selección de la especialidad:

Fueron 96 residentes los que ingresaron a la especialidad de Medicina Familiar por medio del examen nacional (85.7%) y 16 -

residentes por el exámen del sindicato (14.3%) (Gráfica 5).

El 40.2% de los residentes encuestados colocaron a la Medicina Familiar como última opción. El 7.1% no la puso como opción. En total el 82.2% no puso a la Medicina Familiar como primera opción. Del 17.8% que colocó a la Medicina Familiar como primera opción el 55% (11 residentes) correspondían al exámen del --sindicato y estos lo de mayor edad. (gráfica 6)

Los motivos para aceptar la especialidad de Medicina Familiar corresponde al 29.5% por no haber otra opción; el 22.3% por ingresar a la institución y el 24.1% por otros motivos (Tabla IV).

La actitud de los médicos al ser aceptados en la especialidad de Medicina Familiar el 55.3% no cambio en nada; el 16% le causo conflicto; el 11% frustración y el 17% regocijo (Tabla V).

El 46.4% de los residentes está totalmente de acuerdo que somos nosotros quienes nos limitamos nuestras expectativas y no el método de selección a la especialidad. El 38.4% esta parcialmente de acuerdo, el 8.9% en desacuerdo y el 6.3% totalmente en desacuerdo.

El 18.7% de los residentes considera al sistema de selección totalmente malo; el 25% deficiente; el 34% regular y el 3.6% excelente (Tabla VI).

IV.- Evaluación de la decisión:

El 33% de los residentes considera que al no haber sido seleccionado en la especialidad que se quería repercute en el --ejercicio de la Medicina Familiar, el 67% opina lo contrario (Gráfica 7).

El 79.4% cambio de opinión respecto a la Medicina Familiar --después de haber cursado uno o dos años de esta (Gráfica 8).

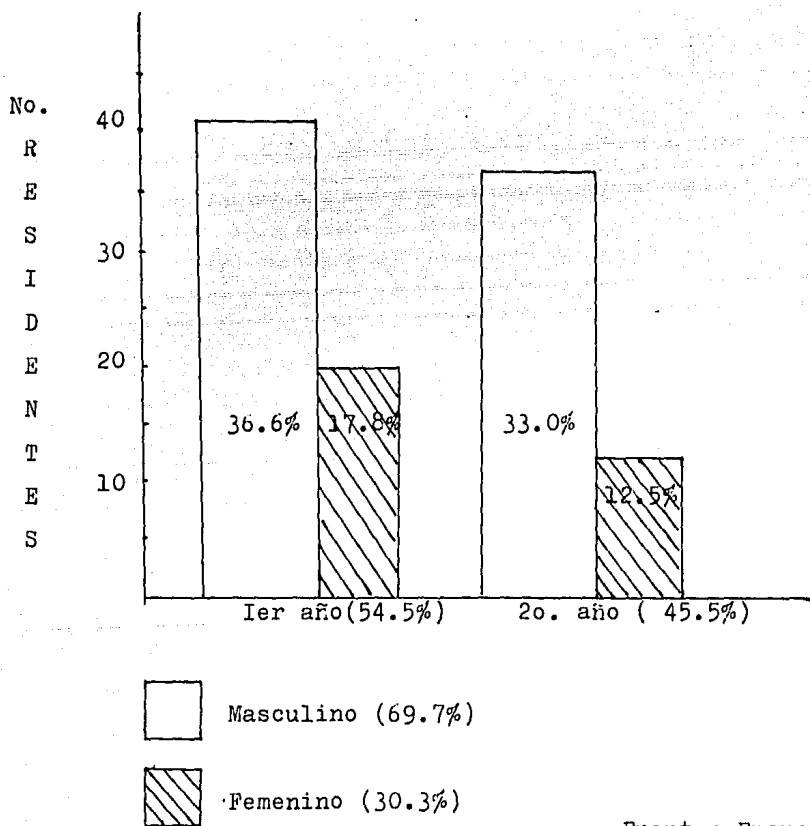
El 46.4% esta totalmente convencido de ser médico familiar, el 47.3% parcialmente y el 6.3% en nada (Gráfica 9).

El 66% se considera totalmente especialista, el 32.2% parcialmente y el 1.8% no se considera especialista (Gráfica 10).

GRAFICAS Y TABLAS

Gráfica (1)

Relación de sexo con año de residencia



Fuente: Encuesta directa.

TABLA I

Facultad de Procedencia

Escuela de procedencia	No. residen tes:
U.N.A.M	30 (32.1%)
U.A.S	16 (14.2%)
U.D.G	15 (13.3%)
U.M.S.N.H	11 (9.8%)
U.A.B.C	9 (8.0%)
I.P.N	8 (7.1%)
U.A.N	6 (5.3%)
U.A.G	5 (4.4%)
U.A.V	3 (2.6%)
OTRAS (UAEM, UAP, UAT)	3 (2.6%)
TOTAL	112 (100%)

Fuente: Encuesta
directa.

TABLA II

Residentes de acuerdo a sexo y sede

sexo sede	Mascu- lino	Femenino	Total
Tijuana	10	3	13
Mexicali	10	3	13
Hermosillo	15	3	18
Cd. Obregón	14	9	23
Culiacan	9	4	13
Mazatlan	11	2	13
Guadalajara	9	10	19
Total	34	78	112

Fuente: Encuesta
directa.

TABLA III

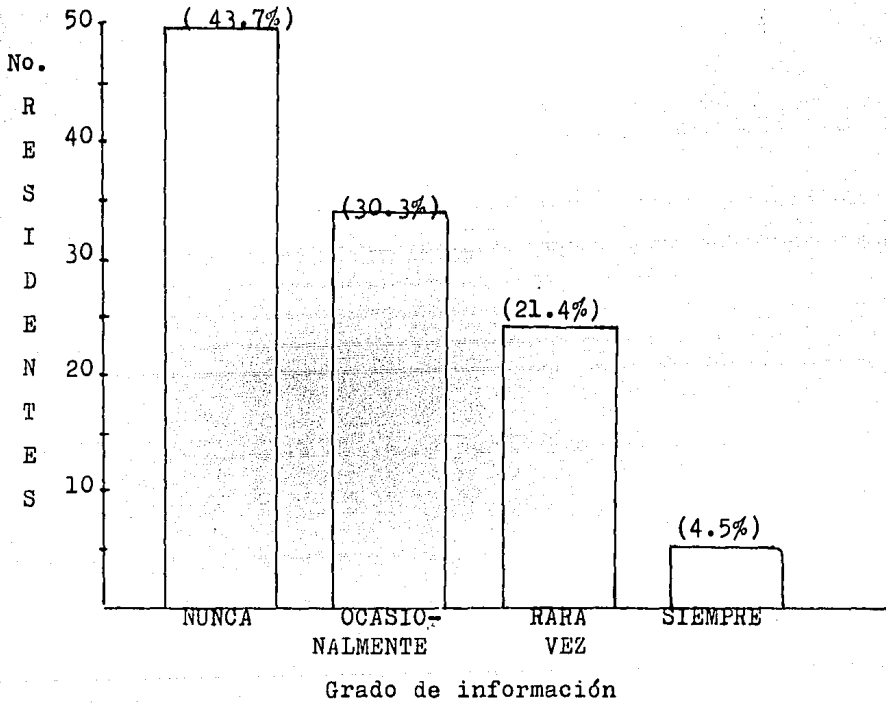
Residentes de acuerdo a año de residencia y sede

año sede	I	II	Total
Tijuana	6	7	13
Mexicali	5	8	13
Hermosillo	10	8	18
Cd. Obregón	12	11	23
Culiacan	7	6	13
Mazatlan	8	5	13
Guadalajara	13	6	19
Total	61	51	112

Fuente: Encuesta
directa.

Gráfica (2)

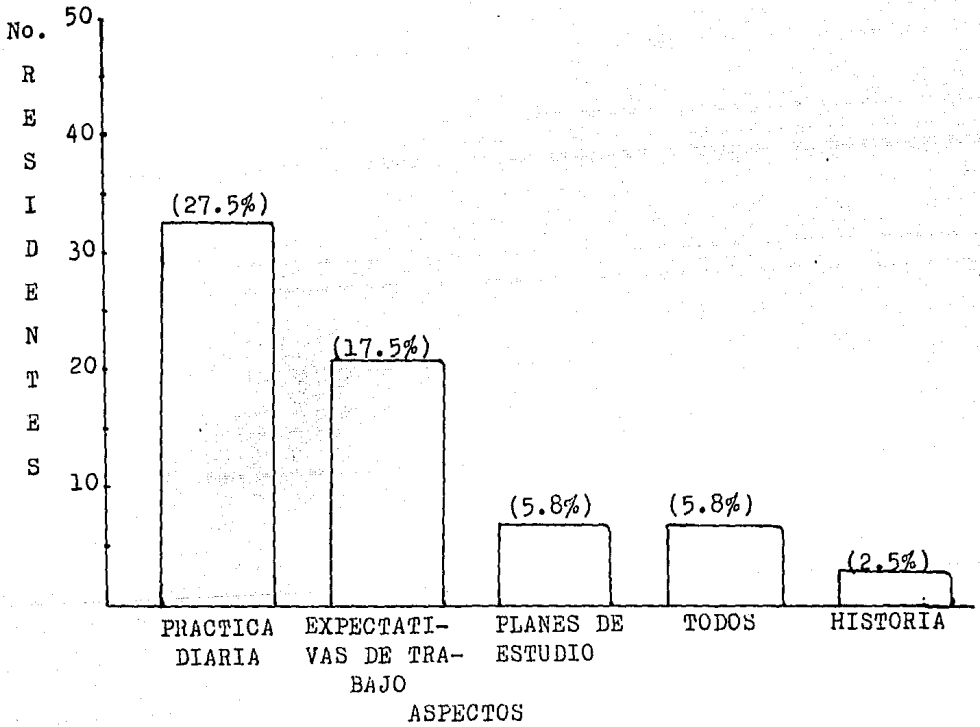
Información sobre Medicina Familiar en las
escuelas de medicina.



Fuente: Encuesta
directa.

Gráfica (3)

Información sobre aspectos de la Medicina
Familiar.



Fuente: Encuesta directa.

TABLA IV

Motivos de aceptación para la especialidad
de Medicina Familiar

MOTIVOS	No. residentes	%
No haber otra opción	33	29.5
* Otros	27	24.1
Por ingresar a institución	25	22.3
Por no estar desempleado	14	12.5
Cuestiones económicas	8	7.1
Ser más fácil y cómoda	5	4.5
Total	112	100

* Anexo II

Fuente: Encuesta directa.

TABLA V

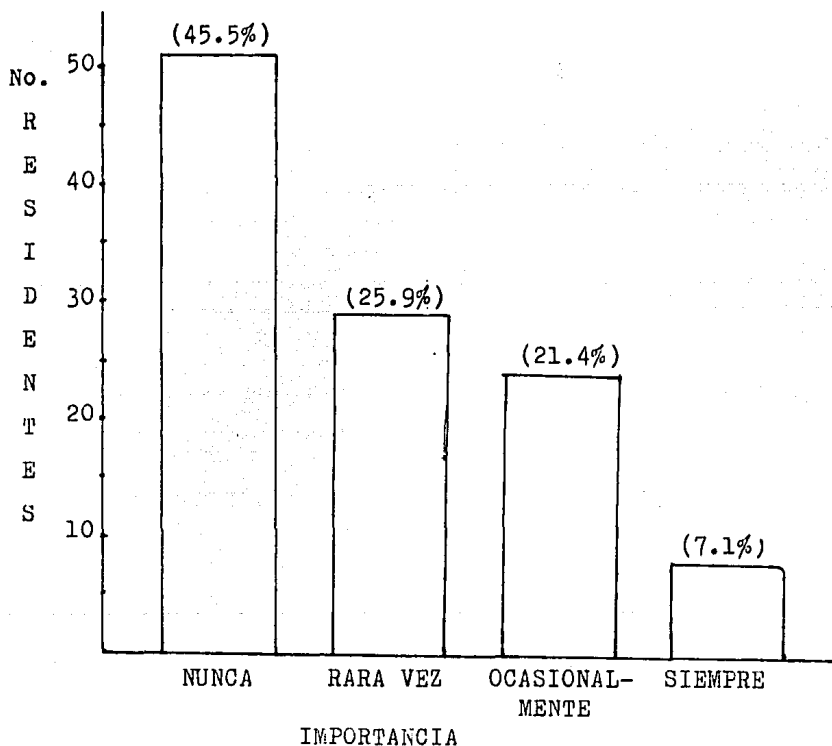
Actitud de los médicos al ser aceptados para la
especialidad de Medicina Familiar

ACTITUD	No. RESIDENTES	%
No cambio	62	55.3
Regocijo	20	17.7
Conflicto	18	16.0
Frustración	12	11.0
Total	112	100.0

Fuente: Encuesta directa.

Gráfica (4)

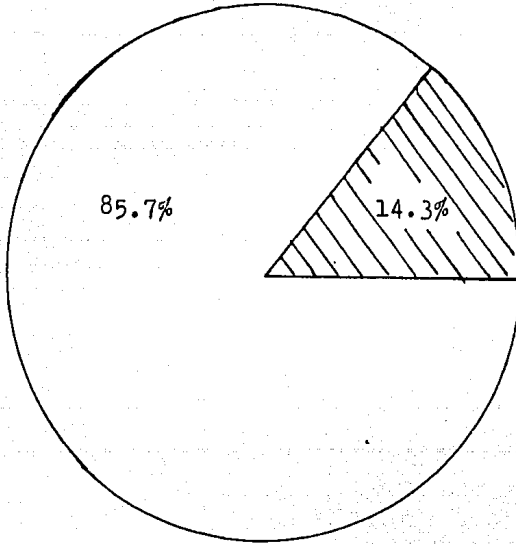
Importancia otorgada a la información sobre Medicina Familiar comparada con otras especialidades.



Fuente: Encuesta directa.

Gráfica (5)

Ingreso a la especialidad de Medicina
Familiar.



Exámen Nacional

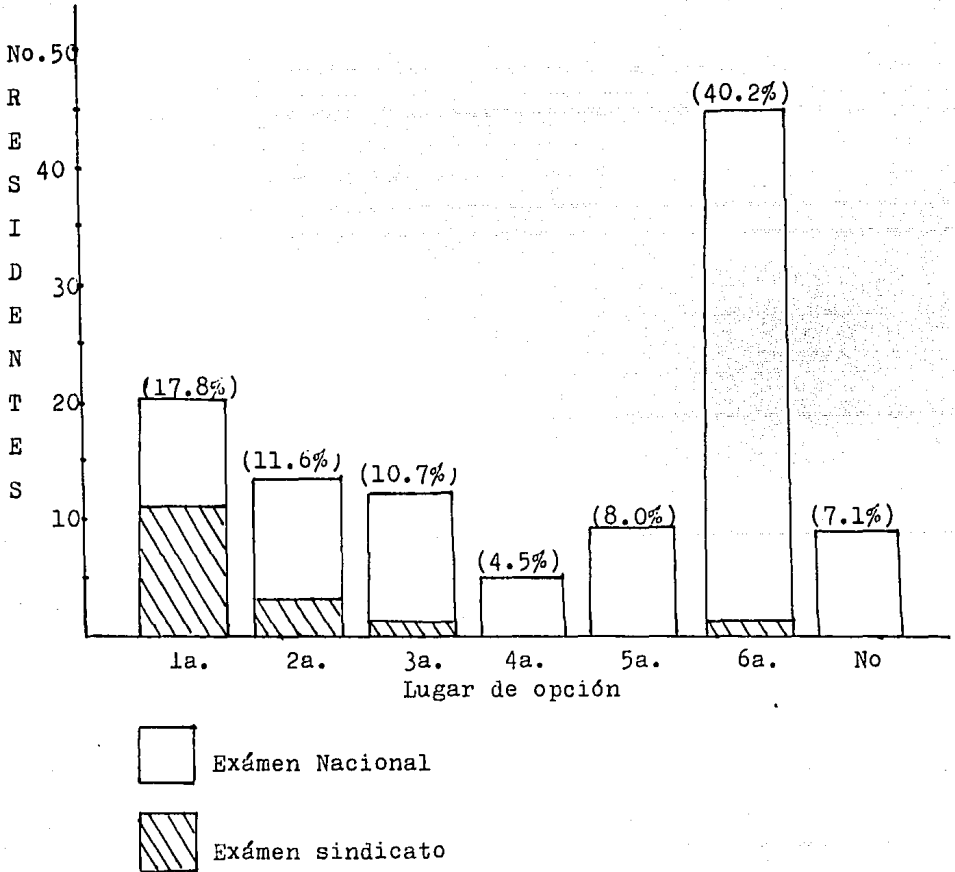


Exámen del sindicato

Fuente: Encuesta
directa.

Gráfica (6)

Lugar de opción para Medicina Familiar en el
exámen de selección para una
especialidad.



Fuente: Encuesta
directa.

TABLA VI

Opinión de los residentes hacia el sistema de selección.

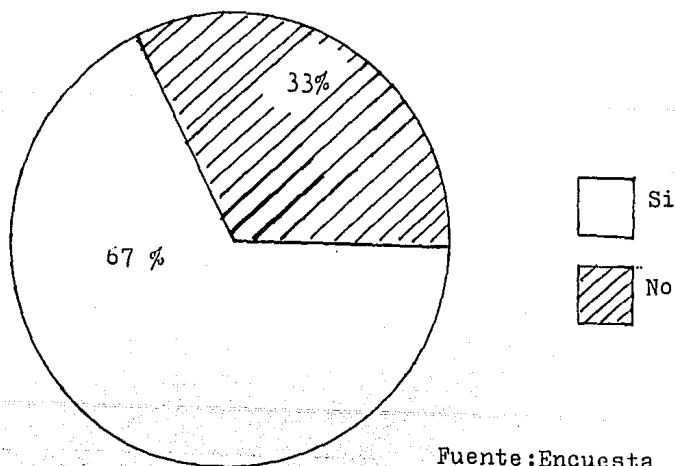
Opinion	No. residentes	%
Regular	38	34.0
Deficiente	28	25.0
* Bueno	21	18.7
Totalmente malo	21	18.7
* Excelente	4	3.6
Total	112	100

* Exémen sindicato (16 residentes)

Fuente: Encuesta directa.

Gráfica (7)

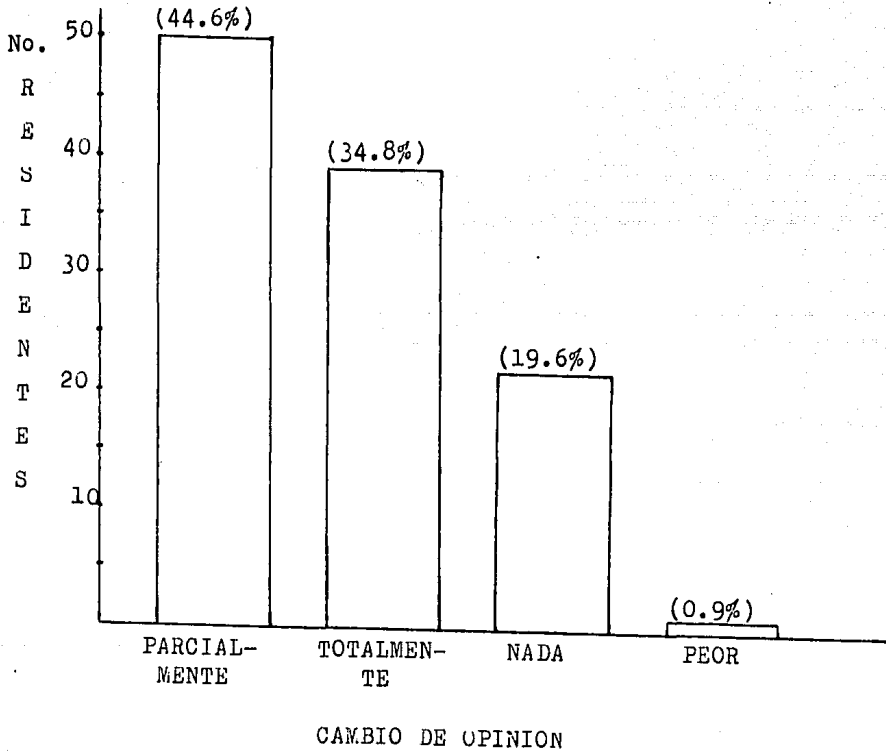
Grado de repercusión en el ejercicio de la M.F al no haber sido seleccionada como primera opción.



Fuente: Encuesta directa

Gráfica (8)

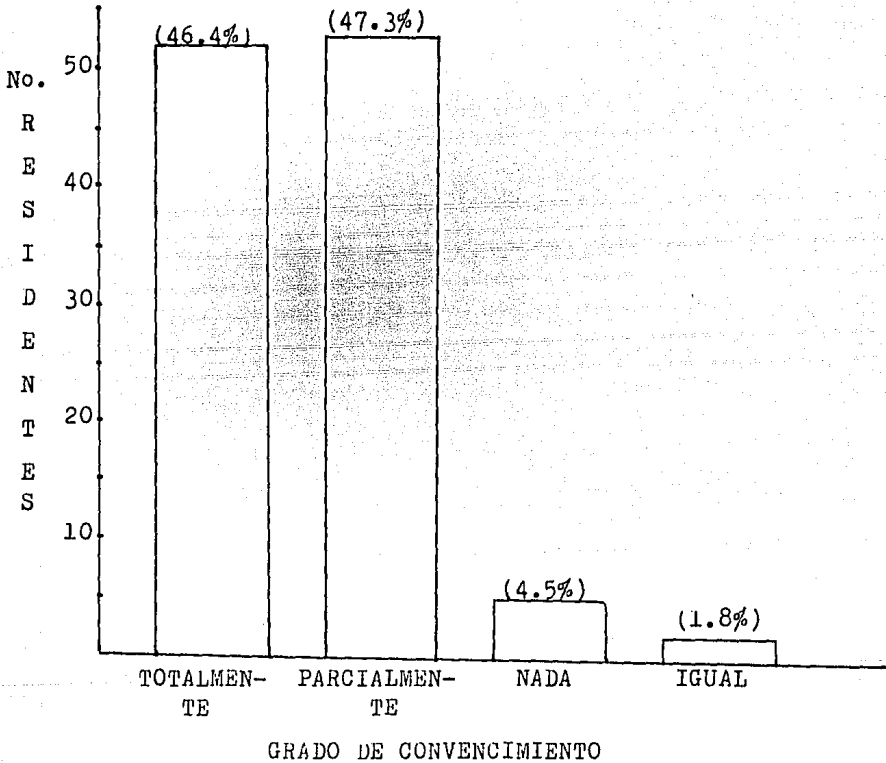
Cambio de opción positiva sobre la Medicina
Familiar después de haberla cursa-
do uno o dos años .



Fuente: Encuesta
directa.

Gráfica (9)

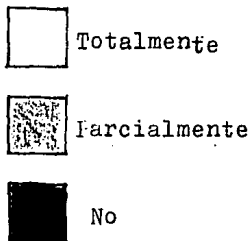
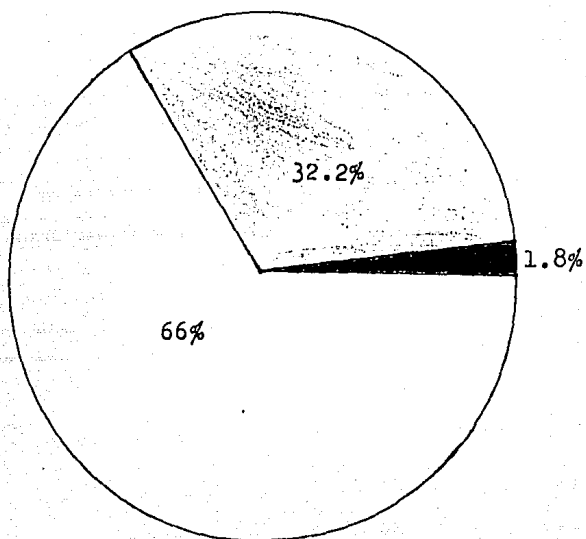
Grado de convencimiento de los residentes
para ser médicos familiares



Fuente: Encuesta
directa.

Gráfica (10)

Grado de convencimiento por considerarse
un especialista



Fuente: Encuesta
directa.

DISCUSION

Lo referido en el marco teórico y los resultados obtenidos en el presente estudio tienen una relación directa y vemos que en las facultades de medicina se continua con los esquemas tradicionales y una falta o escasa información sobre la Medicina Familiar como especialidad con respecto a las demás y los pocos que saben de ella es sobre su práctica diaria.

La mayoría ingresa por el exámen nacional y la medicina familiar es escogida como ultima opción o no pesta como opción. El pequeño porcentaje que la colocó como primera opción corresponde a los que ingresaron por sindicato y ser los mayores de edad en el presente estudio o por tener conocimiento de ella como especialidad.

Los médicos que no la pusieron como primera opción y aceptaron realizarla fueron por motivos de no haber otra opción e ingresar a la institución.

El 27% de los que aceptaron esta especialidad les causo conflicto y/o frustración y por ende también la falta de identidad en el 55% de los residentes.

El sistema de selección aunque no lo conocemos el 43% lo considera malo pero no es el principal limitante en nuestras expectativas como médicos para la selección de una especialidad, aunque anteriormente era un exámen para los que querían hacer medicina familiar y otro para hacer otra especialidad y ahora es un sólo exámen para ambos por los motivos que ya mencionamos en el marco teórico.

En el 80% de los médicos al conocer la Medicina Familiar como especialidad cambió de opinión respecto a su ingreso.

Por lo tanto a 18 años de haberse iniciado esta especialidad y ser las condiciones diferentes a su inicio existen los mismos problemas para no ser una especialidad de primera opción.

CONCLUSIONES

La escasa o falta de información en las escuelas de medicina con respecto a las demás especialidades, la falta de importancia que se le da en el proceso de selección al unificarla con las demás especialidades y dejarla como ultima opción alternativa, políticas erróneas como por ejemplo, hacerla terminal y después ya no y además la falta de identidad de los médicos familiares hacen que ésta especialidad sea vista como el "patito feo" de la medicina y por ende no sea una especialidad de primera opción y aceptada por los médicos por no haber otra opción o Ingresar a una Institución.

Existen muchos errores que reparar y los indicados para resolverlas somos nosotros, los residentes como integrantes de ésta especialidad.

Sugiero que se cambien los planes de estudio, dandose más importancia a la Medicina Familiar en las escuelas de medicina, se cambia el método de proceso de selección al hacerse dos exámenes uno para los que quieran hacer Medicina Familiar y otros para las demás especialidades y las decisiones detras del escritorio se tomen con más cautela.

A N E X O . I

Cuestionario de trabajo

- I.- Datos generales: Edad Sexo Facultad de procedencia
Lugar donde realiza la residencia
Año de residencia

II.- Datos de informacion previa:

- 1.- En la facultad de medicina le hablaron alguna vez de la medicina familiar:
 - a) Nunca
 - b) Rara vez
 - c) Ocasionalmente
 - d) Siempre
- 2.- Que aspecto de la Medicina Familiar conocia:
 - a) Historia
 - b) Planes de estudio
 - c) Expectativas de trabajo
 - d) Práctica diaria
 - e) Ninguno
 - f) Todos los anteriores.
- 3.- Cuando le hablaron de la medicina familiar como especialidad se lo hicieron con el mismo énfasis de las demás especialidades:
 - a) Siempre
 - b) Ocasionalmente
 - c) Rara vez
 - d) Nunca
- 4.- Además de la facultad de medicina tuviste algun contacto con un médico familiar que te comentara su práctica:
 - a) Nunca
 - b) Rara vez
 - c) Ocasionalmente
 - d) Siempre.

III.- Selección de la especialidad:

- 1.- Como ingresaste a la residencia:
 - a) Exámen nacional
 - b) Sindicato
- 2.- En que lugar de opción puso a la medicina familiar:
 - a) Primera
 - b) Segunda
 - c) Tercera
 - d) Cuarta
 - e) Quinta
 - f) Última opción
 - g) No la puso como opción

3.- Porque puso como opción a la Medicina Familiar:

- a) Por tener conocimiento de ella
- b) Porque le gusta
- c) Por expectativas económicas
- d) Por ingresar a una institución
- e) No haber otra opción.
- f) No sabe.

4.- Porque acepto la residencia de Medicina Familiar:

- a) Por cuestiones económicas
- b) Por ser la más fácil y cómoda
- c) Por no haber otra opción
- d) Por ingresar a la institución
- e) Por no estar Desempleado

5.- Que especialidad quería hacer: _____.

6.- El haber sido seleccionado para ser la especialidad de Medicina familiar le provoco:

- a) Conflicto
- b) Frustración
- c) Regocijo
- d) No cambio su forma de ser.

7.- Crees que el método de selección para la especialidad limita nuestras expectativas o somos nosotros quienes nos limitamos:

- a) Totalmente de acuerdo
- b) Parcialmente de acuerdo
- c) En desacuerdo
- d) Totalmente en desacuerdo

8.- Considera que el sistema de selección para optar a residencia es:

- a) Excelente
- b) Bueno
- c) Regular
- d) Deficiente
- e) Totalmente malo

IV.- Evaluación de la decisión:

1.- Crees que por no haberte tocado la especialidad que querías repercute en el ejercicio de esta disciplina como debe ser:

- a) Totalmente de acuerdo
- b) Parcialmente de acuerdo
- c) Desacuerdo
- d) Totalmente desacuerdo

2.- Después de haber cursado la especialidad por uno o dos años ha cambiado tu opinión hacia la Medicina Familiar:

- a) Totalmente
- b) Parcialmente
- c) En nada
- d) Es peor

3.- Estas convencido de ser Médico familiar:

- a) Totalmente
- b) Parcialmente
- c) En nada
- d) Me da igual.

4.- Te consideras un especialista:

- a) Totalmente
- b) Parcialmente
- c) Nunca

5.- Como médico familiar te consideras:

- a) El patito feo
- b) El cisne blanco
- c) Ninguno de los anteriores.

A N E X O II

Otras opiniones respecto a la aceptación de la Medicina familiar como residencia:

- a) Por querer ejercerla por su amplio campo
- b) Por sus perspectivas
- c) Ser segunda opción
- d) Para alcanzar otra especialidad
- e) Por querer superarme
- f) Cambio de lugar de radicación
- g) Para conocerla y darle su valor
- h) Porque cubría alguna de mis expectativas como médico.

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

- 1.- DIAZ DEL CASTILLO E, VARELA RUEDA C, JASSO GUTIERREZ I, VE/-LAZCO ORELLANA R, et al; Suma Documental I, IMSS, 1988 , pp 11 a 117.
- 2.- CARRILLO MARTINEZ J.F. Conferencia presentada en las jornadas conmemorativas del 35 aniversario del IMSS, Cd. Obregón, Sonora, Octubre 1989, pp 1 a 15.
- 3.- VILLALPANDO C. J.DE J; La formacion de médicos especialistas en el IMSS. Treinta años de experiencia. Revista médica del -IMSS 24, 1986, pp 279 a 285.
- 4.- VARELA RUEDA C.E; La medicina familiar como especialidad, Boletín médico del IMSS, Vol 16 No. 11 1974, pp 401-7.
- 5.- VARELA RUEDA C.E; La enseñanza y la práctica de la medicina -familiar en algunos países, Boletín médico del IMSS, Vol. 15, no. 12, 1973 pp 425-27.
- 6.- VILLALPANDO C.J.DE.J; Motivacion e incentivo como factores de terminantes en la elección de la especialidad médica, Revista médica del IMSS, Vol. 24, No. 3 1986, pp 211-20.
- 7.- VILLALPANDO C. J.DE J; Experiencia en la formación directa de médicos especialistas en el IMSS, Revista médica del IMSS, Vol 24, No. 3, 1986 pp 221-6.
- 8.- VARELA RUEDA C.E; Consideraciones históricas acerca de las residencias médicas, Rev. médica del IMSS, México, Vol.26, No. 3 1988, pp 3 a 6 .
- 9.- URIBE E; Corrientes actuales en la formación de médicos, Gaceta medica de México, Vol. 125, 1989, pp 125 a 144 (simposio).
- 10.- SANTA CRUZ J; Presente y Futuro de la medicina familiar, Rev. médica del IMSS, Vol. 26 No. 1 1988, pp 1-2.(editorial)
- 11.-SAINZ JANINI J; La ética y el humanismo en la formación y en el ejercicio profesional médico, Revista médica del IMSS, Méx. Vol. 24, No. 1, 1986, pp 1-4.
- 11.- VILLALPANDO-CASAS; Observaciones acerca de la educación médica en México:Aportaciones derivadas de la Investigación educativa en una institución de salud y seguridad social, Gaceta -

Medica de México, Vol. 124, No 5-6, 1988, pp 217-227.

- 12.- DIAZ DEL GASTILLO E; La formación de recursos humanos en --
medicina y la modernización de los servicios en el IMSS, --
Gaceta Médica de México, Vol. 124, Nos. 9-10, 1988, pp 325-
333.
- 13.- VILLALPANDO et al; El sistema de enseñanza de las especiali-
dades médicas en el IMSS, Revista medica del IMSS, Méx. Vol -
24, 1986 pp 149.