

11226

26



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTOS DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
CLINICA HOSPITAL 300700 ISSSTE ORIZABA, VER.

ACEPTACIÓN DEL MEDICO FAMILIAR DE LA CLINICA HOSPITAL
I.S.S.S.T.E. ORIZABA.
1º DE ABRIL AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1995



ISSSTE

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. DANIEL CARREON BRAVO

112001/300

VERACRUZ



~~112001~~

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*" ACEPTACIÓN DEL MEDICO FAMILIAR EN LA CLINICA HOSPITAL
I.S.S.S.T.E. ORIZABA "*

*TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR*

P R E S E N T A :
DR. DANIEL CARREON BRAVO

*DRA. LETICIA GONZALEZ RODRÍGUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA
CLINICA HOSPITAL 300400 DEL ISSSTE EN ORIZABA, VER.*

*DRA. ROSAURA BERNAL PEREZ
ASESOR DE TESIS*

*DR. PEDRO DORANTES BARRIOS
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR*

*DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DE EVALUACIÓN MEDICA CONTINUA Y MEDICA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZAS DEL I.S.S.S.T.E.*

"ACEPTACION DEL MEDICO FAMILIAR EN LA CLINICA
HOSPITAL I.S.S.S.T.E. ORIZABA"

TRABAJO PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR. DANIEL CARREON BRAVO

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORLA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISALAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE

ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA	1
MEDICINA FAMILIAR	9
ORIGENES DE LA ESPECIALIDAD EN MEXICO	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
JUSTIFICACION	19
OBJETIVOS	21
METODOLOGIA	23
RESULTADOS	30
DESCRIPCION DE RESULTADOS	40
ANALISIS DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	42
CONCLUSION	44
BIBLIOGRAFIA.....	46
ANEXOS.....	48

ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA.

La Medicina Familiar es sólo una de las muchas disciplinas nuevas que se han desarrollado en el curso de la historia de la medicina. De estas nuevas formas, unas, como la Cirugía y la Obstetricia, han nacido de las artes antiguas; algunas han crecido de nuevas técnicas, como la Otorrinolaringología, en el siglo XIX y la Anestesiología, en el siglo XX; otras, en respuesta a una necesidad; la Pediatría, por ejemplo, que había sido descuidada por las disciplinas existentes. Todas estas influencias han jugado un papel en el reciente surgimiento de la Medicina Familiar. Los cambios sociales, la especialización y un nuevo patrón de morbilidad, exigen un nuevo prototipo de médico; las ciencias de la conducta han aportado nuevas ideas para la comprensión de algunos problemas viejos, mientras que las disciplinas existentes han descuidado en cierto modo los problemas confrontados en la práctica de la medicina familiar.(1,2)

Las nuevas medicinas pueden desarrollarse en tres formas: renacen como el Ave Fénix, de las cenizas de una disciplina más vieja, puede surgir de algo nuevo, o formarse por fragmentación de una disciplina más vasta. La Medicina Familiar se ha desarrollado de una disciplina más antigua -la Medicina General-. Existen tres tendencias que han influido en el desarrollo de la Medicina Familiar:

A) Cambio en la Mortalidad y Morbilidad.

El éxito obtenido en el control de las enfermedades infecciosas más importantes, que asolaban incluso a los países más avanzados hasta los comienzos de este siglo, trajo como resultado el surgimiento de un nuevo patrón de morbilidad. En lugar de las afecciones severas agudas como el tifus, la neumonía lobar y la difteria, el médico de hoy se enfrenta principalmente a procesos crónicos, desórdenes del desarrollo, trastornos de conducta, accidentes y a una clase diferente de enfermedades infecciosas. La disminución de la mortalidad infantil y de la juventud, han convertido la superpoblación en una amenaza seria para la salud pública, y con cada nueva generación, han aumentado la proporción de personas viejas en la sociedad.(1,2)

El nuevo patrón de morbilidad han producido un nuevo cambio gradual en el papel del médico. Un paciente que sufre una afección severa, considerada como mortal, sucumbe a ella o se recupera en un tiempo relativamente corto; pero quien padece una enfermedad crónica, se ve a menudo comprometido en una lucha prolongada para adaptarse al medio ambiente. Así, en vez de ocuparse de situaciones serias de vida o muerte, es más probable que el médico de hoy tenga que ayudar a un

paciente a lograr un equilibrio en su propio entorno. El manejo de procesos crónicos exige un cuidadoso estudio, tanto de la personalidad del paciente, como de su medio ambiente. Como muchas de las situaciones que encara el médico, son combinaciones complejas de factores físicos y de conducta, la separación convencional entre enfermedad física y enfermedad mental es artificial. El médico tiene que ser tan competente en un campo, como en el otro.(1,2)

B) Medicina Preventiva:

La práctica de la medicina preventiva también ha cambiado. En cierto sentido, hemos pasado de una era de Salud Pública a una de Salud Privada. La salud de la sociedad depende menos de una legislación que de las millones de decisiones personales que se deben tomar al respecto a cuestiones tan diversas como el hábito de fumar, la planificación familiar y la inmunización. Al influir sobre estas decisiones, el papel educativo del médico ha adquirido nueva importancia.(1,2)

Esto no quiere decir que la salud pública haya dejado de ser importante. El agua pura, una dieta balanceada y una vivienda confortable, son todavía determinantes importantes de la salud. Aunque hay áreas de la salud pública, como los riesgos industriales, la contaminación ambiental y los accidentes de tránsito, que

todavía son susceptibles de mejoramiento a través de legislaciones, muchas amenazas actuales a la salud, están fuera del alcance de las leyes.(1,2)

Las observaciones anteriores se aplican solamente a las sociedades industriales desarrolladas. La mayor parte de la población mundial vive aún en condiciones que fueron superadas por Europa y Norteamérica, desde el siglo XIX. Esto significa que el papel del médico de familia en las sociedades subdesarrolladas es diferente del que debe desempeñar en las sociedades industrializadas.(1,2)

C) Profesión Médica:

La profesión médica, tal como la conocemos, solo existe desde el siglo XIX. Hasta entonces, la sociedad era atendida por una serie de curadores, de los cuales únicamente una pequeña proporción estaba formada por médicos. En los siglos XVII y XVIII, los médicos constituían una pequeña élite de eruditos, educados en las pocas universidades existentes. Trabajaban en las ciudades para gente rica e influyente, no hacían cirugía, ni administraban drogas, como tampoco se relacionaban, ni profesional, ni socialmente, como los artesanos y mercaderes que atendían las necesidades más pobres y rurales.(1,2)

Entre los primeros inmigrantes que llegaron a Norteamérica había algunos médicos, su número no era suficiente para satisfacer las necesidades de la población. Hasta aproximadamente 1760, fecha en que se fundó la Escuela de Medicina de Filadelfia. En el siglo XVIII, en Virginia, sólo uno de nueve practicantes había sido entrenado como médico. (Boorstin, 1958).

Poco tiempo después, todos los practicantes, graduados o no, ejercían como médicos generales. De esta manera nació el médico general en la Norteamérica del siglo XVIII.(1,3)

Mientras tanto, en Gran Bretaña se estaba operando el mismo proceso. Para comienzos del siglo XIX, se había elevado considerablemente el status de los cirujanos y boticarios, cuyo trabajo se iba acercando cada vez más a la actividad médica. Para el siglo XIX, el entrenamiento quirúrgico ya había mejorado y los cirujanos presentaban un examen de admisión para poderse afiliar al Royal College of Surgeons.(1,3)

En 1815, la Ley de Boticarios reconoció legalmente el derecho de éstos a dar consejos médicos y administrar drogas en Inglaterra, obligándolos a someterse a un aprendizaje de cinco años y a tomar cursos de anatomía, fisiología, práctica de la medicina y materias médicas; además establecía un examen de acreditación para

obtener la licenciatura de la Sociedad de Boticarios; después se agregó un examen de obstetricia, que capacitaba al graduado para practicar medicina, cirugía y obstetricia. El término "Médico General" fue usado por primera vez en el "Lancet" a comienzos del siglo XIX. Así, el médico general nacido en Norteamérica en el siglo XVIII, fue bautizado en Inglaterra, en el siglo XIX, a lo largo de un largo y lento proceso de respuestas a las demandas sociales, los cirujanos y boticarios fueron integrándose gradualmente con los médicos para formar la profesión médica moderna. Entre los años 1910 y 1930, las reformas de Flexner abonaron el terreno para la etapa siguiente: La era de la especialización. La primera mitad de este siglo presencié el surgimiento de las principales especializaciones médicas, cada una con un programa definido de entrenamiento y exámenes de acreditación. El proceso tecnológico avanzaba con rapidez y la inversión en la investigación producía buenos dividendos. La educación médica se orientó cada vez más hacia la ciencia que se hacía en los laboratorios y hacia la tecnología médica. El prestigio cada vez mayor acordado a los especialistas y la valorización de las habilidades técnicas y de investigación por encima de los cuidados personales, convirtieron la medicina general y todas las otras formas de atención médica primaria en carreras impopulares.(1,3)

El número de médicos disponibles para la atención primaria ha venido declinando desde la década de los treinta, tanto en términos absolutos, como en

relación al total de profesionales. El proceso se vio alterado por la virtual desaparición de los médicos generales del cuerpo docente de las escuelas de medicina, después de la Segunda Guerra Mundial, y por la fragmentación de las especialidades iniciada en la década de los 50. Esta diferenciación en sub-especialidades -proceso que continua todavía-, ha reducido aún más el número de médicos disponibles para la atención primaria, incluso para la integral.(1,3)

La fragmentación de la profesión y el énfasis dado a la tecnología, han tenido otra consecuencia seria: el deterioro de la relación médico-paciente. Flexner (1930) en su libro "Universities: American, English and German", escribió: "La misma intensidad con que se cultiva la medicina científica, nos amenaza a veces con la pérdida de la sensatez y de la vasta cultura de la vieja generación en su mejor época; las consecuencias de haber descuidado los aspectos afectivos y personales de la medicina comienzan a manifestarse en la crisis del ejercicio impropio de la medicina en los Estados Unidos y en el desencanto generalizado en relación con la tecnología".(1,3)

Por eso, a medida que la era de la especialización alcanza la culminación, podemos alcanzar a ver la necesidad de una nueva clase de Médico General. Lejos de constituir la masa indiferenciada de la profesión, caracterizada por la falta de un

entrenamiento particular y de calificaciones especiales. ahora tendrá un rol bien diferenciado y un conjunto de bien definido de habilidades. Los requisitos que debe llenar este nuevo profesional, fueron publicados en los Estados Unidos, en dos informes claves: The Graduate Education of Physicians (1966) y Meeting the Challenge of Family Practice (1966). No es coincidencia que hayan ocurrido cambios paralelos en Canadá, el Reino Unido, Australia y otros países industrializados. (1,3)

MEDICINA FAMILIAR.

Concepto: Es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia.

ORIGENES DE LA ESPECIALIDAD MÉXICO

Las primeras acciones de medicina familiar en México se remontan al año 1953. En esa época, en virtud de la problemática que afrontaban los servicios asistenciales en el IMSS, un grupo de médicos de esa institución, que laboraban en Nuevo Laredo, Tamaulipas, había establecido un procedimiento de trabajo para los médicos de esa área.(1,2,3,4,5)

La atención médica general, incluida la visita domiciliaria, se encontraba en etapa de pobre organización; la consulta interna era controlada por personal de archivo; los enfermos eran atendidos indistintamente por los médicos adscritos a la unidad asistencial; el registro de la vigencia de derechos y los mecanismos de adscripción a la clínica correspondiente eran deficientes.(1,2,3,4,5)

MEDICINA FAMILIAR.

Concepto: Es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia.

ORIGENES DE LA ESPECIALIDAD MÉXICO

Las primeras acciones de medicina familiar en México se remontan al año 1953. En esa época, en virtud de la problemática que afrontaban los servicios asistenciales en el IMSS, un grupo de médicos de esa institución, que laboraban en Nuevo Laredo, Tamaulipas, había establecido un procedimiento de trabajo para los médicos de esa área.(1,2,3,4,5)

La atención médica general, incluida la visita domiciliaria, se encontraba en etapa de pobre organización; la consulta interna era controlada por personal de archivo; los enfermos eran atendidos indistintamente por los médicos adscritos a la unidad asistencial; el registro de la vigencia de derechos y los mecanismos de adscripción a la clínica correspondiente eran deficientes.(1,2,3,4,5)

Frente a este panorama, el grupo de médicos referido, estableció un procedimiento nuevo a través del cual al médico adscrito a una clínica se le asignaba un número fijo de derechohabientes, en un principio 3,500, al tiempo que se le fijaban plazos para atender la consulta externa y efectuar las consultas domiciliarias solicitadas por los integrantes de las familias encomendadas a su atención.(1,2,3,4,5,6,7)

Después de algunos meses de ser probado este esquema, se ponderaron sus ventajas, concluyéndose que era benéfico para el derechohabiente, el médico y la institución. Entre los argumentos favorables pueden citarse: ofrecer mejor atención médica, al ser un sólo facultativo en que atendía al paciente; contar con mejor fórmula y, por ende, control de la visita domiciliaria; tener mejores posibilidades de efectuar acciones preventivas en beneficio de la salud de los derechohabientes; estimular la dignificación de los profesionales de la medicina; establecer coordinación entre los servicios de consulta externa y de atención domiciliaria y, en general, contar con mejores elementos para planear, organizar el proceso médico-asistencial.(1,2,3,4,5,6,7)

En 1954, en la ciudad de Panamá, en el Seminario sobre Seguridad Social, el IMSS presentó una ponencia que intituló "El Médico de Familia". Describiendo las

características de las acciones que dicho profesional habría de desarrollar, y se destacaba que él mismo habría de atender núcleos de población previamente especificados, así como laborar en equipos médicos.(1,2,3,4,5,6,7)

Se hicieron evidentes las bondades del sistemas y se aprobó su extensión a dos clínicas de la ciudad de México, estableciéndose de esta manera en 1955 el "Sistema Médico Familiar", e incluso la contratación y categoría del médico de familia, mismo que contaba con mayor retribución que otras categorías médicas, en virtud de que sus actividades, funciones y responsabilidades se consideraban distintas.(1,2,3,4,5,6,7,8)

Para el año 1959, el sistema se había desarrollado y se encontraba en plena etapa de consolidación a nivel nacional. En esta época se introduce un cambio, la clasificación del médico familiar en dos ramas: de adultos y de menores, se dividió la población adscrita y se regularizaron las horas contratadas para la prestación del servicio. Más de tres lustros habrían de transcurrir antes de que se regresaran al esquema de atención integral a la totalidad de los miembros de una familia.(1,5,7,8)

Es interesante apreciar que a lo largo de 25 años, la influencia que este esquema ejerció sobre las instituciones de salud fueron extraordinariamente débil. Puede hablarse sólo de intentos de desarrollo del sistema en el ISSSTE y la SSA.(8)

Otro hecho, es lo limitado de la formación de recursos humanos durante los primeros 15 años de la implantación del procedimiento. Frente a tal situación y después de probar distintos esquemas, el IMSS determinó en 1971, que era necesario planear y aplicar un programa para formar en el posgrado a este profesional. De esta forma se iniciaron, en marzo de ese año, las actividades de los primeros 32 residentes de la disciplina. El programa se llevó a efecto en una sola sede y con duración académica de dos años y uno más de práctica asistencial en el campo.(8)

Un factor importante en el desarrollo del programa de posgrado consistió en el reconocimiento que, inicialmente la División de Posgrado de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., y después otras universidades, dieron al curso de medicina familiar. Este reconocimiento se efectuó en 1974, y en 1975 la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. estableció el primer Departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica.

Los desarrollados de los años siguientes fueron también estimulantes. Así, en 1977 la Universidad Autónoma de Nuevo León inició con una nueva modalidad un programa universitario de dos años de duración, con una carga asistencial importante. Los egresados de este programa han tenido capacidad de prestar sus servicios lo mismo en el ámbito académico que en el asistencial, así en el sector público, como en el privado.(6,7,8)

A partir de marzo de 1980, tanto ISSSTE como SSA desarrollan un programa avalado por la UNAM. Este programa ha de verse como resultado de las experiencias obtenidas en los otros dos.

En el país existen, en total, tres grandes variantes de programas académicos. Las acciones de capacitación de residentes se llevan a efecto en 58 sedes distribuidas en todo el país, y existen cerca de 9000 egresados de estos programas. En el momento actual, ingresan a los programas, aproximadamente 700 nuevos residentes en cada promoción. Puede estimarse que casi una tercera parte de la población de nuestro país está atendida por un especialista en medicina familiar.(6,7)

Las influencias sociales y culturales en la salud individual constituyen conceptos importantes para el médico familiar. Salud y enfermedad, e incluso valor de la vida humana, son conceptos moldeados por la matriz sociocultural dentro de la

que ocurren. Cada paciente vive en una sociedad y en una cultura de las que es parte, y la cual influye en su salud general, mental y física. Cada médico es también parte de su cultura y sociedad.(7,8)

Las funciones que desarrolla el médico familiar en el IMSS, se encuentran bien definidas por la propia institución, en el ISSSTE, en función de las actividades que desarrolla como institución serán similares.(7,8)

Los problemas éticos que se originan en los contextos médicos, particularmente en la relación paciente-médico, se analizan para mostrar que pueden resolverse, considerando los valores fundamentales y adoptando el modelo contractual idealizado. Sin embargo, muchos problemas éticos en medicina no pueden resolverse simplemente con el modelo contractual, ya que su resolución requiere al análisis de conceptos problemáticos, como la personalidad, la muerte o la salud.(7,8)

“El individuo aislado del ambiente que lo rodea no es ni puede ser íntegro. La persona en realidad, toma en parte su individualidad del medio. Tampoco puede ser íntegro que se estudia exclusivamente sobre el pasado y el presente. Así como no hay integridad sin sociedad, no hay integridad sin el futuro”.(7,8)

Esa es en gran parte la tarea del médico familiar, conocer al individuo en su medio ambiente y en su yo interno, sino que también debe de conocerlo como parte de un núcleo familiar, y de la sociedad.(7,8,9)

“Si los profesionales no satisfacen las necesidades de la sociedad, la sociedad buscará la forma de lograr que la satisfagan”. I. Mc Whinney.(7,8)

A partir de esa definición y con el propósito de identificar lo que operacionalmente caracteriza al médico familiar, se refieren los elementos sobresalientes del perfil profesional de este trabajador de la salud.(7,8,9)

1.- Actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud. Presta sus servicios a todos los miembros de la familia, más que a individuos aislados, y lo hace con independencia de la edad, el sexo o el problema de salud que se plantee.(7,8,9)

2.- El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención primaria, con una serie de características que adjetivan el auténtico sentido de la profesión. Así, la atención que se presta ha de ser continua e integral, de forma tal

que la práctica se contraponga a la atención esporádica y fragmentada que en general es ofrecida por otros especialistas de la medicina.(7,8,9)

3.- La atención que puede prestar el médico familiar se desarrolla tanto en el consultorio como en el hogar del paciente, o en los propios servicios hospitalarios. A lo largo de su práctica reconoce la necesidad insalvable de compartir el estudio, análisis y tratamiento de los problemas de salud. En este estudio, el médico familiar ha de actuar como coordinador de los recursos disponibles en la comunidad para la atención de los problemas de salud.(7,8,9)

4.- El médico familiar ha de ser, por excelencia, in clínicamente genuinamente interesado en la salud de sus pacientes. Cada contacto con ellos debe verlo como oportunidad para efectuar acciones preventivas y de educación para la salud. Sin embargo, esta vocación por la prevención no deberá oscurecer sus capacidades para diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos que con mayor frecuencia se presentan entre la población. Esto último es también válido en el caso de la rehabilitación.(7,8,9)

5.- Para el adecuado cumplimiento de sus responsabilidades, el médico familiar busca comprender el contexto en que se presentan los problemas de salud de

sus pacientes, el tiempo que concede importancia central a los aspectos subjetivos de la práctica médica, de tal forma que actitudes, valores, sentimiento y niveles de interrelación son permanentemente analizados y manejados por él.(7,8,9)

6.- A diferencia de otros especialistas, el médico familiar tiene compromiso y responsabilidad con la persona o el núcleo familiar, más que con un cuerpo de conocimientos particular, un grupo de enfermedades o la práctica de una técnica especial. Este especialista enfrenta los problemas de salud de pacientes en estadios sintomáticos y asintomáticos y estudia las características y consecuencias de la enfermedad a lo largo de su historia natural. Como consecuencia de lo anterior, con frecuencia debe atender signos y síntomas aislados, más que cuadros clínicos definidos, o bien enfrentarse a las complejidades derivadas del diagnóstico múltiple.(9)

7.- El médico familiar entiende la organización de su práctica profesional, no sólo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo. Por eso, maneja el concepto epidemiológico de riesgo mismo que aplica, de nueva cuenta, tanto en lo individual, como en lo colectivo.(9)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La medicina familiar es la disciplina que capacita al medico para brindar atención al medica primaria, continua é integral al individuo y su familia (1)

A diferencias de otros especialistas, el medico familiar tiene compromiso y responsabilidad con la persona ó el núcleo familiar, mas que con un cuerpo de conocimientos particular, un grupo de enfermedades o la practica de una técnica especial: entiende la organización de su practica profesional no solo en términos de en conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgos. (9)

Sin embargo, a pesar de que las funciones que desarrolla en instituciones están bien definidas.

Se ha observado que el médico familiar no es, aún en este tiempo, considerando como especialista en el instituto, ni aceptado como tal entre sus mismos compañeros de trabajo.

¿Cuál es la aceptabilidad del médico familiar por los médicos de otras especialidades y por las autoridades del Instituto?.

JUSTIFICACION

En base a los acuerdos llevados a cabo en 1922 entre el ISSSTE y la UNAM, se brindó al médico general la posibilidad de ampliar y actualizar sus conocimientos; así como de dar el enfoque de médico familiar a sus actividades diarias. Mediante el curso de especialización en medicina familiar para médicos generales de dos años de duración. Este curso tiene y ha tenido la finalidad de mejorar la calidad y calidez de la atención al derechohabiente, por medio de un mayor y llenado de los expedientes clínicos; mayor calidad en las notas médicas; el uso racional y justificado de los auxiliares de diagnósticos, etc. Pero sobre todo, de un mayor y actual conocimiento de las patologías que pueden y deben resolverse en el primer nivel de atención médica, pero a pesar de los esfuerzos realizados no se ha alcanzado el reconocimiento tanto, oficial como de los trabajadores de salud, de esta especialidad.

Por lo anterior, hacemos énfasis en el hecho de que no debemos ni podemos trabajar separados del resto del equipo de salud. Por esta barreras invisibles de años, de considerar al médico familiar como un "médico general" con dos o tres años más de escuela, sin que con esta afirmación se menosprecie al médico familiar.

Debemos de insistir en cambiar esta actitud con hechos; con trabajo de calidad, pero también con el conocimiento de cuales son estas barreras, para así poder vencerlas y realmente integramos al trabajo de equipo, del equipo de salud de nuestro instituto.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la aceptabilidad del médico familiar por los médicos de otras especialidades y las autoridades de la clínica hospital 300400 ISSSTE de orizaba, Ver.

ESPECIFICO:

1) Determinar la aceptabilidad del médico familiar por los médicos de otras especialidades de la unidad.

2) Analizar los factores condicionantes de no aceptación del médico familiar por los médicos de otras especialidades.

3) Determinar la aceptabilidad del médico familiar por las autoridades de la unidad.

4) Analizar los factores condicionantes de no aceptación del médico familiar por las autoridades de la unidad.

5) Analizar la repercusión del curso de especialización en medicina familiar en nuestra unidad.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio , prospectivo, transversal, observacional y descriptivo para determinar la aceptabilidad del médico familiar y el impacto del curso de especialización en medicina familiar, en nuestra unidad.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

Médicos especialistas, no familiares, y directivos, en la Clinica Hospital del ISSSTE 300400, en Orizaba, Ver., del 1º del abril al 30 de septiembre de 1995.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

No aleatoria hasta completar 37 médicos especialistas no familiares y 10 curativos de esta unidad médica.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se tomaron por simple disponibilidad a 37 médicos especialistas y 10 autoridades, directamente relacionados con el médico familiar, a los cuales se les aplicó una encuesta para determinar la aceptabilidad y los factores condicionantes de no aceptabilidad del médico familiar, así como la repercusión del curso de especialización en medicina familiar para médicos generales impartidos en esta unidad.

CRITERIOS DE INCLUSION.

En el primer grupo se incluyeron a médicos especialistas de base, sin importar: sexo, edad, antigüedad en el cargo, horario de labores, ni especialidad.

En el segundo grupo se incluyeron a las autoridades del cuerpo de gobierno de la unidad, directamente relacionadas con el médico familiar, sin importar: sexo, edad, categoría, antigüedad en el área de trabajo, ni horario de labores.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

En el grupo de médicos se excluyeron a los especialistas suplentes. En el grupo de autoridades se excluyeron a los que no estén directamente relacionados con los médicos familiares.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Se eliminaron en el primer grupo a los médicos especialistas que se negaron a contestar la encuesta.

En el segundo grupo se eliminaron a las autoridades de la unidad que no aceptaron participar en la investigación, y los médicos alumnos del curso, y a los que pertenezcan al cuerpo de gobierno de la unidad.

INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES DE MEDICION):

Se aplicó una encuesta dirigida a Médicos Especialistas no Familiares y a Directivos de la Unidad, en la que se consideró:

- a) Concepto de Medicina Familiar, agrupándose en correcto e incorrecto.
(Variable Cualitativa).
- B) ¿Considera a la Medicina Familiar como especialidad?. Considerando a las respuestas como afirmativas o negativas.
- C) Tipo de fallas observadas en el primer nivel de atención médica, agrupándolas en: médicas, administrativas e institucionales en general.
(Variable Cualitativa).
- D) Repercusiones del curso de especialización en Medicina Familiar de la Unidad. Considerando cambios en la atención médica, en la Unidad en general, y en el concepto individual del médico encuestado.(Variable Cualitativa).
- E) Observaciones y/o comentarios, agrupándolos en médicas, institucionales y generales.

PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION:

Primeramente, se elaboró una encuesta para conocer la aceptabilidad del Médico Familiar por las otras especialidades y las autoridades de la Unidad.

Se aplicó a todos los médicos especialistas de todos los turnos y a 10 directivos, de diferentes jerarquías.

Posteriormente, se concentraron los resultados analizando los mismos, concluyendo con propuestas y sugerencias para mejorar y, en su caso, conservar esta aceptabilidad.

CONSIDERACIONES ETICAS:

- La información se consideró como estrictamente confidencial.
- Para evitar la sospecha de manipulación de información en las encuestas, fueron contestadas con bolígrafo.
- Se respetaron las ideas y el libre albedrío de los encuestados.
- Se solicitó a quién se negó a participar en el estudio, que manifestara por escrito los motivos de su negativa; en caso de tampoco aceptar, se respetó su decisión.
- El presente estudio no presentó daños para la vida.

RESULTADOS.

RESULTADOS

TABLA I

MEDICOS ESPECIALISTAS ENCUESTADOS.

ESPECIALIDAD	No.	%
GINECOOBSTETRICIA	7	18.9%
M. INTERNA	6	16.2%
ANESTESIOLOGIA	5	13.5%
CIRUGIA GENERAL	5	13.5%
PEDIATRIA	4	10.8%
T. Y ORTOPEdia	3	8.1%
RADIOLOGIA	2	5.4%
UROLOGIA	1	2.7%
NEUROLOGIA	1	2.7%
EPIDEMIOLOGIA	1	2.7%
OFTALMOLOGIA	1	2.7%
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	2.7%
TOTAL	37	100%

FUENTE: Departamento de Recursos Humanos.

TABLA II
CONCEPTO DE MEDICINA FAMILIAR.

CONCEPTO:	No.	%
CORRECTO	10	27%
INCORRECTO	27	72.9%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA.

TABLA III
¿LA MEDICINA FAMILIAR ES ESPECIALIDAD?

RESPUESTA:	No.	%
SI:	35	94.5%
NO:	2	5.4%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA.

TABLA IV
FALLAS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION:

TIPO:	No.	%
MEDICO:	37	100%
ADMINISTRACION	0	0%
INST. GRAL.:	0	0%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA.

TABLA V
REPERCUSION DEL CURSO DE
MEDICINA FAMILIAR.

TIPO:	No.	%
CAMBIOS EN AT'N. MEDICA	30	81%
CAMBIOS EN LA UNIDAD	0	0%
CAMBIOS EN EL CONCEPTO INDIVIDUAL:	7	18.9%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA.

TABLA VI
OBSERVACIONES:

TIPO:	No.	%
MEDICOS:	2	5.4%
INSTITUCIONALES	5	13.5%
GENERALES	30	81%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA.

DIRECTIVOS**TABLA I****CONCEPTO DE MEDICINA FAMILIAR.**

RESPUESTA:	No.	%
CIERTO	7	70%
FALSO	3	30%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA.

TABLA II**¿LA MEDICINA FAMILIAR ES ESPECIALIDAD?**

RESPUESTA:	No.	%
SI:	8	80%
NO:	2	20%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA.

DIRECTIVOS

TABLA III
FALLAS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION:

TIPO:	No.	%
MEDICO:	3	30%
ADMINISTRACION	0	0%
INST. GRAL.:	7	70%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA.

DIRECTIVOS
TABLA IV
REPERCUSION DEL CURSO DE
MEDICINA FAMILIAR.

TIPO:	No.	%
CAMBIOS EN AT'N. MEDICA	8	80%
CAMBIOS EN LA UNIDAD	2	20%
CAMBIOS EN EL CONCEPTO INDIVIDUAL:	0	0%

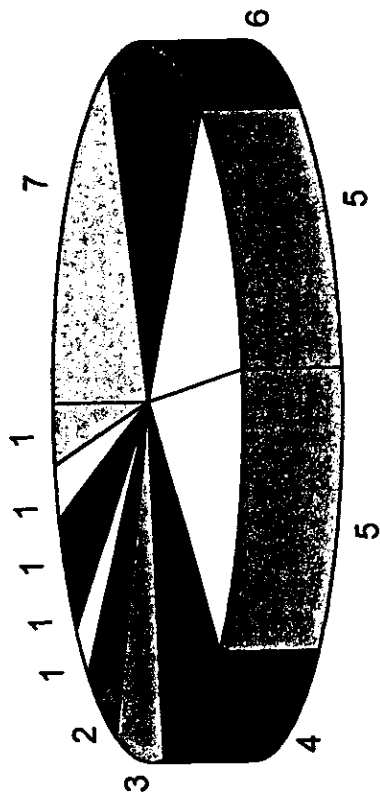
FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA.

DIRECTIVOS
TABLA V
OBSERVACIONES:

TIPO:	No.	%
MEDICOS:	7	100%
INSTITUCIONALES	0	0%
GENERALES	0	0%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA.

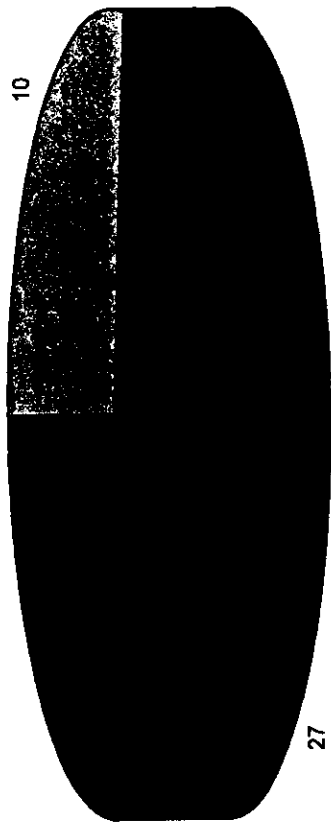
TABLA I
MEDICOS ENCUESTADOS



- GINECOBSTERICIA
- M. INTERNA
- ANESTESIOLOGIA
- CIRUGIA G.
- PEDIATRIA
- T. Y ORTOPEDIA
- RADIOLOGIA
- UROLOGIA
- NEUROLOGIA
- EPIDEMIOLOGIA
- OFTALMOLOGIA
- OTORRINOLARINGOLOGIA

Fuente: Departamento de Estadística Clínica-Hospital ISSSTE.

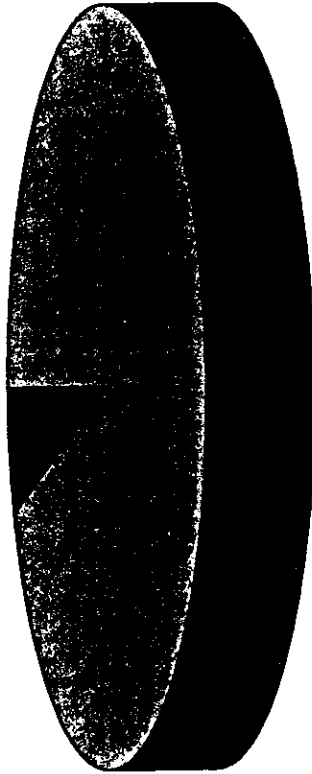
TABLA II
Concepto de Medicina Familiar



Fuente: Departamento de Estadística Clínica-Hospital ISSSTE.

TABLA III
La Medicina Familiar es Especialidad?

2

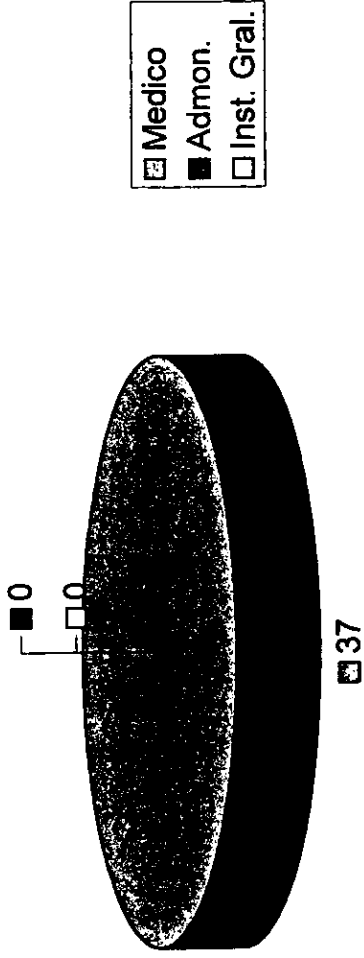


■ si
■ no

35

Fuente: Departamento de Estadística Clínica-Hospital ISSSTE.

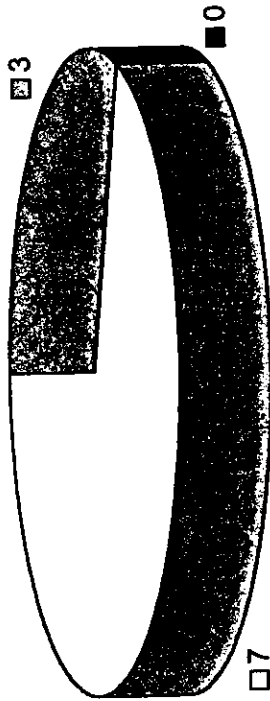
TABLA IV
Fallas del Primer Nivel de Atención



Fuente: Departamento de Estadística Clínica-Hospital ISSSTE.

TABLA V

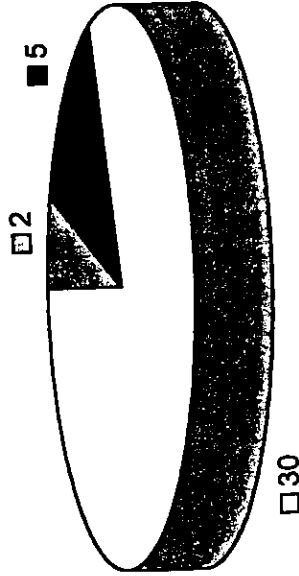
Repercusión del Curso de Medicina Familiar



Atención
 Unidad
 Concepto

Fuente: Departamento de Estadística clínica-Hospital ISSSTE.

TABLA VI
Observaciones



<input type="checkbox"/>	Médicos
<input checked="" type="checkbox"/>	Instituciones
<input type="checkbox"/>	Generales

Fuente: Departamento de Estadística Clínica-Hospital ISSSTE.

DIRECTIVOS
TABLA I
Concepto de Medicina Familiar



■ VERDAD
■ MENTIRA

Fuente: Departamento de Estadística Clínica-Hospital ISSSTE.

TABLA II
La Medicina Familiar es Especialidad?

■ 2

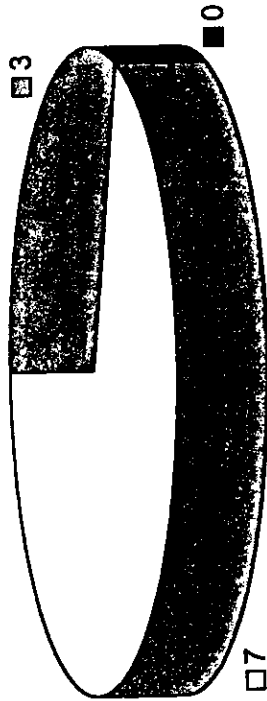


■ 8

■ si
■ no

Fuente: Departamento de Estadística Clínica-Hospital ISSSTE.

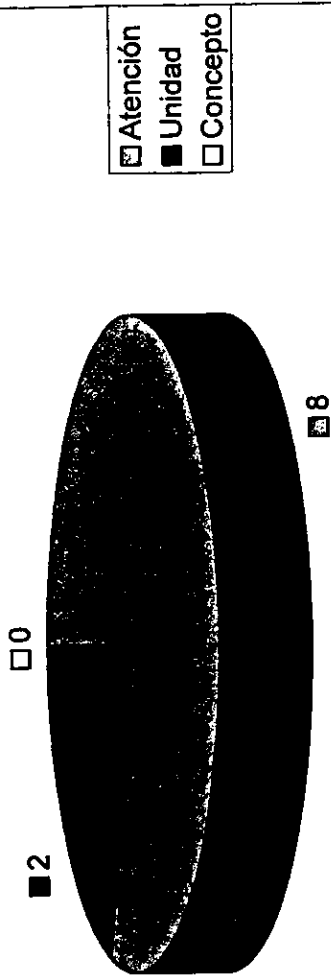
TABLA III
Fallas del Primer Nivel de Atención



Medico
 Admon.
 Inst. Gral.

Fuente: Departamento de Estadística Clínica-Hospital ISSSTE.

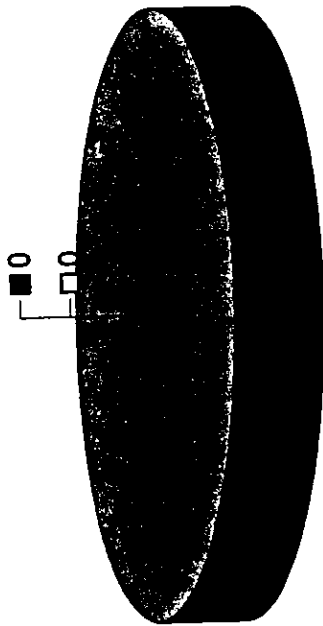
TABLA IV
Repercusión del Curso de Medicina Familiar



Atención
 Unidad
 Concepto

Fuente: Departamento de Estadística Clínica-Hospital ISSSTE.

TABLA V
Observaciones



7

Fuente: Departamento de Estadística Clínica-Hospital ISSSTE.

DESCRIPCION DE RESULTADOS.

Se encontró al 100% de los médicos especialistas no familiares, de los cuales el 72% correspondieron a las 4 especialidades básicas (pediatría, cirugía, ginecobstetricia y medicina interna). Tabla y gráfica 1)

El concepto de medicina familiar que tienen los especialistas no familiares es incorrecto en el 72.9% de los encuestados, y sólo el 27% de los mismos en correcto. (Tabla II).

El 94.5% de los encuestados consideró a la medicina familiar como una especialidad y solo un 5.4% no la considero como tal (gráfica III).

El 100% de los encuestados consideró que las fallas en el primer nivel de atención han sido de tipo médico. (Tabla IV).

EL curso de especialización en medicina familiar en la unidad ha repercutido en cambios en la atención médica; opinión del 81% de los encuestados y en el 18.9% ha cambiado el concepto individual de la medicina familiar. (Tabla V).

En el área de directivos se encuentra a 10 autoridades de esta unidad, de las cuales el 70% tiene un concepto correcto de la medicina familiar y solo un 30% fue incorrecto. (Tabla I Directivos).

El 80% de los directivos encuestados considera que la medicina familiar es un especialidad y 20% no. (Tabla II Directivos).

7 de las autoridades encuestados (70%) atribuye a la institución en general, las fallas del primer nivel de atención, con 3 encuestados (30%) considerándolas de tipo médico. (gráfica III Directivos).

El curso de especialización en medicina familiar repercutió en cambios en la atención médica para el 80% de los directivos encuestados y en cambios en la unidad en general para el 20% de los mismos. (gráfica IV Directivos).

ANALISIS.

Al ser encuestadas el 27% de los médicos no familiares y el 70% de los directivos de la unidad tienen el concepto correcto, reportado en la literatura, de la medicina familiar (1,2).

Un alto porcentaje de los encuestados (37 especialistas no Familiares 100%; 10 directivos 100%) considera a la Medicina Familiar como una especialidad, tal y como es considerada en la literatura revisada: un factor importante en el desarrollo en el programa de postgrado consistió en el reconocimiento que, inicialmente la División de Postgrado y de la Facultad de Medicina Familiar. Durante los años de 1974 y 1975 la Facultad de Medicina Familiar de la UNAM estableció el primer departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica. Así en 1977 la Universidad Autónoma de Nuevo León inició una nueva modalidad: un programa universitario de 2 años de duración, con una carga asistencial importante. Los egresados de este programa han tenido capacidad de prestar sus servicios lo mismo en el ámbito académico que en el asistencial, así en el sector público, como en el privado. (HOWARD F. 1974) (6,7,8).

Al igual que en la literatura consultada, los médicos no familiares consideraran que las causas de falla en el primer nivel de atención se debían al área médica (1,2,3,4,5).

La atención médica general, incluida la visita domiciliaria, se encontraba en etapa de pobre organización; la consulta interna era controlada por el personal de archivo: los enfermos eran atendidos indistintamente por los médicos adscritos de la unidad asistencial; el registro de vigencia de derechos y los mecanismos de adscripción a la clínica correspondientes eran deficientes. (CEITLIN-1982) (1,2,3,4,5).

Apresiasi3n que se modifico gracias al curso de medicina familiar; impartido en la unidad, cambio que también fue referido en la literatura al instaurarse el postgrado en medicina familiar (7,8,9). Después de algunos meses de ser aprobado este esquema, se ponderaron sus ventajas, concluyéndose que era benéfico para el derechohabiente, el médico y la Institución.

Entre los argumentos favorables pueden citarse: ofrecer mejor atención médica, al ser un solo facultativo que atienda al derechohabiente, contar con una mejor formula y por ende control de las visitas domiciliarias; tener mejores posibilidades de efectuar acciones preventivas en beneficio de la salud de los derechohabientes; estimular la dignificaci3n de los profesionales de la medicina, establecer coordinaci3n entre los servicios de consulta externa y de atenci3n domiciliaria y, en general contar con mejores elementos para planear, y organizar el proceso médico asistencial. (MEDALLE H. 1987) (7,8,9).

Las autoridades comparten también la impresi3n de que con el curso de Medicina Familiar, se presentaron cambios favorables en la atenci3n medica en el

primer nivel de atención. Las funciones que desarrolla el médico familiar en el IMSS se encuentran bien definidas por la propia Institución; en el ISSSTE en función de las actividades que desarrolla y como Institución serán similares. (CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR 1993) (7,8,9).

CONCLUSION.

El presente estudio nos permitió:

- 1) Determinar que los médicos familiares son aceptados como Médico Especialistas por la Autoridades y los Médicos Especialistas no familiares en la Clínica Hospital del ISSSTE de Orizaba, Veracruz.
- 2) Conocer que la causas iniciales de no aceptabilidad por los médicos no familiares, era que consideraban que las fallas en el primer nivel de atención eran de tipo médico.
- 3) Determinar que las autoridades de la unidad consideraban que las fallas en el primer nivel de atención eran atribuibles a la Institución en general.
- 4) Determinar que gracias al curso de Especialización en Medicina Familiar; la aceptabilidad del Médico Familiar por los otros especialistas ha mejorado. Al observarse cambios en la atención médica de primer nivel de atención.
- 5) También, gracias al curso de Especialización en Medicina Familiar; ha cambiado el concepto individual de las autoridades hacia el médico familiar. Aspecto que, aunque no estaba contemplado en los objetivos iniciales de la

primer nivel de atención. Las funciones que desarrolla el médico familiar en el IMSS se encuentran bien definidas por la propia Institución; en el ISSSTE en función de las actividades que desarrolla y como Institución serán similares. (CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR 1993) (7,8,9).

CONCLUSION.

El presente estudio nos permitió:

- 1) Determinar que los médicos familiares son aceptados como Médico Especialistas por la Autoridades y los Médicos Especialistas no familiares en la Clínica Hospital del ISSSTE de Orizaba, Veracruz.
- 2) Conocer que la causas iniciales de no aceptabilidad por los médicos no familiares, era que consideraban que las fallas en el primer nivel de atención eran de tipo médico.
- 3) Determinar que las autoridades de la unidad consideraban que las fallas en el primer nivel de atención eran atribuibles a la Institución en general.
- 4) Determinar que gracias al curso de Especialización en Medicina Familiar; la aceptabilidad del Médico Familiar por los otros especialistas ha mejorado. Al observarse cambios en la atención médica de primer nivel de atención.
- 5) También, gracias al curso de Especialización en Medicina Familiar; ha cambiado el concepto individual de las autoridades hacia el médico familiar. Aspecto que, aunque no estaba contemplado en los objetivos iniciales de la

investigación, se obtuvo durante el desarrollo del estudio enriquecimiento del mismo.

- 6) Finalmente, este trabajo de investigación también nos permite conocer que el apoyo que se brindó para que el médico general se capacitara como Médico Familiar no fue en vano; por lo que reconocemos que este tipo de convenios entre ISSSTE - UNAM son el camino para seguir ofreciendo a nuestros derechohabientes calidad en la atención médica que se brinda.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES.- ISSSTE, UNAM.- VOLUMEN 1.- 1994; 1: XL. MEXICO.
- 2.- ALARID J., IRIGOYEN, A., "FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR" EDIT. FCO. MENDEZ CERVANTES, MEXICO 1985.
- 3.- MEWHINNEY, I. R. OP. CIT., CAPITULO 1, "LOS ORIGENES DE LA MEDICINA FAMILIAR".
- 4.- NARRO R. J.; MEDICINA FAMILIAR EN: SOBERON, G. KUMATE, J. LAGUNA, J. "LA SALUD EN MEXICO" TESTIMONIOS 1988". FONDO DE LA CULTURA ECONOMICA; TOMO IV, VOL. 2, 1989.
- 5.- CEITLIN J. "¿QUÉ ES LA MEDICINA FAMILIAR", CAP. PRIMERO. FEPAFEM/KELLOG, 1982.
- 6.- DAVID B., SHIRES, BRIAN, K. HENNEN. "MEDICINA FAMILIAR GUIA PRACTICA", Mc GRAW HILL, 1983.

7.- JACK H. MEDALLE , "MEDICINA FAMILIAR, PRINCIPIOS Y PRACTICAS" EDIT. LIMUSA, 1ª. EDIC., 1987; CAP. 30.

8.- HOWARD F. CONN, ROBERT E. RAKEL, THOMAS W. JHONSON, "MEDICINA FAMILIAR, TEORIA T PRACTICA", EDIT. INTERAMERICANA, 1ª. EDIC., 1974.

9.- CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES, ATENCION PRIMARIA; VOL. 12; NUM. 8; 1993. MEXICO.

ANEXOS

ANEXO I**ISSSTE**

Clinica Hospital 300400
Orizaba, Ver.

“Aceptabilidad del Médico Familiar en la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba”
Encuesta dirigida al cuerpo de gobierno.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las preguntas y conteste en forma breve esta encuesta, no existen respuestas buenas ni malas.

Nombre : _____

Categoría : _____ Fecha : _____

1) ¿Qué es la medicina familiar?

2) ¿Considera la medicina familiar como una especialidad?

3) ¿Por qué?

4) ¿Cuál es su concepto de los médicos, ahora familiares, de la Unidad?

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

5) ¿Ha notado cambios tendientes a mejorar estas fallas, como resultado del curso de medicina familiar?

6) ¿Cuáles?

7) El curso de medicina familiar ¿ha cambiado su concepto de los médicos que asistieron al curso?

8) El curso de especialización en medicina familiar, ¿ha representado algún cambio para la unidad?

9) Mencione los cambios ocurridos:

10) Observaciones y sugerencias:

ANEXO II .
CLINICA HOSPITAL 30 07 00.
ORIZABA , VERACRUZ.

“ ACEPTACIÓN DEL MEDICO FAMILIAR EN LA CLINICA HOSPITAL
ISSSTE ORIZABA”

Encuesta dirigida al Médico Especialista no Familiar.

Instrucciones : Lea cuidadosamente las preguntas y conteste en forma breve esta encuesta , no existen respuestas buenas ni malas.

Nombre:

Categoría: _____ Fecha : _____

1) ¿ Qué es la Medicina Familiar ?

2) ¿ Considera a la Medicina Familiar como una especialidad ?

3) ¿ Por qué ?

4) ¿ Cual es el concepto de los médicos, ahora familiares , de la unidad ?

5) ¿ Ha notado cambios tendientes a mejorar estas fallas , como resultado del curso de Medicina Familiar?

6) ¿ Cuales ?

7) El curso de Medicina Familiar ¿ ha cambiado su concepto de los médicos que asistieron al curso?

8) El curso de especialización en Medicina Familiar ¿ ha representado algún cambio para la unidad?

9) Mencione los cambios ocurridos :

10) Observaciones y sugerencias :
