



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE EL MEDICO FAMILIAR

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Med. Gral. Guadalupe Karen Ortíz Baltazar

Dirigido por:

M.D. Omar Rangel Villicaña

Santiago de Querétaro, Querétaro. Enero de 2024

Med.
Gral.

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE EL MEDICO FAMILIAR

2024



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



Percepción del paciente sobre el medico familiar

por

Guadalupe Karen Ortíz Baltazar

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](#).

Clave RI: MEESC-302677



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

“PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE EL MEDICO FAMILIAR”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Guadalupe Karen Ortiz Baltazar

Dirigido por:

M.D. Omar Rangel Villicaña

Med. Esp. Omar Rangel Villicaña
Presidente

Med. Esp. Luis Abraham Montes de Oca
Reséndiz
Secretario

M. en E. Ma. Azucena Bello Sánchez
Vocal

Med. Esp. Ericka Esther Cadena Moreno
Suplente

MIMSP. Leticia Blanco Castillo
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario 25 de enero 2024
México

Resumen

Introducción: La especialidad de medicina familiar es una de las más jóvenes en el país, y pese a tener el mismo proceso de selección para realizarla, llevando años para su especialización, tiene una menor proyección como especialidad a nivel nacional, tanto con los médicos y con los pacientes, e incluso en algunos sectores de salud pública aún no es reconocida como especialidad, a su vez cuenta con poco sector privado para su desempeño. **Objetivo:** Conocer la percepción que tiene el paciente sobre el médico familiar **Material y métodos:** estudio cualitativo con método fenomenológico, muestreo por conveniencia con 15 entrevistas semiestructuradas, con las cuales se obtuvo saturación teórica, **Resultados:** Del análisis de datos, se obtuvieron 4 categorías: conocimiento previo, relación médico paciente, atención médica y organización institucional, solo 2 pacientes percibieron a los médicos familiares como especialistas, sin tener en claro cuál es el enfoque y campo de la misma, los 13 pacientes restantes percibieron a los médicos familiares como médicos generales ya que la atención otorgada fue desde un enfoque reduccionista, dejando fuera todo lo que el médico familiar debe realizar holísticamente **Conclusiones:** La percepción de los pacientes sobre el médico familiar, es reduccionista ya que lo catalogan como un médico general, sin otorgarle el grado de especialista debido al tipo de atención otorgada.

(**Palabras clave:** familia, percepción, especialidad, médico de familia)

Summary

Introduction: The specialty of family medicine is one of the youngest in the country, and despite having the same selection process to carry it out, taking years for its specialization, it has less projection as a specialty at the national level, both with doctors and with patients, and even in some public health sectors it is not yet recognized as a specialty, in turn with little private sector for its performance.

Objective: To know the perception that the patient has about the family doctor

Material and methods: qualitative study with a phenomenological method, demonstrated for convenience with 15 semi-structured interviews, with which theoretical saturation was obtained,

Results: From the data analysis, 4 will be needed categories: prior knowledge, doctor-patient relationship, medical care and institutional organization, only 2 patients perceived family doctors as specialists, without being clear about their focus and field, the remaining 13 patients perceived family doctors as general doctors since the care provided was from a reductionist approach, leaving out everything that the family doctor must perform holistically

Conclusions: The perception of patients about the family doctor is reductionist since they classify him as a general doctor,

(**Key words:** family, perception, specialty, family doctor)

Dedicatorias

A mi madre.

Agradecimientos

A mi madre, Isabel, porqué hizo todo lo que estuvo en sus manos para dejarle a este mundo un buen ser humano, y porqué día a día sigue siendo el soporte más grande que tengo.

A todos los que participaron en este proyecto, mi asesor por guiarme en el camino de la fenomenología, los pacientes que me permitieron realizarles las entrevistas y dedicaron parte de su tiempo y sentir.

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Abreviaturas y siglas	viii
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
II.1 Estado del arte	3
III. Fundamentación teórica	5
III.1 Historia	5
III. 1.1. Historia de la medicina	5
III.1.2 Medicina familiar	7
III. 1.2.1 Nivel nacional	7
III. 1.2.2 Nivel estatal (Querétaro)	8
III. 2 El medico familiar	8
III. 2.1 Formación del medico	9
III.2.2 El medico familiar actual	10
III. 3 Percepción	10
III.4 Investigación cualitativa	11
III. 4.1 Fenomenología	12
I	13
V. Hipótesis o supuestos	
V. Objetivos	14
V.1 General	14
VI. Material y métodos	15
VI.1 Tipo de investigación	15
VI.2 Población o unidad de análisis	15
VI.3 Muestra y tipo de muestra	15
VI.3. 1 criterios de selección	15
VI.3.2 Matriz de categorización	16
VI.3. Técnica e instrumentos	17
VI.5 Procedimiento	17
VI.5.1 Pacientes entrevistados	17
VI.5.2 Fases de la entrevista	19

VI.6 Análisis	21
VI.6.1 Obtención de información	21
VI.6.2 Captura y manejo de información	21
VI.6.3 Codificación de información	21
VI.7 Consideraciones éticas	23
VII. Resultados	25
VIII. Discusión	40
IX. Conclusiones	44
X. Propuestas	45
XI. Bibliografía	47
XII. Anexos	51

Índice de tablas y diagramas

Cuadro		Página
VI.3.2	Matriz de categorías	16
Tabla 1	Fases de la entrevista	19
Tabla 2	Características sociodemográficas de los entrevistados	25
Tabla 3	Categorías y subcategorías	26
Figura 1	Categorías	28
Figura 2	Categorías y subcategorías	29
Tabla 4	Análisis de categorías por entrevistas	29
Tabla 5	Análisis general por categorías	36

Abreviaturas y siglas

UAQ: Universidad Autónoma de Querétaro.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro social

ENARM: Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas.

CPEC: Comité de Posgrado y Educación Continua

CIFRHS: Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

OPS: la Organización Panamericana de la Salud

OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico

ME: médicos especialistas

MG: Médicos generales

APOC: Atención Primaria Orientada a la Comunidad

CONACEM: Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas

MF: Medicina Familiar

I.- INTRODUCCIÓN

La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad, por lo que los profesionistas en salud tienen el deber de proteger el desarrollo de esta garantizando su estado de salud. Dicho esto, la especialidad en Medicina familiar es fundamental para la sociedad.

La medicina familiar se responsabiliza en la atención prestada en el primer nivel de atención, teniendo a su cargo la educación, atención primaria y continua de las enfermedades del paciente y su familia.

El especialista en familia se caracteriza por brindar atención medica continua e integral para el individuo y su familia, integrando ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento humano, ya que no se limita a una sola edad, sexo sistema u órgano, por lo que otorga una atención holística con seguimiento longitudinal a través de la vida, siendo esto distintivo frente a otras especialidades las cuales otorgan atención reduccionista.

Al realizar esta investigación sobre la percepción de los pacientes sobre el médico familiar se conoció lo que se piensa, el papel que tienen actualmente con la micro sociedad (pacientes y su familia), la actitud de los pacientes e incluso el trato y la relación entre ellos.

Como en los países de primer mundo donde la medicina familiar es considerada prioritaria, México ha invertido en esta especialidad tanto que el Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con 1,499 unidades de primer nivel, de las cuales 1,118 son Unidades de Medicina Familiar (UMF) y 381 son unidades auxiliares. (<https://www.imss.gob.mx> 2022)

En lo que respecta al estado de Querétaro se cuenta con 22 UMF, siendo la unidad de medicina familiar no. 9 “Lic. Ignacio García Téllez” la unidad con mayor

población de derechohabientes en el estado, atendiendo a 180,222 pacientes, con un total de 274,176 consultas al año. (<https://www.imss.gob.mx> 2022)

Bajo este panorama y considerando que no existen estudios cualitativos previos que hablen sobre este tema, se decidió realizar entrevistas de la percepción sobre el médico familiar, para ofrecer retroalimentación y crecimiento de la especialidad dentro del estado y a su vez reproducirlo en más unidades del país.

II. ANTECEDENTES

II.1 Estado del arte

En el estudio *Construcción del perfil profesional del médico familiar* de la división de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Se analizó las características de los currículums profesionales de los especialistas en medicina familiar o su equivalente (médicos generales). Encontrando que su práctica clínica del se caracteriza por la integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales que participan en el proceso salud-enfermedad, para la anticipación al daño con un enfoque preventivo y la continuidad de la atención desde un enfoque sistémico y visión holística. (Gómez et al., 2018)

En el estudio transversal descriptivo y cualitativo *Percepción de los pacientes sobre su relación con los médicos* realizado en la ciudad de Aracaju, Brasil en el 2016. Demostró que los pacientes menores de 50 años son los más satisfechos con los servicios de salud, concluyendo en este estudio que la mayor parte de los pacientes fue bien tratada por los profesionales de salud (85%) y tener una relación de confianza (84%) con una diferencia estadística entre los estudios de $p > 0.05$. 8 (Viana et al., 2020)

Por otra parte, el estudio *Percepción de las relaciones médico-paciente* por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina, de tipo observacional concluyó una relación médica – paciente adecuada en el 92.3%, un 6% medianamente adecuada y un 1.8% mala o inadecuada. (Ramos., 2008)

En ambos estudios reportaron una percepción adecuada en la atención y buena relación médico – paciente en el ejercicio de la medicina, denotando un correcto servicio por parte de los profesionales de salud a sus pacientes, al mismo tiempo demostró que el grado de confianza entre ambos es amplio.

En el estudio descriptivo, transversal y observacional, *“La medicina Familiar como especialidad médica: percepción de otros especialistas”*, de Pascual de la Cruz-Florencio 2016, realizado en el estado de México, la mayoría de los médicos entrevistados no tiene contacto en pregrado con medicina familiar, por lo que pensaba que el médico familiar se dedica a la medicina preventiva y a ninguno de los entrevistados les hubiera gustado especializarse en Medicina Familiar. (De la Cruz et al., 2016)

El estudio descriptivo transversal *“Percepción de la población general de nuestra especialidad: ¿están de acuerdo los pacientes con las decisiones diagnósticas y terapéuticas adoptadas por el médico de familia?”*, realizado en España, el 43.6% de los encuestados conocen que se realiza una formación especializada de postgrado (Estrada et al., 2016)

III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

III.1 Historia

III.1.1 Historia de la medicina

En Grecia en la que existan dos escuelas de medicina: la escuela de Cos teniendo a Hipócrates como su creador y máximo representante, quien decía: “No existen enfermedades, sino enfermos” y “el médico debe a veces curar, a menudo aliviar y siempre consolar”. Y la de Cnido que inició una corriente médica que presta máxima atención al trastorno o enfermedad local y no al estado general de los pacientes, teniendo como ideal en la escuela de Cnido la ciencia, concepción que se mantendrá con Galeno hasta el siglo XX (Casado et al., 2012).

En el siglo XIX, América y Europa, se constituyó la era de la medicina general, la cual recopilaba todo el conocimiento médico-científico desarrollado hasta el momento. Cada familia tenía su médico, generalmente para todos los miembros de la familia, lo que permitía continuidad y abordajes familiares. (Flaxer., 1990)

Este médico general era un personaje importante para las familias, las comunidades, siendo un líder comunitario, un consejero, un epidemiólogo, que promovía cambios sociales e incluso económicos, resolvía la mayor parte de los problemas aún con las limitaciones técnicas y científicas propias del momento, sus funciones de consejero ante los problemas de sus pacientes se reconocían como característica específica de dichos profesionales (Casado., 2018)

La medicina general estaba valorada como una profesión digna, socialmente prestigiosa, acreditada desde el punto de vista científico, bien recompensada en lo económico, respetada por todos y reconocida como una profesión gratificante.

El siglo XX para los estudiosos de la historia de la medicina, es considerado como la era de la especialización. Flexner en 1910, presentó un informe que

declaraba el inicio del declive de la medicina general, y el creciente interés por las especialidades médicas. Desde entonces avisaba que se debía ser cuidadoso con la introducción de las especialidades, porque se podía perder la visión global del paciente. (Flexener, 1910)

En los primeros años de este siglo, comenzaron a emerger las especialidades que Ian McWhinney denominó las especialidades mayores: medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia y psiquiatría. Estas especialidades se hacían a través del entrenamiento de posgrado, lo que hizo que los médicos generales fueran definidos por su falta de entrenamiento adicional. (McWhinney, 1994)

En Europa, durante el siglo XIX la proporción de médicos generales/especialistas era de 80/20, pero se convirtió en una relación de 20/80 durante los primeros 50 años del siglo XX. La inexistencia de formación posgraduada en medicina general o de cátedras y departamentos contribuía a crear una imagen intelectualmente inferior a la de sus colegas hospitalarios. (Casado., 2018)

En 1920 se publicó el informe Dawson en Gran Bretaña que definió los centros de salud. En su momento no tuvo relevancia por la contestación médica, pero tuvo mucha influencia en la argumentación fundacional de la Atención Primaria que preconizó la OMS en Alma Ata y sobre la medicina social. Influyó también el modelo de los centros de salud vecinales de Estados Unidos, y el modelo Karkiano en Pholela (Sudáfrica) en la década de 1940, que generó la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) en muchos países, entre ellos, España. (Blamber, 1966 – Kark, 1981)

III.1.2 La Medicina familiar

III. 1.2.1 A nivel nacional

Mientras tanto en México en 1971 surge la especialidad de medicina familiar como iniciativa del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En 1974, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) le otorgó el reconocimiento académico y en 1980 se sumaron como instituciones formadoras de especialistas la Secretaría de Salud y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). (Gutiérrez et al, s/f)

Para el año 2013 habían egresado 21,655 médicos especialistas en medicina familiar del IMSS y 132 del ISSSTE; de ellos, 13,255 habían presentado su examen de certificación ante el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, pero a ese año sólo 2,746 mantenían vigente su certificación (Gutiérrez, 2021 - Dávila, 2013 – Irigoyen, 2016)

La OCDE en 2015 reportó en México la existencia de más médicos especialistas (ME) que médicos generales y familiares (MG) (65 versus 35 %, respectivamente) pese a que los médicos generales y los especialistas en medicina familiar son los que proporcionan atención primaria en México, atendiendo aproximadamente el 80% de las necesidades de salud de la población. (Barajas, 2019)

Actualmente, el Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con 1,499 unidades de primer nivel, de las cuales 1,118 son Unidades de Medicina Familiar (UMF) y 381 son unidades auxiliares. El director general del IMSS, aseguró que hoy el Instituto brinda atención médica a 6 de cada 10 mexicanos.

III.1.2.2 a nivel estatal (Querétaro)

En el estado de Querétaro el IMSS contando con 22 unidades de medicina familiar, con dos subdelegaciones las cuales son Querétaro con 13 UMF y San Juan de Rio con 9 UMF.

En la subdelegación Querétaro se encuentra la a unidad de medicina familiar no. 9, la cual es una de las unidades con mayor población de derechohabientes en el estado, atendiendo a 180,222 pacientes, con un total de 274,176 consultas al año.

III.2 El médico familiar

Según la Academia Americana de Médicos de Familia, "La Medicina Familiar es la especialidad que brinda atención médica continua e integral para el individuo y la familia. Es la especialidad que integra en profundidad las ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento, todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas y órganos y cada entidad de la enfermedad". (Abril et al., 2013)

El medico familiar es el único especialista que tiene a su cargo la enfermedad durante todo el ciclo de la vida de las personas, experto en sus pacientes y familias, porque no solo tienen a su cargo la atención medica centrada en el paciente, si no realizar un abordaje familiar, para así lograr la salud familiar. (Gutiérrez et al, 2019)

Siendo el profesional responsable de proveer atención integral y continua a cualquier individuo- desde la Atención Primaria, o coordinando el uso apropiado de estos con otros niveles de atención, teniendo en cuenta tanto las necesidades de su población, como los recursos disponibles en la comunidad a la que sirve. (Barajas, 2019)

III.2.1 Formación del medico

Bland y Meurer propusieron un modelo sobre los factores que influyen en la elección de una especialidad, dando cinco categorías: el tipo de escuela de formación, características del estudiante, los valores al egreso de la formación médica, las necesidades a ser cumplidas durante la especialidad y la forma en que los estudiantes perciben la especialidad. (Gutiérrez et al., 2017)

Siendo que uno de los factores para la elección de especialidad, es la escuela de formación, México se encuentra con el panorama de que, en la mayoría de las facultades de medicina del país, no se imparte la asignatura de medicina familiar, aunque existen estudios que proponen la implementación de la asignatura. Esto se podría justificar por la resistencia natural de las especialidades tradicionales, así como la sobrecarga de contenido curricular, en el 2009 en una evaluación de 31 universidades mexicanas, solo el 25% impartía la Medicina Familiar como cátedra (Gutiérrez, 2019)

Al terminar la licenciatura de medicina general, estos se encuentran al panorama de iniciar vida laboral o continuar con su educación mediante maestrías, doctorados, diplomados o especialidades médicas, siendo que la mayoría de los médicos pasantes y generales presentan voluntariamente una evaluación para medir conocimientos, la cual se realiza para entrar a una especialidad médica.

Dicho examen es conocido como “Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM)” El ENARM ha tenido más de 35 000 sustentantes por año en periodos recientes, con una tasa de aceptación aproximada de 22%. El Comité de Posgrado y Educación Continua (CPEC) y la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), que son los organismos encargados de producir el examen, definen el ENARM como un “instrumento objetivo y válido de medición de conocimientos en medicina general”. (Barajas., et al 2019, Heinze et al 2018, <http://cifrhs.salud.gob.mx>)

El CIFRHS es la comisión encargada de proporcionar los resultados del examen, para así los médicos generales que sustentaron el examen y aprobaron obteniendo el porcentaje requerido para ingresar a la especialidad de su elección comiencen con los procesos de elección de sede para dicha su especialización, la cual dependiendo de la rama es de 2 hasta 4 años sin tomar en cuenta las subespecialidades o altas especialidades.

Estudios realizados en estudiantes de medicina de los últimos años muestran que no consideran una carrera como especialistas en medicina familiar, por la renta económica, el tiempo libre, la afinidad, y la influencia de los profesores, así como la percepción de que otras especialidades tienen más prestigio lo que contribuye a la menor consideración de la MF por parte de los estudiantes. (Heinze et al 2018, Magallanes 2016 – Belarmino et al 2016)

En cambio, en los países con mayor tradición de MF, como el Reino Unido y Canadá, se ha demostrado que no ha disminuido, sino que está aumentando la cantidad de egresados que eligen la MF. (Health 2017, Canadian 2017)

Por lo que se recomendó orientar las políticas de recursos humanos para su contribución al desarrollo de la Atención médica primaria de Salud. En México, donde se estima que el sector público necesitará para 2030 más de 20 000 médicos de familia (González et al 2018)

III.2.2 El médico familiar actual

Actualmente los médicos familiares ejercen desde el modelo biomédico más que el biopsicosocial, atribuyendo esto a los limitantes del sistema laboral, el elevado número de pacientes y el poco tiempo de atención. (Gutiérrez et al 2019)

Porqué para el sistema un médico que dedique demasiado tiempo a un solo enfermo no es productivo, ya que no cumple las metas y es visto institucionalmente como un médico que no hace bien su trabajo. La salud institucionalizada busca cantidad más que calidad y bajo este sistema el mismo médico cae en la rutina del sistema, hace su trabajo rápido, sin calidad. Muchos médicos entran en una especie de anodinia, siendo profesionales distantes, apáticos y poco comprometidos. (Duarte, 2018)

III.3 Percepción

Gestalt planteo la percepción como el proceso inicial de la actividad mental y no un derivado cerebral de estados sensoriales, la definió como una tendencia al orden mental, la cual inicialmente determina la entrada de información y en segundo lugar garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones. (Oviedo, 2006)

A su vez da el concepto de inmediatez en la percepción, el cual se plantea de manera contrastiva con el modo analítico, haciendo énfasis en la innumerable cantidad de factores mediadores entre los datos del mundo externo y la representación mental. Teniendo en cuenta lo comentado la percepción busca organizar la información del ambiente dentro de una representación simple. (Oviedo, 2004)

La labor de la percepción consiste en un intento de agrupación de la información circundante dentro de las unidades simples que le permitan a la

conciencia adquirir noción de objeto y con ello afinar su capacidad abstracta. Se asume que la percepción como un proceso de formación de representaciones mental, teniendo las leyes de percepción las cuales se encargan de describir los criterios con base en el apartado perceptual seleccionan la información relevante, la agrupan dentro de la pregnancia y genera representaciones mentales. (Oviedo, 2004)

La percepción ha sido investigada desde el punto de satisfacción medico paciente, encontrando información sobre la percepción de desinterés del médico por la falta de tiempo e interés en sus pacientes, lo cual hace que los pacientes no aporten la totalidad de datos útiles incluso para la realización de una buena elaboración de historia clínica, lo cual podría causar no llegar a un correcto diagnóstico. (Ramos, 2008)

III.4 Investigación cualitativa

La mayoría de los estudios, investigaciones y trabajos que se realizan dentro del campo de investigación son cuantitativos, pero como sabemos existe también otra vertiente la cual es el estudio cualitativo. (Martínez, 2006)

El termino cualitativo se usa bajo dos acepciones, la primera como cualidad que tiene su origen de la palabra latina “quialitas” y esta a su vez se deriva de “qualis”, está perteneciendo esencialmente al individuo y es la que hace que este sea tal o cual. El diccionario de la real academia la define como la manera de ser de una persona o cosa. (Martínez, 2006)

La investigación cualitativa no se trata entonces de un estudio de cualidades separadas o separables, se trata del estudio de un todo integrado, una unidad de análisis y hace que algo sea lo que es. Dentro de este tipo de estudios también se puede estudiar una cualidad en específico siempre que se tenga en cuenta los nexos y las relaciones que se tienen con el todo. (Martínez, 2006)

En resumen, la investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura, dinámica. No se opone a lo cuantitativo, sino que lo implica e integra especialmente donde sea importante.

III. 4.1 Fenomenología

La fenomenología es una corriente filosófica originada por Edmund Husserl a mediados de 1890 la cual se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, teniendo como claves la temporalidad, la espacialidad, corporalidad, y la comunalidad. (Martínez, 2006)

Teniendo dos premisas, una es que la percepción de la persona depende de la experiencia vivida del individuo y no en conjunto, la cual se adaptó a este estudio, en el que los pacientes tienen una perspectiva sobre el medico familiar dependiendo de sus conocimientos previos así como la interacción que estos han tenido lo cual a su vez considera la segunda premisa la cual señala que “los comportamientos humanos se contextualizan por las relaciones con los objetos, con las personas, los sucesos o las situaciones”.

IV. HIPÓTESIS

Dado que el estudio fue de corte cualitativo con método fenomenológico, no se partió de hipótesis, esta se generó a partir del análisis de los resultados

V. OBJETIVOS

V.1 Objetivo general

Conocer la percepción que tiene el paciente sobre el médico familiar en la UMF 9 IMSS Querétaro

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1 Tipo de investigación

Estudio cualitativo, con método fenomenológico. Se estudio la percepción de los pacientes sobre el medico familiar, lo que requirió de este tipo de diseño ya que permitió mostrar la variedad de perspectivas.

VI.2 Población o unidad de análisis

Se realizó en pacientes que asistieron a consulta en la unidad de medicina familiar 9, Querétaro, Querétaro, México

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

No hay cálculo de la muestra, el muestro se realizó por conveniencia hasta llegar a la saturación teórica dentro de las entrevistas.

La saturación teórica se refiere al momento en el que, durante la obtención de la información, no se obtienen datos nuevos y la información obtenida, fue suficiente para construir categorías y realizar el análisis.

VI.3.1 Criterios de selección

Los criterios de inclusión fueron ser paciente de primera vez o subsecuente en la UMF 9, los cuales aceptaron y firmaron el consentimiento informado para la realización de la entrevista, teniendo como criterios de exclusión pacientes con déficit cognitivo, y que por algún motivo no terminaron la entrevista.

VI.3.2 Matriz de categorías

categoría	Definición	subcategoría
Conocimiento previo	<p>Conocimiento: facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas</p> <p>Previo: que es anterior o precede en el tiempo a otra cosa a la que generalmente condiciona o sirve de comparación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Médico general • Médico especialista
Atención médica	<p>Conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración física • Historia clínica
Relación médico paciente	<p>La relación médico paciente es una modalidad de las múltiples relaciones interpersonales que realiza el hombre, esta permite al enfermo satisfacer su deseo y necesidad de salud y al</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buena relación médico paciente • Mala relación médico paciente

	médico cumplir con una de las funciones sociales más importantes	
Organización institucional	Orden sistemático de las unidades que integran la institución, conforme a criterios de jerarquía y ramificación, ordenados y codificados de tal forma que sea posible visualizar los niveles y sus relaciones de dependencia	<ul style="list-style-type: none"> • Institucionalización • Orden infraestructural • Recursos por nivel

VI.4 Técnicas e instrumentos

Se realizó una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas y flexibles, de tal manera que se adaptaron a la singularidad de cada entrevistador; teniendo una conversación informal o cotidiana, con estos la cual generó confianza entre el entrevistador y el entrevistado. Este instrumento arrojó una matriz de categorías, las cuales posteriormente fueron analizadas para llegar a una conclusión.

VI.5 Procedimientos

VI.5.1 Pacientes entrevistados

1. Posterior de la autorización por parte del comité local de investigación, se solicitó permiso a las autoridades correspondientes de la Unidad de Medicina Familiar 09 Lic. Ignacio García Téllez IMSS Querétaro para la realización de la investigación y la gestión de un espacio adecuado para la aplicación del estudio.

2. Se acudió en horario de 08:00 a 20:00 horas a la Unidad de Medicina Familiar 09, para la realización de la entrevista. A los pacientes que se encontraron en sala de espera y cumplieron con los criterios de selección a participar, se les dio la información sobre el proyecto de investigación, se les invitó a participar, cuando aceptaron se ingresó al espacio establecido para dicha situación.

3. Se estableció en un espacio donde no se encontraron terceras personas garantizado las condiciones de la toma del instrumento. Se informó verbalmente y por escrito al informante el estudio a realizar por medio de la carta de consentimiento informado (Anexo II), el cual fue firmado por el entrevistado, ya cumpliendo con los criterios de selección se pasó a la fase de la entrevista.

4. La entrevista que se realizó fue semiestructurada, y constó de varias fases para su aplicación (Ver tabla 1).

VI.5.2 Fases de la entrevista

Tabla 1. Fases de la entrevista

Fases de la entrevista	Contenido de la entrevista
Presentación de información previa	<p data-bbox="613 436 716 468">Motivo</p> <p data-bbox="711 527 1395 667">Se le explicó el propósito de este estudio fenomenológico, el cual fue comprender la perspectiva del paciente sobre el médico familiar</p> <p data-bbox="613 726 948 758">Información y permisos</p> <p data-bbox="711 821 1395 1016">Se le explicó que la información proporcionada fue confidencial y solo fue usada por los investigadores, sin tener repercusiones a nivel institucional para su atención</p> <p data-bbox="613 1075 1395 1215">En la publicación no se emplearon nombres de los participantes, por lo que se colocaron folios. (E con numeral de entrevista)</p> <p data-bbox="613 1274 992 1306">Consentimiento informado</p> <p data-bbox="711 1369 1395 1457">Se dio lectura detallada del consentimiento informado, para su firma</p>

Desarrollo de entrevista	Se procedió a la realización de 7 preguntas semiestructuradas las cuales abarcaban aspectos sobre el conocimiento de áreas de desempeño de especialidad, así como su aplicación dentro de la consulta
Cierre	<p>Finalizó grabación, se agradeció el tiempo y la información prestada en la entrevista.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se acompañó al sujeto a la puerta de salida. - Al finalizar la entrevista, el entrevistado expuso sus dudas, estas fueron resueltas, y se dio por terminada dicha intervención, agradeciendo la participación.

La duración aproximada de la entrevista fue de 35 minutos promedio. Al principio de la grabación se solicitaron algunos datos sociodemográficos como edad, sexo, estado socio-económico, escolaridad y frecuencia de consultas.

VI.6. Análisis

Se realizó el análisis siguiendo los pasos propuestos por Krueger:

VI.6.1.1 Obtención de la información

Se contó con una secuencia ordenada de preguntas semiestructuradas, de las menos complejas a las más complicadas, que permitió que las personas fueran profundizando en su introspección

VI.6.1.2 Captura, organización y el manejo de la información

Una vez finalizada la fase de entrevistas se transcribió la información cualitativa. Dicha transcripción se realizó por los responsables de la investigación, cuidando en todo momento el aspecto ético para garantizar la confidencialidad de los informantes.

VI.6.1.3 Codificación de la información.

Se asignaron categorías y definiciones simultáneamente a los fragmentos de la entrevista de acuerdo con el procedimiento que se describe a continuación:

1. Se transcribió toda la información recabada en el cuaderno de notas.
2. Se leyó cuidadosamente el texto, con marcador de diferentes colores se subrayó lo que llamó la atención (amarillo- duda) (gris – exploración física) (azul marino – médico general) (azul turquesa – organización institucional) (verde – función) (lila- falta de interés por entorno familiar) (rojo – antecedentes heredofamiliares) (azul egeo – especialista) (morado – interés por entorno familiar), En esta primera lectura se anotaron códigos tentativos.
3. Con un marcador de otro color (naranja) se subrayó partes de texto que podrían servir de citas textuales en el reporte final por lo ilustrativas del código o de la categoría.

Las lecturas repetidas con las anotaciones y la codificación brindaron mayor claridad y estructura al análisis,

4. Una vez terminadas estas lecturas repetidas, se repasaron las categorías o códigos que se generaron se pusieron en el margen derecho y se utilizó una cartulina para cada una de ellas

En las cartulinas se colocaron las diferentes categorías y los códigos, de cada una de ellas.

5. A partir de esto se inició el proceso de codificación axial y el desarrollo de una primera versión de reporte final de la investigación

6. El investigador se reunió con el colaborador para verificar las coincidencias en la percepción.

7. Finalmente, La información final fue analizada por los investigadores principales. Se conservaron las grabaciones y las transcripciones, para que este pudiera ser verificable

VI.7 Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas que se utilizaron para el cumplimiento de los objetivos del estudio, fueron el principio 4 de la Declaración de Helsinki 2013 “El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber”, el principio 9 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación” y el principio 24 “Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal”.

De acuerdo con la normativa para la investigación en México, dictada por el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Ajustándose a los principios científicos y éticos que la justifiquen, se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo, contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal y deberá ser realizada por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

Según el artículo 17 de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, donde clasifican los riesgos de la investigación, este protocolo es clasificado como investigación sin riesgo ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de

los individuos que participan en el estudio, y solo se realizó una entrevista en la que se tomaron datos personales respetando la confidencialidad, la entrevista se realizó con previo consentimiento informado y autorizado por el paciente y en caso de algún dato de patología o que el paciente refiera la necesidad de atención medica se enviará al servicio médico correspondiente.

El estudio no presento ningún riesgo hacia los entrevistados

VII. RESULTADOS

Del total de 15 entrevistados que participaron en el estudio, 12 fueron mujeres y 3 hombres, teniendo diferentes características sociales, económicas, educativas. (ver tabla 2)

Al realizar el análisis de las entrevistas se obtuvieron las siguientes categorías “Conocimiento previo, Relación médico-paciente, Atención médica y organización institucional”, las cuales se interpretaron a través de la fenomenología de la siguiente manera: (figura 1)

Tabla 2. Características socio-demográficas de los entrevistados

Sexo	Masculino	3	20%
	Femenino	12	80%
Edad	18-25 años	3	20%
	26-35 años	4	26.66%
	36 – 45 años	3	20%
	46 -55 años	2	13.33%
	Mayor 56 años	3	20%
Escolaridad	Primaria	1	6.66%
	Secundaria	6	40%
	Preparatoria/técnico	6	40%
	Licenciatura	2	13.33%
Estatus Socioeconómico	Bajo	5	33.33%
	Medio	10	66.66%
	Alto	0	0%
Frecuencia a consulta	Esporádico	8	53.33%
	Recurrente	7	46.66%

Tabla 2. Características socio-demográficas obtenidas de los participantes de las entrevistas realizadas en la UMF 9, Querétaro 2022

Tabla 3. Subcategorías y Categorías

	Subcategoría	Categoría
El entrevistado dudo “¿Cómo decirlo?, nos apoya ¿no? E1	Médico general	Conocimiento previo
“Hum” “es un doctor que atiende enfermedades generales” (pensativa) E2		
“pues la verdad no tengo esa información” E3		
“ES un especialista, ¿no?, porqué pues un médico general lo consigues afuera en cualquier parte”	Médico Especialista	
“este es un especialista ¿no?, pues porque supongo que tiene que estudiar en todo		
“Pues nos revisa” E1, “pues me revisa” E2	Exploración física	Atención medica
“me manda a hacer mis estudios” “me da tratamiento” E2, “te da medicamento” E3, “te pesa” E4	Acciones medicas	
“te pregunta antecedentes, este, de enfermedades de tu familia”	Historia clínica	
“pues el que lleva el expediente clónico” “el que controla tu expediente” E6	Institucionalización	Organización institucional
“el especialista es el que está en zaragoza, los que tienen especialidad” E6 “es un médico general porqué cuando especialista te mandan a	Orden infraestructural	

otro lado, te mandan a especialidades”		
“sí ocupas algo más, él te tiene que mandar al otro hospital donde están los especialistas, bueno así te dicen, que te mandarán a especialidades” E15		
“por ejemplo, unos estudios que yo he necesitado aquí no me los pueden hacer”	Recursos por niveles de atención	
“Solo me pregunta lo que es, de mi enfermedad, no me pregunta otra cosa” E1	Mala relación médico paciente	Relación médico paciente
“Pues hay algunos que se interesan en sus pacientes y a otros les da lo mismo, dan cualquier medicamento y váyase a su casa” E2		
“nunca me pregunta por nada de mi familia”		
“En ocasiones pues por ejemplo ahorita que pasamos que si platico con la niña, que si tenemos una buena convivencia” E6	Buena relación médico paciente	
“Ella sí, la verdad yo le platicaba todo, ella si me escuchaba.”		

Tabla 3. Se muestran citas obtenidas mediante el proceso de codificación, de las entrevistas realizadas en la UMF 9, Querétaro, siendo éstas un ejemplo de las 10 subcategorías y 4 categorías.

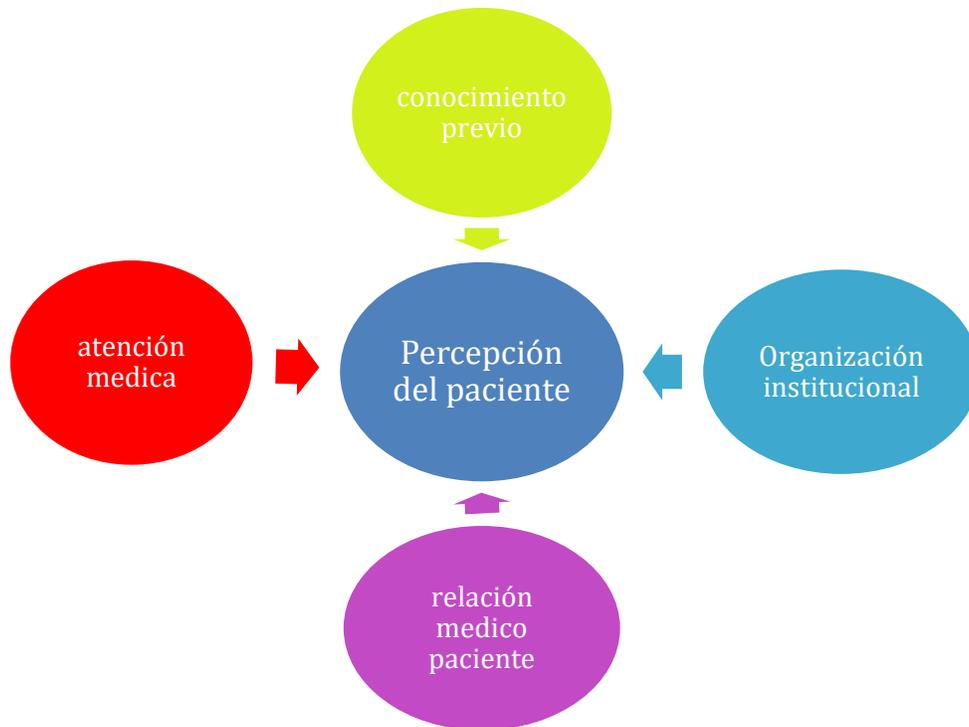


Figura 1. Categorías

De acuerdo a las entrevistas realizadas la percepción de los pacientes sobre el médico familiar contiene 4 categorías, las cuales son organización institucional, atención médica, relación médico paciente, y conocimiento previo, dependiendo de cada una de ellas es como se estructura la percepción del paciente sobre el médico.

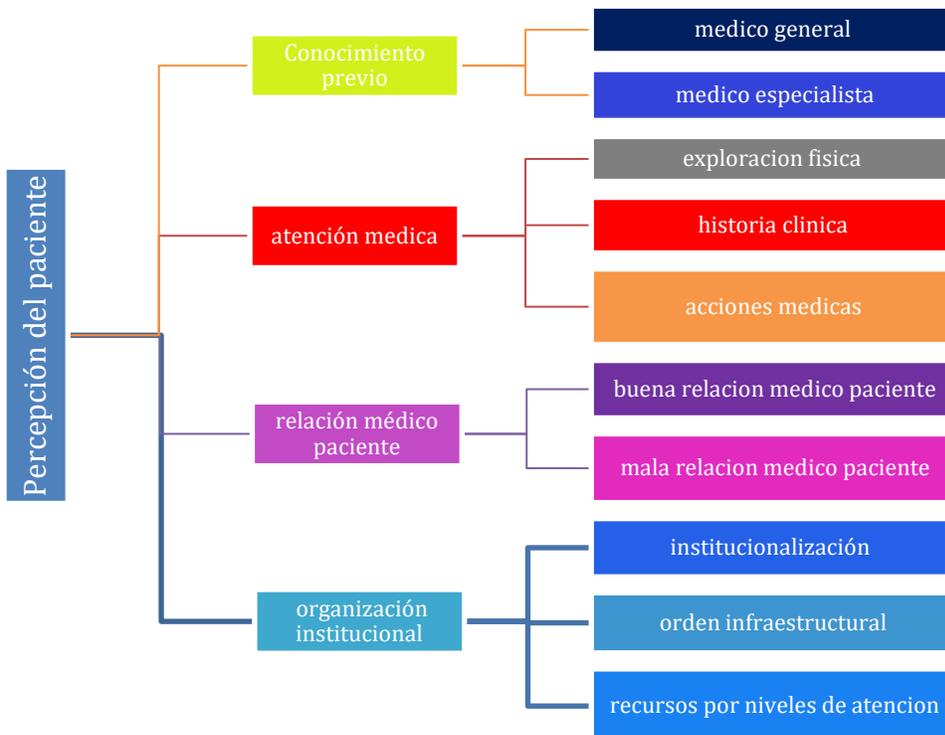


Figura 2. Categorías y subcategorías obtenidas de la codificación a las 15 entrevistas realizadas en la UMF 9, Santiago de Querétaro, Querétaro 2022.

Tabla 4. Análisis de categorías por entrevista

		ANÁLISIS	
E1	Conocimiento previo	“pues hum, pues porqué ahí mismo lo dicen, o sea vaya con su médico familiar”	El paciente desconoce el significado del médico familiar
	Relación médico-paciente	“Solo me pregunta lo que es, cuantos somos de la	Solo se realizan preguntas superficiales sin el indagar más sobre su entorno familiar, no

		familia y así, por ejemplo” “vengo acompañada, pero pues porqué yo quiero”	cumpliendo con la visión holística de la especialidad
	Atención medica	“Pues solo me pregunta lo que es, de mi enfermedad” “nos revisa”	Atención sobre el padecimiento actual y exploración física
	Organización institucional	“por ejemplo a laboratorio a sacar otra cita a otro consultorio, no es que no sepa o no conozca, si no que me imagino que así son las reglas...”	El sistema administrativo de subdivisiones en paraclínicos hacer ver limitado al médico familiar
E2	Conocimiento previo	“Hum, el que está al pendiente de mi salud”	El paciente no puede contestar, ya que no tiene información previa sobre la especialidad de medicina familiar, por lo que para él es un médico general
	Relación médico paciente	“Pues hay algunos que si se interesan en sus pacientes y hay otros que les da lo mismo, dan cualquier	El médico solo se centra en la atención del padecimiento actual, sin interactuar más allá con el paciente y sin entablar una buena comunicación

		medicamento y ya váyase a su casa”	
	Atención medica	“hum, pues me checa, que este bien, me manda a hacer estudios”	el médico otorga una atención reduccionista a padecimiento actual
	Organización institucional		
E3	Conocimiento previo	“hum mi medico familiar es un doctor que atiende enfermedades generales”	El paciente no puede contestar, ya que no tiene información previa sobre la especialidad de medicina familiar, por lo que para él es un médico general
	Relación médico paciente	“sí casi siempre me pregunta, pues que con cuantas personas vivo, como es mi alimentación, y si tengo familiares con algunas enfermedades”	Realiza preguntas superficiales sobre el entorno familiar del paciente, pero sin indagar más, no cumpliendo con la atención holística, ya que estas preguntas están dirigidas el llenado de la historia clínica del paciente.
	Atención medica	“Pues bueno me revisa, me da un diagnóstico y medicamento”	Centrada reducida a padecimiento actual y exploración física
	Organización institucional	“determina si con eso es suficiente o tiene que enviarte con un	Se tiene la percepción que el médico familiar, es un filtro para las especialidades

		especialista” “es tu primera atención”	
E4	Conocimiento previo	“un médico general, pero la verdad es que no tengo esa información”	El paciente no puede contestar, ya que no tiene información previa sobre la especialidad de medicina familiar, por lo que para él es un médico general
	Relación médico paciente		No existe investigación sobre ámbitos de medicina familiar, lo que hace que no se genere una correcta comunicación y relación
	Atención medica	“Hum pues te revisa ¿no?, te pregunta antecedentes de enfermedades de tu familia, y pues si tú le dices siento dolor en tal parte te checa”	Centrada en padecimiento actual, exploración física y preguntas de la historia clínica
	Organización institucional	“¡eh! Creo que general, porque después de eso pueden pasarte con un especialista depende de lo que crean que necesites”	Se tiene la percepción que el médico familiar, es un filtro para las especialidades
E5	Conocimiento previo	Un médico que solo te atiende a ti	Desconoce completamente el termino de médico familiar, lo que desde su

	<p>y a tu familia, como un médico privado, en mi caso tengo muchos tíos que son médicos”</p>	<p>interpretación sería un familiar que estudie medicina</p>
<p>Relación médico paciente</p>	<p>“solo me pregunta sobre lo que voy ese día, o si al caso me pregunta si alguien de mi familia tiene alguna enfermedad, pero más preguntas nunca”</p>	<p>El médico solo se centra en la atención del padecimiento actual, sin interactuar más allá con el paciente y sin entablar una buena comunicación por lo que no existe una adecuada relación médico paciente</p>
<p>Atención medica</p>	<p>“hum, lo que son gripas, hum yo siento que puede canalizar, como diciéndote sabes tienes esto...”</p>	<p>Para el paciente el médico familiar, solo es para enfermedades “leves” para graves te tiene que referir a otro nivel</p>
<p>Organización institucional</p>	<p>“ahora sí que tienes que ir al hospital, porque el que tiene especialidad ellos se concentran más en lo que es su</p>	<p>Se tiene la percepción que el médico familiar, es un filtro para las especialidades</p>

		gremio en lo que saben”	
E6	Conocimiento previo	“es un especialista ¿no? Porqué pues un médico general lo consigues en cualquier parte” ³¹	El paciente reduce al médico a la atención intrainstitucional
	Relación médico paciente	“en ocasiones por ejemplo ahorita que pasamos que si platico con la niña, que si tenemos una convivencia sana”	El médico en ocasiones cuestiona sobre la dinámica familiar, lo que genera una correcta comunicación medico paciente
	Atención medica	“Pues revisarnos, atendernos, pues darnos medicamento en caso de ser necesario”	Atención del padecimiento actual,
	Organización institucional	“Pues, es el que lleva todo el expediente clínico, el que ya conoce perfectamente lo que es” “el que controla tu expediente”	La función del médico familiar queda restringida a el control de expediente clínico por el sistema computacional, haciendo creer al paciente que esa es la importancia de que cierto grupo poblacional este a cargo de un solo médico.
E7	Conocimiento previo	“un médico general” pues al	El paciente no puede contestar, ya que no tiene información previa sobre la

		que yo vengo, no sé”	especialidad de medicina familiar, por lo que para él es un médico general
	Relación médico paciente	“La que tenía antiguamente, a que con ella ya tenía 20 años, ella si la verdad, le platicaba todo, ella si escuchaba...”	La vivencia de este paciente con su médico anterior, había sido de correcta comunicación, pero al cambiar de médico tratante se pierde dicha comunicación, ya que esta no se interesa más que por el padecimiento actual, sin crear lazos de confianza
	Atención medica	“Pues nada más escucha y anota, porque casi nunca te revisan a menos que uno venga a urgencias”	Mala atención médica, no se realiza ni interrogatorio ni exploración física
	Organización institucional	“el especialista está en zaragoza, los que tienen especialidad” “porque por ejemplo los estudios que yo he necesitado aquí no me los pueden hacer”	Por la división de niveles, así como la diferencia de ubicación en donde estos se encuentran, el paciente cree que los especialistas solo están en hospital
E8	Conocimiento previo	“un médico general por qué no sirve”	Debido al enojo que esta paciente tiene con su médico, lo encasilla en médico general

	Relación médico paciente	“un vale madre, o sea no sirve”	Hay una fractura en la relación médico paciente, por lo tanto, es imposible que exista una correcta comunicación, al grado de la paciente expresarse con palabras altisonantes
	Atención medica		
	Organización institucional	“ellos deben de saber el expediente de cada persona, es más ahí tiene su computadora, sabe cuándo vino uno, de que está enferma uno, entonces para que me pregunta”	El paciente encasilla al médico familiar como el encargado del expediente clínico, así como facilitador de incapacidades, en donde sólo para esto está, relegando sus funciones más hacia las administrativas
E9	Conocimiento previo	“es el que atiende la medicina general ¿no?”	El paciente no puede contestar, ya que no tiene información previa sobre la especialidad de medicina familiar, por lo que para él es un médico general
	Relación médico paciente	“no me pregunta sobre nadie de mi familia, solo me pregunta por mi”	El médico solo se centra en la atención del padecimiento actual, sin interactuar más allá con el paciente y sin entablar una buena comunicación
	Atención medica	“Valora, da consulta, nada más”	Centrada en padecimiento actual sin indagar más sobre el entorno familiar del paciente

	Organización institucional	“es un médico general, porque cuando es un especialista te mandan a otro lado, te mandan a especialidades”	Debido a la organización estructural, en la que dividen por edificios los diferentes niveles de intervención, los pacientes no dan el valor de médico especialista a los médicos familiares, ya que están separados de la demás especialidad
E 10	Conocimiento previo	“ah, un médico que atiende a mi familia ¿no?” “es un general, porque atiende en general a varias familias”	El paciente no puede contestar, ya que no tiene información previa sobre la especialidad de medicina familiar, por lo que para él es un médico general
	Relación médico paciente	“Sólo se preocupa por el paciente, pero depende del médico que te atiende a veces te pregunta sobre tu familia”	El médico solo se centra en el paciente, sin realizar una atención holística y propiciar un ambiente de confianza entre ambos
	Atención medica	“Revisión de lo que tienes, según lo que le digas”	Centrada en padecimiento actual sin indagar más sobre el entorno familiar del paciente, ni realizar una correcta atención primaria
	Organización institucional	“No pueden resolver todo, porque si tienes no lo tienen aquí te tienen que mandar a otro doctor, por	El paciente cree que, los médicos familiares no pueden solicitar y otorgar todo lo que necesita el paciente, no por falta de conocimiento

		qué no tiene lo que necesitas aquí”	
E 11	Conocimiento previo	“Es un especialista ¿no?, pues porqué supongo que tiene que estudiar en todo para saber toda la medicina, para saber qué es lo que tienen los pacientes”	El paciente no tiene información previa sobre la especialidad de medicina familiar, aun así, lo cataloga como especialista
	Relación médico paciente	“Si se preocupa y si nos pregunta que si con quien vivo, como me alimento, quien me cuida, que si alguien está enfermo”	La relación es buena, ya que el medico al realizar preguntas fuera del padecimiento actual crea un ambiente de confianza entre el paciente y él
	Atención medica		
	Organización institucional	“Si están limitados porque en la clínica no tienen todo lo que necesita, los aparatos, para darte el tratamiento, te tienen que mandar	El paciente cree que, por las divisiones entre especialidades, los médicos familiares no pueden solicitar y otorgar todo lo que necesita el paciente, no por falta de conocimiento

		a otro donde si esta, porqué en conocimiento sí, pero pues no tienen todo”	
E 12	Conocimiento previo	“Yo creo que es un general, porqué son los que están capacitados para conocer todo sobre tu salud”	El paciente no tiene información previa sobre la especialidad de medicina familiar, para él es un médico general
	Relación médico paciente	“Si me pregunta a qué hora como, quien vive conmigo, quien me cuida, si trabajo, no he visto que pregunten otra cosa, sobre relaciones o algo más”	Las preguntas del médico están dirigidas para el correcto llenado de la historia clínica pero no interesadas en las relaciones familiares del paciente
	Atención medica		
	Organización institucional	“Hasta que se complica y necesitas un especialista”	Por la división de las especialidades, refiere que cuando este se complica el médico familiar no es capaz de resolver y tendrá que mandar a un especialista
E 13	Conocimiento previo	“Pues la verdad no sé”	El paciente no puede contestar, ya que no tiene información

	Relación médico paciente		El médico solo se centra en la atención del padecimiento actual, sin interactuar más allá con el paciente y sin entablar una buena comunicación
	Atención medica	“Para prevenir todas las enfermedades, porque ya de ahí ellos te mandan a los análisis”	Es el primer paciente que otorga la función de prevención al médico familiar
	Organización institucional	“ya cuando es algo que no le corresponde a él, ya tiene que mandarlo al especialista de lo que sea cuando sea algo grave el ya no”	El paciente cree que el médico familiar, tiene que mandarte a especialista cuando sea enfermedad grave
E 14	Conocimiento previo	“el medico familiar es un profesionista que estudió la carrera para brindar la primera atención de las enfermedades” “son médicos generales, no tienen especialidad”	Tiene conocimiento sobre medicina general, por lo que cataloga al médico familiar como general.

	Relación médico paciente	“No, nunca me ha hecho preguntas”	El médico no interactúa con el paciente, sin entablar una buena comunicación
	Atención médica	“Solo en cuestión de enfermedades hereditarias, que si mi papá era diabético o hipertenso” “Pues te checa”	El médico no realiza atención holística, sin realizar preguntas sobre el entorno familiar, solo en antecedentes heredofamiliares y exploración física
	Organización institucional	“son médicos generales, no tienen especialidad, esos se encuentran en el segundo nivel”	Debido a la organización institucional, en la cual los especialistas se dividen por niveles, para el paciente, el primer nivel de atención no cuenta con especialistas
E 15	Falta de conocimiento	“Pues, como decirlo, es el doctor que está a mi cargo, el que está de cabecera en mi consultorio”	El paciente no tiene conocimiento, sobre que es un especialista
	Relación médico paciente		El médico solo se centra en la atención del padecimiento actual, sin interactuar más allá con el paciente y sin entablar una buena comunicación
	Atención médica	“Me revisa, diagnostica y da tratamiento”	Centrada en padecimiento actual sin indagar más sobre el entorno familiar del paciente

	Organización institucional	“Si ocupas algo más él tiene que mandar a otro hospital en donde están los especialistas, bueno así te dicen, que te mandarán a especialidades”	Por la organización institucional, se cree que los especialistas se encuentran en un edificio específico
--	----------------------------	---	--

E(numeral)número entrevista

Tabla 5. Análisis general por categorías

Categorías		
1	Conocimiento previo	Los pacientes tienen la percepción de que las especialidades solo son las troncales (ginecología, cirugía, traumatología, etc.). y que los especialistas solo deben de atender una sola rama, teniendo un enfoque reduccionista en el que solo se atiende un sistema y/u órgano, así como abordaje de padecimientos en forma transversal. Al ser medicina familiar una especialidad holística, con abordaje integral de las enfermedades, estudiando al paciente de manera longitudinal, es percibida como medicina general. Así como el no tener la misma proyección a nivel nacional que las otras especialidades, los pacientes se encuentran

		<p>carentes de conocimiento y no pueden catalogarla correctamente en una especialidad.</p> <p>Citando E5 “Pues son generales ora sí son los más rápidos y lo más básico porqué el que tiene la especialidad, ellos se concentran más en lo que es su gremio en lo que saben”</p>
2	Relación médico paciente	<p>La relación médico paciente no se instaura en la mayoría de los casos, ya que al hacer un enfoque más generalista no se logra establecer un ambiente de confianza, para que el paciente perciba al médico como un médico de familia, al cual más allá de decirle sobre su padecimiento actual, pueda comunicar más cosas que afecten su estado actual de salud.</p> <p>En 13 de las 15 entrevistas realizadas los médicos familiares no otorgan correctamente la consulta desde el abordaje holístico/integral que marca la especialidad de medicina familiar, ya que no realizan preguntas sobre el ámbito familiar.</p>
3	Atención medica	<p>La atención está centrada en padecimiento actual, realizando interrogatorio dirigido hacia antecedentes heredofamiliares, dejando completamente olvidada la visión y el abordaje integral/holístico/longitudinal que caracteriza y diferencia a la especialidad de medicina familiar de las otras, por lo que es hasta cierto grado entendible que para los pacientes el médico familiar quede como un médico reduccionista y no un especialista, ya que no hay ninguna diferencia entre la consulta otorgada y la que se recibiría al ir a atención medica por un médico general. Por lo tanto, el medico familiar al solo enfocarse al</p>

		padecimiento actual le da el pie al paciente que siga viéndolo como médico general.
4	Organización institucional	Debido a la institucionalización de la especialidad, así como a la organización de los recursos en los cuales los médicos familiares no pueden solicitar estudios paraclínicos, y otorgar diferentes medicamentos, estos se ven limitados proyectando a los pacientes no poder resolver en la totalidad sus padecimientos de salud, así como la división en infraestructura en la que se localizan las demás especialidades en un edificio específico, estos interpretan que solo las que estén en dicho edificio son especialidades. El instituto al dividir las especialidades en dos categorías: médicos familiares y no familiares, crea en cierta forma un ambiente de división entre éstas, cuando todas las especialidades tienen la misma importancia y relevancia, pero al separar específicamente a medicina familiar, se interpreta por los demás especialistas como si estas tuvieran otro valor mayor al médico familiar.

Fuente: entrevistas realizadas a pacientes de la UMF 9 2022.

Dentro de las entrevistas realizadas, se encontraron las categorías ya mencionadas y ejemplificadas en las tablas anteriores, donde podemos observar que:

En la categoría **conocimiento previo** prevalece la desinformación sobre que es un médico familiar, o en que consiste el ser nombrado especialista, conociendo u otorgando el rango de especialista solo a los troncales, o teniendo completo desconocimiento de que es un especialista y por lo tanto cree que es un médico general “Pues porqué atiende a todos, no es especial para mi” (E2), e incluso sin

tener conocimiento otórgale el reconocimiento de médico especialista por el tipo de atención que el medico otorga (E6)

La **relación médico paciente** se encontró que es deficiente, ya que, en la mayoría de las entrevistas realizadas a los pacientes, mencionan que los médicos sólo se centran el padecimiento actual del paciente, sin indagar más en el entorno familiar, como la especialidad lo demanda “no me ha dicho que venga acompañada” “solo me pregunta lo que es de mi enfermedad o así, pero no me pregunta otra cosa” (E1), “solo me pregunta sobre lo que voy ese día” (E5), “No me pregunta sobre nadie de mi familia, solo me pregunta por mí” (E9), “Sólo se preocupa por el paciente” (E10)

Solo dos comentaron que su médico se interesa por el entorno familiar del paciente, lo que crea un entorno de confianza dentro de la consulta y por lo tanto creo una buena relación médico paciente “Por ejemplo ahorita que pasamos pues si platico con la niña, que, si tenemos una convivencia sana, y que para mí que era” (E6), “La que tenía antiguamente, ella si me escuchaba y me daba mis medicamentos, me mandaba a hacer estudios ella si” (E7)

La categoría **Atención medica** está centrada en el padecimiento actual, realizando en ocasiones solo interrogatorio dirigido hacia antecedentes heredofamiliares “me pregunta que si nadie más tiene esa enfermedad...” (E1), “Si tengo familiares con algunas enfermedades” (E3), “te pregunta antecedentes, este, de enfermedades de tu familia” “Si hay algún antecedente en tu familia” (E4), “si al caso me pregunta si alguien de mi familia tiene alguna enfermedad” (E5), “Si algún familiar tuvo equis enfermedad, o sea si como un antecedente, para ver herencia o algo” (E13), “Solo en cuestión de enfermedades hereditarias, que si mi papá era diabético o hipertenso” (E14), “me pregunto si tenía familiares diabéticos o hipertensos”

Dejando completamente olvidada la visión y el abordaje integral/holístico/longitudinal que caracteriza y diferencia a la especialidad de medicina familiar de las otras, por lo que es hasta cierto grado entendible que para

los pacientes el médico familiar quede como un médico reduccionista y no un especialista, ya que no hay ninguna diferencia entre la consulta otorgada y la que se recibiría al ir a atención médica por un médico general.

En **Organización institucional** se encontró que, debido a la institucionalización de la especialidad, así como a la organización de los recursos, los médicos familiares no pueden solicitar estudios paraclínicos, y otorgar diferentes medicamentos, proyectando así no poder resolver en la totalidad sus padecimientos de salud

Así como la división en infraestructura en la que se localizan las demás especialidades en un edificio específico, estos interpretan que solo las que estén en dicho edificio son especialidades. “por ejemplo a laboratorio, a sacar cita a otro consultorio o así, no porque no sepa, o no pueda o no lo cumpla sino que me imagino que así son las reglas o así, que así son” (E1), “el especialista es el que está en Zaragoza, los que tienen especialidad” (E7), “están limitados porque en la clínica no tienen todo lo que necesitan, los aparatos, para darte el tratamiento, y te tienen que mandar a otro lado donde sí está porque en conocimiento sí están pero no lo tienen todo” (E11), “si ocupas algo más él te tiene que mandar a otro hospital en donde están los especialistas, bueno así te dicen que te mandarán a especialidades” (E15)

VIII. DISCUSIÓN

El realizar este proyecto fue un reto, porque no se encuentran estudios previos sobre el tema de investigación, dejando un gran interrogante en cómo son percibidos los especialistas de familia, frente a los pacientes, así como otorgando un campo amplio para la investigación sobre la percepción para mejorar la proyección de la especialidad

Dentro de los estudios realizados solo se encontraron sobre la satisfacción de la relación médico paciente, la cual es una de las categorías de este estudio, así como la atención prestada por los especialistas en familia, siendo esta otra categoría, estas dos las desglosaremos a continuación

En el estudio cuanti-cualitativo y prospectivo *“Construcción del perfil profesional del médico familiar en México”* de la división de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se encontró que la práctica clínica del especialista en familia se caracteriza por la integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales que participan en el proceso salud-enfermedad, para la anticipación al daño con un enfoque preventivo y la continuidad de la atención desde un enfoque sistémico y visión holística.

En contraste esta investigación los pacientes perciben a los médicos familiares como generales por el enfoque de la atención otorgada, siendo esta solo en resolver el padecimiento actual o la patología de base, sin involucrarse en aspectos familiares del paciente y como estos modifican el curso de su enfermedad, dejando completamente olvidados los aspectos psicológicos y sociales que participan en el proceso salud enfermedad y la visión holística tan característica de la especialidad.

El estudio *“Percepción de los pacientes sobre la relación médica”* de la ciudad de Aracaju, Brasil en el 2016, demostró que los pacientes menores de 50 años son los más satisfechos con los servicios de salud, los pacientes de este estudio fueron igual menores de 50 años, pero para la percepción de los pacientes no hubo una buena relación médico paciente ya que en la categoría relación médico paciente de este estudio se encontró perdida en la mayoría de los entrevistados, ya que el medico no muestra interés por el paciente, lo que hace que este no tenga confianza con su médico tratante.

A su vez el estudio *“Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina”* concluyó una relación médico paciente adecuada en el 92.3%, un 6% medianamente adecuada y un 1.8% mala o inadecuada.

Si bien en este estudio no se busca medir la relación médico paciente en porcentajes o grados de satisfacción, al realizar las entrevistas y codificarlas el resultado de esta fue malo desde la percepción del paciente, recalcando el nulo interés de los médicos por estos.

Por otra parte, dentro de las entrevistas realizadas en esta investigación se encontró que la institucionalización de las especialidades ha propiciado que al separar a éstas en médicos familiares y no familiares, se cree una división entre esta y las demás especialidades, dando indirectamente un valor diferente, rezagando a la medicina familiar al punto de llegar a ser filtro para no sobresaturar las demás especialidades.

A su vez por la organización de los recursos, los médicos familiares tienen limitado el número de medicamentos que se pueden otorgar o el tiempo de estudios paraclínicos que se pueden solicitar, lo que da la percepción de que estos necesitan a los demás especialistas para hacerlo, y que no son capaces de resolver los problemas de salud del paciente, si se requiere del apoyo de los especialistas

troncales, cuando por parte del médico familiar se han agotado los recursos médicos y administrativos para el paciente, pero el paciente no lo ve así su percepción solo es que estamos limitados en nuestro hacer clínico

En el estudio descriptivo, transversal y observacional, *“La medicina Familiar como especialidad médica: percepción de otros especialistas”*, de Pascual de la Cruz-Florencio 2016, realizado en el estado de México, la mayoría de los médicos entrevistados no tiene contacto en pregrado con medicina familiar, por lo que pensaba que el médico familiar se dedica a la medicina preventiva y a ninguno de los entrevistados les hubiera gustado especializarse en Medicina Familiar. (De la Cruz et al., 2016)

Así como en el estudio realizado en estado de México, si los otros especialistas no reconocen la especialidad de medicina familiar como tal, a los pacientes recibir consulta por parte de ellos y ser enviados al servicio de medicina familiar, como los otros especialistas no sabe bien las funciones se le otorga un significado de médico general, incluso refiriéndose de dicha forma frente a los pacientes, por lo que estos al acudir a la consulta de la especialidad de familia, ya tienen la idea preconcebida de que están con un médico general

El estudio descriptivo transversal *“Percepción de la población general de nuestra especialidad: ¿están de acuerdo los pacientes con las decisiones diagnósticas y terapéuticas adoptadas por el médico de familia?”*, realizado en España, el 43.6% de los encuestados conocen que se realiza una formación especializada de postgrado (Estrada et al., 2016)

En el presente estudio la mayoría de los pacientes, no tiene una idea de que los médicos familiares, realizan una formación especializada de postgrado, ya que estos tienen la idea de que el médico de familia es solo un médico general, sin más estudios, la cuál es una idea errónea, en la cual han contribuido los especialistas en familia que laboran actualmente, ya que no desarrollan completamente la especialidad desde su enfoque holístico, y biopsicosocial, otorgando solo una

atención centrada en el padecimiento actual y/o la patología de base, lo que es una consulta de medicina general

Al realizar este estudio se buscó mediante la interpretación de la perspectiva de los pacientes, el saber las áreas de oportunidad para proyectar a la especialidad como tal, y no sea percibida como medicina general.

IX. CONCLUSIONES

De los 15 pacientes entrevistados, 13 de estos perciben a sus médicos familiares como médicos generales, esta percepción se debe como se comentó en los resultados a 4 categorías las cuales son “*Conocimiento previo, atención médica, relación médico paciente, organización institucional*”

Se encontró que la mayoría de los médicos no otorgan una atención holística y con enfoque biopsicosocial, como lo demanda la especialidad, limitándose a la consulta centrada en padecimiento actual y/o patología de base, por lo que es comprensible que para los pacientes sean solo médicos generales, ya que la atención recibida se redujo a solo eso. Y para estos un especialista es un médico solo especializado en un área, como lo son los troncales.

Por lo tanto, la relación médico paciente no es la correcta ya que los pacientes percibieron un nulo interés por parte del especialista en familia sobre el entorno social y familiar del paciente, por lo que no se desempeña de una forma correcta el abordaje esperado de la especialidad.

Y Por último la organización institucional, la cual ha marcado una diferencia entre las especialidades de segundo nivel y primer nivel, limitando a esta última en su desarrollo autónomo e independiente, en la toma de decisiones terapéuticas, ya que se ven sujetos a los medicamentos y estudios paraclínicos destinados a este nivel, lo cual hace que ante los pacientes los especialistas de familia tengan un menor valor, e incluso no sean considerados especialistas.

A la vez esta división, se ve reflejada entre los pares especialistas, siendo que los otros especialistas desconocen el perfil del médico de familia, incluso refiriéndose ante los pacientes como médico general al querer derivar con al médico familiar.

X. PROPUESTAS

1. Para cubrir la falta de conocimiento de los pacientes sobre la especialidad de medicina familiar, los médicos familiares durante su consulta tendrán que presentarse como especialistas.
 - a. Al inicio de la consulta, presentarse con nombre y grado académico, explicando las áreas que esta especialidad, por lo tanto, reflejando su importancia y transcendencia.
 - b. Al realizar envíos a otro nivel de atención, hacer énfasis a que se enviará con otro especialista, reflejando igualdad en el lenguaje entre las especialidades.
2. La Relación médico paciente es un área de suma importancia, por lo que se tendrá que fomentar que esta sea buena
 - a. Mostrar interés por los padecimientos de los pacientes, durante la atención otorgada, no solo centrarse en la computadora y/o lo que este en el sistema computacional de las unidades médicas.
 - b. Dar una atención holística característica de la especialidad, ya que de lo contrario es una atención reduccionista a consulta de medicina general.
3. En el área de organización institucional, fomentar los pilares de la especialidad en familia y unificar las especialidades.
 - a. Al igual que en las demás especialidades dividir los horarios de agenda en primera vez y subsecuentes, y otorgando más tiempo de atención a primera vez, para en estas consultas realizar parte de la historia familiar.

- b. Unificando tiempos de atención entre todas las especialidades, para así otorgar la misma calidad en cuanto atención y tiempo.

- c. Unificar los especialistas en una sola como: Médicos Especialistas, ya que todas las especialidades tienen un mismo valor y la categorización actual en la cual está dividido entre médicos familiares y no familiares, crea indirectamente una separación entre la especialidad de familia y las otras especialidades.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- Abril CRO, Cuba FMS. (2013) Introducción a la medicina familiar. Acta Med Per. 30(1): 31-36
- Bamberger L. Health Care and Poverty: (1996) What Are the Dimensions of the Problem from the Community's Point of View? Bull N Y Acad. Med. 42:1140.
- Barajas OA, Ramos RC, Ramos GS, Barajas OZ, Sánchez GJ, Hernández AM, Córdoba VJ. (s/f) Desempeño de las escuelas de medicina en México; resultados de Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Medicas. Salud pública de México; 61 (4) 495-503
- Belarmino LNM; Martins MF, Franco MCA. Aspirações Médicas: (2016) Análise dos Alunos do Internato das Instituições de Ensino Superior do Estado do Pará. Rev bras educ med;40(4):685–693
- Canadian Resident Matching Service. R-1 match interactive data. Ottawa: Canadian Resident Matching Service (CA); (2017)
- Casado V, Planes A, Thomas V, Vázquez JR. (2012) La Medicina de Familia y Comunitaria. Valores y perfil profesionales del médico de familia. En Casado V. et al.
- Casado VV. (2018) La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años Perspectiva mundial y europea. MF;14(2):79-86
- CIFRHS <http://www.cifrhs.salud.gob.mx/>. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Examen Nacional para

Aspirantes a Residencias Médicas [sitio en internet]. Ciudad de México: CIFRHS, 2018. Disponible en: <http://cifrhs.salud.gob.mx/>

Dávila-Torres J, Garza-Sagástegui MG. (2013) Medicina Familiar. 1st Ed. Editorial Alfil.

De la Cruz-Florencio P, Godínez-Tamay ED, Hernández-Miranda MB. (2016) La Medicina Familiar como especialidad médica: percepción de otros especialistas. *Aten Fam.* 23(3):109-112.

Duarte MJ. (2018) Acerca de la necesidad de que los médicos aprendan medicina. *Med Int Méx.* mar;34(2):304-310

Estrada M, Estrada C, Martínez R, Urbano L, Chudacik M, Fernández L. (2016) Percepcion de la población general de nuestra especialidad: ¿están de acuerdo los pacientes con las decisiones diagnósticas y terapéuticas adoptadas por el médico de familia. *REV CLÍN MED FAM* 9(3): 146-15

Flexner A. (1910) *Medical Education in the United States and Canada.* New York: Carnegie Foundation for the advancement of teaching.

Gómez Clavelina FJF, Leyva González FA. (2018) Construcción del perfil profesional del médico familiar en México. *Inv Ed Med.*; 7 (26): 24-34

Gutierrez CC, Naceja JJ, Sanchez MM. (2017) Factores relacionados con la elección de una especialidad en medicina. *Inv Ed Med*; 6 (23): 206-214

Gutiérrez Herrera RF y colaboradores. (s/f) *Manual de Medicina Familiar.* 1st Ed. Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Nuevo León.

- Gutiérrez HR. (2019) La medicina familiar en pregrado: una experiencia gratificante y formadora. *RMF*; 27 (1): 56-60
- Gutiérrez RF, Ordoñez AY, Gómez GC, Ramírez AJ, Méndez EE, Martínez LF. (2019) Análisis sobre elementos de contenido en medicina para la identidad profesional del médico familiar. *Rev. Med La Paz*. 25 (1): 58-67.
- Health Education England. (2017) Facing the facts, shaping the future: a draft health and care workforce strategy for England to 2027. Londres (GB): Department of Health and Social Care.
- Heinze MG, Olmedo CV, Bazán MG, Bernard FN, Guizar SD. (2018) Los médicos especialistas en México. *Gac Med Mex*. 154:342-351
- Irigoyen Coria. (2016) Influencia de los médicos de Tamaulipas en el desarrollo de la Medicina Familiar en México y Latinoamérica
- Kark SL. (1981) *The Practice of Community-Oriented Primary Health Care*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.
- Magallanes Issa AHT, Rocha ADC, Daher IC, Heliodoro BEDM, Berquó Peleja M, García-Zapata MTA. (2016) Medicina de Familia entre estudiantes de Medicina no mundo tropical: una revisión de literatura. *Rev Educ Saúde*.;4(2):117–126.
- Martínez MM. (2006) El enfoque cualitativo. En Martínez MM. *Ciencia y arte de la metodología cualitativa; segunda edición*. México: trillas; p.65-70
- McWhinney I. (1994) *Orígenes de la Medicina de Familia* en McWhinney I. *Medicina de familia*. Barcelona: Mosby/Doyma.

Oviedo GL. (2004) La definición del concepto de percepción en psicología con base a la teoría de Gestalt. Revista de Estudios Sociales. 18 (1): 89-96

Página del Instituto Mexicano del Seguro Social: <https://www.imss.gob.mx/>

Ramos RC. (2008) Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. An Fac med.;69(1):12-6

Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Vol. 1. 2.^a ed. Barcelona: semFYC ediciones. 3-29.

Viana SY, Saares GR, Victoria DB, Manchadi PR, Manchado D. (2020) Percepción de los pacientes sobre su relación con los médicos. Rev. Bioét.;28(2): 332

XII. ANEXOS

X1.1 Hoja de recolección de datos

XI.2 Instrumentos

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN QUERÉTARO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 09
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

No. Entrevista	sexo	edad	escolaridad	Estatus socioeconómico	Paciente recurrente o paciente espontaneo

Entrevista semiestructurada

1. Para usted, ¿Qué es el medico familiar?
2. ¿Qué hace el medico familiar?
3. ¿es un medico general o un especialista? ¿por qué cree eso?
4. ¿hasta que punto puede su medico familiar resolver sus problemas de salud en cada consulta?
5. ¿Cuál cree que sea la importancia del médico familiar?
6. ¿Asiste con usted algún familiar a consulta?
7. ¿Su medico se preocupa por su entorno familiar? ¿le hace preguntas sobre su familiar?

XI.3 Carta de consentimiento informado.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Percepción del paciente sobre el medico familiar
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF 9, Delegación, Querétaro,
Justificación y objetivo del estudio:	Desde antaño el médico familiar es el médico de cabecera encargado de valorar al paciente y su familia, es importante que los pacientes conozcan al profesional de la salud que los atiende por primera vez y subsecuentemente por lo tanto el objetivo de este estudio es que usted nos cuente la experiencia de ser atendido por su médico familiar si sabe o no que es un médico familiar que como el pediatra el ginecólogo también realiza una especialidad médica.
Procedimientos:	Se le realizará a usted una entrevista con una duración de 30 a 40 minutos aproximadamente, en un área privada y tranquila de esta unidad, todo lo que usted diga será tratado de manera confidencial, la información dicha por usted, la será grabada y utilizada únicamente para esta investigación
Posibles riesgos y molestias	Durante la entrevista, usted podría presentar alguna molestia o inconformidad con alguna experiencia o circunstancia que le provoque sentimientos negativos o de tristeza Incomodidad por las preguntas realizadas
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted probablemente no obtenga algún beneficio, pero si aclarará dudas o fortalecerá lo que ya sabe del médico familiar como especialista, para la investigación, permitirá conocer la percepción de usted sobre lo que es el médico familiar.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En el caso de esta investigación usted, no se le otorgara algún tratamiento, pero si toda la información sobre las dudas que tenga sobre lo que es un médico familiar y como participa con la salud.
Participación o retiro:	Su participación en el estudio será voluntaria, anónima y confidencial. Usted está en su derecho de retirarse del estudio investigación en el momento que considere, el retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto, ninguno de sus derechos para recibir atención en el instituto será alterados.
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial, solo contando con la información los investigadores y siendo guardada y encriptado con un programa de computadora para que en caso de ser robado el dispositivo electrónico nadie pueda ingresar a esta información
Disponibilidad de tratamiento derechohabientes (si aplica):	médico en No aplica
Beneficios al término del estudio:	La riqueza sobre la interpretación de los datos obtenidos
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dr. Omar Rangel Villicaña Especialista en Medicina Familiar Director clínico de tesis Celular: 4423725399 Correo electrónico: hobbitt2000@gmail.com UMF 9
Colaboradores:	Ortiz Baltazar Guadalupe Karen Residente de Medicina Familiar Celular:4432610754 Correo electrónico: karen_orba93@hotmail.com UMF 9
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: comité local de ética de investigación en salud del UIESS Qro. Ignacio Zaragoza esq. 5 de febrero, colonia centro Querétaro Qro. CP76000 teléfono 44221123 extensión 51150/51113, correo electrónico: prishila.reyes@imss.gob.mx	

Nombre y firma del participante:	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo:	Testigo:

Clave: 2810-009-013