

Aptitud clínica del médico familiar en los principales motivos de consulta y temas prioritarios de la atención primaria

Ariadna Moreno Segura,* Víctor Omar Frías Navarro,**
 Donovan Casas Patiño,*** Alejandra Rodríguez Torres****,*****

RESUMEN

Introducción: La aptitud clínica es un camino hacia la integración del conocimiento para la resolución de un problema clínico. Actualmente, en el primer nivel de atención médica, se está invirtiendo en la mejora de la medicina familiar, porque se reconoce que hay una necesidad global de que los médicos familiares sean la piedra angular de los sistemas de salud, por lo que valorar la aptitud clínica de este grupo de especialistas nos brindará un indicador apegado hacia el razonamiento clínico de cada especialista, con la consecuente mejora en la atención médica. **Objetivo:** Evaluar la aptitud clínica del médico familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar (HGZ MF) 2 de Irapuato, Guanajuato, en los principales motivos de consulta y temas prioritarios de la atención primaria, utilizando el instrumento ORIENTAE-MF. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional y de corte transversal, realizado a médicos familiares adscritos al HGZ MF 2, para determinar grado de aptitud clínica, utilizando ORIENTAE-MF (Casas et al. 2014), instrumento autoaplicable con validez teórica y de contenido con índice de confiabilidad de Kuder-Richardson de 0.91, consta de 100 reactivos y utiliza escala ordinal para determinar los niveles de aptitud clínica: muy alta (100-89), alta (88-80), media (79-67), baja (66-54), muy baja (53-34), y por azar (33-0). **Resultados:** Se realizó el estudio en 47 médicos familiares, de los cuales se eliminó uno por cuestionario incompleto. De los 46 restantes, se obtuvo un promedio general de la prueba de 74 ± 10 puntos. El indicador con mayor puntaje fue el clínico-diagnóstico (84 puntos) y con menor puntaje el de estudios paraclínicos (61 puntos). Los grados de aptitud clínica obtenidos fueron: por azar 11%, muy baja 48%, baja 28% y media 13%. Al comparar años de antigüedad y grado de aptitud clínica no se encontró significancia estadística ($p = 0.06$ Kruskal-Wallis). Al comparar turno laboral y aptitud clínica no se encontró significancia estadística ($p = 0.15$ U de

ABSTRACT

Introduction: The clinical aptitude is a way towards knowledge integration to solve a clinical problem. Currently, in the first level of care, it is investing in the improvement of family medicine, because it is recognized that there is a global need that the family physicians are the bedrock of health systems, so evaluate clinical aptitude of this group of specialists will provide us a clinical reasoning attached to each specialist, and consequently improve in medical care indicator. **Objective:** To evaluate clinical aptitude of the family physician in Hospital General de Zona con Medicina Familiar (HGZ MF) 2 Irapuato, Guanajuato, in the main reasons for consultation and priority areas of primary care, using the ORIENTAE-MF instrument. **Material and methods:** With descriptive, observational, cross-sectional design, was made study in family physicians assigned to HGZ MF 2, to determine the degree of clinical aptitude, using ORIENTAE-MF (Casas et al. 2014), an instrument self applicable with construct and content validity with index Kuder-Richardson trustworthiness of 0.91, consists of 100 items and ordinal scale used to determine levels of clinical aptitude: very high (100-89), high (88-80), medium (79-67), low (66-54), very low (53-34), and by chance (33-0). **Results:** The study was conducted in 47 family physicians, of which one was eliminated for incomplete questionnaire. Of the remaining 46, an overall average test 74 ± 10 points was obtained. The highest indicator was the clinical diagnosis (84 points) and the lowest was the paraclinical studies (61 points). Clinical aptitude grades obtained were: by chance 11%, very low 48%, low 28% and medium 13%. Comparing years old and degree of clinical aptitude no statistical significance ($p = 0.06$ Kruskal-Wallis) was found. When comparing clinical aptitude and workshift no statistical significance was found ($p = 0.15$ Mann-Whitney). **Conclusion:** The degree of clinical aptitude more frequently in family physicians HGZ MF 2

* HGZ MF 2 Irapuato, IMSS, Gto., México.

** UMAE 1, Hospital de Especialidades CMN Bajío, León, IMSS, Gto., México.

*** Centro Universitario Amecameca de la Universidad Autónoma del Estado de México.

**** UMF 73 Amecameca, Estado de México Oriente, IMSS, Méx., México.

Mann-Whitney). **Conclusión:** El grado de aptitud clínica de mayor frecuencia en los médicos familiares del HGZ MF 2 de Irapuato, Guanajuato, en los principales motivos de consulta y temas prioritarios de la atención primaria utilizando el instrumento ORIENTAE-MF fue muy baja (48%), lo que refleja ausencia de una práctica reflexiva e integradora, respecto a los problemas de salud básica.

Palabras clave: Aptitud clínica, médico familiar, atención primaria a la salud, temas prioritarios en salud.

INTRODUCCIÓN

Aptitud clínica. La aptitud clínica debe definirse como la capacidad para afrontar y resolver problemas clínicos, a partir de la identificación de signos y síntomas, con el uso de recursos diagnósticos y terapéuticos, así como la observación de las conductas iatrogénicas por omisión y por comisión.¹⁻⁵

Debe entenderse además, como una habilidad que el médico desarrolla mediante su experiencia al confrontarse con las diversas situaciones problematizadas que la práctica clínica le ofrece. La aptitud clínica expresa entonces una habilidad del médico para la resolución de un problema clínico, y ella estará en función del grado de conocimiento que se logre de dicho problema. Se refiere al mayor o menor dominio del médico para identificar situaciones problemáticas de su experiencia de variable complejidad, donde debe discriminar y optar entre alternativas de interpretación, de decisión o de acción: diferenciar las apropiadas, oportunas, útiles o beneficiosas de las inapropiadas, extemporáneas, precipitadas, inútiles o perjudiciales. En todas estas situaciones clínicas reales pone en juego su propio criterio. Bajo la perspectiva de la aptitud clínica, se distinguen cuatro enfoques a través de los cuales el clínico puede refinar y potenciar los efectos favorables de sus intervenciones: la enfermedad, el padecimiento, la calidad de vida y la iatropatogenia.⁶

Por lo tanto, representa un indicador cuantitativo más apegado a la objetividad de la evaluación médica. Las aptitudes son formas de experiencia en desarrollo, por ende, nunca están plenamente desarrolladas, lo que las convierte en incompletas, con una capacidad latente que fue aprendida e influida por diversas variables como la cantidad de educación académica, entorno social, etcétera; por eso, la aptitud clínica es un patrón de vida constante para cada médico en superación cognitiva. Siendo el desarrollo de la aptitud clínica la clave del desarrollo profesional de todo médico o especialista.

Para fines de este estudio, los componentes de la aptitud clínica son:⁷

- Habilidad para reconocer factores de riesgo, indicios clínicos de gravedad y pronóstico del padecer del enfermo.
- Habilidad en la apropiada selección e interpretación de los exámenes de laboratorio y gabinete.

Irapuato, Guanajuato, in the main reasons for consultation and priority areas of primary care using the ORIENTAE-MF instrument was very low (48%), reflecting the absence of a reflective and inclusive practice.

Key words: Clinical aptitude, family physician, primary health care, priority areas of primary care.

- Habilidad para seleccionar entre distintas posibilidades diagnósticas y terapéuticas.
- Habilidad para efectuar acciones preventivas terapéuticas encaminadas a conservar o recuperar la salud.
- Habilidad para seleccionar lo procedente (beneficios) de lo improcedente (riesgos).
- Disposición para propiciar la interconsulta apropiada con otros colegas.

Educación tradicional versus educación participativa en el desarrollo de la aptitud clínica del médico familiar. En la educación tradicional, el papel fundamental en el proceso educativo lo desempeña el maestro, y como depositario del saber habrá de transmitir sus conocimientos a los educandos. Éstos se conciben como «mentes vacías» en espera de ser ocupadas por los conocimientos. Como consecuencia de lo anterior es que los esfuerzos de superación han de dirigirse a la enseñanza –no al aprendizaje– y a desarrollar en el profesor la capacidad de transmitir la información, y en el alumno la capacidad para retenerla. La educación participativa, por el contrario, ubica al alumno en el papel protagónico del proceso educativo; por lo mismo, el énfasis recae en el aprendizaje y en el desarrollo de capacidades para promover y orientar la participación y la crítica por parte del profesor, y en el alumno las capacidades para buscar, seleccionar, aplicar, generar y criticar la información.⁸⁻¹¹

Para profundizar en la aptitud clínica, en la visión participativa de la educación se propone no consumir la información, sino elaborarla y transformarla; la información debe surgir básicamente de la experiencia y de la reflexión sobre ésta. La participación apela a la motivación, iniciativa e inventiva del educando, por lo que éste se convierte en el protagonista de su propio proceso educativo; podemos decir que, en la elaboración del conocimiento, participación equivale a protagonismo. Con la participación se propone desarrollar la capacidad del aprendizaje autónomo del educando, mediada por la crítica y el dominio de métodos para elaborar el conocimiento, y en donde la discusión grupal tenga un lugar preponderante.¹²

La educación participativa en la formación médica, inicia en los espacios parainstitucionales y se extiende a los espacios institucionales, donde los médicos en formación integran la teoría y la práctica.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como centro formador y capacitador de personal para la atención en salud, ha desarrollado propuestas educativas hacia una educación participativa, a través de procedimientos metodológicos como la lectura crítica y el desarrollo de la aptitud clínica.

Está ampliamente reconocido que la formación obtenida por el programa de formación médica especializada mediante el sistema de residencia, tiene una gran calificación y ha mejorado la calidad asistencial de los hospitales. Durante la residencia los médicos familiares adquieren los conocimientos, habilidades y hábitos que van a marcar su actividad profesional en el futuro, el denominado *habitus medicus*.

Hay que recordar que el propósito fundamental de la medicina familiar es generar conocimientos que permitan contribuir a la mejor comprensión y utilización de los recursos propios de la disciplina, su perfil asistencial, así como influir en los entornos biológico, psicológico y social en relación con el proceso salud-enfermedad. Ser parte de la premisa de que la aptitud clínica tiene múltiples matices, diferentes grados de dominio y refinamiento, ya que representa un camino de superación inacabable.

El médico familiar como partícipe de su formación en el desarrollo de la aptitud clínica. El médico familiar, en su práctica médica del primer nivel de atención a la salud, atiende en general a los pacientes con las enfermedades más comunes. Al igual que en otras especialidades, su formación médica de pregrado y de postgrado se ha basado predominantemente en una educación pasivo receptiva consistente en clases teóricas y prácticas controladas. Tiene sus experiencias prácticas con frecuencia en hospitales donde el tipo de enfermos y el enfoque de su tratamiento son muy diferentes a lo que encontrará posteriormente en su práctica clínica primaria. Las deficiencias en conocimiento que pueda tener el médico familiar durante su formación inicial podrían subsanarse mediante una educación médica continua adecuada. Para ello, el médico deberá realizar:¹³

1. Un análisis constante de la literatura médica respecto de esas enfermedades comunes y una confrontación de la misma con la práctica clínica.
2. Una discusión crítica con los demás médicos, especialmente sobre la prevención, diagnóstico, tratamiento o pronóstico de un paciente con base en las evidencias clínicas, la información de la literatura y la experiencia de cada uno de los participantes.
3. Actividades de investigación clínica, con una revisión sistemática y consistencia metodológica de estudios transversales (encuestas) o estudios longitudinales. Buena parte de las actividades cotidianas son susceptibles de ser recuperadas para realizar investigación.

Sin embargo, la realidad para la mitad de los médicos familiares es muy diferente. Las unidades médi-

cas donde laboran tienen el propósito predominante de dar respuesta a la demanda de servicios. La estructura y el funcionamiento de estas unidades no los estimula, en cambio, les dificulta en gran medida la realización de las actividades básicas para el desarrollo de una aptitud clínica. Las pocas actividades académicas corresponden al tipo clásico de la enseñanza teórica pasivo-receptiva y la norma para su actualización es de tipo vertical mediante una orden o mandato. En cuanto a la falta de una aptitud clínica alta del médico, para el manejo de las patologías más comunes y su prevención, señalaremos que en el ambiente laboral del médico familiar se reconocen factores culturales, sociales, antropológicos y hasta de tipo comercial, que en cierto grado convierten al médico en un expendedor de recetas. Los médicos trabajan con una alta demanda de atención a pacientes, escasez de recursos y exceso de trámites burocráticos.

Este ambiente no propicia el interés de los médicos familiares por participar en actividades educativas y de investigación. En consecuencia, toda la riqueza de la práctica clínica no se documenta. Así, el modelo educativo de formación y educación continua debe propiciar la participación de los médicos familiares, reconocida ésta como una forma de que se conviertan en protagonistas de la elaboración de su conocimiento.¹⁴ Lo que posteriormente, aunado a un proceso reflexivo, los llevará al desarrollo de la aptitud clínica, que será reflejada en una mejor atención y una mayor resolución de los problemas de salud más frecuentes.

Evaluación de la aptitud clínica de los médicos en México. En nuestro país la formación de médicos se realiza de manera descontextualizada de los procesos socioculturales y de los intereses de los alumnos. Esta formación fomenta escasamente el sentido de la práctica médica en éstos, lo cual pone de manifiesto una educación que habitualmente privilegia la enseñanza más que el aprendizaje, la teoría más que la práctica, además de una visión biológico-lesional del proceso de salud-enfermedad, enfocada en la enfermedad orgánica y sus síntomas más que en el padecer de la persona y las causales psicosociales. Dicho panorama permite vislumbrar un enfoque en la educación de tipo tradicional, el cual se reproduce cotidianamente en la gran cantidad de estrategias educativas que se desarrollan en los cursos de especialización de los médicos y que suelen estar apegados a técnicas expositivas. Esto genera una enorme inversión en recursos que no se refleja en la calidad de la atención ni tampoco en la solución de los problemas que con mayor frecuencia aquejan a los pacientes. Tal panorama se aprecia en la formación de los médicos familiares y posteriormente en su ejercicio clínico.¹⁵⁻²⁰

Durante los últimos años, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, la formación del médico familiar se ha orientado hacia la superación ya que, ante la

falta de resolución de problemas clínicos durante la práctica médica surge como alternativa una mirada distinta de la educación: la estrategia educativa promotora de la participación (EEPP), que propone desarrollar en el alumno habilidades para la reflexión, la crítica y la autocrítica de su quehacer clínico cotidiano («lo que hace» y «cómo lo hace») que le permitan reconocer los factores que obstaculizan o facilitan su ejercicio médico y que lo impulsen a cuestionar e indagar las fuentes de información necesarias para tomar las decisiones más pertinentes y adecuadas que influyan positivamente en la salud del paciente.²¹

La evaluación está estrechamente vinculada a un nivel de calidad. Términos como evaluación y calidad son constantes al hablar de procesos educativos, perfeccionamiento de planes de estudio, procesos acreditativos y acreditación docente. Generalmente, en todas las instituciones universitarias se habla de evaluación no como una moda en la que hay que incorporarse sino como un instrumento necesario en el desarrollo de sus políticas universitarias. Existe en la actualidad un consenso general de evaluar y acreditar los centros universitarios y los programas de la educación superior que se aplican como una manera efectiva de evaluar su calidad.

Para que la evaluación cumpla su papel debe orientarse a identificar aquellos indicadores más representativos y significativos del proceso educativo de que se trate. Y la elección de los indicadores apropiados resulta ser una cuestión compleja, ya que depende de qué es lo que se quiera evaluar y de la concepción que se tenga de la educación.

De la aptitud clínica, interesa valorar la habilidad para tomar decisiones clínicas convenientes, lo que incluye mirar las alteraciones del estado del paciente producidas por el médico. Sopesar los riesgos que potencial y efectivamente dañan al paciente en el proceso de atención, además de estimar el balance entre riesgos y beneficios, denominamos a esto iatropatogenia, entendiéndola como el efecto desfavorable a la salud de los pacientes provocado por la atención médica, sea por omisión o por comisión, de las decisiones relacionadas con el diagnóstico o tratamiento que trae como consecuencia daños claros o potenciales a la salud del paciente.

La evaluación de los médicos en nuestro país se ha hecho tradicionalmente de manera estereotipada, orientada a la memoria y muchas veces con preguntas inconexas con la práctica clínica. La intención de evaluar al médico familiar es apreciar y ver cómo lleva a cabo su práctica clínica y analizar las decisiones que toma en determinadas situaciones clínicas; es fundamental evaluar la aptitud clínica determinada por el tipo de formación al que estuvo expuesto el médico, la experiencia en la práctica clínica que tenga y el ambiente laboral en el que se desenvuelve.

Si bien es difícil escudriñar todos los componentes del quehacer clínico, el desafío es buscar indicios que aporten una visión de los acontecimientos de la

praxis médica; una forma de aproximación serían los instrumentos sistematizados. Los instrumentos de evaluación utilizados (exámenes de opción múltiple o el examen clínico objetivo estructurado) que evalúan mediante casos simulados, exploran el recuerdo, fragmentan la actuación médica y propician el conocimiento atomizado, desvinculados del quehacer clínico cotidiano. Los estudios bajo esta orientación han mostrado una fuerte relación con el recuerdo y la ausencia de vinculación teórico-práctica.

Atención primaria en salud: principales motivos de consulta (IMSS) y temas prioritarios en salud (OMS). La atención primaria puede ser definida como la provisión de servicios de salud integrales y accesibles otorgados por profesionales clínicos de la salud, quienes son responsables de abordar una gran mayoría de necesidades de salud individuales y de construir una colaboración permanente con sus pacientes y proveer sus servicios en el contexto de la familia y la comunidad.

Son características de la atención primaria, ser de primer contacto (accesibilidad), longitudinal (enfocada en la prevención, curación y rehabilitación, durante el tiempo que sea necesario para resolver el problema de salud), centrada en los pacientes, comprensiva (atiende los valores morales y culturales) y coordinada (incluye la comunicación con atención secundaria hospitalaria y terciaria de alta especialidad).

La demanda de servicios de salud de la población mexicana se concentra en la atención primaria; en el caso del IMSS se cuenta con una estimación de la población cubierta con el indicador: población adscrita a médico de familia. En el año 2008, ésta ascendía a casi 37 millones de derechohabientes. La cobertura del IMSS se desprende de la fórmula: (población adscrita a médico de familia) / (población estimada de derechohabientes) × 100 = 75%. Esto es, tres de cada cuatro derechohabientes están efectivamente en contacto con los servicios de salud del IMSS.²²

La relevancia del IMSS como organismo prestador de servicios de salud es inobjetable. Es la institución pública con mayor responsabilidad en la atención a la salud de la población mexicana en el ámbito metropolitano. Su cobertura en las áreas urbanas del país descifra una realidad epidemiológica particular, pues atiende a una población trabajadora con mayor nivel educativo y acceso a más servicios públicos que la población de áreas rurales. Describir el perfil de salud de los derechohabientes del IMSS en las unidades de medicina familiar muestra cuáles son las principales razones de demanda de servicios en ese nivel y permite guiar mejor las capacidades preventivas, diagnósticas y terapéuticas para elevar la calidad de la atención que se brinda.

La naturaleza protectora de la institución es visible en los grupos que demandan la mayor cantidad de servicios: las mujeres de 20 a 59 años concentran 38% del total de consultas, seguidas por los adultos mayores (22%), los hombres de 20 a 59 años (17%)

y los menores de 10 años (15%). El espectro de los motivos de consulta que ocupan los primeros lugares es heterogéneo en su naturaleza y engloba desde padecimientos crónicos, infectocontagiosos y control prenatal, hasta problemas de salud mental.²³

En el Hospital General de Zona con Medicina Familiar (HGZ MF) 2 de Irapuato, Guanajuato, durante el 2015 los principales motivos de consulta de medicina familiar fueron los siguientes: hipertensión arterial esencial, diabetes mellitus tipo 2, supervisión de embarazo normal, infecciones agudas de vías respiratorias agudas, lumbalgia, trastorno de ansiedad y depresión, dislipidemias, infección de vías urinarias, enfermedad renal crónica y gonartrosis.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud ha convocado a todos los países a la mejora de la calidad de la atención, entendiéndose esta mejora como todo proceso o herramienta dirigida a reducir la brecha a nivel sistémico y organizacional bajo los principios básicos de la calidad, que incluyen la atención centrada en la persona, la mejora continua de los procesos y la seguridad del paciente como prioridades para el fortalecimiento de los sistemas de salud. Haciendo énfasis en la atención a los temas prioritarios en salud que son los siguientes: 1. cáncer cervicouterino, 2. cáncer de mama, 3. diabetes mellitus, 4. hipertensión arterial sistémica y 5. embarazo, parto y puerperio.

La medicina familiar es el pilar de la atención a la salud en el IMSS y la puerta de entrada para los derechohabientes. Es por ello que la aptitud clínica de dichos especialistas en los principales motivos de consulta y temas prioritarios de la atención primaria es tan importante, así como la evaluación de la misma, con la identificación de áreas de oportunidad que nos permitan realizar intervenciones con la consecuente mejora en la atención médica y seguimiento de los problemas de salud del derechohabiente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal a médicos familiares adscritos al HGZ MF 2 de Irapuato, Guanajuato, para determinar el grado de aptitud clínica que presentan frente a los principales motivos de consulta y temas prioritarios de la atención primaria, utilizando el instrumento ORIENTAE-MF, desarrollado por Casas y colaboradores en 2014, quienes elaboraron los reactivos o ítems, basados en 100 casos clínicos reales de primer nivel de atención con base en las Guías de Práctica Clínica para cada patología a evaluar, formando un banco extenso de más de 1,100 ítems, de los cuales se derivan los 19 apartados (enfermedad diarreica aguda, infecciones de vías respiratorias agudas, lumbalgia, trastorno depresivo en el adulto, hipertensión arterial, síndrome metabólico, fiebre por dengue, osteoartritis de rodilla, obesidad, asma en mayores de 18 años, control prenatal con enfoque de riesgo, tuberculosis pulmonar, cáncer cervicouterino, cáncer

de mama, diabetes mellitus, influenza H1N1, infección por virus de chikungunya, infección de vías urinarias, enfermedad renal crónica), los que a su vez evalúan cinco indicadores de aptitud clínica (clínico diagnóstico, de estudios paraclínicos, de omisión iatrogénica, de comisión iatrogénica y de uso de recursos).

El instrumento cuenta con validez teórica y de contenido con un índice de confiabilidad Kuder-Richardson de 0.91; es de tipo verdadero, falso o no lo sé, una respuesta correcta suma un punto, una respuesta incorrecta resta un punto, y una respuesta no lo sé es igual a cero, la calificación se obtiene restando las respuestas correctas de las incorrectas; utiliza una escala ordinal para determinar los niveles de aptitud clínica de la siguiente manera: muy alta (100-89), alta (88-80), media (79-67), baja (66-54), muy baja (53-34), y por azar (33-0). El muestreo fue a conveniencia, siendo este el total de los médicos familiares adscritos a la consulta externa de primer nivel del HGZ MF 2 de Irapuato, Guanajuato, que aceptaran participar en el estudio. Se excluyeron a los médicos familiares adscritos al HGZ MF 2 que no se encontraran laborando el día de la aplicación del instrumento. Y se eliminaron los cuestionarios con más del 20% de respuestas incompletas. Una vez que se contó con el total de los instrumentos contestados, se procedió a vaciar la información en una hoja de datos de SPSS 20 para Windows para el análisis estadístico final.

RESULTADOS

El instrumento autoaplicable, previa firma del consentimiento informado, se aplicó al grupo de estudio que constó de 47 médicos familiares, correspondiente al 92% de la población total. Se realizó análisis con estadística descriptiva y no paramétrica con las fórmulas U de Mann-Whitney para estimar las diferencias entre turno laboral y aptitud clínica, y Kruskal-Wallis para estimar las diferencias entre años de antigüedad (estratificado) y aptitud clínica.

Se evaluó a la muestra por género, turno laboral, grupo de edad y años de antigüedad, obteniendo los siguientes resultados en una escala de 0-100 puntos, un promedio general por género de 46 ± 11 puntos para el masculino y 53 ± 14 puntos para el femenino; por turno de 49 ± 13 puntos para el matutino y 53 ± 14 puntos para el vespertino; por grupo de edad, la mayor parte de la muestra (52%) se encontró en el grupo de 30-39 años de edad donde se obtuvo un puntaje de 57 ± 13 , siendo este, a su vez, el más alto; por antigüedad, la mayor parte de la muestra (33%) se encontró en el grupo de 0-5 años, donde se obtuvo un puntaje de 57 ± 15 , sin embargo el mejor puntaje 58 ± 8.3 , se obtuvo en el grupo de 6-10 años de antigüedad (17%) (*Cuadro 1*).

Se evaluaron por separado los 19 apartados, en una escala de 0-100 puntos, encontrando un puntaje promedio general de 74 ± 10 , los puntajes más altos (> 80 puntos) se encontraron en cinco apartados: en-

fermedad diarreica aguda (93 puntos), infección de vías respiratorias (87 puntos), lumbalgia (86 puntos), trastorno depresivo en el adulto (84 puntos), hipertensión arterial (83 puntos); y los puntajes más bajos (< 70 puntos) en siete apartados: cáncer de mama (55 puntos), infección de vías urinarias (59 puntos), enfermedad renal crónica (59 puntos), infección por virus de chikungunya (65 puntos), influenza H1N1 (67 puntos), diabetes mellitus (68 puntos) y cáncer cervicouterino (69 puntos) (*Cuadro II*).

Se evaluaron los cinco indicadores de aptitud clínica, encontrándose el puntaje más alto en el indicador clínico-diagnóstico (84 puntos), seguido de los indicadores de comisión y omisión iatrogénica (77 y 73 puntos respectivamente) y encontrándose el puntaje más bajo (61 puntos) en el de estudios paraclínicos (*Cuadro III*).

Los grados de aptitud clínica obtenidos en el estudio fueron los siguientes: por azar 11%, muy baja 48%, baja 28% y media 13%; no se encontró ningún participante en los grados de aptitud clínica alta y muy alta (*Cuadro IV*).

Al comparar años de antigüedad y grado de aptitud clínica no se encontró significancia estadística ($p = 0.06$ Kruskal-Wallis). Al comparar turno laboral y aptitud clínica no se encontró significancia estadística (U de Mann-Whitney $p = 0.15$).

DISCUSIÓN

La medicina familiar es un pilar de la atención primaria en nuestro país, particularmente en el IMSS, ac-

Cuadro I. Distribución de promedios obtenidos por variables de estudio.

	Promedio	±	DE
Grupo de edad			
Menos de 30 años	59	±	0
30-39 años	57	±	13
40-49 años	43	±	9.4
50-59 años	46	±	11
60 o más años	24	±	0
Género			
Masculino	46	±	11
Femenino	53	±	14
Turno laboral			
Matutino	49	±	13
Vespertino	53	±	14
Años de antigüedad			
0-5 años	57	±	15
6-10 años	58	±	8.3
11-15 años	47	±	15
16-20 años	40	±	12
21-25 años	47	±	11
26 o más años	42	±	0

Fuente: ORIENTAE-MF.

tualmente se está realizando una enorme inversión de recursos para la formación de dichos especialistas, sin embargo, esto no se refleja en la calidad de la atención ni tampoco en la solución de los problemas que con mayor frecuencia aquejan a los pacientes. El médico familiar, debe ser capaz de brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia, haciendo énfasis en los principales motivos de su consulta diaria, así como en los temas prioritarios en salud de la OMS. Esto hace importante la eva-

Cuadro II. Distribución de promedios por apartados.

Apartado	Promedio	±	DE
Enfermedad diarreica aguda	93	±	5
Infección de vías respiratorias	87	±	12
Lumbalgia	86	±	20
Trastorno depresivo en el adulto	84	±	13
Hipertensión arterial	83	±	20
Síndrome metabólico	79	±	13
Fiebre por dengue	79	±	26
Osteoartritis de rodilla	77	±	25
Obesidad	75	±	24
Asma en mayores de 18 años	73	±	27
Control prenatal con enfoque de riesgo	72	±	33
Tuberculosis pulmonar	70	±	14
Cáncer cervicouterino	69	±	20
Diabetes mellitus	68	±	11
Influenza H1N1	67	±	33
Chikungunya	65	±	25
Infección de vías urinarias	59	±	38
Enfermedad renal crónica	59	±	29
Cáncer de mama	55	±	28
Promedio general	74	±	10

Fuente: ORIENTAE-MF.

Cuadro III. Distribución de promedios por indicadores.

Indicador	Promedio	±	DE
Clínico-diagnóstico	84	±	8.9
Comisión iatrogénica	77	±	8.9
Omisión iatrogénica	73	±	11
Uso de recursos	72	±	8.3
Estudios paraclínicos	61	±	15

Fuente: ORIENTAE-MF.

Cuadro IV. Grados de aptitud clínica obtenidos.

Grado de aptitud	Escala de evaluación	Total	%
Azar	0 - 33	5	11
Muy baja	34 - 53	22	48
Baja	54 - 66	13	28
Media	67 - 79	6	13
Alta	80 - 88	0	0
Muy alta	89 - 100	0	0

Fuente: ORIENTAE-MF.

luación de la aptitud clínica de dichos especialistas, con la finalidad de dar respuesta a las demandas de la población.^{1,8,14}

En este estudio se evaluó la aptitud clínica de los médicos familiares respecto a los principales motivos de consulta y temas prioritarios de la atención primaria, con la finalidad de encontrar áreas de oportunidad para la mejora en la atención médica del médico familiar, éstas fueron identificadas en los apartados con los puntajes más bajos, siendo de mayor importancia los de diabetes mellitus, cáncer cervicouterino y cáncer de mama, ya que son temas prioritarios de la atención primaria.

En cuanto a los indicadores evaluados, en general, no existe problema para el diagnóstico clínico, manejo y uso de recursos terapéuticos de las patologías más comunes del primer nivel de atención; sin embargo, existe gran deficiencia en el uso de recursos diagnósticos, como son los estudios paraclínicos. Además, cabe señalar que las conductas por omisión y comisión iatrogénica se encuentran con puntajes por arriba de la media, lo que indica que el médico familiar desconoce las acciones indispensables para la mejoría del paciente durante el proceso de salud-enfermedad; esto puede mejorarse haciendo una mayor difusión de las Guías de Práctica Clínica, entre otras opciones.^{7,12,16}

Para finalizar, se encontró que la aptitud clínica es muy baja y baja, sin encontrar significancia estadística al relacionar la aptitud clínica con los años de servicio en el IMSS o el turno laboral del médico. El desarrollo y perfeccionamiento de la aptitud clínica debe ser prioritario tanto de manera personal como de manera institucional con la finalidad de otorgar un manejo integral al paciente que se verá reflejado en atención médica oportuna y de calidad.

CONCLUSIÓN

La aptitud clínica es una herramienta real de diagnóstico evaluativo para recursos humanos para la salud, es así que dentro de sus esferas evaluativas encontramos que el personal en salud requiere una

capacitación constante respecto a los motivos de consulta más comunes de nuestro colectivo, y no sólo conformarse con la formación de origen de la especialidad, es así que se requiere replantear nuevas opciones de capacitación al personal en salud, las cuales tendrán que ser motivo ya de planeación operativa real, a través de una evaluación de este tipo para demostrar las necesidades del personal, y dejar a un lado las brillantes ideas del jefe superior que motiva a capacitaciones de interés personal, es así que con este instrumento aplicado el ORIENTAE-MF, puede ser herramienta útil para diagnosticar de manera rápida y eficiente a nuestro personal a cargo, para organizar y reorganizar la capacitación médica requerida, con base en un diagnóstico apegado a la realidad y la necesidad operativa.

BIBLIOGRAFÍA

- Casas D, Rodríguez A, Tapia E, Camacho E, Rodríguez R. Aptitud clínica en médicos familiares apegada a guías de práctica clínica, *Rev Med Inv*, 2014; 2 (2): 100-106.
- Ramírez-Paulín J. Evaluación de la aptitud clínica del médico en atención primaria de la Secretaría de Salud de la ciudad de Querétaro, en el manejo del paciente diabético tipo 2 con nefropatía temprana [Tesis Maestría]. México: Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro; 2010.
- Dorado-Gaspar MP, Loria-Castellanos J, Guerrero-Martínez MB. Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de medicina familiar, *Arch Med Fam*, 2006; 8 (3): 169-174.
- Gómez-López VM, García-Ruiz ME, Barrientos-Guerrero C. Diabetes mellitus: aptitud clínica del médico de atención primaria, *Educ Méd*, 2006; 9 (1): 35-39.
- López-Portillo A, Nava-Ayala FA, Barrientos-Juárez A, Palacios-Bonilla M. Relación entre formación del docente y desarrollo de aptitud clínica en alumnos de Medicina Familiar, *Inv Ed Med*, 2014; 3 (11): 131-138.
- Baeza-Flores E, Leyva-González FA, Aguilar-Mejía E. Aptitud para la lectura crítica de trabajos de investigación clínica en residentes de cirugía general, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2004; 42 (3): 189-192.
- García-Mangas JA, Viniestra-Velázquez L. Evaluación de la aptitud clínica en residentes de medicina familiar, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2003; 41 (6): 487-494.
- Soler-Huerta E, Sabido-Sighler C, Sainz-Vázquez L, Mendoza-Sánchez H, Gil-Alfaro I, González-Solís R. Confiabilidad de un instrumento para evaluar la aptitud clínica en residentes de medicina familiar, *Arch Med Fam*, 2005; 7 (1): 14-17.
- Cobos-Aguilar H, Insfrán-Sánchez MD, Pérez-Cortés P, Elizaldí-Lozano NE, Hernández-Dávila E, Barrera-Monita J. Aptitud clínica durante el internado de pregrado en hospitales generales, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2004; 42 (6): 469-476.
- Viniestra-Velázquez L. Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2006; 44 (1): 47-59.
- Gómez-López V, Rosales-Gracia S, Ramírez-Martínez JE, García-Galaviz JL, Saldaña-Cedillo S, Peña-Maldonado AA. Evaluación de la aptitud clínica al egreso de la Licenciatura de Medicina, *Educ Med Super*, 2010; 24 (2): 240-248.

12. Martínez-Vargas G. Aptitud clínica de residentes de primer año en la especialidad de medicina familiar [Tesis]. Región Veracruz, México: Universidad Veracruzana; 2009.
13. Cabrera-Pivaral CE, Chávez SA, González-Reyes HF, Cortés-Sanabria L. Valoración global de la aptitud clínica de médicos familiares en el manejo de la diabetes mellitus con nefropatía inicial, *Rev Invest Clín*, 2005; 57 (5): 685-690.
14. Chávez-Aguilar V, Aguilar-Mejía E. Aptitud clínica en el manejo de la familia, en residentes de medicina familiar, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2002; 40 (6): 477-481.
15. Reyes-Ruiz ME, García-Mangas JA, Pérez-Ilagor VM. Alcance de dos estrategias educativas para desarrollar la aptitud clínica del médico familiar, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2014; 52 (4): 474-479.
16. Gómez-López VM, Rosales-Gracia S, Ramírez-Martínez J, Peña-Maldonado A, García-Galaviz JL, Saldaña-Cedillo S. Aptitud clínica. Estudio comparativo entre dos generaciones consecutivas al egreso de la carrera de medicina, *Arch Med Fam*, 2010; 12 (1): 33-38.
17. Cabrera-Pivaral CE, Rodríguez-Pérez I, González-Pérez G, Ocampo-Barríos P, Amaya-López C. Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar en unidades de medicina familiar de Guadalajara, México, *Salud Mental*, 2006; 29 (4): 40-46.
18. Chávez-Aguilar V. Especialización en medicina familiar, modalidad semipresencial en el IMSS, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2005; 43 (2): 175-180.
19. Loría-Castellanos J, Rivera-Ibarra DB. Aptitudes clínicas de residentes de urgencias médicas en el manejo de patología traumática, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2005; 43 (1): 17-24.
20. Cabrera-Piraval CE, Franco-Chávez SA, González-Pérez G, Vega-López MG. La investigación educativa en salud: aptitud de los trabajadores de la salud en tópicos de familia. CUCS/CUCEI. Universidad de Guadalajara. 2008. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/INVESTIGACION_EDUCATIVA_EN_SALUD_APTITUD_DE_LOS_TRABAJADORES_DE_LA_SALUD_EN_TOPICOS_DE_FAMILIA.pdf
21. Viniegra-Velázquez L. El desafío de la educación en el IMSS: cómo constituirse en la avanzada de la superación institucional, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2005; 43 (4): 305-321.
22. Durán-Arenas L, Salinas-Escudero G, Granados-García V, Martínez-Valverde S. La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria, *Gac Méd Méx*, 2012; 148 (6): 552-557.
23. División Técnica de Información Estadística en Salud. Motivos de consulta en medicina familiar en el IMSS, 1991-2002, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2003; 41 (5): 441-448.

Correspondencia:
Ariadna Moreno Segura
E-mail: arix.moreno@gmail.com