



ORIGINAL

Las odiseas de los Ulises. Estudio de los relatos de un día normal de trabajo del médico de familia en Paraguay, México, Perú y España

Brenda Beatriz Báez-Montiel^a, Elizabeth Gutiérrez-Islas^a,
Margarita Bolaños-Maldonado^a, Elena Samarín^a y José Luis Turabián^{b,*}

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Unidad Docente de Medicina de Familia, Toledo, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Polígono Industrial, Toledo, España

Recibido el 17 de mayo de 2013; aceptado el 2 de julio de 2013

Disponible en Internet el 31 de octubre de 2013

PALABRAS CLAVE

Medicina de familia;
Formación;
Investigación
cualitativa;
Educación
internacional;
Perfil profesional;
Atención primaria
de salud

Resumen

Objetivo: Examinar en diferentes países el perfil profesional del médico de familia y el contexto socio-sanitario donde aplica su trabajo.

Diseño: Metodología cualitativa de elaboración de diarios de campo de un día habitual.

Emplazamiento: Atención primaria de Toledo y Tenerife en España, y Paraguay, México y Perú.

Participantes y contextos: Muestreo no aleatorio, intencionado, seguido de muestra en bola de nieve, hasta la saturación de los datos.

Método: Los participantes escribieron un diario de un día habitual trabajo, sus circunstancias y contexto sociosanitario, y se estudiaron mediante análisis del contenido. Como técnicas para controlar los sesgos se usaron la verificación de los participantes y la triangulación entre los resultados obtenidos y la bibliografía existente, y los datos de diarios encontrados en Internet. Se realizó un mapa mental para transcribir de forma gráfica e integral los resultados.

Resultados: Se obtuvieron 24 diarios de un día normal (9 médicos en España, 7 en México, 4 en Paraguay y 4 en Perú). Se encontraron algunas similitudes, pero numerosas diferencias entre países. En los contextos humildes pero animosos, rurales, con raíces tradicionales y poco demandantes, se encontraban un mayor rango de tareas del médico de familia, la coexistencia de trabajo público y privado, y de medicina moderna y tradicional, con mayor presencia de asistencia familiar y comunitaria, más satisfacción del médico y mejor relación médico-paciente.

Conclusiones: El perfil profesional del médico de familia es diverso y dependiente del contexto variable, y no se deriva directamente de la teoría externa de la medicina de familia.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jturabianf@meditex.es (J.L. Turabián).

KEYWORDS

Family medicine;
Teaching;
Qualitative research;
International
educational
exchange;
Professional
competence;
Primary health care

The odysseys of Ulysses. A study of tales in a normal working day of the family doctor in Paraguay, Mexico, Peru, and Spain

Abstract

Objective: To examine the professional profile of the family doctor in different countries and the social welfare context where their work is carried out.

Design: Qualitative Methodology of production of field diaries of a normal day.

Location: Primary Health Care of Toledo and Tenerife in Spain, and Paraguay, Mexico, and Peru.

Participants and contexts: Non-random sampling, intentional, followed by snowball sample until data saturation.

Method: Participants wrote a diary of a typical day's work, their circumstances and socio-health context, and were studied by content analysis. Techniques to control the biases were used to check the participants and the triangulation between the obtained results and the existing bibliography, and data found on the Internet daily. We performed a mental map to transcribe the results graphically and in a comprehensive form.

Results: A total of 24 diaries of a normal day were obtained (9 doctors in Spain, 7 in Mexico, 4 in Paraguay, and 4 in Peru). We found some similarities, but many differences between countries. In contexts of humble but spirited, rural, with traditional roots and undemanding, there was a wider range of tasks of the family doctor, the coexistence of public and private work, and modern and traditional medicine, with greater presence of family and community care, more physician satisfaction and better patient-physician relationship.

Conclusions: The professional profile of the family doctor is diverse and a context-dependent variable, and is not derived directly from external theory of family medicine.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

¿Qué camino paralelo siguieron a la vuelta Bloom y Esteban?

Partiendo los dos juntos a paso normal desde Beresford Place siguieron en el orden indicado por Lower y Middle Gardiner Street y Mountjoy Square, hacia el oeste: entonces, aflojando el paso y doblando hasta el extremo de Temple Street [...]

James Joyce, *Ulises*

(Buenos Aires: Santiago Rueda. Editor; 1972. p. 613.)

Introducción

A partir de la Declaración de Alma Ata de 1978, en la que se adoptó la meta de salud para todos¹, los ministerios de salud de los países latinoamericanos empezaron a extender los servicios de salud de atención primaria (AP). Así, la medicina de familia (MF) se inicia en respuesta a una presión y necesidades sociales, y en México, España, Paraguay o Perú, entre otros, se crearon programas formativos basados en la MF entre los años 80 y 90 del siglo xx²⁻⁶. Además, en los últimos años, la MF está sufriendo una transformación espectacular en todo el mundo, especialmente en Latinoamérica⁷.

A la especialidad de MF se la considera un elemento homogéneo que tiende a una globalización. Sin embargo, esta conclusión puede ser prematura, pues los detalles de la reforma de la AP varían entre países⁸, la formación en MF se viene produciendo con visibles diferencias entre los mismos⁹, y existen muy pocos datos sobre el perfil profesional del médico de familia (MdF) en la vida cotidiana y sus posibles disparidades en el contexto donde aplica su trabajo¹⁰, lo que requiere investigación desde muchas perspectivas disciplinarias y metodológicas¹¹, pero

con un creciente interés por los métodos cualitativos, ya que proporcionan visiones profundas de los problemas y el entendimiento de los comportamientos dentro de los contextos sociales, y entre estos métodos, los diarios de campo se han usado como herramienta de investigación, formación, reflexión, evaluación, además de para el estudio de pacientes^{10,12,13}.

Por otra parte, se ha enfatizado la importancia de la investigación internacional en AP para, entre otras cosas, valorar las posibles características diversas y el contexto en distintos países^{14,15}.

En este entorno, realizamos un estudio cualitativo mediante la narración del diario de un día normal de trabajo de MdF de Paraguay, México, Perú y España, para estudiar, describir y examinar comparativamente su perfil profesional, buscando evidencias sobre si la MF es una especialidad dependiente del contexto –y hay varias medicinas de familia con diferentes tareas y funciones– o si, por el contrario, existe una sola forma homogénea de MF en cualesquiera contextos.

Participantes y métodos

Diseño

Se realizó, desde mayo a diciembre de 2012, un estudio cualitativo, observacional, narrativo, de elaboración de diarios de campo de un día normal. Se pidió a los participantes que escribieran de forma breve el diario de un día habitual de trabajo y las circunstancias y contexto sociosanitario en donde este ocurre, incluyendo situación personal y laboral, perfil profesional y actividades laborales. Se elaboró un

Tabla 1 Resumen del guión de la narración del diario para los participantes

Recomendaciones para la elaboración del diario

Explique a modo de narración breve, no extensa, un relato de su historia personal de trabajo como médico de familia: un día normal de su trabajo y las circunstancias en donde este ocurre. Escriba como si tuviera que explicarle a alguien, incluyendo anécdotas y experiencias concretas, lo que es su trabajo y la relación trabajo-vida cotidiana. *No tenga miedo de escribir* la experiencia personal y las actividades profesionales. *Sea organizado y sistemático* al elaborar el diario. Este relato de su historia personal es, por definición, retrospectivo, pero se basará en un día habitual. Sea sincero. Este registro será confidencial. Puede escribir los datos de su relato en el orden que se sugiere a continuación, o bien en el punto 6 de los mismos («Diario») incluir la narración de todos

Como orientación le sugerimos que recoja los siguientes datos

1. *Organización del trabajo general.* Explique cuál es su perfil profesional como médico de familia y la carga relativa de cada actividad (por ejemplo, en relación con grandes áreas de trabajo como: atención individual, atención a la comunidad, docencia e investigación, trabajo en equipo, gestión de recursos y administración sanitaria, sistemas de registro e información sanitaria, garantía de calidad, etc.)
2. *Características personales*
3. *Competencias personales*
4. *Situación laboral*
5. *Entorno o contexto socioeconómico, político, social, cultural y científico-técnico y sanitario en el que se desarrolla su tarea de médico de familia:* variables demográficas, variables sociológicas, necesidades, demanda de servicios sanitarios, variables económicas, variables políticas
6. *Diario de un día habitual*

guión del diario, modificado de otros autores¹⁰, que se envió por correo electrónico a los participantes. Previamente, se realizó una prueba piloto con 5 médicos para validar y modificar en caso de problemas de comprensión este guión, que quedó de la manera presentada en la [tabla 1](#). El diario no era, por tanto, completamente no estructurado, sino que se daba una guía al participante sobre lo que debía escribir en él¹⁶.

Muestra

Se efectuó un muestreo no aleatorizado, intencionado –de conveniencia– por parte de los investigadores, seguido de muestra en bola de nieve, para incrementar la probabilidad de localizar las características deseadas en la población, producir relativamente poca varianza del muestreo y tener unos costes bajos^{17,18}. El procedimiento fue así: los investigadores que eran médicos residentes de medicina de familia y comunitaria en Toledo (España), y procedían además de España, de Paraguay, México y Perú, contactaron con MdF de sus países que se incluirían en la muestra, y a los que se

les pidió que realizasen el diario. A estos participantes se les pidió que localizaran otros con características análogas y les solicitaran realizar el diario, así hasta la saturación de los datos. El número de la muestra fue de 24: 9 médicos en España (2 en Tenerife y 7 en Toledo), 7 en México, 4 en Paraguay y 4 en Perú. Se consideró un número muestral adecuado cuando se produjo saturación, es decir, que no se obtenían datos nuevos.

Análisis

Se realizó un análisis del contenido de los diarios definiendo códigos o categorías de los datos cualitativos, relacionando secciones de los datos con categorías, que los investigadores habían desarrollado previamente (plasmadas en las secciones de guión del diario) o desarrolladas durante el proceso de recogida de narraciones, y realizándose este proceso de organización de los datos cualitativos usando ficheros de Microsoft® Word^{16,19}.

Para satisfacer los criterios de fiabilidad, los diarios de campo fueron leídos por el equipo de investigadores para llegar a acuerdos sobre las categorías que se usaron. El proceso fue el siguiente:

- 1 Cada investigador hizo varias lecturas individualizada de cada diario, obteniendo categorías, y «cortando y pegando» datos originales del diario en esa categoría, hasta obtener un fichero de categorías de cada diario.
- 2 Se realizó un acuerdo grupal de categorías para cada diario –reasignando frases de datos originales a cada nueva categoría– y así formando un fichero de categorías definitivas para cada diario. Para facilitar este proceso, se trabajó a partir de las categorías de un investigador, que fueron cotejadas con las del resto en el trabajo grupal.
- 3 Posteriormente, se realizó un acuerdo grupal de categorías para cada país, formando un fichero de categorías definitivas para cada país, con sus datos originales.
- 4 A continuación, se comparó por países.
- 5 Finalmente, se interpretaron los resultados.

Como técnicas para controlar posibles sesgos en la recogida de datos y en el análisis, se utilizaron la verificación y la triangulación. Para la verificación, los resultados e interpretaciones fueron devueltos a los participantes con el fin de comprobar si se sentían representados en ellos. La triangulación se realizó por una parte entre los resultados obtenidos con los datos que se habían comunicado en la literatura de cada país en relación con el contexto sociosanitario y la organización de la atención primaria^{3-7,20} y, por otra, se realizó una búsqueda con la herramienta Google® en Internet de los términos «diario de médico» y «un día normal del médico», para localizar diarios, blogs, artículos sobre diarios y vídeos del día normal, para España, de MdF y que fueron comparados con los obtenidos por los participantes españoles del estudio²¹⁻²⁴. De esta forma se obtuvieron distintas perspectivas del fenómeno estudiado utilizando diferentes métodos de investigación.

Finalmente, se dibujó un mapa mental, no solo para disponer los resultados en forma de gráfico, sino como técnica cualitativa para entender los resultados de forma integral o global²⁵⁻²⁷, usando el sistema online gratuito bubbl.us®²⁸.

Resultados

Se obtuvieron 24 diarios: 9 médicos en España (3 mujeres, 6 varones; rango de edades: 30-58 años; uno de zonas rurales); 7 en México (4 mujeres, 3 varones; rango de edades: 25-43 años; uno de zona rural); 4 en Paraguay (2 mujeres, 2 varones; rango de edades 39-56 años; 2 de zona rural), y 4 en Perú (2 mujeres, 2 varones; rango de edades: 35-40 años; 3 de zona rural).

Se encontraron algunas similitudes en el perfil del MdF: presencia de actividades docentes e investigadoras, trabajo de grupo más que en equipo, difícil conciliación de la vida personal y laboral, y actividades administrativas; pero numerosas diferencias entre los países estudiados: en Paraguay, Perú y México coexisten la medicina tradicional y la moderna, con trabajo público y privado, en ambulatorio y hospital, y se presta asistencia individual y comunitaria, con una buena satisfacción laboral y relación médico-paciente, y áreas de especialización. Básicamente en México y Perú el trabajo rural es más duro y agreste. En Paraguay y Perú existe falta de equidad. En las zonas urbanas de México la relación con los pacientes es más «difícil». En España, el trabajo del MdF es público, la asistencia individual más rutinaria, con peor satisfacción laboral y relación médico-paciente. Las enfermedades más frecuentes eran las crónicas en España; en México y Paraguay coexisten las

crónicas e infecciosas, y en Perú predominan las infecciosas. La demanda se vive como muy alta en las zonas urbanas de México y España, como alta y desigual en Paraguay, y como aceptable en Perú. En varios casos los MdF de las zonas urbanas de México, y especialmente de España, se describen desafiados y desencantados sobre las situaciones contextuales de la asistencia (tablas 2 y 3).

Al elaborar el mapa mental se hizo evidente que la idea clave o central era el contexto sociosanitario, y desde ahí se representaron radialmente las categorías encontradas –el perfil del MdF (fig. 1)–, permitiendo inducir que este es dependiente del contexto, y que se filtra a través del entorno sociosanitario donde se ubica.

Discusión

La narración del diario personal incluye una autobiografía pero muestra el ambiente en que se inscribe. Como en el *Ulises* de James Joyce²⁹, que describe los eventos ordinarios, pero, al mismo tiempo, profundos y turbulentos de un único día cualquiera, los diarios de un día normal de trabajo de los MdF han descrito instantáneas de su trabajo cotidiano en diferentes países y ambientes, y nos remiten al inestimable valor de lo particular para entender lo general³⁰.

Un estudio cualitativo es válido cuando es creíble; en este sentido, al realizar la verificación de los textos de los par-

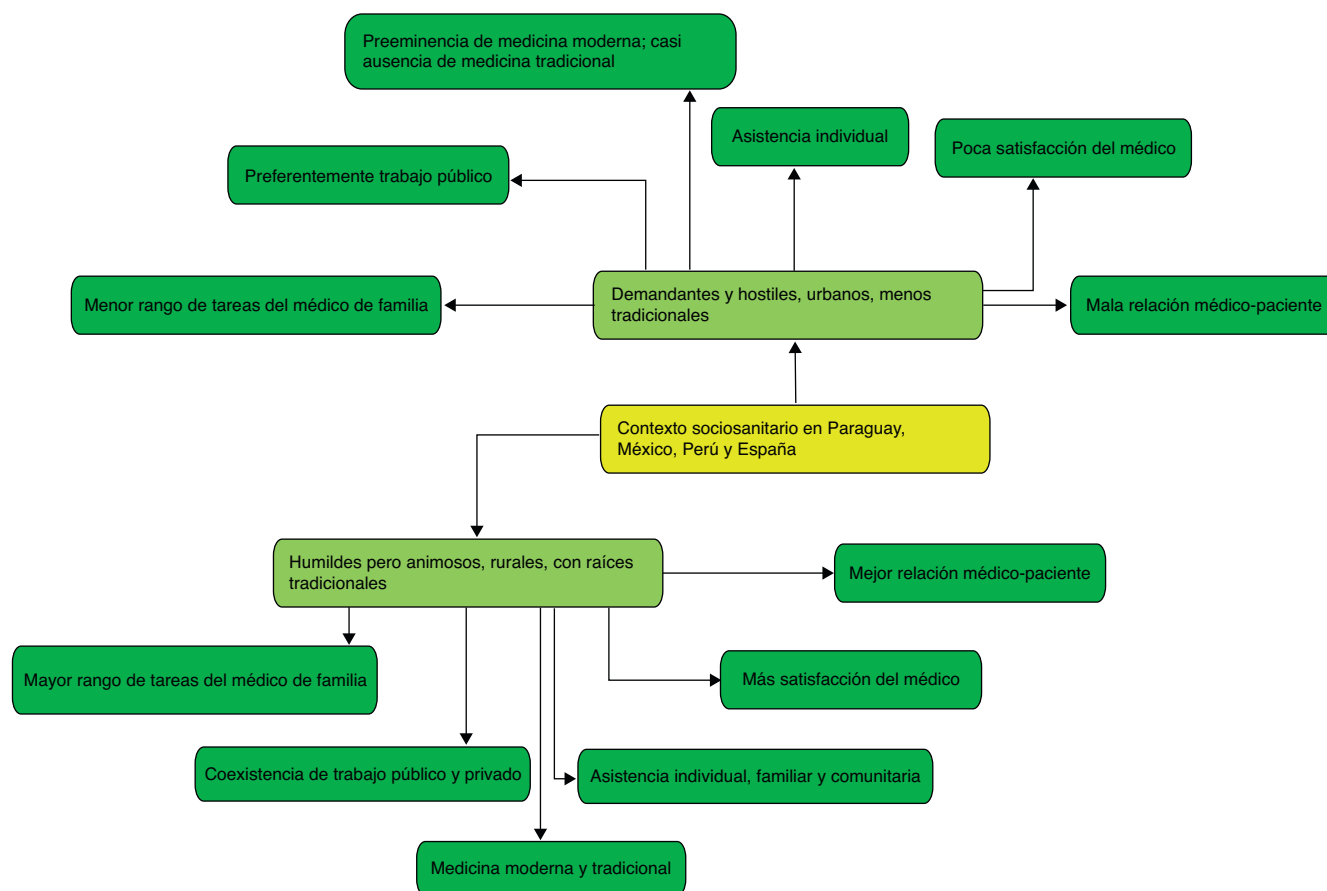


Figura 1 Mapa mental de la información obtenida en los diarios.

Tabla 2 Ejemplo de algunas comparaciones de las categorías de los 24 diarios de Paraguay, México, Perú, y España

Categorías	Paraguay	México	Perú	España
Medicina pública/privada	Ambos	Público y privado en zonas urbanas	Ambos	Predomina la pública
Trabajo ambulatorio/hospitalario	Ambos	Ambulatorio y partos en zonas rurales	Ambulatorio y hospitalización en zonas rurales	Ambulatorio
Actividades asistenciales	Individual, programada, prevención, promoción, comunidad, y pediatría. Especialización por área: pediatría, geriatría, gerencia	Individual, familiar, geriatría, programada y espontánea, domicilios, partos y urgencias 24 h, y entrega de medicamentos en zonas rurales. Especialización por área: geriatría	Medicina general, control embarazo, partos, pediatría, niño sano, odontología, hospitalizaciones de corta estancia, urgencias, visitas domiciliarias, abastecimiento de medicamentos, cirugía ambulatoria, terapias alternativas, ecografía, genogramas	Individual a demanda, programada, domicilios, guardias, pocos domicilios, charlas en institutos, colaboración con asociación cultural. Visitas a la residencia de ancianos
Trabajo en equipo	Cada persona responde individualmente	Cada persona responde individualmente. En zonas rurales equipo pequeño y relaciones más cordiales	Trabajo en grupo y en equipo en programas impuestos desde el gobierno	Grupo de trabajo interdisciplinario e informal con ambiente agradable pero superficial. Descoordinación médico-enfermera
Medicina moderna/tradicional	Ambas	Ambas	Ambas	Moderna, pero presencia discreta de la tradicional
Contexto social	Nivel medio, mujeres multiculturales y multiétnicas, resistencia al cambio	Nivel medio-bajo, familias tradicionales y desintegradas, mujeres, resistencia al cambio, machismo, inseguridad en la calle, carestía de la vida, carencias de medicamentos, falta de infraestructuras en zona rural, carencia de recursos	Agricultores y comerciantes, intercultural (andinos) bilingüe (castellano y quechua); costumbres tradicionales, malas comunicaciones, mujeres mayores, falta de recursos en zonas rurales, desempleo, pobreza	Nivel sociocultural diverso, pero predominando el medio-bajo, con mujeres, alto índice de paro, dificultades económicas, población autóctona muy demandante, con emigrantes sudamericanos, árabes, del este de Europa y de etnia gitana
Contexto sanitario	Recursos básicos	Recursos limitados	Falta de recursos, mala coordinación entre niveles	Recursos abundantes, coordinación entre niveles deficiente
Vida personal	Difícil conciliación vida personal y laboral	Difícil conciliación vida personal y laboral	Difícil conciliación vida personal y laboral con excepciones	Difícil conciliación vida personal y laboral (más llamativa en la mujer médico)

Tabla 3 Citas textuales de algunas de las categorías o subcategorías definidas tras la codificación de los diarios

Multiempleado	Trabajo en 4 lugares diferentes... cada día es un poco diferente del otro, ya que cada día debo ir a lugares diferentes (<i>Paraguay</i>)
Trabajo público y privado; hospital y ambulatorio	Inicio a las 7:00 h la recorrida de sala hasta 08:30 h... Voy a casa, almuerzo, y a la tarde desde 14:30 h hago medicina privada hasta 20:00 h (<i>Paraguay</i>)
Medicina comunitaria	Nos dirigimos a un barrio llamado San Roque González de Santa Cruz a realizar medicina comunitaria y ambulatoria utilizando el sistema combinado (individuos de alto riesgo y con acciones de prevención y promoción comunitarias en pequeños grupos locales) (<i>Paraguay</i>) Tres veces al mes organizamos salidas de atención integral Por lo general nos lleva toda la mañana hasta media tarde. Muchas veces iniciamos las salidas de madrugada con botas de goma, ponchos impermeables. Generalmente nos acoge el club de madres recibiendo muy generosamente alimentación... en agradecimiento por los servicios que prestamos... son muy generosos (<i>Perú</i>)
Desconocimiento de la especialidad de medicina de familia	Me preguntaron cuál era mi especialidad. Les contesté: «Medicina Familiar». La Directora del Hospital me dijo: «Que es eso loco, a ver, eso no existe»; fue cuando comenzó mi lucha por identificar la especialidad como tal, realmente fue duro pero tuvo su recompensa, hoy es una especialidad reconocida (<i>Paraguay</i>)
Demanda	Atiendes a un paciente cada 15 min de primera vez o subsecuente da igual, si llegan sin cita hay que atenderlos y recortar los tiempos y apúrate porque llega el médico [siguiente] [...] y te tienes que salir y ver a los pacientes en una banquita o donde puedas (<i>México</i>)
Satisfacción con el trabajo	Tenemos un horario de comida de 15 min el cual no se ocupa porque te atrasas la consulta y no puedes ir al baño (<i>México</i>) La relación médico-paciente es buena, pero encuentro cada vez más difícil mantenerla en esta forma, dado que los pacientes solicitan-exigen especialmente fármacos con más frecuencia (<i>España</i>) He sentido bastante rabia con el sistema. Un sistema que mantiene una situación de explotación hacia el médico, que no favorece el trabajo del médico de familia, que favorece el consumo, la medicalización, la dependencia, la burocracia inútil y la sumisión al todopoderoso hospital (<i>España</i>) Los pacientes en muchas ocasiones no vienen a consultar, vienen a pedir, por ejemplo, quieren realizarse una analítica «que hace mucho que no me la hago» (<i>España</i>)
Asistencia	Las atenciones programadas de enfermos crónicos las realizamos en su domicilio en parte y otros acuden al centro para la supervisión de toma de medicamentos (en el caso de los tratamientos antituberculoso) (<i>Perú</i>) La atención del parto está a cargo de la obstetriz... salvo que sea complicado la realiza el médico. Tenemos un promedio de 5 a 7 partos al mes. La atención del recién nacido está a cargo del médico por lo general. El seguimiento puerperal lo realizamos en nuestra casa de gestantes la primera semana luego en el centro o en su domicilio si no acuden (<i>Perú</i>)
Difícil accesibilidad en zonas rurales	Tres veces al mes organizamos salidas de atención integral comunitaria previa coordinación con el presidente de la comunidad local referente... o a caballo para llegar a buena hora e iniciar la atención (<i>Perú</i>) El transporte colectivo es un obstáculo en la comunicación existiendo un flujo diario de una vez al día, que conecta el pueblo con la capital de la región, el resto es de tipo particular (autos). La comunicación con los pueblos también se ve dificultada por la ausencia de carreteras... a los que solo se accede a pie, en mula o caballo (<i>Perú</i>)
Una cosmovisión indígena basada en la armonía entre los individuos y de estos con la naturaleza	Pero mis raíces andinas, la satisfacción personal del día a día, el calor de la gente humilde, generosa y agradecida, fueron motivos fuertes para decidir posponer planes y anhelos que aún están en mi mente (<i>Perú</i>)

ticipantes y la triangulación entre los resultados obtenidos con los datos comunicados en la literatura de cada país en relación con el contexto sociosanitario, y con los diarios de MdF españoles encontrados en Internet, así como la realización cuidadosa del muestreo, cuyo tamaño fue similar o mayor al comunicado en otros estudios comparables^{10,31}, y en donde se usó el criterio de saturación para decidirlo³², creemos que se cumplen los criterios de validez en nuestra investigación³³.

Encontramos como resultado más significativo que es difícil definir y caracterizar un único perfil o conjunto de principios, atributos y habilidades del MdF. En los diarios se encuentran algunas similitudes que parecen ser constantes, pero para la mayoría de las categorías o variables no hay un patrón homogéneo (tablas 2 y 3), a pesar de que en la actualidad los programas formativos de MF sean muy similares en distintos países^{3,4,6,20,34-36}, y de que, sorprendentemente, en la literatura médica se encuentren descripciones bastante parecidas entre sí de las características que debe reunir un MdF^{9,37}.

Así, al leer los diarios podemos apreciar una enorme similitud en ellos en relación con el curso cronológico del día; hay un esquema que cumplen todas las narraciones: los horarios, el tipo y los puestos de trabajo, las actividades asistenciales, docentes, investigadoras, de formación continuada, administrativas y las reflexiones que se centran en la interacción entre el trabajo y su vida personal. Pero este patrón se concreta con grandes diferencias en el rango de actividades asistenciales, presencia de medicina tradicional o privada, lugar ambulatorio u hospitalario de la asistencia, presencia o no de tareas comunitarias, principales enfermedades atendidas, percepción de la demanda, de la calidad de la relación médico-paciente, nivel de satisfacción laboral, y especialmente en el contexto sociosanitario (tablas 2 y 3), características que, muchas de las cuales de forma aislada, han sido objeto de comunicación previa para países desarrollados y en vías de desarrollo^{9,10,38-43}. Es decir, hay una gran variabilidad interna de cada país (incluso de cada región) y enormes diferencias sociales, demográficas y de sistemas de salud entre los distintos contextos estudiados donde se ejerce la medicina de familia.

En conclusión, en los contextos humildes, rurales y poco demandantes, encontramos un mayor rango de tareas del MdF, la coexistencia de trabajo público y privado, y de medicina moderna y tradicional, con mayor presencia de asistencia familiar y comunitaria, más satisfacción del MdF y mejor relación médico-paciente. Al elaborar el mapa mental representando las categorías encontradas, se hizo evidente que el perfil profesional del MdF era dependiente del contexto (fig. 1).

La MF es compleja y adaptativa. Nuestro estudio indica que el perfil profesional del MdF no se deriva directamente de la teoría externa de la especialidad, sino que se filtra a través de las competencias personales del profesional y sus modelos mentales que limitan sus modos de pensar

y actuar, y que dependen del contexto sociocultural donde se ubican. Igualmente podríamos inducir que no debería haber un currículum único de MF, siendo necesario elaborar el perfil de competencias que requiere el MdF de acuerdo a las necesidades y al modelo de AP de cada país determinado⁹. En consecuencia, cabría pensar que es cuestionable la transferibilidad de currícula de MF entre contextos diferentes a los cuales se desarrollaron, aunque la alternativa no sería en ningún caso una subespecialización por contexto sino una formación de amplia base.

Si aceptamos, pues, la existencia de diferentes «medicinas de familia», ¿cómo distinguir las formas «inferiores» de currícula y perfiles del MdF de las «superiores»? Es posible que una MF no sea mejor o peor, más o menos avanzada, que otra. Un sistema de MF que funcione bien es necesario para la reingeniería de la atención primaria de salud, y esta estrategia requiere la adaptación sistemática de los currícula formativos de MF al contexto^{44,45}, y tiene implicaciones en el fenómeno de la migración de médicos, que puede plantear problemas, tanto para el país donante como para el beneficiario⁴⁶.

Como fruto de los resultados de los diarios en nuestro estudio, se sugiere que las siguientes versiones de los programas formativos de MF deberían incluir también objetivos de aprendizaje que no solo enfatizaran el rol profesional y las competencias básicas del MdF, sino también los valores educativos relacionados con el contexto y la cooperación con el medio ambiente dinámico en el que se trabaja⁴⁷.

Como posibles limitaciones de nuestro estudio es preciso citar: que los diarios están entre los métodos más arduos para la codificación; que es una técnica difícil de diseñar, realizar y analizar, y que a pesar de la cuidadosa realización del muestreo, no se puede garantizar que la muestra sea representativa de la globalidad del problema. Por otra parte, las dificultades de emplazamiento de los participantes, que motivaron el uso del muestreo en bola de nieve, conllevan el peligro de sesgo de los voluntarios, el peligro de que el interés del participante en responder cause una modificación de su comportamiento que se desea recoger y que, frecuentemente, los diarios muestran comportamientos más que actitudes, intereses o emociones^{16,31}.

Por último, se sugiere extender y replicar el estudio en más países latinoamericanos y de otras partes de mundo, en desarrollo y con mediano o bajo nivel de ingresos, así como se proponen 3 áreas futuras de investigación en este tema: los factores que influyen en la transferibilidad de programas formativos, los métodos para obtener datos de los programas formativos que puedan ser trasladables independientemente del contexto de aplicación, y el desarrollo de criterios que evalúen la permutabilidad de programas formativos. Así mismo, se propone la utilidad, y se sugiere la extensión de su uso, de los diarios y los mapas mentales como herramientas de investigación cualitativa, reflexión y aprendizaje en MF y AP.

Lo conocido sobre el tema

1. En la retórica de la filosofía de la medicina de familia se cita esta como un elemento homogéneo.
2. El origen de la especialidad de medicina de familia no fue por avances tecnológicos o científicos, como el resto de especialidades, sino en respuesta a una presión social y a necesidades sociales.
3. La medicina de familia muestra visibles diferencias entre países y una importante variabilidad en su alcance y respaldo de las políticas públicas sanitarias.

Qué aporta este estudio

1. El perfil profesional del médico de familia es dependiente del contexto y no se deriva directamente de la teoría externa de la medicina de familia.
2. La medicina de familia es una especialidad heterogénea, variable, compleja y adaptativa.
3. Cabría cuestionar la transferibilidad de currícula de MF entre contextos diferentes a los cuales se desarrollaron, aunque la alternativa no sería en ningún caso una subespecialización por contexto, sino una formación de amplia base.
4. Las siguientes versiones de los programas formativos de MF deberían incluir también objetivos de aprendizaje que enfatizaran el rol profesional del médico de familia contextualizado en el ambiente en que trabaja.
5. Los diarios de campo personales y los mapas mentales son útiles y válidos como herramientas de investigación cualitativa.
6. El examen de diarios de la vida cotidiana revela no solo el trabajo del profesional, sino, parcialmente al menos, también la estructura de la sociedad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores de este estudio agradecen el trabajo de los médicos de Paraguay, México, Perú y España que han participado realizando el diario de un día normal de trabajo.

Bibliografía

1. Alma-Ata. Atención Primaria de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978.
2. Turabián JL. Cuadernos de Medicina de Familia y Comunitaria. Una introducción a los principios de medicina de familia. Madrid: Díaz de Santos; 1995. p. 39–42.
3. Quiroz Pérez JR, Irigoyen Coria A. Una visión histórica sobre la medicina familiar en México. MPA e-Journal Med Fam & At Prim Int. 2008;2:49–54 [consultado 4 May 2013] Disponible en: http://www.idefiperu.org/MPANRO1/1_P49_50%20Difus3Quiroz.pdf
4. Suárez-Bustamante MA. La medicina familiar en el Perú: evolución y desafíos. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2008;25:309–15. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n3/a10v25n3.pdf>
5. Gómez Gascón T, Ceitlin J, editores. La medicina de familia en el mundo. En: Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: semFYC; 1997.
6. Szwako Pawlowicz A. Desarrollo de la medicina familiar en Paraguay. Medwave. 2013;13:e5612 [consultado 4 May 2013].
7. Padula Anderson MI. Estado y avances de la salud familiar en Latinoamérica y el Caribe desde la mirada de la Confederación Ibero Americana de Medicina Familiar (CIMF). Medwave. 2013;13:e5614 [consultado 4 May 2013] Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5614>
8. Roberts RG, Hunt VR, Kulie TI, Schmid W, Schirmer JM, Villanueva T, et al. Family medicine training-the international experience. Med J Aust. 2011;6:S84–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21644860>
9. Bass del Campo C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? Medwave. 2012;12:e5571 [consultado 4 May 2013] Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5571>
10. Mahtani-Chugani V, López-Hijazo A, Manca D, Sanz-Álvarez E. Comparando las perspectivas de los médicos de atención primaria de Canarias y Alberta. ¿Es más bonito el jardín del vecino que el mío? Aten Primaria. 2012;44:265–71. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/comparando-las-perspectivas-los-medicos-atencion-primaria-90132522-originales-2012?bd=1>
11. Murray SF, Bisht R, Baru R, Pitchforth E. Understanding health systems, health economies and globalization: the need for social science perspectives. Globalization and Health. 2012;8:30. Disponible en: <http://www.globalizationandhealth.com/content/8/1/30/Abstract>
12. Snadden D, Thomas ML, Griffin EM, Hudson H. Portfolio-based learning and general practice vocational training. Med Educ. 1996;30:148–52. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8847989>
13. Schamroth AJ, Haines AP, Gallivan S. Medical student experience of London general practice teaching attachments. Med Educ. 1990;24:354–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2395427>
14. Hay AD, Rortveit G, Purdy S, Adams J, Sanci LA, Schermer TR, et al. Primary care research-an international responsibility. Fam Pract. 2012;29:499–500. Disponible en: <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/full/29/5/499?etoc>
15. Wallace E, Smith SM, Fahey T. Variation in medical practice: getting the balance right. Fam Pract. 2012;29:501–2. Disponible en: <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/full/29/5/501?etoc>
16. Bowling A. Research methods in health. Investigating health and health services. Buckingham, Philadelphia: Open University Press; 2000. p. 166–8.
17. Elliott H. The use of diaries in sociological research on health experience. Sociological Research Online. 1997;2 [consultado 4 May 2013]. Disponible en: <http://www.socresonline.org.uk/2/2/7.html>
18. Sadler GR, Lee HC, Lim RS, Fullerton J. Recruitment of hard-to-reach population subgroups via adaptations of the snowball

- sampling strategy. *Nurs Health Sci.* 2010;12:369–74. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20727089>
19. Burnard P, Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Analysing and presenting qualitative data. *Br Dental J.* 2008;204:429–32. Disponible en: http://www.academia.edu/709185/Analysing_and_presenting_qualitative_data
 20. Suárez-Bustamante MA. Los modelos de reforma de salud familiar en América Latina. *MPA e-Journal Med Fam & At Prim Int.* 2010;4:61–9 [consultado 4 May 2013] Disponible en: <http://www.idefiperu.org/MPANRO4/fullreshistmedfam12010.html>
 21. Gonz J. Family physician-médico de familia [video] [consultado 8 Jul 2012]. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=4tG2kLVZyNs>
 22. Baos Vicente V. El supositorio [Blog Internet]. 26 de abril de 2009 [consultado 10 Jul 2012]. Disponible en: http://vicentebaos.blogspot.com.es/2009.04.01_archive.html
 23. Gérvas J. Un día normal, lunes, 12 de enero de 2009 [consultado 8 Jul 2012]. Disponible en: www.equipocesca.org
 24. Inquietudes en primaria. Un día normal [Blog Internet] [11 Jun 2008; consultado 8 Jul 2012]. Disponible en: <http://medicablogs.diariomedico.com/inquietudesap/2008/06/11/un-dia-normal/>
 25. Buzan T. Use both sides of your brain. New mind-mapping techniques to help you raise all of your intelligence and creativity –based on the latest discoveries about the human brain. New York: Plume Book; 1990. p. 93–109.
 26. Burnard P. A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today.* 1991;11:461–6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/026069179190009Y>
 27. Whiting M, Sines D. Mind maps: establishing trustworthiness in qualitative research. *Nurse Researcher.* 2012;20 [consultado 4 May 2013]. Disponible en: <http://nurseresearcher.rcnpublishing.co.uk/archive/article-mind-maps-establishing-trustworthiness-in-qualitative-research>
 28. bubbl.us®. Disponible en: <https://bubbl.us/> [consultado 4 May 2013].
 29. Joyce J. Ulises. Buenos Aires: Santiago Rueda Editor; 1972.
 30. Heath I. The general and the particular: the relevance of James Joyce to general practice. *Scand J Prim Health Care.* 1999;17:66–7.
 31. Oppenheim AN. Questionnaire design and attitude measurement [Diaries]. London: Heinemann; 1984. p. 215–20.
 32. Baker SE, Edwards R. How many qualitative interviews is enough. Discussion Paper. NCRM 2012 [consultado 4 May 2013]. Disponible en: <http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/>
 33. Sá J. Diary Writing: A research method of teaching and learning. Paper presented at the Science Education: Research Teachers Practices Conference, University of Evora, Portugal. This document was added to the Education-line database on 20 February 2001 [consultado 4 May 2013]. Disponible en: <http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/00001698.htm>
 34. Reglamento de Residencia en Medicina Familiar. Unificado. Asunción-Paraguay: Sanatorio Adventista de Asunción; 2009.
 35. Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Lima-Perú: Dirección de Gestión de Capacidades en Salud; 2011.
 36. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar, Comunitaria, Ministerio de Sanidad, Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. semFYC: Guía de Formación de Medicina; 2005 [consultado 4 May 2013]. Disponible en: http://www.semfy.com/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/Programa%20Especialidad%20Def.pdf
 37. Perfil profesional básico del médico de familia. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Perfil profesional básico del médico de familia. Documentos semFYC n.º 4.
 38. Hadjez Berríos E. Superando el enfoque biopsicosocial para dar paso a los determinantes sociales y económicos de la salud en el modelo de salud familiar. *Medwave.* 2013;13:e5583 [consultado 4 May 2013]. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Comentario/5583>
 39. Schleim K, de La Cruz AY, Gopalakrishnan T, Montagu D. Private sector delivery of health services in developing countries: a mixed-methods study on quality assurance in social franchises. *BMC Health Services Research.* 2013;13:4 [consultado 4 May 2013] Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/4/Abstract>
 40. Kumar R, Ahmed J, Shaikh BT, Hafeez R, Hafeez A. Job satisfaction among public health professionals working in public sector: a cross sectional study from Pakistan. *Hum Res Health.* 2013;11:2. Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/11/1/2/Abstract>
 41. Cooke GP, Doust JA, Steele MC. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Medical Education.* 2013;13:2 [consultado 4 May 2013] Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/2/Abstract>
 42. Maher D, Ford N, Unwin N. Priorities for developing countries in the global response to non-communicable diseases. *Global Health.* 2012;8:14 [consultado 4 May 2013] Disponible en: <http://www.globalizationandhealth.com/content/8/1/14/Abstract>
 43. Eubank D, Orzano J, Geffken D, Ricci R. Teaching team membership to family medicine residents: what does it take? *Fam Syst Health.* 2011;29:29–43 [consultado 4 May 2013]. Disponible en: [http://bmlsearch.com/?&kwr=21417522\[pmid\]&cmpgpg1210UwUb=ICD21210TWtTnbowjXt&dt02=234832&dt03=0.451&xpcplps3=Matches](http://bmlsearch.com/?&kwr=21417522[pmid]&cmpgpg1210UwUb=ICD21210TWtTnbowjXt&dt02=234832&dt03=0.451&xpcplps3=Matches)
 44. Lifshitz A. La vocación de médico general. *Gac Méd Méx.* 2004;140 Supl n.º 1:S21–2 [consultado 4 May 2013]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms041e.pdf>
 45. Downing R. Family Medicine's Waltz With Systems. *Bull Sci Technol Soc.* 2012;32:269–72. Disponible en: <http://bst.sagepub.com/cgi/content/abstract/32/4/269?etoc>
 46. Sheikh A, Naqvi SHA, Sheikh K, Naqvi SHS, Bandukda MY. Physician migration at its roots: a study on the factors contributing towards a career choice abroad among students at a medical school in Pakistan. *Global Health.* 2012;8:43 [consultado 4 May 2013] Disponible en: <http://www.globalizationandhealth.com/content/8/1/43/Abstract>
 47. Macdonald CJ, McKeen M, Wooltorton E, Boucher F, Lemelin J, Leith-Gudbranson D, et al. Striving for excellence: Developing a framework for the Triple C curriculum in family medicine education. *Can Fam Physician.* 2012;58:e555–62 [consultado 4 May 2013] Disponible en: [http://bmlsearch.com/?&kwr=23064934\[pmid\]&cmpgpg1210UwUb=ICD21210TWtTnbowjXt&dt02=234832&dt03=0.451&xpcplps3=Matches](http://bmlsearch.com/?&kwr=23064934[pmid]&cmpgpg1210UwUb=ICD21210TWtTnbowjXt&dt02=234832&dt03=0.451&xpcplps3=Matches)