



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Posgrado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO  
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.9

**ACTITUD DE LOS MÉDICOS INTERNOS DE PREGRADO DEL  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 "VICENTE GUERRERO"  
HACIA LA MEDICINA FAMILIAR, A UN AÑO DEL NUEVO MODELO  
EDUCATIVO CON ENFOQUE A PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**

Tesis para obtener el Diploma de especialidad en:

**MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:

**DR. ANGEL GIOVANI DURAN PATIÑO**

MATRICULA: 99127986  
MEDICO RESIDENTE EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°9 "ACAPULCO"  
AV. CUAUHTÉMOC 95, COL. CENTRO CP. 39300, ACAPULCO, GRO.  
TEL. (744) 482-30-31, EXT. 51407, CORREO: dr\_angelg@hotmail.com

Director de Tesis:

**DR. BALTAZAR JOANICO MORALES**

MATRICULA: 99125552  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y MAESTRO EN CIENCIAS  
HGR 1 VICENTE GUERRERO  
AV. RUIZ CORTÍNEZ S/N COL. ALTA PROGRESO, ACAPULCO, GRO.  
TELÉFONO: 4455340. CORREO: baltazar.joanico@imss.gob.mx

**Número de Registro: R-2018-1102-001**

**ACAPULCO, GRO. MAYO DE 2019.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi madre porque siempre me brinda su incondicional apoyo y amor.

A mi esposa que siempre está a mi lado y bajo cualquier circunstancia; porque sin su apoyo, comprensión y tolerancia no hubiese sido posible este logro.

A mis hijas por ser mi fuente de motivación para superarme y no claudicar en los momentos más difíciles durante mi formación como especialista.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Resumen	4
2. Introducción.	5
3. Marco teórico.	6
4. Planteamiento del problema.	18
5. Justificación.	19
6. Objetivos.	20
7. Hipótesis.	20
8. Metodología (Material y Métodos)	21
8.1 Tipo de estudio.	21
8.2 Descripción del estudio.	21
8.3 Universo de trabajo	21
8.4 Criterios de selección.	22
8.5 Variables.	23
8.6 Método de recolección de datos	26
8.7 Análisis de datos	26
8.8 Cronograma de actividades	27
9. Recursos y financiamiento.	28
10. Consideraciones éticas.	29
11. Resultados	30
12. Discusión	45
13.- Conclusión	49
14.- Recomendaciones	50
15. Bibliografías.	51
16. Anexos.	56

## 1.- RESUMEN:

**Introducción:** La Medicina Familiar (MF) es importante, se encarga del 80% de la atención de la población en el primer nivel de atención. Pero, hay pobre elección de MF para especializarse, pues se desconoce que es la MF.

**Objetivo.** Analizar la actitud Médicos Internos de Pregrado (MIP) hacia la especialidad en MF, en el Hospital General Regional No.1 Vicente Guerrero, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal descriptivo, en diciembre de 2018 a febrero de 2019 a los MIP del H. G. R. No.1 Vicente Guerrero del IMSS, el "cuestionario de actitud hacia la medicina familiar"<sup>45</sup> que explora la actitud hacia la medicina familiar, preferencia de especialidad médica y factores asociados a su elección. La muestra fue de 141 MIP. Se encuestó y analizó en el programa SPSS, obteniendo frecuencias simples, promedios y porcentajes.

**Resultados.** El 98.6%(n:139) de los MIP presentó buena actitud hacia la medicina familiar, pero solo el 3.5% (n:5) la eligió de primera opción para especializarse. La causa principal porque no la elegirían es porque no les gusta con 18.4%(n:26). En cuanto al nuevo modelo educativo con enfoque al PNA los MIP tuvieron la percepción de que eran buenas pues fortalecieron su aprendizaje.

**Conclusiones:** El 1.4% (n:3) de los MIP presentó mala actitud a MF. 98.5%(n:135) eligieron otra especialidad respecto a MF. 100%(n:141) curso MF en su formación universitaria y 97.2%(n:137) tuvo buena opinión del médico familiar.

**Palabras clave:** Medicina familiar, actitud, educación profesional.

## **2.- INTRODUCCIÓN:**

La Medicina Familiar es esencial para un sistema de atención a la salud exitoso, pues entre muchas otras cosas, constituye una forma de prestar servicios de atención primaria. Las fortalezas más importantes de este tipo de atención se derivan de su ubicación cercana al paciente, una amplia perspectiva, y el carácter disciplinario, así como la flexibilidad y adaptabilidad de sus métodos. Ante las dominantes inequidades e irregularidades de calidad en el sistema mexicano de salud y al analizar los avances obtenidos a través del Proceso de Mejora de la Medicina Familiar, es evidente que debemos preservar y fortalecer no sólo la seguridad social, sino, particularmente, la medicina familiar dentro del esquema de servicios de salud de la seguridad social. Los costos económicos y sociales de las principales complicaciones de las enfermedades crónicas están al alza. <sup>1,3</sup>

Sin embargo, la Medicina Familiar está en crisis, aquí y en otros muchos países desarrollados su capital humano está desmotivado, los médicos jóvenes rehúyen la especialidad cuando realizan su intento hacia una especialización por plazas, algunos huyen de ella una vez iniciada o completada la residencia. Por tal motivo, resulta relevante investigar la idea que se tiene acerca de la Medicina Familiar. <sup>1,3</sup>

### 3.- MARCO TEÓRICO:

La Organización Mundial de la Salud, señala que un Sistema de Salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población. <sup>2,4</sup>

El título de médico es ante todo un compromiso. Quien lo posee no tiene más privilegio que la obligación de cumplir una misión social con la habilidad adquirida; no tiene más derecho agregado que el de trabajar para sostener la vida y contribuir al bienestar de las personas, las familias y los grupos sociales. Quienes vivimos la Medicina con la alegría y la satisfacción de ejercer una profesión de gran valor científico y moral, sabemos sin embargo que el papel y la imagen del médico ha sufrido un deterioro que debemos revertir. En él influyen los cambios regresivos del sistema de Salud en las décadas pasadas, la concentración parcializada de la atención de Salud en una actividad meramente curativa y el enfoque mercantil de aspectos importantes de la Medicina y la atención sanitaria. <sup>1, 3,5</sup>

#### EL PERFIL DEL EGRESADO DE LA CARRERA DE MEDICINA

El Perfil del egresado de la carrera de Medicina es "Un médico responsable, con sólida formación científica básico-clínica, capaz de realizar diagnósticos correctos, tomar decisiones clínicas precisas, capaz de comunicarse en su misión de prevenir, curar y derivar adecuadamente; profundamente humanista, crítico, preparado para investigar, educar y educarse, dispuesto siempre a aprender, proporcionándosele durante su preparación las herramientas metodológicas imprescindibles a tal fin; comprometido con la ética, preparado conscientemente para trabajar en un sistema que priorice la atención primaria de la salud, adiestrado para interactuar armónicamente con los otros profesionales de la salud, que es en definitiva lo que demanda nuestra sociedad." <sup>3,7</sup>

Al finalizar la Carrera de Medicina el egresado será capaz de:

- 1.- Promoción de la salud individual y familiar.
- 2.- Diagnostico.
- 3.- Manejo terapéutico.
- 4.- Pronostico, plan de acción y seguimiento.
- 5.- Manejo de pacientes con enfermedades múltiples.

6.- Habilidades clínicas.

7.- Comunicación con el paciente.

Las competencias imprescindibles para el médico no son solamente las de los fundamentos científicos de la Medicina en lo biológico, lo psicológico o lo social, sino que son una variedad mucho más amplia: valores y comportamiento ético, habilidades de comunicación, de uso de la información, capacidad de pensamiento crítico, creación e investigación, etc.<sup>3,4</sup>

#### EL INTERNADO DE PREGRADO

El internado de pregrado forma parte del plan de estudio de la carrera de Medicina, es un año obligatorio, indispensable para que los alumnos integren y consoliden los conocimientos que adquirieron durante los ciclos previos. En 1906 se publicó en el Diario Oficial de la Federación de México, el nuevo plan de estudios para la carrera de Medicina, donde se establecía que a partir del quinto año, los alumnos deberían realizar sus prácticas en el hospital, a fin de mejorar la calidad de su preparación, mediante “el examen de estado de los enfermos” cuya observación se les había encomendado.<sup>1, 8, 11</sup> El internado de pregrado actual en México ha propiciado la adquisición de experiencias significativas que permiten al alumno detectar riesgos, aplicar medidas preventivas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en los principales problemas de salud, de Pediatría, Ginecoobstetricia, Medicina Interna, Cirugía General, Medicina de Urgencias y Medicina Familiar, general o comunitaria con sentido ético y humanista. En Cuba el internado de pregrado está dirigido a consolidar las competencias profesionales del médico general y comprende 5 módulos: salud comunitaria y ambiental, salud familiar, salud de la mujer, salud del niño y del adolescente, y salud del adulto.<sup>9,13</sup>

A partir de enero del 2018, se implementó una nueva estrategia por el IMSS, añadiendo al programa académico rotaciones por el primer nivel de atención las cuales fueron de dos meses (8 semanas) por cada servicio; dos semanas de rotación por primer nivel de atención y 6 semanas por el segundo nivel de atención en los Hospitales Generales de Zona. La rotación por medicina familiar continuó siendo las 8 semanas por la unidad de medicina familiar, de tal manera que durante el año de internado por 4 meses realizarán actividades de primer nivel de atención, desarrollando

competencias que les permitan su integración y adaptación a las nuevas condiciones sanitarias del país.<sup>51</sup>

<b>MEDICINA FAMILIAR</b>					
<b>2 Semanas</b>	<b>2 Semanas</b>	<b>2 Semanas</b>	<b>2 Semanas</b>		
<b>Ginecología y Obstetricia</b>	<b>Medicina interna</b>	<b>Cirugía General</b>	<b>Pediatría</b>	<b>Urgencias</b>	<b>Medicina Familiar</b>
<b>6 Semanas</b>	<b>6 Semanas</b>	<b>6 Semanas</b>	<b>6 Semanas</b>	<b>4 Semanas primer contacto</b>	<b>8 Semanas</b>
				<b>4 semanas observación adultos y pediatría</b>	
<b>8 Semanas</b>	<b>8 Semanas</b>	<b>8 Semanas</b>	<b>8 Semanas</b>		

En este ciclo académico las estrategias educativas estarán centradas en el alumno, la base del aprendizaje es autodirigido en la búsqueda de las habilidades clínicas a partir de los pacientes que se atienden en las unidades médicas sedes, la docencia se desarrolla en sesiones grupales con la participación activa del médico interno, que revisa casos apoyado por la tutoría del profesor, entre otras.<sup>51</sup>

Los alumnos en este periodo tienen la oportunidad de desarrollar destrezas y habilidades, y al mismo tiempo también se enfrentan a experiencias reales de atención clínica hospitalaria. Esto lo hace el escenario ideal para iniciar un programa de educación por competencias y que a mediano plazo (un año) permita establecer un perfil por competencias en el IMSS.<sup>51</sup>

## LA ATENCIÓN MÉDICA DE PRIMER NIVEL

La reunión histórica organizada por la OMS en Alma-Ata, en 1978 inaugura el concepto de Salud para todos a través de la Atención Primaria. La atención primaria incluye la atención ambulatoria; prevención y tratamiento de las molestias agudas y crónicas más frecuentes. Se denomina Atención Secundaria a la prestada mediante consultas de diversas especialidades, en cuidados ambulatorios o internamientos en hospitales. La llamada Atención Terciaria incluye a la atención preferentemente hospitalaria, con alta tecnología, cuidados intensivos y procedimientos técnicos de alta complejidad. Es evidente que cada nivel de atención tiene sus propias características e idiosincrasias, y por tanto requiere profesionales con perspectivas y habilidades también peculiares para un desempeño adecuado y competente.<sup>49</sup>

El Primer Nivel de Atención se orienta a la sociedad y su ambiente: es el que organiza las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación en los lugares donde la población vive, estudia o trabaja, en estrecha comunicación con las personas, las familias y los grupos sociales, y con su participación organizada. Está a cargo de equipos interdisciplinarios donde juega un rol clave el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, recibándose allí también los imprescindibles aportes de muchas especialidades clínicas, e incluso aportes formativos de las Ciencias Básicas. La base material de las actividades de atención integral reside en los centros de Salud y las instituciones comunitarias de diversos tipos que albergan las acciones de Atención primaria de Salud ya mencionadas, abarcando la asistencia ambulatoria, domiciliaria e incluso de urgencia, además de la investigación y creación de conocimientos.<sup>1,14,17</sup>

En este nivel primario, bien organizado, se puede dar atención a más del 80% de los problemas de Salud de la población. A partir del mismo, y con criterios de organización regional, se ponen en marcha los mecanismos de referencia y contrarreferencia que permiten la interacción con el segundo y tercer nivel cuando ellos deben intervenir hacia los individuos o los grupos sociales.<sup>1,14,17</sup>

## LA MEDICINA FAMILIAR

La medicina familiar es una especialidad relativamente nueva, que surgió después de la Segunda Guerra Mundial. Se formalizó como especialidad en la década de 1960 en países como Canadá, Inglaterra y EUA, en respuesta a la fragmentación de los sistemas de salud y a una limitada práctica del médico general. Su propósito era potenciar la formación de un especialista integral capaz de dar una atención sin distinción de edad, sexo o condición socioeconómica. En 1969 en EUA la medicina familiar fue reconocida como especialidad; en ese mismo año la Organización Mundial de la Salud, en un seminario sobre ciencias sociales y de enseñanza de la medicina familiar, concluyó que en el proceso salud–enfermedad participan factores psicológicos, sociales y culturales, que es preciso que el médico conozca para poder mantener la salud del individuo y de la sociedad. Fue entonces que se pasó de un enfoque de atención individualista a uno más socializado, visualizando lo que más tarde el denominaría modelo biopsicosocial, pilar de la medicina familiar y modelo adoptado a nivel mundial. <sup>1, 18,20</sup>

México fue el primer país en Latinoamérica en implantar la medicina familiar de manera formal como especialidad (1971). Sin embargo, el análisis de su desarrollo en nuestro país requiere hacer un alto en la historia, reflexionando incluso sobre el periodo anterior a la revaloración de la práctica clínica del médico generalista de 1960. Ya un grupo de médicos generales del IMSS había identificado la exigencia de mejorar el sistema de atención médica mediante un modelo de “médico de familia” (1954), pero no se contaba con médicos con la especialidad en medicina familiar; así, fue hasta 1971 cuando se dio el origen de la formación de especialistas de medicina familiar con el aval universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). <sup>1,18,22</sup>

La medicina familiar como especialidad clínica se encarga no sólo del aspecto curativo de resolver los problemas de salud, sino que fija su horizonte en el aspecto preventivo del individuo y su familia. No se puede entender la práctica de la medicina familiar sin comprender que el ser humano es un macro sistema y que la complejidad de los padecimientos puede ser resultado de la interacción de factores genéticos, biológicos psicológicos y ambientales. Este reto clínico supera la atomización en la atención de otras especialidades y representa el factor clave para el surgimiento de una

especialidad transdisciplinaria que se fundamenta en un modelo biopsicosocial capaz de responder a los desafíos de salud actuales. <sup>1,19,22</sup>

Hoy en día el médico familiar es un especialista clave para enfrentar los retos de salud de los sistemas de salud a nivel mundial. El IMSS, como la institución de seguridad social más grande de América Latina, representa un pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana, que a 70 años de servicios hace un alto y reflexiona sobre la trascendencia del médico familiar, desde la perspectiva de su rol protagónico en el desarrollo de la especialidad en medicina familiar, formación de médicos familiares y reorientación del médico familiar ante la demanda actual de salud. <sup>1,23,25</sup>

En Latinoamérica el país emblemático en la adopción de sistemas basados en la medicina familiar es Cuba, donde se desarrolló un proceso de maduración único en su crecimiento y resultados impresionantes. El modelo cubano ha sido largamente comentado desde hace dos décadas por sus múltiples logros y organización sin parangón en el mundo, en lo que corresponde a organización y resolución, con una inversión tan económicamente limitada que la convierte en una de las estrategias más costo-efectivas de la historia. <sup>1,23,25</sup>

El siguiente modelo relevante de salud familiar, el cual surgió a fines de la década pasada e inicios de la presente, fue el modelo chileno, denominado Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, aunque previamente era llamado simplemente Modelo de Atención Integral. Dicho modelo sigue principios semejantes a los de Cuba y Brasil, en la medida en que mantiene como premisas básicas trabajar con un equipo de salud familiar territorializado y con una población adscrita y un accionar basado en la atención primaria, operando en centros de salud familiar que atienden a la población en general, básicamente financiados a través de impuestos, y que pretenden ofrecer una atención de salud resolutive a 90% de la demanda, mediante un plan de prevención universal garantizado y una fuerte inversión en la promoción de la salud para un país saludable. <sup>23,25</sup>

En México la medicina familiar, cuyo nacimiento se remonta a los primeros años de la década de 1950, ha alcanzado un notable desarrollo dentro de la atención primaria. Así, en el primer nivel de atención, que cuenta con centenares de unidades o clínicas de medicina familiar, existe una amplia cobertura de familias con adscripción poblacional a equipos de medicina familiar. En este contexto,

cada médico familiar atiende entre 2 000 y 3 000 personas que están bajo su cuidado. Para ello, los equipos de salud cuentan con amplias facilidades, como infraestructura adecuada, expediente electrónico y adecuada interrelación con los niveles secundario y terciario, para referencia tanto de pacientes como de muestras para exámenes auxiliares y otros requerimientos.<sup>1,23,25</sup>

No obstante, a pesar de los avances del sistema, la cobertura aún es insuficiente en términos de país, además de que persisten enormes brechas por ser cubiertas, de modo que el modelo realmente abarque a la población mayoritaria de una forma satisfactoria. Así, dado que en México este modelo tiene su mayor expresión en la seguridad social propiamente dicha, su desarrollo era aún incipiente en los servicios de la Secretaría de Salud, y puesto que para 2008 42.5% de la población estaba afiliada al (IMSS) o al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se puede decir que poco más de 4 de cada 10 mexicanos acceden a este tipo de servicio.<sup>1, 23,26</sup>

## ESTUDIOS REALIZADOS

En el 2009 se publicó el estudio nombrado “Importancia de la enseñanza de la Medicina Familiar en el pregrado. Estudio de la opinión de un grupo de Médicos Internos sobre la especialidad de Medicina Familiar”. Este estudio se realizó bajo el fundamento de que, si en la formación de pregrado falta el componente académico y educacional que informa y realice los primeros acercamientos hacia la especialidad en Medicina Familiar, la consecuencia inmediata es la pérdida de credibilidad entre los candidatos a especializarse. El estudio que se realizó fue descriptivo, transversal y observacional, con una muestra de 53 Médicos Internos de Pregrado de los Hospitales General “Gonzalo Castañeda” y Regional “Primero de Octubre” del ISSSTE, México, donde se aplicó un cuestionario con 15 preguntas abiertas que permitieron identificar la percepción que tenían los Médicos Internos sobre la especialidad de Medicina Familiar; los resultados obtenidos fueron: referente a la especialidad que desean cursar: 18% pediatría, 14% Medicina Interna, 12% ginecología y obstetricia, 6% Medicina Familiar, 6% no sabe y 44% otras. El 18% menciono haber cursado Medicina Familiar como materia y 82% refirió no haber tenido información sobre la Medicina Familiar en el pregrado. En relación con el contacto profesional con médicos especialistas en Medicina Familiar, solo 64% conocían a especialistas en Medicina Familiar y de ellos 15 estudiantes

tenían buena opinión, dos manifestaban tener regular opinión y uno mala opinión. Veintitrés de los entrevistados cree que la Medicina Familiar se refiere a la atención integral del paciente, dieciocho Médicos Internos la identifican como medicina de primer contacto y nueve pensaban que era sinónimo de medicina preventiva. En cuanto a si les agradaría especializarse en Medicina Familiar, 36 médicos refirieron no tener interés y catorce si contemplarían la posibilidad.<sup>27</sup>

En el año 2000 la UNAM realizó un estudio descriptivo, transversal, comparativo en el que participaron 52 escuelas y facultades de Medicina de todo el país, con el propósito de identificar a las Escuelas y Facultades que cuentan con programas académicos de Medicina Familiar. Obteniendo como resultado que: la mayoría de las instituciones educativas para esa fecha tenían el nivel de facultad en un 64.5% y de Escuelas el 32.3%. La Medicina Familiar en estas facultades y escuelas se incluye como disciplina en 64.5% de ellas y en el 35.5% no la incorporan. La Medicina Familiar se imparte en el pregrado en el 25.8%, en el posgrado en el 22.6% y en ambos niveles en 19.4%. Las modalidades educativas incorporadas a los planes de estudio tienen a la Medicina Familiar como: materia obligatoria en el pregrado en 25.8%, materia de libre elección en el pregrado 6.5% e incorporada a el internado rotatorio de pregrado en 45.2%. En el 61.3% de las instituciones educativas se cuenta con el personal docente especializado en Medicina Familiar y el 6.5% no. El 38.7% de las instituciones educativas cuentan con una estructura académica de Medicina Familiar, contrastando con el 25.8% que no la tienen. Las principales dificultades manifestadas para el desarrollo de dicha actividad son diversas y particulares para cada institución, de las que se pueden resumir: falta de profesor 16.1%, falta de interés 16.1%, falta de estructura física 12.9%, requiere asesoría 12.9% y falta de recurso económico 6.5%.<sup>28</sup>

En el año 2006 se realizó un estudio nombrado: "Identificación de la Medicina Familiar como especialidad médica entre estudiantes de pregrado en La Paz, Bolivia. Con el objeto de identificar si los estudiantes reconocen a la medicina familiar como especialidad y son capaces de identificar su campo de acción, esto a través de un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, levándose a cabo en la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz, el grupo de estudio fueron 627 estudiantes de medicina desde el primer grado hasta el internado de pregrado; obteniéndose como resultados que del 100% de entrevistados, el 51% de los alumnos no conocían a la Medicina Familiar, 63% no la

consideraron una especialidad médica, los que conocían de la especialidad pudieron hacer una definición de la misma y 23% dieron un concepto aproximado. Solo 25% de los estudiantes dijeron conocer de qué se ocupa o cuál es su campo de acción. 19% de los entrevistados desearían ser médicos familiares por diversos motivos, algunos de ellos basados en conceptos erróneos. Este estudio concluyo en que los estudiantes no saben lo que es la especialidad de medicina familiar ni de que se ocupa. <sup>29</sup>

En Brasil, en el año 2006 se publicó el estudio con el nombre “Pacientes, Residentes y Estudiantes descubriendo la Medicina Familiar”, el cual se realizó con el objetivo de evaluar el impacto que generaba el consultorio implementado de Medicina Familiar sobre los pacientes, alumnos y residentes, así como identificar la influencia que un servicio de atención primaria ejerce en un complejo sanitario de atención primordialmente secundaria. El estudio fue cualitativo, a través de un consultorio que funciono durante 14 meses y donde fueron atendidos 350 pacientes por estudiantes y residentes, supervisados por un médico familiar. Los resultados que se obtuvieron fue que, en el caso de los pacientes, estos buscan un nuevo servicio por insatisfacción con la atención del médico anterior. El 95% de los pacientes llegaron referidos por otros pacientes, familiares o por funcionarios del complejo sanitario. Los residentes, aprendieron la práctica de la medicina centrada en el paciente, visualizando el poder terapéutico de la relación médico-paciente-familia. Los estudiantes, mejoraron su conocimiento sobre la Medicina Familiar y encontraron motivación en sus estudios a partir del encuentro con el paciente. La conclusión al término del estudio es que el consultorio de medicina familiar tuvo resultados alentadores en la formación integral de estudiantes y residentes, facilitando el despertar de futuras vocaciones por la medicina familiar. <sup>30</sup>

En otro estudio realizado en España y publicado como ¿Por qué los médicos huyen y rehúyen a la Medicina de Familia?, datos clave sobre el problema, en busca de soluciones. Para esta revisión se situó en tres momentos de la vida profesional: al terminar la licenciatura en medicina, al elegir la plaza MIR y cuando se ha concluido la especialidad. En el 2011 se encuestaron a 978 estudiantes de 6to de medicina, de 27 universidades españolas, a través de un cuestionario previamente pilotado. Los resultados recabados fueron: que el 8.9% no sabía que especialidad elegiría.

Pediatría fue la especialidad número uno en elección y MFyC se ubicó en la décima posición, solo 3.9 de los estudiantes declaro a la MF como su primera opción. Los factores que influyeron en la elección de la especialidad son; retribución económica, reconocimiento laboral de los pacientes, horario, vacaciones, compatibilidad con la vida personal y familiar, prestigio, reconocimiento y seguridad del empleo. En general, los estudiantes refieren que la MF gusta a un número considerable de estudiantes, pero perciben que está en desventaja de prestigio.<sup>31</sup>

En el 2012 se publicó Preferencia de Especialidad Médica entre los estudiantes de pregrado de la UNAM y ¿En qué lugar se encuentra la psiquiatría? el cual fue un estudio transversal descriptivo con un diseño de campo de tipo encuesta donde se evaluaron 2 737 alumnos que aceptaron participar voluntariamente, desde el primero hasta el sexto año de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la UNAM., acerca de la preferencia de especialidades, se observó cómo algunos estudiantes tienen preferencias por especialidades que en este estudio catalogan como con estilos de vida controlable y no controlable, por ejemplo aquellos a los que les gusta mayor remuneración económica, reconocimiento social y actividades práctica, eligieron como opción la cirugía general y también se encuentra en este grupo: pediatría, medicina interna, ginecología, traumatología y medicina familiar. Al parecer ni Radiología ni Medicina familiar son vistas como “especialidades” por los participantes, pues mientras a la primera la ubican más como una técnica, la segunda se concibe como una repetición de los estudios de la licenciatura, lo cual les resta popularidad entre el alumnado.<sup>32</sup>

Caballero Rendon, en el 2006 publico un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, llamado identificación de la medicina familiar como especialidad médica entre estudiantes de pregrado de La Paz, Bolivia. Cuyo objetivo fue Identificar si los estudiantes de pregrado reconocen a la medicina familiar como especialidad y son capaces de identificar su campo de acción. El estudio se realizó en la Universidad Mayor de San Andrés de la Paz, Bolivia. El grupo de estudio se constituyó por estudiantes de medicina de los seis años desde el primer curso hasta el internado de pregrado. Se integró una muestra por cuotas de 1000 alumnos en promedio y por curso a los que se aplicó un cuestionario diseñado *ex profeso*. En los resultados se entrevistó a un total de 627 alumnos de los cuales 320 (51%) no conocían a la Medicina Familiar, 395 (63%) no la consideraron una especialidad

médica. Los que la identificaron hicieron una definición de la misma y 66 (23 %) dieron un concepto aproximado. 154 (25%) de los estudiantes dijeron conocer que se ocupa o cual es el campo de acción de la medicina familiar y de estos (35%) dieron un concepto aproximado. 121 (19%) de los estudiantes desearían ser médicos familiares por diversos motivos algunos de ellos basados en conceptos erróneos. En conclusión: Un alto porcentaje de estudiantes no saben que es la medicina familiar ni de que se ocupa. Indirectamente se prueba que la formación de los estudiantes de medicina familiar está orientada a especialidades de *perfil estrecho* pues desconocen lo que es la Atención Primaria y por ende la Medicina familiar como efectora de la misma. A 25 años de la implantación de la medicina familiar en Bolivia, todavía no se ha dado a conocer suficientemente.<sup>50</sup>

En el 2016 se llevó a cabo un estudio con 100 médicos internos de pregrado del Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero” del IMSS, donde se encontró que El 90 % de los médicos internos tiene una buena actitud hacia la medicina familiar, pero a pesar de ello el 99% no la eligen de opción para especializarse.<sup>45</sup>

#### **4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Se reconoce que hay una necesidad global de que los médicos familiares sean la piedra angular de los sistemas de salud; ahora bien, en México, de acuerdo con un estudio realizado en Médicos Internos del ISSSTE bajo el fundamento de que, si en la formación de pregrado falta el componente académico y educacional que informe y realice los primeros acercamientos hacia la especialidad en Medicina Familiar, la consecuencia inmediata es la pérdida de credibilidad entre los candidatos.<sup>33,35</sup>

Algunos estudios que investigan la perspectiva que tienen los médicos internos de pregrado hacia la Medicina Familiar nos indica que el 18% de los entrevistados mencionó haber cursado la asignatura de medicina familiar en sus estudios previos a entrar al internado, 82% de médicos internos refirió no haber tenido información sobre la medicina familiar en el pregrado. Con relación al contacto profesional con médicos especialistas en medicina familiar sólo 64% de los entrevistados conocían a especialistas en medicina familiar y de ellos 15 tenían “buena opinión” de los médicos familiares; dos manifestaron tener una “regular opinión” y un médico de pregrado refirió tener “una mala opinión.”<sup>33,37</sup>

Si en la formación académica de los estudiantes de medicina no hay de acercamiento hacia la especialidad en medicina de familia, la consecuencia inmediata es la pérdida de interés y credibilidad hacia la misma entre los candidatos, que preferirán la seguridad que les ofrece la alta especialización y no arriesgarse a estudiar medicina familiar; generando pobre elección de ella como especialidad o elección por última opción, produciendo Médicos Especialistas sin vocación a la misma y esto a su vez ocasiona baja calidad de la atención, generando a si poco control en la prevención y tratamiento de enfermedades en la población por falta de interés de su especialidad; llevándonos entonces a elevados costos en salud a nivel nacional para la atención de complicaciones que pueden ser evitadas con un efectivo y eficiente primer nivel de atención.<sup>38,40</sup>

#### **PREGUNTA:**

¿Cuál es la actitud Médicos Internos de Pregrado del Hospital General Regional No?1 “Vicente Guerrero” hacia la medicina familiar, a un año del nuevo modelo educativo con enfoque al primer nivel de atención?

## 5.- JUSTIFICACIÓN

Los pacientes buscan especialistas y subespecialistas, y la población de médicos generales se fue en decremento. Lo anterior da origen a una revaloración de la medicina general en varios países, con el propósito de encontrar un especialista centrado en una atención integral al individuo. <sup>1,26</sup>

Es conocido que la medicina de primer nivel tiene la cobertura del 80 % de la atención médica a la población, haciendo principal hincapié en la prevención y promoción, así también en la curación y rehabilitación de enfermedades. Atendiendo al paciente de forma integral y siempre observando el círculo familiar.

La tendencia de los sistemas de salud era el incremento de médicos enfocados a la atención de primer contacto, tal es el caso de la Medicina Familiar en particular, sin embargo, se ha visto un decremento en la elección de esta especialidad lo que ha generado falta de ocupación de plazas ofertadas anualmente. <sup>1,26</sup>

La importancia de este estudio radica en conocer la actitud de los Médicos Internos de Pregrado y los factores que influyen en esta, y que los aleja de la elección de esta especialidad de primer nivel; así como detectar que tan positivo es el nuevo modelo educativo con enfoque al primer nivel de atención implementado a partir de enero de 2018 en los médicos internos de pregrado por el IMSS al término del año de internado rotatorio y así poder realizar acciones para que no haya desconocimiento de esta especialidad, sea valorada y reconocida como el resto de las especialidades, porque de ser así, generaríamos mejor calidad de vida a nuestra población a través de la prevención y con menores gastos en salud.

## **6.- OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL**

- Analizar la actitud de los Médicos Internos de Pregrado del Hospital General Regional No.1 “Vicente Guerrero” hacia la especialidad en medicina familiar.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Conocer la percepción de los médicos internos del nuevo modelo educativo con enfoque al primer nivel de atención.
- Razonar la preferencia de especialidad de los médicos internos de pregrado, que se encuentran realizando su internado rotatorio en un hospital cuyo programa académico está enfocado al primer nivel de atención a la salud.
- Clasificar que actitud tienen los médicos internos de pregrado hacia la medicina familiar, al realizar su internado rotatorio en un hospital cuyo programa académico está enfocado al primer nivel de atención a la salud.
- Identificar si en la universidad de origen de los médicos internos de pregrado se imparte la materia de Medicina Familiar.
- Descubrir la opinión que tienen acerca de los médicos familiares.

## **7.- HIPÓTESIS**

Solo el 10% de los médicos internos de pregrado presentaran una mala actitud hacia la medicina familiar.

El 80% de los preferirá elegir como especialidades cirugía, medicina interna, pediatría, ginecología u otras ajena a la medicina familiar.

El 100% de los médicos internos curso la materia de medicina familiar en su universidad de origen

Al menos 90 % de los médicos internos tiene una buena opinión acerca de los médicos familiares.

## **8.- MATERIAL Y MÉTODOS**

### **8.1 TIPO DE ESTUDIO:**

Transversal descriptivo

### **8.2 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:**

En el estudio participaron todos los Médicos Internos de Pregrado que realizaron su internado rotatorio de pregrado en el Hospital General Regional N°1 “Vicente Guerrero”, en el periodo diciembre 2018 – febrero de 2019, se aplicó una encuesta ya validada.

Se aplicó una encuesta validada por criterio y constructo<sup>45</sup>, con la cual se obtuvieron datos sociodemográficos y sobre la actitud hacia la medicina familiar de los Médicos Internos de Pregrado.

La encuesta se aplicó en diciembre 2018 al grupo que egreso del internado de pregrado, en enero de 2019 al grupo que ingreso al internado de pregrado y en febrero 2019 a los médicos internos del segundo semestre del Hospital General Regional No.1 “Vicente Guerrero”.

#### **8.2.1 PERIODO DEL ESTUDIO:**

De diciembre 2018 a febrero del 2019.

#### **8.2.2 LUGAR DE DESARROLLO DEL ESTUDIO:**

Hospital General Regional N°1 “Vicente Guerrero”, en Acapulco, Guerrero.

### **8.3 UNIVERSO DE TRABAJO:**

#### **8.3.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

Médicos Internos de Pregrado que estaban realizando su Internado rotatorio en el HGR N°1 “Vicente Guerrero”, en el periodo de diciembre de 2018 a febrero de 2019.

### **8.3.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

La muestra fue el total de Médicos Internos de Pregrado que se hallaban realizando el internado médico de pregrado en el HGR No. 1 “Vicente Guerrero”, un total de 141 médicos internos, de los cuales: 44 eran de nuevo ingreso, 55 se encontraban en el segundo semestre y 42 se encontraban finalizando el internado.

## **8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **8.4.1 Criterios de inclusión:**

- 1.- Médicos internos de pregrado.
- 2.- Estuvieran cursado el internado de pregrado en el Hospital General Regional Vicente Guerrero.
- 3.- Que firmara la carta de consentimiento informado.

### **8.4.2 Criterios de exclusión**

- 1.- Que estuviera en periodo vacacional y fuera de servicio por alguna otra causa.

### **8.4.3 Criterios de eliminación**

- 1.- Médicos internos de pregrado que entregaran cuestionarios incompletos.

## 8.5 VARIABLES

### 8.5.1 Dependiente:

- Actitud de los Médicos Internos de Pregrado hacia la Medicina Familiar.
- Preferencia de especialidad de los Médicos Internos de Pregrado.

### 8.5.2 Independiente:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Universidad de procedencia
- Ocupación de padres.
- Especialidad de primera opción.
- Especialidad de segunda opción.
- Especialidad de tercera opción.
- Asignatura de Medicina Familiar durante la universidad.
- Especialidad Médica de padres.
- Practicas con Médicos Familiares.
- Rotación por medicina familiar
- Opinión sobre médicos familiares

### 8.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
<b>ACTITUD HACIA LA MEDICINA FAMILIAR</b>	Es el comportamiento hacia la Medicina Familiar.	De acuerdo con el cuestionario se obtendrá un puntaje de las preguntas 21 a 25.  Bueno: <60%  Malo: >60%	Dependiente	Cualitativa	1.- Bueno. 2.- Malo.

<b>PREFERENCIA DE ESPECIALIDAD</b>	Es la especialidad que desea elegir su primera opción	Especialidad contestada como de primera opción en el cuestionario.	Dependiente	Cualitativa	Nombre de especialidad.
<b>EDAD</b>	Es el número de años cumplidos al momento de aplicar la encuesta.	Número de años cumplidos que refiere el paciente a la fecha de estudio	Independiente	Cuantitativa	Años
<b>SEXO</b>	Se refiere al género humano que distingue al hombre de la mujer.	Referido por el Medico Interno al momento de la encuesta	Independiente	Cualitativa	1.- Mujer 2.- Hombre
<b>ESTADO CIVIL</b>	Es la situación de las personas físicas	El que refiera el Medico Interno al momento de la encuesta	Independiente	Cualitativa	1.- Casado 2.- Soltero 3.- Unión libre 4.- Viudo 5.- Divorciado
	Determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco.				
<b>UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA</b>	Es el nombre de la universidad donde se ha formado el estudiante.	Universidad contestada como de procedencia en el cuestionario.	Independiente	Cualitativa	Nombre de la universidad.
<b>ESPECIALIDAD DE PRIMERA OPCIÓN</b>	Se refiere a la primera opción de elección para especialización.	La referida al contestar el cuestionario (tomando las más comunes).	Independiente		1.- Pediatra. 2.- Médico internista. 3.- Cirujano. 4.- Ginecólogo. 5.- Médico Familiar. 6.- otras

<b>ESPECIALIDAD DE SEGUNDA OPCION</b>	Se refiere a la segunda opción de elección para especialización.	La referida al contestar el cuestionario (tomando las más comunes).	Independiente	Cualitativa	1.- Pediatra. 2.- Médico internista. 3.- Cirujano. 4.- Ginecólogo. 5.- Médico Familiar. 6.- otras
<b>ESPECIALIDAD COMO TERCERA OPCION</b>	Se refiere a la última opción de elección para especialización.	La referida al contestar el cuestionario (tomando las más comunes)	Independiente	Cualitativa	1.- Pediatra. 2.- Médico internista. 3.- Cirujano. 4.- Ginecólogo. 5.- Médico Familiar. 6.- otras
<b>ASIGNATURA DE MEDICINA FAMILIAR EN UNIVERSIDAD</b>	Especialidad Médica que se encarga de la atención medica de forma integral de la familia.	Haber cursado la especialidad de medicina familiar como materia en la Universidad.	Independiente	Cualitativa	1.- sí. 2.- no.
<b>PRACTICAS CON MEDICOS FAMILIARES</b>	Estar en Consultorios de Medicina Familiar.	Haber estado en la Consulta médica otorgada por médicos familiares.	Independiente	Cualitativa	1.- sí. 2.- no.
<b>ROTACION DEL INTERNADO DE PREGRADO POR MEDICINA FAMILIAR</b>	Rotación por la consulta de Medicina Familiar.	Haber estado en la consulta médica otorgada por médicos familiares durante el Internado de Pregrado.	Independiente	Cualitativa	1.- Si 2.- No.

## **8.6 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

El instrumento de medición fue un cuestionario validado por contenido, constructo y criterio, utilizado en un estudio realizado en el 2016, titulado “Actitud de los médicos internos de pregrado del Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero” hacia la medicina familiar”<sup>45</sup>., el cual permitió recabar datos sociodemográficos y factores asociados a la preferencia de especialidad, previamente estudiados y de interés para este estudio. Además de incluir la evaluación de la actitud de los Médicos Internos de Pregrado, constó de 23 reactivos en los cuales se buscaron los factores que ocasionan la preferencia por ciertas especialidades, datos sociodemográficos y la falta de interés por la especialidad de Medicina Familiar, 5 reactivos encaminados a evaluar la actitud hacia la medicina familiar y 2 reactivos que evaluaron la percepción del modelo educativo en el internado de pregrado con enfoque al primer nivel de atención.

## **8.7 ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos obtenidos fueron codificados, digitados y analizados en el paquete estadístico-epidemiológico SPSS versión 23.

Se realizó análisis de frecuencias simples, se obtuvieron medidas de tendencia central.

## 8.8 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	MAR ABR 2017	MAY JUN 2017	JUL AGO 2017	SEP OCT 2017	NOV DIC 2017	ENE FEB 2018	MAR ABR 2018	MAY JUN 2018	JUN JUL 2018	AGO SEP 2018	OCT NOV 2018	DIC 2018	ENE FEB 2019	MAR ABR 2019
ELECCIÓN DE TEMA	R													
DESARROLLO DEL PROTOCOLO		R	R											
REGISTRO DEL PROTOCOLO						p								
APLICACIÓN DEL PRIMER CUESTIONARIO Y FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO												R		
APLICACIÓN DEL SEGUNDO CUESTIONARIO Y FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO													R	
APLICACIÓN DEL TERCER CUESTIONARIO Y FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO													R	
ELABORACIÓN DE BASE DE DATOS														R
ELABORACIÓN DE RESULTADOS														R
APROBACIÓN DE RESULTADOS DE TESIS														P
EMPASTADO DE TESIS														P
	REALIZADO (R) / PROYECTADO (P)													

## 9. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

El proyecto fue financiado por el investigador encargado del proyecto.

Concepto	Cantidad	Costo unitario	Tiempo/Piezas	Costo total
Médico residente de medicina familiar	1	\$1,500.00 mensual	1 año	\$18,000.00
Internet	1	\$500.00 mensual	2 años	\$ 12,000.00
Computadora	1	\$10,000.00	1 pieza	\$10,000.00
Memoria USB	1	\$300.00	1 pieza	\$300.00
Impresora	1	\$5,000.00	1 pieza	\$5,000.00
Hojas blancas	3	\$50.00	3 piezas	\$150.00
Lapicero	50	\$5.00	50 piezas	\$250.00
<b>Total</b>			<b>\$ 45,700.00</b>	

## **10. CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

Esta investigación de acuerdo con la “Ley General de Salud” de México y con su “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud”, en su Título 2°, Capítulo 1°, Artículo 17, Fracción I, se considera este estudio como “Investigación sin riesgo” ya que se utilizó técnicas y métodos de investigación documental, no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio.<sup>46</sup>

Para la realización de este estudio no se contravino la “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial” que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos. Asamblea General 52°, en Edimburgo, Escocia en el año 2000 y en base a los establecido en la enmienda realizada en Tokio en 1975 el presente estudio fue revisado y aprobado por el comité local de investigación y bioética de la institución a la cual pertenezco.<sup>47</sup>

La presente investigación se apegó a lo establecido en el decálogo de principios de experimentación médica con seres humanos del Código Internacional de Ética, conocido como Código de Núremberg y por lo tanto se evitó todo sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño a las personas que se incluyen en el estudio, las cuales lo harán solo si estas están física y mentalmente aptas.<sup>48</sup>

De la misma forma se abordó de acuerdo con lo establecido con el informe Belmont, el cual fue elaborado en 1978 por la National Comisión for the Protection of Human Subjects of Biomedical Reserch en los Estados Unidos, cuyos principios fundamentales son el respeto, la autonomía y la seguridad de las personas que se incluyeron en el estudio, de la misma forma el beneficio y la utilidad de este, es de beneficio para toda la sociedad en general.<sup>49</sup>

En conclusión, se consideró: Aprobación previa del Comité de Investigación en Salud, consentimiento informado y documentación por escrito, reclutamiento equitativo de los participantes en la investigación, protección especial para los grupos vulnerables y revisión continúa de la investigación aprobada.

## 11.- RESULTADOS

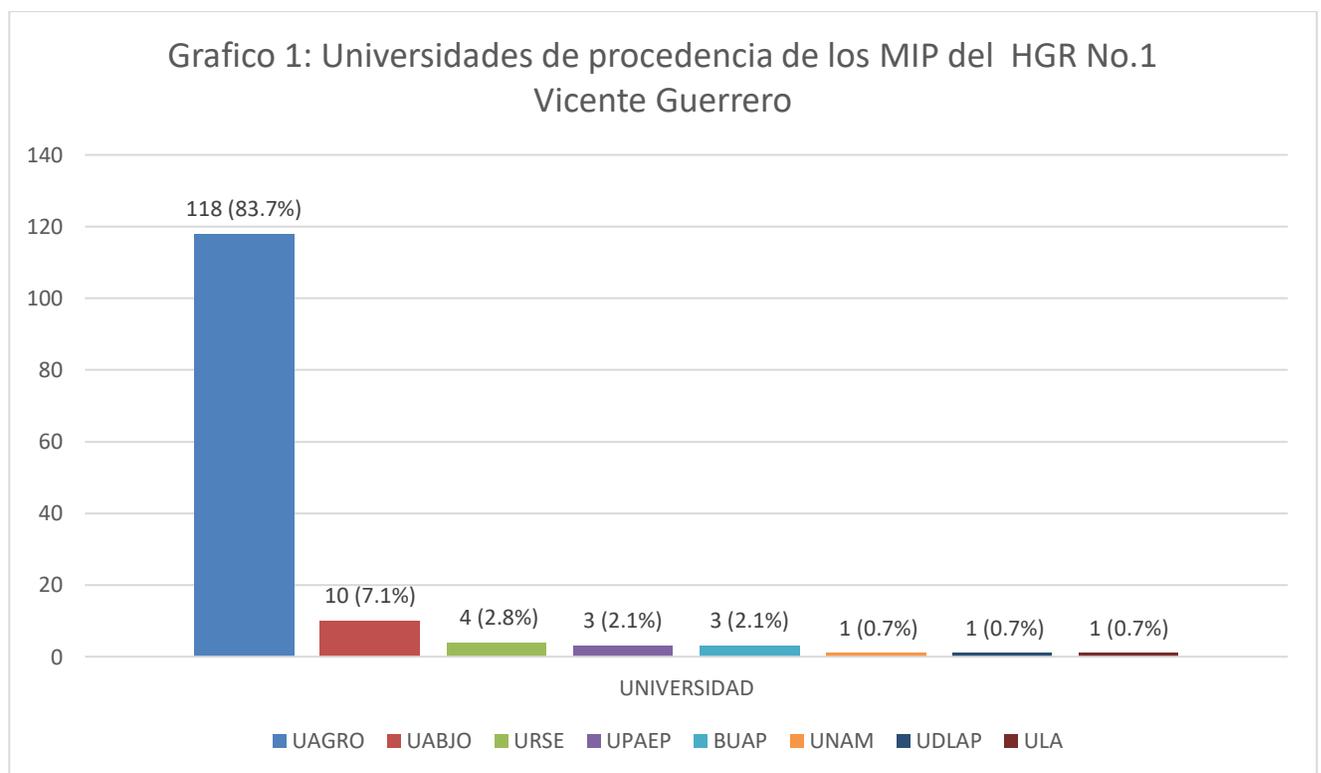
En el estudio participaron 141 médicos que cursaban el internado de pregrado en el “Hospital General Regional No.1 Vicente Guerrero del IMSS. En 3 diferentes etapas de su formación estaban distribuidos de la siguiente manera: 31.2 % (n: 44) nuevo ingreso, 39 % (n: 55) segundo semestre y 29.8 % (n: 42) los que egresaban.

De los encuestados para este trabajo se obtuvieron los siguientes datos socio demográficos (tabla 1): el 51.8 % (n:73) sexo femenino. Los participantes presentaban una edad promedio 23 años con una (DE± 2.021 )con un mínimo de 22 años, máximo de 34 años . El 96.5 % (n: 136) eran solteros, 3.5 % (n: 5) vivían en pareja.

DATOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>SEXO</b>		
<b>Femenino</b>	73	51.8
<b>Masculino</b>	68	48.2
<b>EDAD</b>		
<b>23 años</b>	57	40.4
<b>24 años</b>	31	22
<b>22 años</b>	30	21.3
<b>25 años</b>	12	8.5
<b>26 años</b>	3	2.1
<b>27 años</b>	2	1.4
<b>30 años</b>	2	1.4
<b>34 años</b>	2	1.4
<b>28 años</b>	1	0.7
<b>33 años</b>	1	0.7
<b>ESTADI CIVIL</b>		
<b>Soltero</b>	136	96.5
<b>Casado</b>	3	2.1
<b>Unión libre</b>	2	1.4

**Tabla 1:** Datos sociodemográficos de los MIP del HGR No.1 Vicente Guerrero.

Con respecto a la universidad de procedencia se encontró que la mayoría estudio la licenciatura de medicina en las aulas de la Universidad Autónoma de Guerrero (UAGRO), seguidos por los que se formaron en la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO), luego los que pertenecían a la Universidad Regional del Sureste (URSE), por otra parte estaban los procedentes de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), que empataron en número con los que venían de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), mientras que la minoría se preparó en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Universidad de las Américas Puebla (UDLAP) y la Universidad Latinoamericana (ULA), lo anterior se ejemplifica en el gráfico 1.



Dentro de la encuesta se les preguntó la causa del por qué eligieron estudiar medicina, entre las respuestas se encontraron: 92.2 % (n: 130) por deseo propio, 4.3 % (n: 6) tuvo influencia familiar, 2.1 % (n: 3) piensa que tiene prestigio y reconocimiento, 0.7 % (n: 1) fue su única opción y 0.7 % (n: 1) la consideraban una carrera bien remunerada económicamente.

También se investigó si tenían algún familiar con especialidad médica, así como su parentesco, los resultados se cruzaron y se plasmaron en la tabla 2:

**Tabla 2:** Relación de familiar con especialidad médica - Parentesco- Especialidad del familiar de los MIP del HGR No.1 Vicente Guerrero.

Especialidad del familiar			Parentesco					Total
			Padres	Hermanos	Tíos	Primos	Sin información	
Cirugía	Familiar con especialidad medica	Si	4	1	3	1		9
	Total		4	1	3	1		9
Medicina interna	Familiar con especialidad medica	Si			5			5
	Total				5			5
Pediatria	Familiar con especialidad medica	Si	2		2			4
	Total		2		2			4
Ginecología y obstetricia	Familiar con especialidad medica	Si	1		1	3		5
	Total		1		1	3		5
Traumatología y ortopedia	Familiar con especialidad medica	Si	2			1		3
	Total		2			1		3
Medicina Familiar	Familiar con especialidad medica	Si	4	1	1	1		7
	Total		4	1	1	1		7
Otras	Familiar con especialidad medica	Si	4	3	9	6		22
	Total		4	3	9	6		22
Sin información	Familiar con especialidad medica	No					86	86
	Total						86	86

Se cuestionó si en su formación universitaria había cursado Medicina Familiar como una de sus materias, 96.5 % (n: 136) si la había cursado; el 100 % (n: 141) cursó alguna materia relacionada con el primer nivel de atención, el 97.2 % (n: 137) refirió conocer la especialidad de medicina familiar; el 96.5 % (n: 136) afirmó haber recibido información de lo que es la medicina familiar mientras 3.5 %. Al indagar si les gustaría hacer alguna especialidad 94.3 % (n: 133) respondieron que sí.

Las opciones para especializarse que tenían en ese momento como primera opción (tabla 3), segunda opción (tabla 4) y tercera opción (tabla 5).

Dentro de las primeras opciones encontramos en primer lugar a cirugía, seguida por medicina interna y en tercer lugar con, mientras que medicina familiar solo fue elegida por pocos de los participantes.

ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Cirugía</b>	37	26.2
<b>Medicina interna</b>	27	19.1
<b>Pediatría</b>	24	17.0
<b>Ginecología y obstetricia</b>	11	7.8
<b>Traumatología y ortopedia</b>	10	7.1
<b>Otorrinolaringología</b>	7	5.0
<b>Medicina Familiar</b>	<b>5</b>	<b>3.5</b>
<b>Urgencias</b>	4	2.8
<b>Anestesiología</b>	3	2.1
<b>Dermatología</b>	2	1.4
<b>Nefrología</b>	2	1.4
<b>Neurología</b>	2	1.4
<b>Hematología</b>	2	1.4
<b>Oftalmología</b>	1	0.7
<b>Gastroenterología</b>	1	0.7
<b>Geriatría</b>	1	0.7
<b>Genética</b>	1	0.7
<b>Sin información</b>	1	0.7

**Tabla 3:** Primera opción de elección de especialidad de los MIP del HGR No.1 Vicente Guerrero.

Las principales causas por las que eligieron su primera opción de especialidad fueron: 66 % (n: 93) les gustaba esa especialidad, 9.2 % (n: 13) se podían derivar a alguna subespecialidad, 8.5 % (n: 12) tenían afinidad con el campo laboral en el que se desarrolla la especialidad, 5.7 % (n: 8) por prestigio y reconocimiento, 2.8 % (n: 4) cree que era resolutive y 7.8 % (n: 11) sin información.

En las segundas opciones de especialidad, medicina familiar se encontró en primera posición, siguió medicina Interna y ginecología con un empate, mientras que el tercer sitio lo tuvo sorpresivamente cirugía.

ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Medicina Familiar</b>	<b>20</b>	<b>14.2</b>
<b>Medicina interna</b>	18	12.8
<b>Ginecología y obstetricia</b>	18	12.8
<b>Cirugía</b>	17	12.1
<b>Traumatología y ortopedia</b>	14	9.9
Urgencias	10	7.1
<b>Pediatría</b>	10	7.1
<b>Otorrinolaringología</b>	7	5.0
<b>Nefrología</b>	6	4.3
<b>Oftalmología</b>	5	3.5
<b>Anestesiología</b>	5	3.5
<b>Dermatología</b>	2	1.4
<b>Neumología</b>	2	1.4
<b>Neurocirugía</b>	1	0.7
<b>Geriatria</b>	1	0.7
<b>Imagenología</b>	1	0.7
<b>Urología</b>	1	0.7
<b>Hematología</b>	1	0.7
<b>Sin información</b>	1	0.7
<b>Cardiología</b>	1	0.7

**Tabla 4:** Segunda opción de elección de especialidad de los MIP del HGR No.1 Vicente Guerrero.

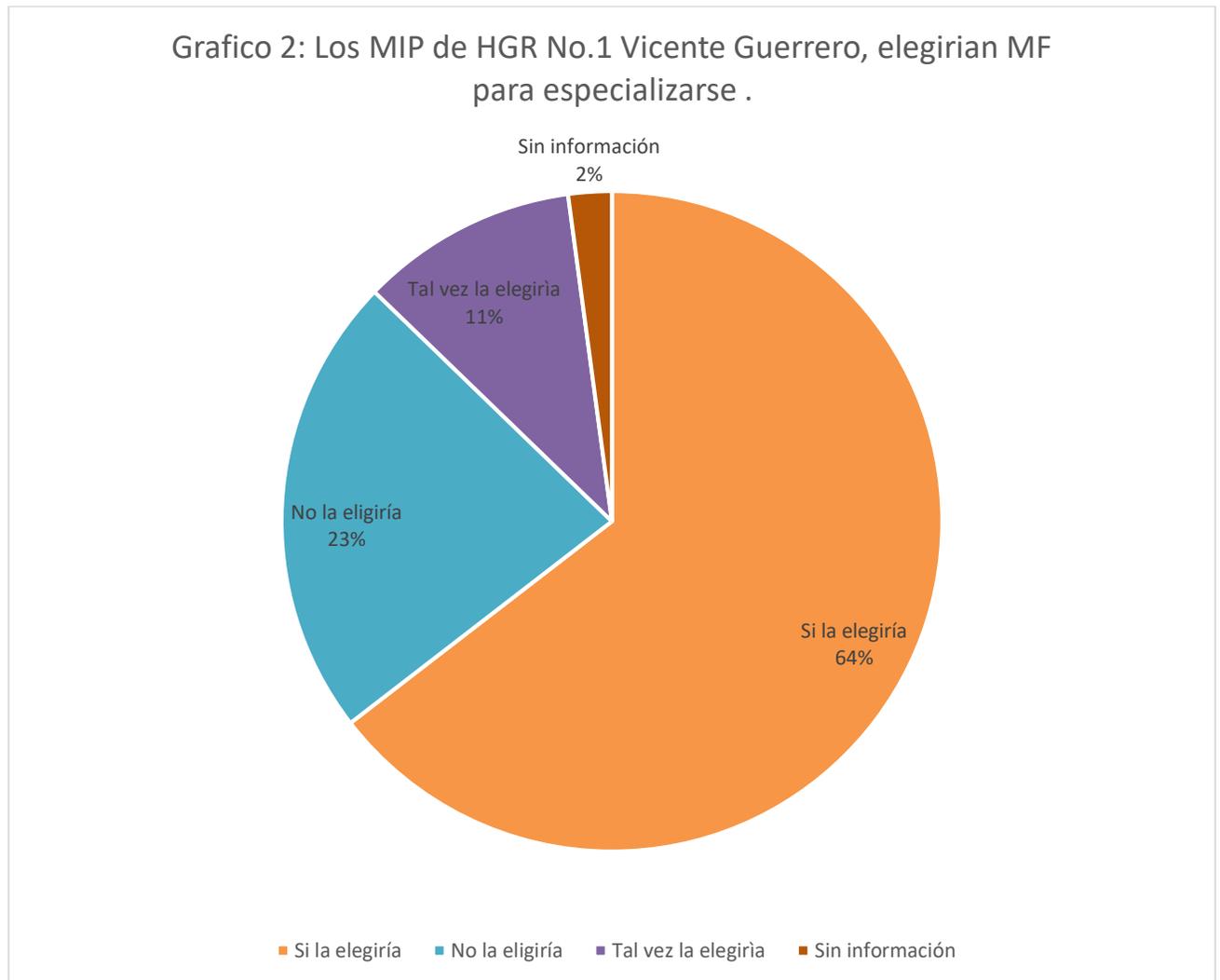
En cuanto a la tercera opción nuevamente fue encabezada por medicina familiar, seguidamente medicina interna y por último ginecología y obstetricia.

ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Medicina Familiar</b>	<b>23</b>	<b>16.3</b>
Medicina interna	20	14.2
Ginecología y obstetricia	18	12.8
Pediatría	16	11.3
Otorrinolaringología	15	10.6
Anestesiología	12	8.5
Cirugía	8	5.7
Urgencias	6	4.3
Patología	5	3.5
Dermatología	4	2.8
Gastroenterología	3	2.1
Epidemiología	3	2.1
Oftalmología	2	1.4
Traumatología y ortopedia	2	1.4
Nefrología	1	0.7
Oncología	1	0.7
Imagenología	1	0.7
Sin información	1	0.7

**Tabla 5:** Tercera opción de elección de especialidad de los MIP del HGR No.1 Vicente Guerrero

La especialidad médica que no elegirían es pediatría con 16.3 % (n:23), seguida de medicina interna con 12.1 % (n: 17), posteriormente empatadas con 9.2 % (n: 13) están cirugía y traumatología, otro empate se lo llevaron urgencia y ginecología con un 8.5 % (n: 12), mientras que medicina familiar obtuvo 1.4 % (n: 2) de rechazo por los encuestados.

Uno de los ítems preguntó si elegirían Medicina Familiar para especializarse (Gráfico 2), gran parte de estos si la elegiría principalmente porque les gusta el campo laboral en el que se desarrolla, otros cuantos no la elegiría, algunos tal vez la elegirían y muy pocos prefirieron omitir su opinión.



Al buscar las causas por las que no elegirían la medicina familiar como especialidad (tabla 6) se encontró que había quienes no tenía razones para no seleccionarla, otros argumentaron que no les gustaba, algunos la consideraron monótona, también dijeron que está saturado su campo laboral, otros cuantos juzgaron que era una especialidad poco remunerada económicamente, seguidos por quienes opinaron ser medico familiar tiene poco prestigio y reconocimiento, la minoría considero que es lo mismo que ser médico general.

RAZON	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>No tengo razones para no elegirla</b>	70	49.6
<b>No me gusta</b>	26	18.4
<b>Es monótona</b>	12	8.5
<b>Saturación del campo laboral</b>	7	5.0
<b>No es bien remunerada económicamente</b>	7	5.0
<b>No tiene prestigio y reconocimiento</b>	7	5.0
<b>Es como ser médico general</b>	4	2.8
<b>Sin información</b>	8	5.7

**Tabla 6:** Razones de los MIP del HGR No.1 Vicente Guerrero par no elegir la medicina familiar como especialidad.

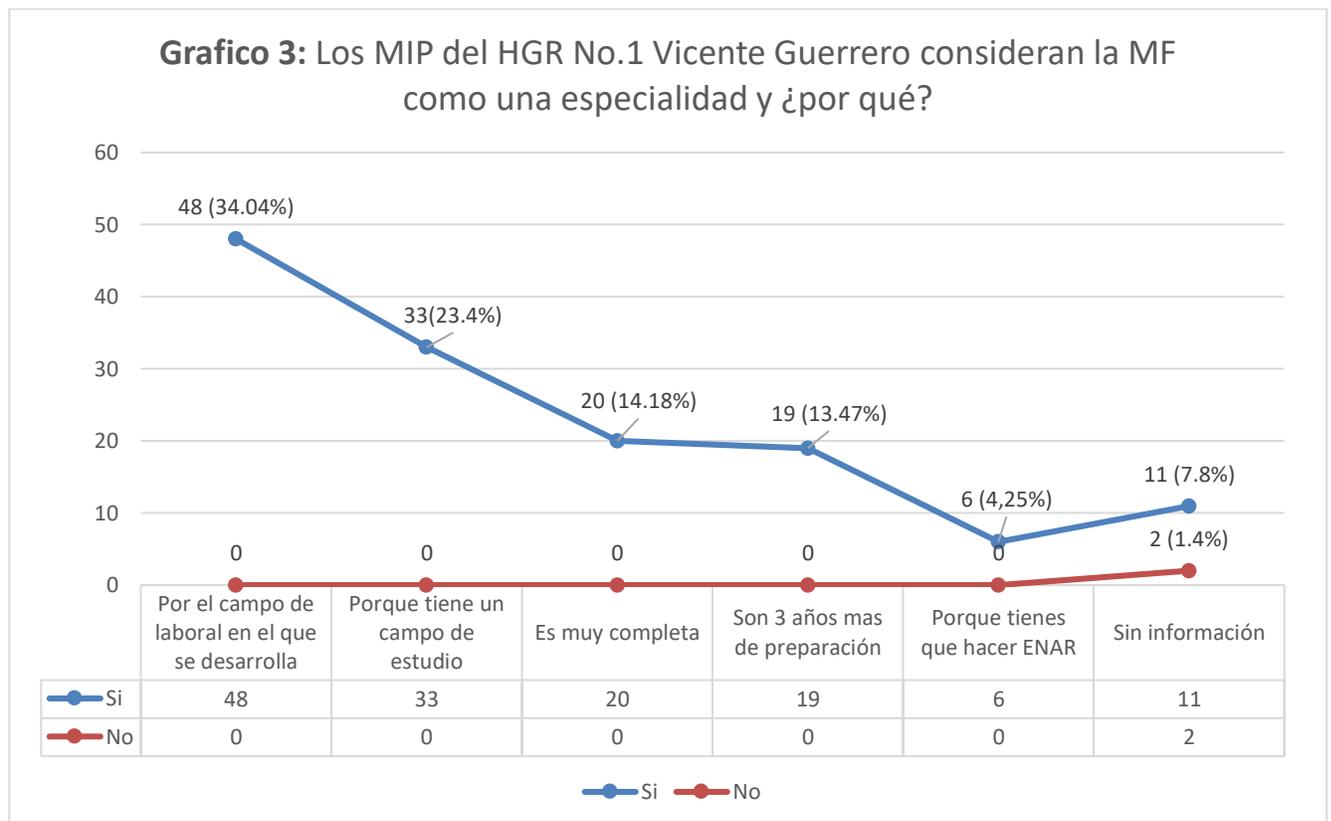
Las principales razones para elegir medicina familiar como especialidad (tabla 7) fueron para empezar que se brindaba una atención integral al paciente, después que la elegirían por el campo laboral es que se desarrolla, seguidos de aquellos que la consideraba una especialidad muy completa, otros más la elegirían por que se diagnostica oportunamente enfermedades, luego porque tiene una buena relación médico-paciente, algunos no la elegirían, pocos consideraron que era una especialidad que no requiere mucho sacrificio y asegura el empleo, una causa fue por la duración de la especialidad, finalmente los que la elegirían en caso de no tener otra opción o porque consideran que es más fácil alcanzar el puntaje en el ENARM.

<b>RAZONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Por la atención integral del paciente</b>	32	22.7
<b>Por el campo laboral en el que se desarrolla</b>	28	19.9
<b>Es una especialidad muy completa</b>	27	19.1
<b>Diagnostica oportunamente enfermedades</b>	17	12.1
<b>Mejor relación médico-paciente</b>	16	11.3
<b>No la elegiría</b>	8	5.7
<b>no requiere mucho sacrificio y asegura un empleo</b>	4	2.8
<b>Sin información</b>	4	2.8
<b>Duración de la especialidad</b>	3	2.1
<b>No tener más opciones</b>	1	.7
<b>Es más fácil alcanzar el puntaje en el ENAR</b>	1	.7

**Tabla 6:** Razones de los MIP del HGR No.1 Vicente Guerrero para elegir la medicina familiar como especialidad.

Al comprobar si conocían el campo de acción de la medicina familiar, 28.4 % (n:40) indicaron que se dedicaba al primer nivel de atención, 27 % (n: 38) no lo conocía, 19.9 % (n: 28) mencionaron que a la prevención de enfermedades, 17.7 % (n: 25) dijeron al estudio de la familia y sus enfermedades, 5 % (n: 7) al estudio de toda la población, 2.1 % (n: 3) no contestaron.

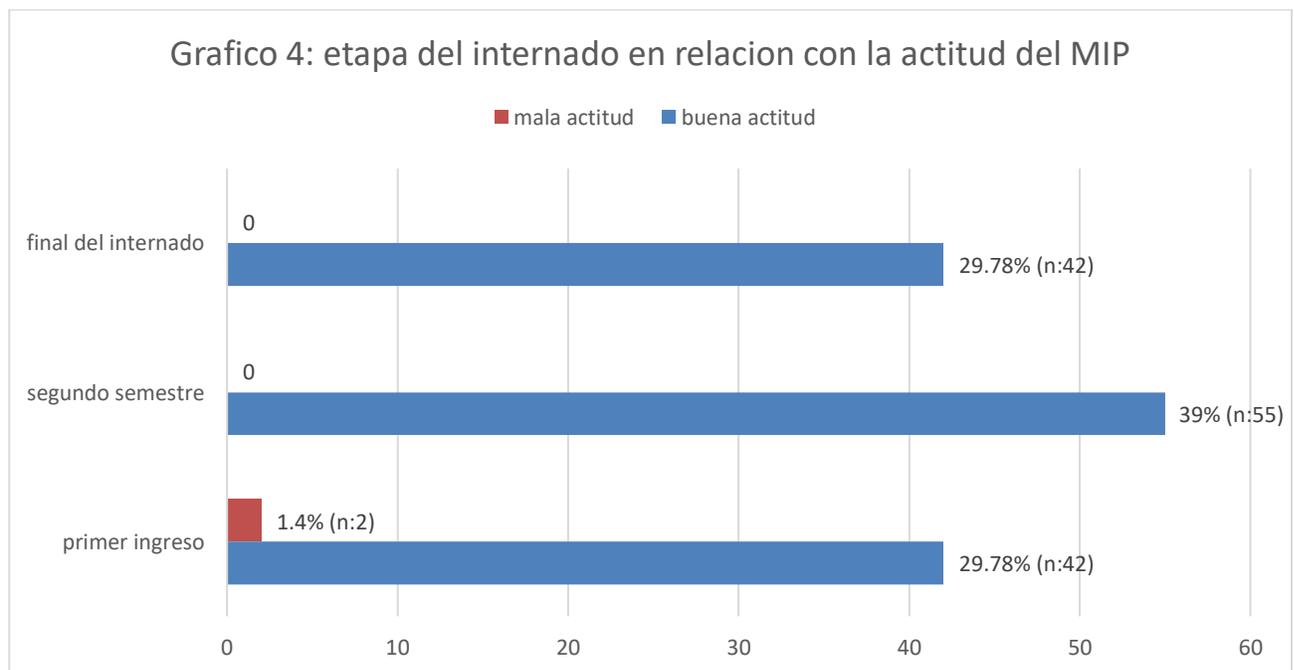
Mientras que al preguntarles si consideran la medicina familiar como una especialidad, el 97.2 % (n: 137) respondió que sí, 1.4 % (n: 2) respondió que no y 1.4 % (n:2) no respondió. Se le cuestiono por qué y respondieron en primer lugar que por el campo laboral en el que se desarrolla, segundo lugar que tiene un objetivo de estudio, tercer lugar por ser muy completa, cuarto lugar que eran 3 años más de preparación, quinto lugar porque tienes que hacer ENARM y finalmente quienes no contestaron (Gráfico 3).



Se analizó el apartado de preguntas (pregunta 21-25) cuyo objetivo es evaluar la actitud del médico interno hacia la medicina familiar; se encontró que el 98.6 % (n: 139) se evaluó con buena actitud y Se evaluó la actitud del MIP para la MF y se recogieron los siguientes resultados: 1.4 % (n: 2) tenía una mala actitud hacia la medicina familiar.

Se realizó una comparación entre la actitud a la MF y la etapa del internado en la que se encontraba (grafico 4), se localizó que la minoría de los MIP con mala actitud eran de primer ingreso, por lo que aún no tenían rotación por medicina familiar.

Al analizar la información de aquellos con mala actitud, se trató de un femenino de 22 años, cuyas opciones por elección fueron pediatría, cirugía y gastroenterología, considera que el campo de acción de la MF era el primer nivel de atención, no tiene razón para no especializarse en MF. El otro fue un masculino de 24 años sus opciones fueron en orden de preferencia cirugía, pediatría y anestesiología, refirió no conocer el campo de acción de MF a pesar de haberla cursado como materia, no elegiría MF por no tiene prestigio; ambos solteros, de la UAGRO, iniciaban su internado, y no han rotado en MF durante su internado.



Se cruzo la información de la actitud con la percepción de la rotación por MF y la elección de la MF como especialidad (tabla 7), se encontró que la mayoría si la elegiría 54.5% (n: 91), todos ellos tiene buena actitud y la mayoría considero buena su rotación por MF; en cambio quien no solo la elegiría representaron el 15.6% (n: 22) y de estos 0.7% (n:1) presenta mala actitud, pero siguieron siendo más personas que tuvieron buena percepción de MF; mientras la minoría 9.9% (n: 14) quienes tal vez la elegirían, tuvieron en general buena percepción , 2.8 % (n: 4) y 0.7% (n: 1) presento mala actitud.

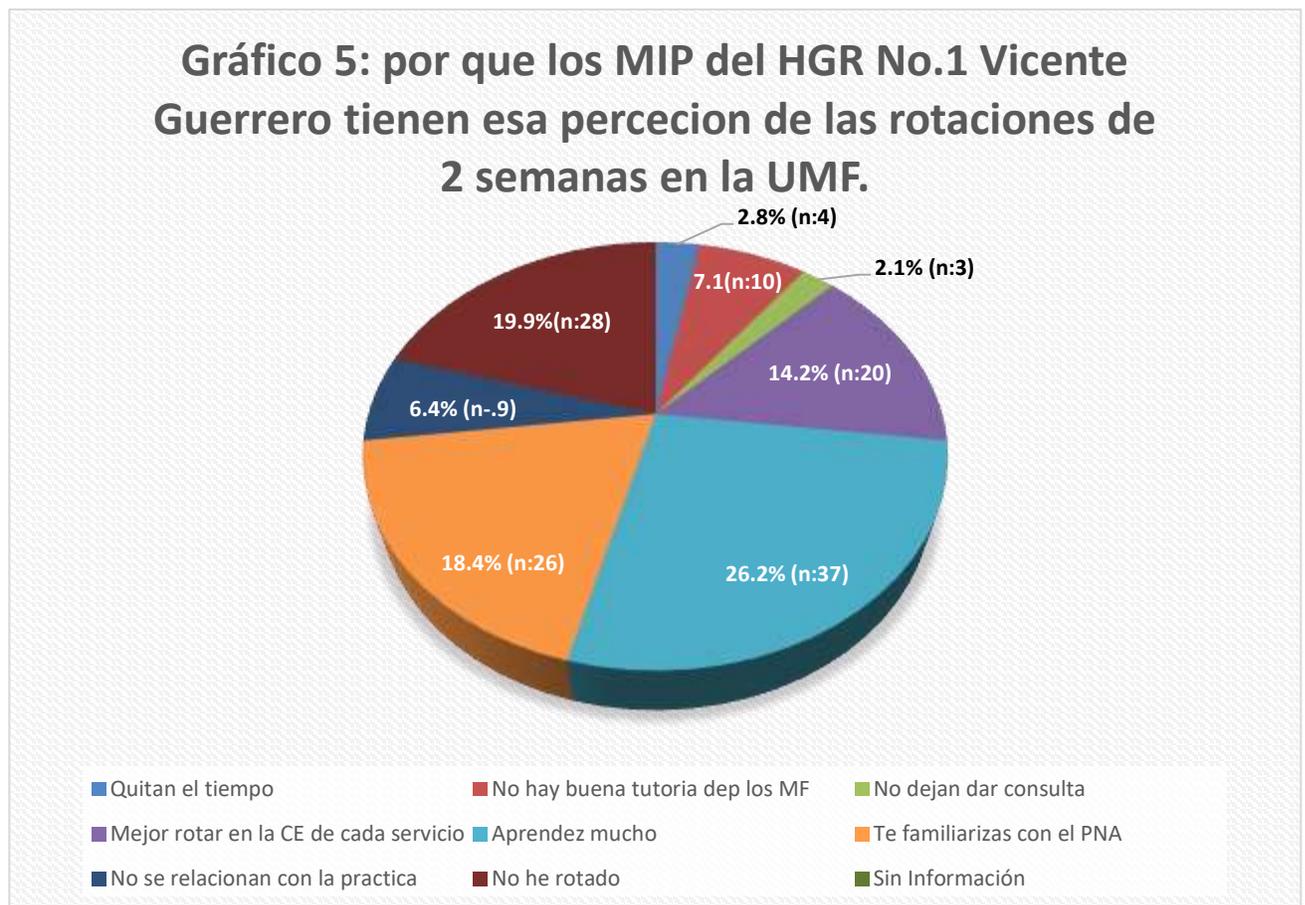
Elección de MF				Percepción de tu rotación por MF				
				Mala	Buena	Excelente	No he rotado	Sin información
Sí la elegiría	Actitud	Buena	Recuento	3	52	15	15	6
			%	3.3%	57.1%	16.5%	16.5%	6.6%
No la elegiría	Actitud	Buena	Recuento	4	15	2	10	
			%	12.9%	48.4%	6.5%	32.3%	
	Mala	Recuento	0	1	0	0		
		%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%		
Tal vez la elegiría	Actitud	Buena	Recuento		10		3	1
			%		71.4%		21.4%	7.1%
	Mala	Recuento		0		1	0	
		%		0.0%		100.0%	0.0%	
Sin información	Actitud	Buena	Recuento		1			2
			%		33.3%			66.7%

Tabla 7: la actitud de MIP en relación con elección de MF y percepción de su rotación por MF.

Con respecto a que opinión tenían acerca del médico familiar 97.2% (n: 137) lo considero bueno, 1.4 % (n: 2) malo y 1.4 % (n: 2) que no es trascendente.

Se les pregunto acerca de la percepción que tenían de las rotaciones que se realizan por 2 semanas en las diferentes UMF, a lo cual 38.3 % (n: 54) la consideró buenas, el otro 15.6 % (n: 22) las consideró regulares, 15.6 % (n: 22) las consideró malas, 7.1 % (n: 10) innecesarias, 1.4 % (n: 2) las percibió desorganizadas.

Cuando se cuestionó el porqué de esta percepción (gráfico 5 ) la mayoría afirmó porque aprendió mucho, sucedidos por quienes no habían realizado la rotación, posteriormente aquellos que consideraron que te sirven para familiarizarte con el primer nivel de atención, ulteriormente todos los que opinaron que sería mejor rotar en la consulta externa de los servicios por los que se estaba rotando, luego están los que mencionaron que no hay buena tutoría por los médicos familiares, seguidos de los aseguraron no había relación de la practica con la rotación, los siguientes decían que no te dejaban dar consulta por lo tanto no aprendías y para finalizar se colocan los que omitieron responder.



Se realizó un análisis de los MIP que si elegirían como opción de especialidad a la medicina familiar (primera, segunda y tercera) y de los que lo la elegirían, los cuales representaron el 57 % (n: 80) del total que participaron en el estudio, de los cuales 60 % (n: 48) la eligió en el siguiente orden, como primera opción 6.3% (n: 5), segunda opción 25 % (n: 20), tercera opción 28.7 % (n: 23) y 40 % (n: 32) no la eligió como especialidad. También se buscaron las causas que propiciaron esta decisión lo cual se plasmó en las tablas 8 y 9.

Tabla 8: Razones del por qué los MIP del HGR No.1 no elegirían MF.						
¿Razones del por qué no?		Elección de la MF				Total
		Primera Opción	Segunda Opción	Tercera Opción	No la Elegiría	
No tengo razones para no elegirla	Recuento	5	15	14	1	35
	% dentro de Razones del por qué no?	14.3%	42.9%	40.0%	2.9%	100.0%
No me gusta	Recuento	0	0	0	22	22
	% dentro de Razones del por qué no?	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
Es monótona	Recuento	0	2	4	2	8
	% dentro de Razones del por qué no?	0.0%	25.0%	50.0%	25.0%	100.0%
Saturación del campo laboral	Recuento	0	1	0	2	3
	% dentro de Razones del por qué no?	0.0%	33.3%	0.0%	66.7%	100.0%
No es bien remunerada económicamente	Recuento	0	0	1	1	2
	% dentro de Razones del por qué no?	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	100.0%
No tiene prestigio y reconocimiento	Recuento	0	1	4	1	6
	% dentro de Razones del por qué no?	0.0%	16.7%	66.7%	16.7%	100.0%
Es como ser médico general	Recuento	0	1	0	3	4
	% dentro de Razones del por qué no?	0.0%	25.0%	0.0%	75.0%	100.0%
Total	Recuento	5	20	23	32	80
	% dentro de Razones del por qué no?	6.3%	25.0%	28.7%	40.0%	100.0%

Tabla 9: Razones del por qué los MIP del HGR No.1 elegirían MF.						
¿RAZONES DEL POR QUÉ ELEGIRÍAN MF?		ELECCIÓN DE LA MF				Total
		Primera Opción	Segunda Opción	Tercera Opción	No la Elegiría	
Por el campo laboral en el que se desarrolla	Recuento	0	2	6	7	15
	%	0.0%	13.3%	40.0%	46.7%	100.0%
No la elegiría	Recuento	0	0	0	13	13
	%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
No tener más opciones	Recuento	0	0	0	1	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
No estoy seguro de que especialidad escoger	Recuento	1	0	0	0	1
	%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Por la atención integral del paciente	Recuento	1	7	3	4	15
	%	6.7%	46.7%	20.0%	26.7%	100.0%
Mejor relación médico-paciente	Recuento	0	2	1	2	5
	%	0.0%	40.0%	20.0%	40.0%	100.0%
No requiere mucho sacrificio y asegura un empleo	Recuento	1	0	2	2	5
	%	20.0%	0.0%	40.0%	40.0%	100.0%
Es más fácil alcanzar el puntaje en el ENAR	Recuento	0	0	1	0	1
	%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
Duración de la especialidad	Recuento	0	1	0	0	1
	%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Diagnostica oportunamente enfermedades	Recuento	0	3	5	2	10
	%	0.0%	30.0%	50.0%	20.0%	100.0%
Es una especialidad muy completa	Recuento	2	5	5	0	12
	%	16.7%	41.7%	41.7%	0.0%	100.0%
Sin información	Recuento	0	0	0	1	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
Total	Recuento	5	20	23	32	80
	%	6.3%	25.0%	28.7%	40.0%	100.0%

Se les pregunto cuál era su opinión de la rotación por medicina familiar a lo que respondieron el 3.8 % (n: 3) que fue mala, buena en un 52.5 % (n: 42), excelente 18.8 % (n: 15) y el 25 % (n: 20) refirió que no habían rotado por el servicio de MF; también se cuestionó por qué lo referían así y el 48.8 % (n: 39) comentaron que aprendieron mucho durante sus clases con los residentes y las practicas del consultorio con los médicos de base, el 12.5 % (n: 10) dijo que por que se ofrecía buena atención a los pacientes, 6.3 % (n: 5) afirmo que los médicos no te toman en cuenta para el desarrollo de la consulta, 5 % (n: 4) argumento que hizo falta más enseñanza por los médicos y residentes de MF, el 2.5 % (n: 2) omitieron su opinión. Se comparo la elección o no de la MF como especialidad y la percepción que se tubo de la rotación por este servicio, información que se muestra en la tabla 9.

<b>Tabla 9. Elección de la MF por los MIP del HGR No.1 Vicente Guerrero y la percepción de su rotación por MF</b>						
<b>¿CÓMO FUE TU ROTACIÓN POR MF?</b>		<b>ELECCIÓN DE LA MF</b>				<b>Total</b>
		<b>Primera Opción</b>	<b>Segunda Opción</b>	<b>Tercera Opción</b>	<b>No la Elegiría</b>	
<b>Mala</b>	Recuento	0	0	0	3	3
	%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
<b>Buena</b>	Recuento	3	10	11	18	42
	%	7.1%	23.8%	26.2%	42.9%	100.0%
<b>Excelente</b>	Recuento	0	8	5	2	15
	%	0.0%	53.3%	33.3%	13.3%	100.0%
<b>No he rotado</b>	Recuento	2	2	7	9	20
	%	10.0%	10.0%	35.0%	45.0%	100.0%
<b>Total</b>	Recuento	5	20	23	32	80
	%	6.3%	25.0%	28.7%	40.0%	100.0%

## 12.- DISCUSIÓN

Con esta investigación logramos cumplir con nuestros objetivos planteados que fueron conocer la actitud de los médicos internos hacia la medicina familiar, la especialidad que estos erigirían como sus 3 primeras opciones y cuáles fueron las razones que tuvieron para hacerlo, así como la percepción que estos tenían hacia el modelo educativo enfocado al primer nivel de atención, logrando identificar algunos factores que afectaban y otros que impulsaban la buena actitud de los internos para la medicina familiar.

Con lo primero que nos encontramos al realizar este estudio, fue que las hipótesis planteadas no fueron como las pensamos. Pues planteamos que el 10 % (n: 14) de los sujetos tendría mala actitud hacia la medicina familiar y los resultados arrojaron que solo el 1.4 % (n: 2) presentó mala actitud contra un 98.6 % (n: 139) con buena actitud, cuando se pensaba que solo la presentaría el 90 % (n:127) de los participantes. A pesar de lo anterior hubo una pobre elección de la medicina familiar como primera opción de especialidad con un 3.5 % (n: 5). datos que coincidieron al ponerlos en comparación con el estudio hecho por Joanico Morales y Méndez Nava en 2016<sup>45</sup>, así como el de Godínez Tamay y Narro Robles en 2009<sup>27</sup>; donde encontraron buena actitud y percepción de la medicina familiar respectivamente, pero con poca elección de esta como especialidad.

Es sumamente importante enfatizar, que, en el estudio realizado, se obtuvieron mejores resultados con respecto a la elección de medicina familiar como especialidad con respecto a estudios previos como los realizados en el año 2000 por Departamento de Medicina Familiar de la UNAM<sup>28</sup>, 2009 por Godínez Tamay y Narro Robles<sup>27</sup> y realizado por Joanico Morales y Méndez Nava en 2016<sup>45</sup>.

La mayor elección de medicina familiar, tuvo relación a que los médicos internos tuvieron una buena rotación por este departamento, estos afirmaron que hubo una buena enseñanza por parte de los médicos adscritos al servicio y residentes de la especialidad lo cual concuerda con el fundamento del estudio realizado en 2009 por "Importancia de la enseñanza de la Medicina Familiar en el pregrado publicado en 2009<sup>27</sup>.

Además de que quienes eligieron medicina familiar en una de sus opciones argumentaron que fue por que la consideraron una especialidad muy completa, que además ofrecía al paciente una atención integral para la prevención y el control de enfermedades.

La mayoría de médicos internos durante su formación escolar, cursaron o realizaron prácticas de medicina familiar o alguna relacionada con esta, hasta en un 96.5 % (n: 136) y solo el 3.5 % (n: 5) no la cursaron, lo cual no coincide con los estudios realizados en el año 2000 por el Departamento de Medicina Familiar de la UNAM<sup>28</sup> y en 2009 por Godínez Tamay y Narro Robles<sup>27</sup>; donde se reporta que las facultades y escuelas incluidas en ese estudio incluyen la Medicina Familiar como disciplina obligatoria en 61.3% y 18% de las instituciones respectivamente.

Sin embargo, la falta o mala información de ella llevaron a una baja consideración como especialidad, ya que hasta 27 % (n: 38) no conocía el campo de acción de la medicina familiar, 19.9 % (n: 29) pensó que solo se dedicaba a la prevención de enfermedades, lo anterior podría ser la causa que al 18.4 % (n: 26) no les gustara, 8.5 % (n: 12) la consideró monótona y 2.8 % (n: 4) pensarán que era lo mismo que la medicina general. Esto coincide con el estudio de Godínez Tamay y Narro Robles en el 2009 donde un 82% refirió no haber recibido información sobre dicha especialidad<sup>27</sup>, así como el hecho por Joanico Morales y Méndez Nava en 2016, quienes encontraron que el 20% considera la MF aburrida.<sup>45</sup>

Se encontró que la mayoría de los médicos internos 97.2%(n: 137), consideraba, medicina familiar una especialidad lo cual contrasta con el estudio realizado en el 2006 en la paz Bolivia por Caballete "identificación de la medicina familiar como especialidad medica entre estudiantes de pregrado"<sup>29</sup> donde solo el 63% la considero una especialidad y 25% no conocía su campo de acción, lo cual concordó con nuestro estudio pues el 27% (n: 38) no conocía el campo de acción de la medicina familiar.

Considerando la elección de especialidad como primera opción cirugía fue la que repunto con un 26.2 % (n: 37) seguida de medicina interna con 19.1 % (n: 27) y 17 % (n: 24) pediatría, medicina familiar tubo 3.5 % (n: 5) de elección, lo cual coincide con lo encontrado en el estudio de Joanico Morales y Méndez Nava en 2009 quienes argumentaron que la primera opción de especialidad fue cirugía y medicina interna con 27% y 1% medicina familiar<sup>27</sup>, también con González B, Barber P,

Orton V. ¿Por qué los médicos huyen y rehúyen a la Medicina Familiar? Del 2011, donde el 3.9% declaró la medicina familiar como su primera opción<sup>31</sup>, el estudio del 2012 por Vargas Huicochea y Muggenburg donde eligieron en orden de frecuencia: Cirugía general, pediatría, Medicina interna, ginecología y traumatología<sup>32</sup>, contrastando con el estudio de Benedetto, Joncudis y Leoto en 2011 en España donde se manifestó a la pediatría como primera opción.<sup>30</sup>

Cabe resaltar que en nuestro estudio la medicina familiar ocupó el primer lugar como segunda y tercera opción de especialidad con 14.2 % (n: 20) y 16.3 % (n: 23) respectivamente.

Logramos conocer que los médicos internos tuvieron de manera general, una buena percepción de las rotaciones de 2 semanas a las unidades de medicina familiar durante los diferentes servicios pues consideraron en un 26.2% que aprendieron mucho y solo el 7% (n: 10) las considero malas. Cabe señalar que un 14.2 % (n: 20) considero que sería mejor y más productivo que se rotara en la consulta externa del servicio por el que se encontraba (cirugía, medicina interna, pediatría, ginecología y traumatología) pues el 6.4% (n: 9) dijo que no hay relación de la práctica con la rotación ; esto traduce que el modelo educativo con enfoque al primer nivel de atención podría tener buenos resultados si se restructurara. Cuando comparamos lo anterior con el objetivo plasmado en el Programa académico del internado rotatorio de pregrado 2018<sup>52</sup>, se observó que se cumple con el objetivo pues mejora la percepción y el gusto por el primer nivel de atención al mismo tiempo que impactó positivamente con el conocimiento del campo de acción de la especialidad y por consecuencia pudo influir al decidir la elección de medicina familiar como especialidad. Lo cual coincidió con lo encontrado en 2006 por Benedetto MA, Janaudis MA, Leoto RF, González-Blasco P. en su estudio "Pacientes, Residentes y Estudiantes descubriendo la Medicina Familiar".<sup>49</sup>

Se hizo el análisis de los que eligieron MF como primera, segunda, tercera opción y los que no la eligieron para especialidad. Resultó que las causas precipitantes de que la eligieran eran principalmente porque les gustaba el campo de acción en el que se desarrolla, además que esta especialidad brindaba una atención integral al paciente y propiciaba una mejor relación médico paciente por lo que la consideraban muy completa.

Lastimosamente de los que no la eligieron de opción, afirmaron que simplemente no les gustaba, algunos afirmaron que era monótona y que además había una percepción de no ser reconocida y era mal remunerada.

Afortunadamente solo el 3.8 % (n: 3) de los médicos internos considero mala su rotación por el servicio de medicina familiar, en realidad estos contestaron que había hecho falta más enseñanza por parte de los residentes y los médicos adscritos, pues no los hicieron participes de la consulta, pero que a pesar de eso aprendieron mucho acerca de la consulta del primer nivel de atención.

Sin embargo, la mayoría de los que habían rotado por MF, mencionaron que la rotación fue buena y excelente para otro poco de médicos internos y esto se debía en la mayoría de los casos a que aprendieron mucho de las clases impartidas por los residentes y de los consejos o enseñanzas que obtuvieron en los consultorios de los médicos adscritos. Aunque también hubo quienes dijeron que hacía falta más enseñanza y que cuando rotaron por la consulta los médicos no los tomaban en cuenta, solo tomaban la presión arterial de los pacientes, cuando les gustaría haber sido más en la atención del consultante.

Cuando se cuestiono acerca de los motivos por qué no elegirían medicina familiar como especialidad, aseguraron que no les gusta, no era bien remunerada ni reconocida, en cuanto a los motivos de por qué si la elegirían por que brinda una atención integral al paciente, hay fuentes de trabajo seguras, entre otras. Las causas coincidieron considerablemente con lo encontrado en el 2011 por González B, Barber P, Orton V. ¿Por qué los médicos huyen y rehúyen a la Medicina Familiar?.<sup>31</sup>

### **13.- CONCLUSIÓN**

Los médicos internos que participaron en este estudio presentaron una buena actitud hacia la medicina familiar, sin embargo, la estigmatización, la poca y desertada información de esta, desencadena un bajo interés por elegir de primera opción esta noble e importante especialidad, a pesar de que la mayoría de los programas educativos de las diferentes universidades de los MIP, tiene como materia la medicina familiar y en algún momento de su formación tuvieron contacto con médicos familiares en sus prácticas.

Especialidades como cirugía, medicina interna y pediatría fueron consideradas más importantes por los médicos internos debido entre algunas causas a su amplio campo laboral, mayor prestigio y reconocimiento, así como una mejor remuneración económica al poder ejercer de manera privada.

La medicina familiar mejoro su demanda en este estudio como opción de especialización, pues consideran que es muy completa, ya que desarrolla una mejor relación médico-paciente, así como una atención integral de este, identificando oportunamente enfermedades.

De quienes no elegirían hacer especialidad en medicina familiar, la mayoría reconoció desconocer su campo de acción, afirmando que es monótona, poco remunerada, sin prestigio y reconocimiento ante la población. Sin embargo, es importante mencionar que a pesar de lo anterior fue el primer lugar de elección como segunda y tercera opción para especializarse.

El modelo educativo enfocado al primer nivel de atención fue percibido de manera positiva por los médicos internos, pero a pesar de ello argumentaron que no se relaciona con la rotación que se estaba llevando; queda mucho por mejorar y detalles que afinar, pero cumplió su meta que era mejorar el aprendizaje sobre el primer nivel de atención, así como despertar el interés por este.

## 14.- RECOMENDACIONES

1. Es de suma importancia que exista una regulación de los planes de estudio de las universidades, que enfatice la importancia de la medicina familiar y se enfoque a la formación de personal médico de calidad para el primer nivel de atención.
2. Garantizar que quien imparta la cátedra y desarrolle las prácticas de medicina familiar, sea un experto en el tema, para encaminar adecuadamente al objetivo de estudio de esta rama de la medicina.
3. Durante el internado de pregrado, específicamente al rotar por medicina familiar verificar que dentro de los consultorios tanto el especialista, así como los residentes de esta especialidad, brinden la tutoría adecuada para que, de manera guiada, el médico interno interactúe con el paciente y brinde una consulta de calidad, logrando que se familiarice y nazca el gusto por el primer nivel de atención.
4. Estimular a los médicos familiares responsables de los consultorios con algún estímulo o reconocimiento de valor curricular, para despertar su interés a una buena enseñanza a los médicos internos.
5. Reestructurar el modelo educativo con enfoque al primer nivel de atención, rotando por la consulta externa de las diferentes especialidades, de tal manera que se brinde al médico interno las herramientas básicas y necesaria para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las principales patologías evitando su progresión. Y con esto fortalecer su desarrollo como médico general.

## 15.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Cruz F, Fajardo G, Navarro F, Carrillo R. Medicina Familiar: colección Médica de excelencia. 1st ed. México, D.F.: Alfil; 2013:1-23.
- 2.- Hamui L, Fuentes R, Aguirre R, Ramírez O. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica [Internet]. 1ra ed. Mex. D.F.: Facultad de Medicina UNAM; 2013 [citado 27 Julio 2017]. Disponible: <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf>
- 3.- Schelotto F, Barrios A, Bielli H, Braida J, buglioli M, Careaga A et al. Formación de Recursos Humanos para el Primer Nivel de Atención utilizando la Estrategia de la Atención Primaria de Salud [Internet]. 1ra ed. Montevideo: Universidad de la Republica Facultad de Medicina; 2008 [citado 28 Julio 2017]. Disponible: <http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/bibliotecavirtual/Rec%20Hum%20para%20el%20PNA.pdf>.
- 4.- Abreu L, Cid A, Herrera G, Lara J, Laviada R, Rodríguez C et al. Perfil por competencias del médico general mexicano [Internet]. Zacatecas: Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina; 2008 [citado 28 Julio 2017]. Disponible: <https://www.uv.mx/orizaba/medicina/files/2012/10/perfilporcompetencia.pdf>
- 5.- Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Programa académico de internado de pregrado. Cuernavaca: Facultad de Medicina; 2011:2–9.
- 6.- Instituto Politécnico Nacional. Plan de estudios de Médico Cirujano y Partero. México D.F.;2008:45–53.
- 7.- Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Plan de Estudios de Medicina, 2014:16–31.
- 8.- Universidad Nacional Autónoma de México. Programa académico de la licenciatura en medicina. México D.F.: facultad de Medicina; 2015:12.
- 9.- Gómez V, Rosales S, Ramírez J, Garcia J, Peña A, Vázquez A. Evaluación del impacto del internado de pregrado en la solución de problemas clínicos. Gaceta Medica mexicana [Internet]. 2009 [citada 29 Julio 2017];145(6):501-504. disponible: [https://www.anmm.org.mx/GMM/2009/n6/31\\_vol\\_145\\_n6.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2009/n6/31_vol_145_n6.pdf)

- 10.- Trejo J, Estrada D, Peña J, Garnica J, Ángeles R, Díaz J et al. Desafíos en la enseñanza de la medicina familiar en el pregrado: el caso de México. Archivos en Medicina Familiar [Internet]. 2005 [citado 30 Julio 2017];7(3):109-116. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amf053g.pdf>
- 11.- Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Programa académico de internado de pregrado. Cuernavaca: Facultad de Medicina; 2011:2–9.
- 12.- Instituto Politécnico Nacional. Plan de estudios de Médico Cirujano y Partero. México D.F;2014:53.
- 13.- Tapia R, Núñez R, Salas R. El internado medico de pregrado y las competencias clínicas. Esc Nac Sal Pub. 2007.
- 14.- Radames Borroto E, Salas Perea R. Programa de Formación en Medicina Integral Comunitaria, Venezuela. 2008; 3:285–298.
- 15.- Márquez M, Sansó F, Alonso P. Medicina general - Medicina familiar: experiencia internacional y enfoque cubano [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011 [citado 1 agosto 2017]. Disponible: [http://file:///C:/Users/DELL/Downloads/medicina\\_general\\_medfam\\_completo.pdf](http://file:///C:/Users/DELL/Downloads/medicina_general_medfam_completo.pdf)
- 16.- Urquieta J, Villareal J. Evolución de la cobertura de salud en México. Evidenciando avances y retos del sistema de salud. Sobre México revista de economía. 2013;3(1):24-35.
- 17.- Fajardo Ortiz G, Olivares Santos R. La atención a la Salud en Canadá: Una Perspectiva. 2010; 6:54-59.
- 18.- 9. García J, Tirado L, Rojas M, Escamilla R, Pacheco R, López M. Algunas observaciones acerca de la atención médica de alta especialidad en México. Gaceta Medica de México [Internet]. 2013 [citada 2 agosto 2017]; 149:175-182. Disponible: [https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n2/GMM\\_149\\_2013\\_2\\_175-182.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n2/GMM_149_2013_2_175-182.pdf).
- 19.- Ponzo J, Rodríguez D, Orruty F. Curso de perfilamiento para médicos de primer nivel de atención. 2007:35–50.
- 20.- Ledesma F, Flores Martínez O. Medicina Familiar la auténtica especialidad en atención médica primaria. Gac Med Caracas.2008; 116:330–340.
- 21.- Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Plan único de especializaciones Médicas en Medicina Familiar.2003;13-31.

- 22.- Domínguez Alonso E, Zacca E. Sistema de Salud de Cuba. Salud Pública México. 2011; 53:168–176.
- 23.- Varela C., Reyes H, Albarera C. La Medicina Familiar en México: presente y futuro. Gac Med Mex.2016.
- 24.- Archivos de Medicina Familiar. Elementos esenciales de la Medicina Familiar. 2005;7(1):13-14.
- 25.- González P. Los Cuatro Pilares de la Medicina Familiar. 2004;6(2):31-33.
- 26.- Muñoz Hernández O, García Peña C, Vázquez Estupiñón F. Perspectivas de la Medicina Familiar. 2006;8(3):145–151.
- 27.- Godínez E, Narro J, Sánchez L. Impacto de la Enseñanza de la Medicina Familiar en el pregrado. Estudio de la opinión de un grupo de Médicos Internos sobre la especialidad de Medicina Familiar. Arc Med Fam. 2009;11(2):57-63.
- 28.- Fernández M, Ponce R, Monobe C. Los Programas de la Medicina Familiar en las Facultades y Escuelas de Medicina en México. Fac Med UNAM. 2000.
- 29.- Caballete J. Identificación de la Medicina Familiar como especialidad Médica entre estudiantes de pregrado de La Paz, Bolivia. Arc Med Fam.2006;8(1):1-7.
- 30.- De Benedetto Ma, Joncudis Ma, Leoto RF. Pacientes, Residentes y Estudiantes descubriendo la Medicina Familiar. Arc Med Fam. 2006;8(1):9-17.
- 31.- González B, Barber P, Orton V. ¿Por qué los médicos huyen y rehúyen a la Medicina Familiar?, datos y claves sobre el problema en busca de soluciones. MIR España 2011; 1(3):33-37.
- 32.- Vargas I, Muggenburg Me, Palacios J. Preferencias de especialidad médica entre los estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la UNAM: ¿En qué lugar se ubica la psiquiatría? Sal Men. 2012;35(6).
- 33.- Trejo Mejía J, Estrada Salgado D, Peña Balderas J. Desafíos en la enseñanza de la Medicina Familiar en el Pregrado: El caso de México. 2005;7: 109 – 116.
- 34.- Casas D, Rodríguez A, Tapia E. Aptitud clínica en Medicina Familiar apegadas a guías de práctica clínica. Rev Med Inv. 2014;2(2):100.
- 35.- Casas D, Jarillo E, Rodríguez A. La deconstrucción de la Medicina Familiar en México: El caso del IMSS. Med war 2013;13(10).

- 36.- ELSEVIER DOYMA. Importancia y función del Departamento de Medicina de Familia en la Facultad de Medicina: Una perspectiva internacional. *Aten. Primaria*. 2009; 41 (5):235- 237.
- 37.- Casado V, Luzon L. Razones, Retos y aportaciones del programa de Medicina Familiar y Comunitaria en España. *Rev Med Fam Com*. 2014;9(31):195-205.
- 38.- Alemany E, Diaz G. La Medicina Familiar en Cuba. *Rev Med War*. 2013;13(3)
- 39.- Casado V, Bonal P, Cucalón JM. La Medicina Familiar y Comunitaria y la Universidad. *Gac San*.2012;26(5):69-75.
- 40.- Ramiro A, Cuba MS. Introducción a la Medicina Familiar. *Act Med Per*. 2013;30(1):31-36.
- 41.- Lauritsen JM, Bruus M, Myatt MA. An extended tool for validated data entry and documentation of data. The Epidata Association, Odense Denmark 2001.
- 42.- Andersson N, Mitchell S. CIETmap: Free GIS and epidemiology software from the CIETgroup, helping build the community voice into planning. World Congress of Epidemiology, Montreal Canada, August 2002.
- 43.- Mantel N, Haenszel W. Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease. *Nat Can Inst*.1959; 222:719-748.
- 44.-Miettinen, O., and M. Nurminen. 1985. Comparative analysis of two rates. *Statistics in Medicine* 4:213–226
- 45.- Joanico B, Méndez O, Salgado M, Juanico G. actitud de médicos internos de pregrado hacia la medicina familiar en un hospital general regional de Acapulco, Guerrero, México. *Atención Familiar* [Internet]. 2018 [citada 13 April 2018];25(2):75-79. disponible: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.2.63558>
- 47.- Código de Nüremberg. Tribunal internacional de Nüremberg. [http://www.bioeticaweb.com/Codigos\\_y\\_leyes](http://www.bioeticaweb.com/Codigos_y_leyes).
48. - National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Reserch. 1978.1-132. [http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/past\\_commissions/ethical\\_guidelines\\_health\\_services\\_min.pdf](http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/past_commissions/ethical_guidelines_health_services_min.pdf).

49.- Benedetto MA, Janaudis MA, Leoto RF, González-Blasco P. Pacientes, Residentes y Estudiantes descubriendo la Medicina Familiar. Archivos en Medicina Familiar.2006;8.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50780102>ISSN1405-9657>

50.- Who-UNICEF. Primary Health-Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. USSR, 6-12 September 1978. Geneva, World Health Organization, 1978. (Health for All Series).

51.- Caballero J. identificación de la medicina familiar como especialidad médica entre los estudiantes de pregrado de La Paz, Bolivia. A Med Fam. 2006;8(1):1-7.

52.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de educación en salud división de programas educativos área de pregrado, delegación Guerrero. Programa académico del internado rotatorio de pregrado, 2018.

## 16.- ANEXOS

### ANEXO 1

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b>		
Nombre del estudio:	ACTITUD DE LOS MÉDICOS INTERNOS DE PREGRADO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 "VICENTE GUERRERO" HACIA LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR, A UN AÑO DEL NUEVO MODELO EDUCATIVO CON ENFOQUE AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.	
Patrocinador externo (si aplica):		
Lugar y fecha:	Acapulco de Juárez, Guerrero,	
Número de registro:		
Justificación y objetivo del estudio:	Examinar la actitud Médicos Internos de Pregrado del Hospital General Regional No.1 "Vicente Guerrero" hacia la especialidad en medicina familiar, a un año del nuevo modelo educativo con enfoque al primer nivel de atención.	
Procedimientos:	Contestar un cuestionario	
Posibles riesgos y molestias:	No existe riesgo alguno	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer su actitud hacia la medicina familiar y considerar como opción de especialidad	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado, que pudiera ser ventajoso para el tratamiento de los participantes (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se les plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con el tratamiento de los participantes (en su caso).	
Participación o retiro:	Según el Art. 100 de la Ley General de Salud, describe que el profesional de responsable suspenderá la investigación en cualquier momento si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.	
Privacidad y confidencialidad:	Según el Art. 16 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en investigación en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.	
En caso de colección de material biológico (si aplica):		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):		
Beneficios al término del estudio:		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	Dr. Baltazar Joanico Morales	
Tesista:	Dr. Angel Giovanni Duran Patiño (Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar)	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>		
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2	
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.		
Clave: 2810-009-013		

**ANEXO 2**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO  
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 9**



DATOS GENERALES

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ MIP: \_\_\_\_\_

GENERO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_

1.- ¿Por qué estudio medicina?

- a) Deseo propio      b) Por mi familia      c) Era la única opción d) Bien remunerada  
económicamente.      e) Prestigio y reconocimiento.

2.- ¿Tienes algún familiar que haya estudiado alguna especialidad?

- a) Si      b) No

3.- En caso de ser afirmativa la pregunta anterior ¿Cuál es el parentesco?

- a) Padres      b) Hermanos      c) Tíos      d) Primos

4.- y ¿cuál es la especialidad que tiene?

5.- Durante su formación universitaria ¿Cursaste la materia de medicina familiar?

- a) Si      b) No

6.- ¿Curso alguna materia que relacionada a la atención medica de primer nivel?

- a) Si      b) No

7.- ¿Conoces la Especialidad de Medicina Familiar?

- a) Si      b) No

8.- ¿Has recibido información acerca de lo que es la Medicina Familiar?

- a) Si      b) No

9.- ¿Te gustaría estudiar alguna especialidad?

a) Si b) No c) Aun no lo se

10.- ¿Qué especialidad médica le gustaría elegir para el ENARM, como primera opción? Y ¿Por qué?

11.- ¿Qué especialidad médica elegirías, como segunda opción?

12.- ¿Qué especialidad médica elegirías, como tercera opción?

13.- ¿Qué especialidad médica no elegirías? Y ¿Por qué?

14.- ¿Te agradaría especializarte en Medicina Familiar? Y ¿Por qué?

15.- ¿Cuáles son los atributos que observas en la especialidad que elegirías, como primera opción?

16.- ¿Cuáles son las razones por las que no elegirías la especialidad de Medicina Familiar?

17.- ¿Cuáles son las razones porque si elegirías la especialidad de Medicina Familiar?

18.- ¿Sabes cuál es el campo de acción de la Medicina Familiar? Y explique.

19.- ¿Considera Ud. a la Medicina Familiar como una especialidad? Y ¿Por qué?

20.- El interés por la especialidad que te gustaría elegir, como primera opción es por:

a) Es lo que te gusta   b) Es de las mejor pagadas   c) Tiene mayor Prestigio

d) Es más fácil alcanzar el puntaje   e) Otra:

21.- ¿Has estado en prácticas en Consultorio de Medicina Familiar?

a) Si   b) No

22.- ¿Te gusto la rotación o practicas por la Consulta de Medicina Familiar?

a) Si   b) No

23.- ¿Qué opinas de la Medicina Familiar?

a) Buena especialidad   b) Mala especialidad c) No trascendente o importante

24.- ¿Cómo calificarías al Médico Familiar?

a) Bueno   b) Malo   c) No trascendente

25.- ¿Crees que tenga mayor importancia la Medicina Familiar respecto a las otras especialidades, como controladora de enfermedades?

a) Si   b) No