



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**PROGRAMA DE ESTUDIOS DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA HUMANA**

TÍTULO

**“PERCEPCION Y EXPECTATIVAS SOBRE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LOS ESTUDIANTES DE 6TO Y
7MO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LAS UNIVERSIDADES DEL
DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE 2018.”**

TRABAJO ACADÉMICO

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**AUTORA:
MÉDICO CIRUJANO
GINA LINDSAY CHOCTAYA CHOCTAYA**

**ASESOR DE LA ESPECIALIDAD:
Dr. Julio Patazca Ulfe.**

**ASESOR METODOLOGICO
Dr. Julio Patazca Ulfe.**

LAMBAYEQUE – PERÚ

2019

PERCEPCION Y EXPECTATIVAS SOBRE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LOS ESTUDIANTES DE 6TO Y 7MO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LAS UNIVERSIDADES DEL DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE 2018.

PERCEPTION AND EXPECTATIONS ON THE SPECIALTY OF FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE IN THE 6TH AND 7TH YEARS OF HUMAN MEDICINE OF THE UNIVERSITIES OF THE LAMBAYEQUE DEPARTMENT 2018.

RESUMEN

El presente proyecto tiene como Objetivo describir la percepción y expectativas sobre la especialidad de Medicina familiar y Comunitaria en los estudiantes de 6to y 7mo año de Medicina Humana de las universidades del departamento de Lambayeque 2018. Metodología: Estudio de tipo descriptivo transversal. La Población y Muestra son los estudiantes del 6to y 7mo año de las facultades de medicina del departamento de Lambayeque: UPRG, USMP, UDCH y USAT, que voluntariamente aceptan responder el cuestionario (instrumento). La recolección de datos se realizará a través de un cuestionario (anexo 1) de 23 preguntas divididas en 4 dimensiones, que serán autoadministradas y anónimas, con previa información y consentimiento. El instrumento fue validado por 7 expertos (especialistas en medicina familiar) de la región Lambayeque, quienes evaluaron el contenido, criterio y constructo del instrumento, así como el resumen del proyecto. El proyecto sirve para conocer la relevancia que tiene la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, así como la percepción y expectativas que muestran respecto de ella los estudiantes del 6to y 7mo año de medicina humana. Cuando en el pregrado falta el componente académico y educacional que informe y realice los primeros acercamientos hacia la especialidad de medicina familiar y comunitaria, la consecuencia inmediata es la pérdida de credibilidad entre los candidatos que prefieren la seguridad que les ofrece la alta especialización y no arriesgarse a ser médicos de atención primaria.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria, Percepción sobre medicina familiar, expectativas en medicina familiar.

SUMMARY

This project aims to describe the perception and expectations about the specialty of Family and Community Medicine in the students of 6th and 7th year of Human Medicine of the universities of the department of Lambayeque 2018. Methodology: Cross-sectional descriptive study. The Population and Sample are the students of the 6th and 7th year of the medical faculties of the department of Lambayeque: UPRG, USMP, UDCH and USAT, who voluntarily agree to answer the questionnaire (instrument). Data collection will be done through a questionnaire (annex 1) of 23 questions divided into 4 dimensions, which will be self-administered and anonymous, with prior information and consent. The instrument was validated by 7 experts (specialists in family medicine) from the Lambayeque region, who evaluated the content, criteria and construct of the instrument, as well as the project summary. The project serves to know the relevance of the specialty of Family and Community Medicine, as well as the perception and expectations that 6th and 7th year students of human medicine show about it. When the undergraduate program lacks the academic and educational component that informs and makes the first approaches to the specialty of family and community medicine, the immediate consequence is the loss of credibility among candidates who prefer the security offered by high specialization and not risk To be primary care doctors. .

Keywords: Family and Community Medicine, Perception about family medicine, expectations in family medicine.

Correspondencia: gina.choctaya@gmail.com

ASPECTO INVESTIGATIVO

Planteamiento del Problema

1.1. Situación Problemática:

La calidad de la formación del médico de atención primaria alrededor del mundo es variada. En muchos países, los médicos de atención primaria no tienen ninguna otra especialidad, algunos han recibido poca o ninguna educación de pregrado en atención primaria. Lo típico en esos países es que los estudiantes de medicina tengan muy poco contacto con pacientes ambulatorios y reciban escasa instrucción en atención primaria y medicina preventiva. Como resultado, esos estudiantes no adquieren las capacidades necesarias para desempeñarse como médicos competentes de atención primaria así como muchos de ellos desconocen la importancia y función que cumple el médico de familia dentro de un sistema de salud.

El descenso del interés por especialidades de atención primaria- Medicina familiar y comunitaria (MFyC) se ha atribuido, entre otros factores, a la falta de reconocimiento como especialidades de las disciplinas de atención primaria, lo que ha llevado a una disminución del valor percibido por los estudiantes. En parte, tal desprestigio está determinado por la competitividad, ya que las especialidades que no son de atención primaria se han hecho más competitivas, han ganado en fama y son más deseadas. La mayoría de los estudiantes tienden a seleccionar especialidades que no son de atención primaria, basándose en consideraciones de prestigio e ingresos económicos. En el Perú la especialidad de medicina familiar, creada en 1989, está en vías de consolidación y fortalecimiento. La educación médica en pregrado debe incluir ambientes de práctica de medicina familiar en la comunidad (1). Este tipo de entrenamiento se da en forma parcial en los médicos peruanos. Aunque la mayor parte de facultades de medicina tienen cursos relacionados a salud comunitaria, en los que los estudiantes salen de los ambientes hospitalarios, este entrenamiento no garantiza su adecuada exposición a la disciplina de la medicina familiar y al conocimiento y práctica clínica en un ambiente de atención primaria. Los médicos egresados de las diferentes facultades de medicina tienen una escasa o casi nula exposición a los principios y práctica de la medicina familiar (2).

1.2. Formulación del Problema :

¿Cómo perciben y qué expectativa tienen los estudiantes de medicina del 6to y 7mo año sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria?

1.3. Objetivos General y Específicos

A. GENERAL

- Determinar la percepción y expectativas sobre la especialidad de Medicina familiar y comunitaria en los estudiantes de medicina del 6to y 7mo año de las universidades del departamento de Lambayeque 2018.

B. ESPECIFICOS

- Valorar el conocimiento que tiene el estudiante de medicina sobre la especialidad de MFyC, y el trabajo que realiza el médico de familia y comunidad.
- Conocer la percepción que tiene el estudiante de medicina sobre: la función social y prestigio de la especialidad, la valoración de la MFyC en nuestra sociedad, y la valoración del médico de familia y comunidad por el resto de profesionales médicos.
- Evaluar el contacto que tienen el estudiante de medicina con alguna materia de medicina familiar y/o asignaturas afines dentro de su facultad y la satisfacción de este.
- Conocer las expectativas que tienen los estudiantes de medicina sobre la especialidad de MFyC con respecto a otras especialidades.
- Valorar la opinión del estudiante de medicina para la incorporación de la asignatura de medicina familiar y comunitaria en la curricular universitaria.

1.4. Justificación e Importancia:

El proyecto sirve para conocer la relevancia que tiene la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, así como la percepción y expectativas que muestran respecto de ella los estudiantes del 6to y 7mo año de medicina humana de las universidades del departamento de Lambayeque 2018.

Cuando en el pregrado falta el componente académico y educacional que informe y realice los primeros acercamientos hacia la especialidad de medicina familiar y comunitaria, la consecuencia inmediata es la pérdida de credibilidad entre los candidatos que prefieren la seguridad que les ofrece la alta especialización y no arriesgarse a ser médicos de atención primaria.

La medicina familiar es una especialidad que en el Perú se está desarrollando en el posgrado pero desafortunadamente no lo ha sido en el pregrado, urge la necesidad de fomentar la especialidad desde la formación médica del estudiante, es una labor ardua que recae sobre todo en la parte académica de las Facultades de Medicina Humana, con el propósito de mejorar y ampliar el personal humano que tanto se necesita en atención primaria, sabiendo que los más beneficiados son: las personas en general, su familia y la comunidad en la que viven.

Son un gran número de plazas ofertadas cada año para la Residencia de Medicina familiar, muchas de ellas adjudicadas como segunda opción, y algunas simplemente no adjudicadas. Necesitamos más médicos de familia con vocación, necesitamos mejor preparación en pre y post grado de la especialidad. Necesitamos que la sociedad reconozca esta especialidad y le dé su debida importancia, comenzando desde las aulas de las facultades médicas.

1.5. Limitaciones y viabilidad

- Los alumnos de una facultad en la que no se imparte asignaturas relacionadas a la especialidad podrían mostrar diferencias muy obvias respecto a los de otra facultad donde sí se imparte.
- El hecho de facilitar el cuestionario a los estudiantes en el mismo año en el que cursan alguna asignatura relacionada a la especialidad, puede suponer un sesgo e influir de manera positiva en las respuestas.
- Elección del instrumento de medida a utilizar (cuestionario).

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

J. Santos Suárez et al (3) en un estudio transversal “de la opinión de los estudiantes de medicina (EM) sobre la especialidad en medicina familiar y comunitaria”, utilizó un cuestionario autoadministrado de 22 preguntas de elección múltiple, la misma que fue aplicada a estudiantes del último curso de medicina de las facultades de Oviedo y Cantabria, se obtuvo como resultados principales de los 94 EM encuestados, un 73% no había tenido formación teórica en MFyC, pero un 89% sería partidario de incluirla en el programa de la carrera. Un 6% desearía ejercer como médico de familia. Un 77% creía que el prestigio de la MFyC era equiparable a otras especialidades y el resto que era inferior.

Un 50% no elegiría al MF para tratar patologías comunes en atención primaria de salud. Un 55% identificaba al MF como el profesional capacitado para dar la baja por enfermedad común.

En este estudio se llegó a las Conclusiones de que la falta de formación en MFyC en el pregrado se perfila como la causa del desinterés, desprestigio y desconocimiento de esta especialidad entre los EM.

Ayuso-Raya MC y cols. (4), pusieron en marcha un proyecto de investigación tipo cohorte, cuyo objetivo era conocer la validez de predicción de un cuestionario de conocimientos y actitudes hacia la medicina familiar (CAMF), los sujetos de estudio fueron estudiantes matriculados en una asignatura de Atención Primaria (AP) entre 2005 y 2006 de la facultad de medicina de Albacete, que se graduaron en 2010 y eligieron especialidad en 2011. Se diseñó un cuestionario con 34 preguntas cerradas. A los estudiantes se les invitó a contestar antes y después de cursar AP, así como a los matriculados en el sexto curso (2009-2010).

Se registró la especialidad que eligieron; para calcular la validez predictiva del cuestionario se estimó su sensibilidad y especificidad, analizando las curvas COR (características operativas del receptor).

Este cuestionario, llamado Conocimientos y Actitudes hacia la Medicina de Familia (CAMF), incluye aspectos teóricos que formaban parte de una asignatura específica, de carácter obligatorio, que se impartía en el antiguo plan de estudios de la Facultad de Medicina de Albacete en segundo curso, así como preguntas relativas a la actitud de los estudiantes hacia la AP y la MFyC.

La versión inicial está configurada por 34 preguntas de respuesta cerrada, que ofrecen cinco opciones en una escala de tipo Likert.

En el estudio de validación inicial, el cuestionario mostró en conjunto una moderada, aunque aceptable, consistencia interna. Se demostró una adecuada validez de contenido del cuestionario, en tanto en cuanto abarcaba un amplio abanico de componentes del fenómeno que se quería medir. Así, el análisis factorial identificó 8 componentes, que explicaban un 62% de la varianza total. Los dos primeros factores, identificados como —Conocimientos acerca de la atención primaria y la medicina de familiar y —Actitud favorable hacia el trabajo del médico de familiar, presentaban una buena consistencia interna entre los ítems que los componían (Montoya Fernández, 2010).

Esto sugirió la oportunidad de validar una versión reducida del cuestionario que incluyera esos ítems. La versión abreviada del CAMF mostró unas aceptables consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,72) y validez de contenido. Un análisis Rasch apoyó la validez de construcción del cuestionario como medida de los conocimientos y las actitudes acerca de la MF (5).

Godínez-tamay ed. Y cols (6) quisieron conocer la opinión que tiene un grupo de médicos internos de pregrado con respecto a la medicina familiar, para esto entrevistaron 50 médicos internos en dos hospitales de la ciudad de México, se les aplicó un cuestionario acerca de los conocimientos que tenían de la especialidad de medicina familiar. Se estudiaron 15 variables. En el resultado de este estudio se identificaron tres factores importantes: el primero fue que la mayoría de los entrevistados no tuvieron contacto con la materia de medicina familiar en el pregrado, el segundo fue que la mayoría de los entrevistados no rotan con médicos especialistas en medicina familiar en el pregrado y el tercero es a que un porcentaje muy pequeño de los entrevistados les gustaría especializarse en medicina familiar.

Solamente en dos escuelas de las catorce estudiadas se imparte como tal la medicina Familiar.

A. Martín Zurro et al (7) exploró percepciones y expectativas de estudiantes de los cursos 1.º, 3.º y 5.º de las facultades de medicina sobre MFyC y AP; a través de un estudio observacional con administración de un cuestionario en 2 cortes transversales con un intervalo de 2 años. En este estudio participaron estudiantes de los cursos 1.º, 3.º y 5.º de 22 facultades (1ra. fase) y 15 en la segunda. El instrumento usado fue un Cuestionario del Grupo UNIMEDFAM; administrado durante el primer trimestre de los cursos 2009-2010 y 2011-2012; que consta de 70 ítems en 3 bloques: percepciones

sobre MFyC (19 ítems), formación en MFyC (26 ítems), expectativas y preferencias (25 ítems), más 13 ítems específicos para alumnos de 3.º y 5.º. La mayoría se respondían según una escala Likert (de 1 a 6). En la 1.a fase se obtuvieron 5.299 cuestionarios y 3.869 en la segunda. Los estudiantes perciben la MFyC y AP como un ámbito esencial del sistema sanitario y de ejercicio profesional pero con escaso atractivo científico-técnico. El 87% consideran necesaria y obligatoria la formación en MFyC y que debería iniciarse en el 3.er curso. Prefieren las especialidades médicas hospitalarias (88-89%), seguidas de las quirúrgicas y la pediatría. La MFyC es preferida por el 37-39%. Al iniciar la carrera solamente entre el 24 y el 28% de los estudiantes tienen una decisión clara sobre la especialidad que van a escoger. Se llegó a la conclusión que la MFyC y la AP son ámbitos esenciales y han de formar parte del currículum pero tienen una baja consideración científica.

Kuikka et al (8) , en un trabajo realizado con estudiantes de 5º curso en Helsinki definen el trabajo de los médicos de familia como versátil y desafiante aunque demasiado estresante, sometido a demasiada presión, solitario, así como la implicación del médico de familia en una resolución de muchos problemas no médicos (administrativos). El 63% de los estudiantes consideran prioritaria la labor de un Médico de Familia en cuanto a la identificación de las enfermedades graves, la derivación de pacientes a la atención especializada (82%) así como el tratamiento de las enfermedades crónicas y tan sólo el 38% considera que la promoción de la salud sea un objetivo importante.

Dixon et al (9) llevaron a cabo un estudio en la Escuela de Medicina de la Universidad de Hong Kong, con estudiantes que habían realizado una rotación a tiempo parcial de cinco semanas por Medicina de Familia al final de su formación académica. La impresión respecto a la Medicina de Familia de estos estudiantes antes de la rotación era negativa, con estereotipos referidos a tres aspectos: que la Medicina de Familia es un trabajo fácil, que es aburrido y que los médicos de familia pueden ganar mucho dinero. Muchos alumnos no consideraban la Medicina de Familia como una buena opción profesional y la rotación les ofreció una perspectiva diferente respecto a su experiencia en rotaciones hospitalarias. Así, aparecieron muchas contradicciones; por ejemplo, que el médico de familia podía realizar exploraciones físicas específicas y no una exploración física completa, como aprendieron en el hospital. Les sorprendió encontrar que la Medicina de Familia no era tan simple como creían y se identificaron con su tutor de Medicina de Familia. La idea que tenían sobre la Medicina de Familia cambió después de las rotaciones; en la mayoría de ellos, se modificó por completo.

Campos-Outcalt y Senf (10) han demostrado que en EEUU la introducción de una rotación obligatoria en medicina de familia en el tercer curso tenía un efecto positivo sobre la proporción de estudiantes que elegían Medicina de Familia como especialidad: 2,36% en las públicas y 2,07% en las privadas. Las facultades que tenían la rotación obligatoria durante más tiempo tenían proporciones más altas de estudiantes que entraban en medicina de familia.

Solo el 6% de los médicos generalistas que participaron en el estudio de Martini et al (11), reconocía haber realizado su elección de especialidad durante los primeros 2 años de la facultad, mientras que el 40% elegían su especialidad en los años de rotación clínica. Un 42% consideraba las rotaciones experiencias que les habían influido fuertemente en su elección de especialidad. Una rotación rural obligatoria tenía también una correlación positiva con la proporción de generalistas. No está claro cómo el entrenamiento clínico en medicina de familia afecta a la elección de especialidad de los estudiantes. Podría ser por el entrenamiento en sí mismo o la exposición a la especialidad, aunque el tiempo requerido para esta formación podría estar reflejando la fuerza de la medicina de familia en la facultad. En cualquier caso, las preferencias de los estudiantes por la especialidad cambian tras realizar la rotación en medicina de familia, aunque estos cambios no siempre son predictivos de la elección de especialidad última (12).

2.2. MARCO TEÓRICO: BASES TEÓRICAS

Medicina familiar en el mundo.

Algunos datos históricos relevantes de la medicina familiar según Martín Zurro (13): A finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, en todos los países existía el tipo de profesional médico que atendía a la familia. Por la naturaleza de sus funciones, se ganaba la confianza de los pacientes y su acción desbordaba el campo estrictamente médico, para convertirse en un consejero en los diversos problemas que surgían en el seno del grupo familiar.

El impacto del informe Flexner, del año 1910, tuvo repercusiones, no solo en Estados Unidos, sino también en Europa, y marcó el detrimento de la práctica general a favor del desarrollo de las especialidades. Como consecuencia de este informe, que describía grandes deficiencias en los sistemas de aprendizaje de las facultades de Medicina, adquirieron gran auge los hospitales universitarios, y la Medicina General

fue desapareciendo del currículo y del profesorado. Se produjo un considerable avance en el campo de las especialidades en perjuicio de la Medicina General y de la visión holística de la práctica médica, y se deterioró la relación médico-paciente.

Entre 1930 y 1970, en Norteamérica se invirtió totalmente la razón generalistas-especialistas, pasando de 80 a 20, a la opuesta. Era el momento de la especialización. Esto no ocurrió en toda Europa, en especial, en países como Reino Unido y Dinamarca. El número de médicos generales disminuyó considerablemente. Su inadecuada formación, junto con las nuevas demandas de la población, hizo que se comenzara a crear una brecha en la atención primaria. En esta época, en muchos países surgieron los Colegios y Academias de Medicina General, dedicados al desarrollo académico de la disciplina. La práctica de la Medicina General comenzó a contemplarse como una disciplina clínica y un cuerpo de conocimientos por derecho propio.

Para que la Medicina de Familia se constituyera como especialidad, fueron determinantes dos informes en la comunidad médica, sobre todo, en Estados Unidos. El primero es el de la Comisión Millis (1966), formada por técnicos y ciudadanos estadounidenses, que confirmó la fragmentación de la atención de la salud. Detectó la necesidad de una nueva especialidad denominada Medicina Primaria, y recomendó un programa de tres años de residencia en posgrado. El segundo es el del Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of American Medical Association Council on Medical Education, presidido por William R. Willard, que abogó por la formación de un nuevo tipo de especialista: el médico de familia, que serviría para un primer contacto con los pacientes y proporcionaría atención personalizada. Asimismo, reconoció la importancia de la familia en los cuidados de salud. Este informe concluyó que la Medicina de Familia constituía un cuerpo de conocimientos distinto y cumplía una función diferente de la de otras especialidades, recomendando que se le otorgara la categoría de especialidad.

La Medicina de Familia surgió como respuesta a una necesidad de la sociedad, que demandaba más contacto humano; apareció como una deshumanización de la Medicina.

Posteriormente, a fines de la década de los 60 e inicios de los 70 (luego del éxito en el Reino Unido y Estados Unidos) se inició en Iberoamérica una primera ola de impulso a la MFyC. Esta acción promovida en Latinoamérica, entre otros, por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (FEPAFEM), la Fundación Kellogg y por actores institucionales europeos en España, consistió en la realización de múltiples simposios internacionales, seminarios, proyectos demostrativos, etc. dirigidos a la sensibilización de actores clave que pudieran impulsar la Medicina familiar. Sea por

relación causal o meramente circunstancial, durante las décadas de 1960 y 1970, diversos países como Cuba, México, Panamá, Venezuela, Bolivia y España iniciaron sus programas institucionales y formativos basados en Medicina Familiar (14,15).

No obstante el desarrollo fue heterogéneo y en la actualidad Cuba y España tienen buena parte de sus sistemas de salud basados en médicos de familia y orientados hacia sus familias adscritas, con énfasis en la atención comunitaria basada en la gratuidad y jerarquización de niveles de atención, enfoque epidemiológico y aproximación equitativa a la población; en México, la Medicina familiar abarca al primer nivel de la atención del sistema de la seguridad social. En los otros países citados, la expansión nacional ha sido bastante limitada.

Una segunda ola de impulso a la Medicina familiar en el continente puede ser identificada a partir de los años 90 y tiene como hitos a las conferencias de Organización Mundial de la Salud (OMS) y la World Organization of Family Doctors (WONCA) de noviembre de 1994 en Ontario, Canadá (16).

La medicina familiar en el Perú

En el Perú, esta especialidad también tiene su historia. En 1976, se inició la formación de especialistas, como un sistema educativo que ofrecía a los médicos enseñanza y adiestramiento especializado en postgrado mediante programas docente – asistenciales desarrollados por las facultades de medicina en coordinación con los servicios de salud del país: debía orientarse con los objetivos de los planes nacionales y regionales de Salud (17).

En 1978, la declaración de Alma-Ata (18) y la apuesta de los países por lograr mejores estándares de salud para el siguiente milenio, propició cambios en los países latinoamericanos que intentaban orientar sus políticas de salud hacia esta perspectiva. Es así que en Perú, en mayo de 1981, se realizó el Seminario “El Médico General/Familiar”, organizado por el Convenio Hipólito Unánue, en el que participaron distintos profesores médicos latinoamericanos. El comité de coordinación se elevó a la VII Región de Ministros de Salud del Área Andina, habiéndose extendido una importante resolución: aprobar el Programa de Formación y utilización del Médico Familiar en la Sub región Andina y el apoyo del convenio (17).

Casi una década después, en 1989, se inició en el Perú el residentado médico para formar especialistas en atención primaria, ofreciéndose 60 plazas de residentado, con el nombre de “Medicina General Integral” en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) y con la denominación de “Medicina Familiar” y “Medicina Integral Familiar”, en la Universidad Peruana Cayetano Heredia

(UPCH) y Universidad Federico Villareal (UNFV), respectivamente. En todas estas experiencias, poco después de iniciada la especialización adquirió la denominación uniforme de Medicina General Integral.

En 1990, en el interior del país, la Universidad Nacional de Trujillo estableció la especialidad de medicina familiar (17,19). Los nuevos egresados de la especialidad enfrentaban muchos desafíos como no haber tenido una formación adecuada durante sus años de entrenamiento, realizando rotaciones hospitalarias y en centros de atención primaria durante tres años, sin exposición a los fundamentos de la disciplina académica y herramientas de la especialidad; ni contar con médicos familiares tutores y carecer las universidades de departamentos o unidades de medicina familiar.

Al egresar la mayor parte de plazas médicas para el primer nivel de atención siguieron siendo ofertadas sin una diferenciación para los médicos especialistas en medicina familiar y sin incentivos para que estos médicos realizaran su práctica en este nivel. La incertidumbre e inestabilidad entre los especialistas en medicina general integral y medicina familiar, sumada a la falta de apoyo desde el nivel político en el Ministerio de Salud y a nivel universitario, afectó como un círculo vicioso el número de vacantes disponibles para estos programas (19).

Muchos de los egresados, hasta los primeros años del nuevo milenio se posicionaron en plazas administrativas u optaron por postular a una nueva especialidad. A fines de los años 90, la especialidad reduce el número de vacantes ofrecidas en todas las universidades y cierra varios programas previamente existentes como el de la Universidad Nacional de Trujillo. Adicionalmente, la UNMSM modifica el plan curricular de su especialidad y origina el cambio de nombre a “Medicina Integral y Gestión en Salud”, dándole un énfasis administrativo y de salud pública, y una menor o inexistente formación prestacional en atención primaria (19).

En el año 2000 se realiza un primer esfuerzo por formar una sociedad científica que agrupe a las diferentes especialidades relacionadas a la formación en medicina familiar y se funda la Sociedad Peruana de Medicina General Integral y Gestión en Salud (SOPEMFIG), cuyo primer presidente fue el Dr. Miguel Suárez Bustamante, médico familiar formado en Brasil. En el 2002, el Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME), aprobó los estándares mínimos de formación para el Programa de Segunda Especialización en “Medicina Familiar y Comunitaria” y en febrero del 2003 el mismo comité establece 3 denominaciones equivalentes para la especialidad: Medicina General e Integral, Medicina Familiar y Medicina Familiar y Comunitaria (17). A partir del año 2003 se han abierto nuevas plazas en diferentes lugares del país. Desde el año 2007 se ofrecen algunas vacantes de médico familiar para el primer nivel

de atención en el sistema público (MINSA y ESSALUD), por lo cual algunos centros de atención primaria cuentan con médicos familiares.

En el 2011 después de un periodo de estancamiento y con la finalidad de seguir el camino hacia la consolidación de la medicina familiar en el Perú, se decidió refundar la Sociedad Peruana de Medicina Familiar, cambiando la denominación por Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria (SOPEMFYC).

En nuestro país en el 2001 se inicia la formulación de propuestas para un nuevo modelo de atención para el sistema sanitario peruano y el año 2003 empieza a regir el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) creado en el Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 729- 2003. En el 2011 con la Resolución Ministerial N°464-2011/MINSA, se resuelve en el Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad, que incluye la formación del Equipo Básico de Salud y la orientación hacia actividades de familia y comunidad (20).

Aunque la publicación de ambos documentos marcó un hito en las políticas sanitarias del país, a diferencia de otros países de la región, el Perú no ha logrado su operativización en la mayor parte de establecimientos de salud. Esto debido a múltiples factores, incluyendo la fragmentación del sistema sanitario peruano, con múltiples aseguradores y proveedores y con un porcentaje alto de la población sin cobertura sanitaria(21) y la falta de acompañamiento de la política pública con el desarrollo de recursos humanos que sean capaces de efectivizar el modelo

¿Qué es la medicina familiar?

Según la Academia Americana de Médicos de Familia, "La Medicina Familiar es la especialidad que brinda atención médica continua e integral para el individuo y la familia. Es la especialidad que integra en profundidad las ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento. El ámbito de la Medicina Familiar abarca a todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas y órganos y cada entidad de la enfermedad" (22).

La Medicina Familiar (MF) es la efectora de la Atención Primaria (AP) y al igual que la mayoría de las demás especialidades médicas, posee un cuerpo de conocimientos propio, así como instrumentos y habilidades que le permiten diferenciarse en el objeto de su práctica. El médico de familia es el profesional responsable de proveer atención integral y continua a cualquier individuo- desde la Atención Primaria, puerta de entrada al sistema sanitario- que busca atención médica a través de sus servicios o

coordinando el uso apropiado de estos con otros niveles de atención, teniendo en cuenta tanto las necesidades de su población, como los recursos disponibles en la comunidad a la que sirve (23).

Perfil del médico de familia.

La Medicina Familiar prepara especialistas con un perfil amplio de actividades para responder a los desafíos que debe encarar un profesional en el nivel primario de salud y, en consecuencia, los habilita para responder a funciones tan diversas como:

- Prestar atención médica a niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y gestantes, de manera integral e integrada, involucrando a su familia y comunidad.
- Resolver más del 80 % de la consulta en AP, incluyendo: el mantenimiento de salud, patologías en su etapa inicial, control de patologías crónicas, además de problemas del comportamiento, en base a la Medicina Basada en Evidencias.
- Brindar atención y consejería a familias en riesgo o que ameriten esta intervención.
- Manejo de urgencias en Atención Primaria.
- Ejecutar acciones administrativas de acuerdo a la organización de salud pública.
- Participar activamente brindando información necesaria a la población y educación para la salud del individuo, la familia y la comunidad a través de la promoción de salud y prevención de la enfermedad.
- Aplicar el método científico para el diagnóstico y abordaje de los problemas de salud del individuo, su familia y comunidad.
- Desarrollar un modelo de Atención Primaria orientada a la comunidad (APOC).

Diferencias entre el especialista en medicina familiar de los otros especialistas.

Aunque pudiera plantearse que existen grandes semejanzas entre el perfil del médico de familia y el propio de cualquier profesional generalista bien formado por una Facultad de Medicina, es preciso puntualizar que la diferencia no está sólo en lo que dichos prestadores realizan, sino fundamentalmente en CÓMO lo hacen. Así, se sobreentiende que cuando un especialista en Medicina familiar realiza las acciones

anteriormente planteadas, las ejecuta con un estilo diferente al de los profesionales generalistas sin formación de post-grado y a los de otras especialidades (24).

.Algunas de estas diferencias se basan en que sus prestaciones están impregnadas de características como las siguientes (25):

- Da respuesta a valores necesidades y expectativas del paciente (centrada en la persona).
- Brinda provisión de atención médica personal en un contexto de intimidad.
- Se adapta a necesidades y conveniencias cambiantes del paciente.
- Realiza visitas domiciliarias.
- Formula planteamientos bio-psico-sociales apropiados al sufrimiento del paciente y a las situaciones de su enfermedad, teniendo en cuenta el contexto familiar (planteamiento familiar).
- Asesora y guía a los pacientes en la complejidad creciente del laberinto de la asistencia médica.

Importancia de la enseñanza de la Medicina de Familia en las facultades de Medicina.

Los médicos, independientemente de la especialidad a seguir, deben tener un conocimiento fundamental de todo el sistema de atención a la salud, que les permita saber utilizar apropiadamente sus diversos componentes (26).

Cuanto más conocen los alumnos la realidad del sistema sanitario, más valoran la necesidad de la presencia en el pregrado de contenidos de atención primaria, la función que en él desempeña la Medicina de Familia y la importancia de aspectos que serán básicos para los que acaben ejerciendo como generalistas (27).

Se ha demostrado que, incluso en un sistema de formación médica dominado por las especialidades, una rotación en Medicina General puede permitir a los estudiantes ganar en conocimientos sobre la importancia de la atención primaria y el significado de la función del médico de familia en el sistema de atención a la salud. Para muchos estudiantes es, además, la primera vez que pueden observar el desarrollo de habilidades de comunicación (9,28). Como se demostró en una encuesta hecha a los estudiantes de la Facultad de Medicina de Valladolid, las prácticas en atención primaria suponen una excelente aportación a su formación académica y una —grata sorpresa para los estudiantes (29).

Las destrezas clínicas básicas se pueden aprender en atención primaria tan satisfactoriamente como en el hospital (30,31). La introducción de los estudiantes en los centros de salud al comienzo de sus estudios en la facultad puede dar como resultado un cambio en su formación. La experiencia con los pacientes sería una forma de integrar ciencias básicas y clínicas, estudio y práctica centrados en pacientes y prevención, más que en la enfermedad. Permite analizar las características de una población de atención primaria y de una práctica generalista, y el aprendizaje activo basado en casos y problemas. Una experiencia clínica temprana con médicos generalistas mejora la satisfacción de los estudiantes en los primeros años de currículo y proporciona una estructura para el aprendizaje focalizado en pacientes, lo cual es importante en la educación profesional general de todos los estudiantes (32; 28).

Block et al (33) destacaron la existencia de un —clima frío muy extendido hacia la atención primaria en ámbitos académicos. Incluso en facultades en las que la formación de médicos de atención primaria se considera elemento central de su misión, la valoración hacia la atención primaria, tanto de los estudiantes como de los profesores, es pobre. Por ello, es necesario que se produzcan cambios en la cultura del medio académico, cambios orientados a conseguir un clima más favorable para la atención primaria.

En la mayoría de las facultades, la Medicina de Familia no se conoce bien y existe la tendencia a minusvalorarla por parte de los estudiantes y de una gran parte del profesorado. De alguna manera, las facultades de Medicina desaniman a los estudiantes para elegir la Medicina de Familia como opción laboral (34).

Desde 1986, en ámbitos preocupados por las estrategias educativas en ciencias de la salud (35), la filosofía que representa la nueva orientación de la enseñanza de postgrado es conocida por el acrónimo inglés SPICES, ya que las características principales que la definen son:

- (S) Centrada en el estudiante (student) y no en el profesor.
- (P) Basada en la resolución de problemas, no en la transmisión de información.
- (I) Integrada, no basada en asignaturas o disciplinas.
- (C) Orientada a la comunidad, no a los hospitales.
- (E) Basada en cursos optativos (electivity), no en currículos estándar.
- (S) Sistemática y no oportunista.

Ahora bien, dentro de este mundo en transformación, **¿cuál es el lugar de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria en las nuevas tendencias de la formación de pregrado?**

La Medicina de Familia se sitúa en un lugar privilegiado para aportar soluciones a los numerosos problemas que se le plantean a la formación médica de pregrado. La experiencia de otros países durante los últimos años nos permite deshacer algunos de los “mitos” que se relacionan con la educación médica de pregrado en la AP. Así:

- La enseñanza en la comunidad no es más cara que en los hospitales (36)
- En AP se pueden aprender, no sólo habilidades de comunicación, prevención o promoción de la salud (37), sino habilidades clínicas, tanto de anamnesis como de exploración clínica (38,39). Muchas de las habilidades son adquiridas con igual éxito tanto en el hospital como en AP. Otras son más fácilmente adquiridas en alguno de los dos ámbitos (40).
- En aquellos países donde, como en los EE.UU., existe un interés institucional (41) en fomentar la elección de especialidades “generalistas” entre los estudiantes que acceden a los programas de especialización de postgrado, la AP en el pregrado se ha revelado como un medio idóneo de lograr ese objetivo institucional. En EE.UU. existen, al menos, cuatro iniciativas de ámbito nacional (Generalist Curriculum Project de la Health Resources and Services Administration; Generalist Physician Initiative Robert Wood Johnson Foundation (42), Pew Charitable Trusts y WK Kellogs Foundation) que proporcionan recursos para desarrollar currículos universitarios basados en C-B.T.(community based teaching).
- La AP no sólo es útil para alumnos que deben o desean ser médicos de familia. También ha demostrado su utilidad para contribuir en la formación de otros especialistas médicos (pediatras, cirujanos, psiquiatras, etc.), así como en la de otras profesiones sanitarias, como odontólogos o enfermeras.

La OMS en su informe mundial del 2008 titulado "La Atención Primaria, más necesaria que nunca" (43) nos dice que el logro de la estrategia de Atención Primaria (AP) tiene dos ejes fundamentales que son los recursos humanos y la transformación del sistema. No es posible un cambio del paradigma biomédico al biopsicosocial sin recursos preparados para realizar todas las actividades inherentes a la estrategia, y justamente la Medicina familiar y comunitaria es la disciplina especialista y efectora de la AP (44).

La importancia de esta especialidad se da pues en la AP, con el enfoque biopsicosocial que debe imperar siempre en todo profesional de salud y llevado a cabo mayormente en centros de atención primaria, con la epidemiología y características propias de este nivel de atención, muy distinta a la del segundo y tercer nivel de atención - hospitalocéntrica - eminentemente recuperativa y rehabilitadora. Logrando generar un nivel resolutivo mucho mayor en AP, con énfasis en el mantenimiento de la salud, abordaje sistematizado de las primeras fases de la enfermedad y evitar su avance hacia etapas en las que los otros niveles de atención tengan poco por hacer. Por eso, hoy más que nunca, se requiere la difusión del perfil y la importancia del médico familiar en todo sistema de salud.

Elección de especialidades médicas - Medicina Familiar.

La afinidad y la elección de una especialidad médica es, como objeto de estudio, compleja. Probablemente pretender obtener un conocimiento científico de los mecanismos implicados sea una tarea difícil. No obstante, muchos autores se han interesado por el tema. Se han aventurado múltiples hipótesis y se ha demostrado la influencia de determinadas variables, como la edad, el sexo, el nivel económico o las expectativas en cuanto a estilo de vida (45). En particular, la elección de Medicina familiar viene siendo desde hace muchos años objeto de estudio, estimulado de forma muy especial por la tendencia a la superespecialización y tecnificación de la medicina, que suele deslumbrar a los estudiantes y que les aleja de las carreras generalistas. Una de las líneas de investigación más interesantes es la que ha indagado en los conocimientos y las actitudes de éstos hacia la especialidad.

2.3. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables independientes

El cuestionario consta de 3 partes, la primera (A) es parte general: universidad de procedencia, año de carrera, edad, sexo.

- Universidad de procedencia: variable cualitativa nominal (UNPRG, USMP, UDCH, USAT).
- Año de carrera: variable cualitativa ordinal.
- Edad: variable cuantitativa continua, expresada como años cumplidos.
- Sexo: variable cualitativa nominal.

Variables dependientes

La segunda y tercera parte del instrumento engloba preguntas de percepción y expectativas sobre medicina familiar y salud comunitaria respectivamente.

Son en total 23 preguntas divididas en 2 partes.

- La segunda parte (B), con 19 ítems, engloba preguntas sobre las percepciones sobre medicina de familia y comunitaria.
- La tercera parte (C) cuenta con 3 ítems acerca de las expectativas sobre la medicina familiar y comunitaria durante la carrera y 1 ítem (variable cualitativa nominal)

La mayoría de los ítems se evaluarán mediante escalas tipo Likert con puntuaciones entre 1 y 5.

Las variables a analizar son cualitativas ordinales por lo que los estadísticos aplicables pueden ser: mediana, percentiles, correlación lineal.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Percepción sobre la Medicina familiar y salud	Percepción en Conocimientos	1. Trabajo que realiza el médico de familia y comunidad. 2. Actividades fundamentales del Médico de familia y comunidad.		ordinal

comunitaria	Percepción en lo Laboral	<ol style="list-style-type: none"> 1. función social de la especialidad. 2. Valoración de la especialidad. 		
	Percepción General	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestigio de la medicina familiar y comunitaria. 2. Papel importante de la medicina familiar y comunitaria. 3. Competencias de la medicina familiar y comunitaria. 4. Dedicación profesional de la especialidad. 		
	Percepción en lo académico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consideración de la especialidad dentro de las universidades. 2. Consideración del estudiante de conocer la especialidad. 3. Realización de cursos, clase, rotaciones, seminarios u otros relacionados a la especialidad dentro de las universidades 		
Expectativas sobre la Medicina familiar y salud comunitaria		<ol style="list-style-type: none"> 1. Medicina familiar y comunitaria como asignatura en las facultades de medicina. 2. Profesionales que deben de impartir los contenidos docentes de la especialidad. 3. Medicina familiar y comunitaria como opción laboral 		Ordinal
	Prioridad de especialidades a seguir en el futuro por los estudiantes de medicina			nominal

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de Investigación, tipo de estudio.

Descriptivo Observacional- Transversal

3.2. Población y Muestra, criterios de inclusión y exclusión.

Población: Estudiantes de medicina del 6to y 7mo año de las facultades de medicina del departamento de Lambayeque: UPRG, USMP, UDCH y USAT .

Muestra: total estudiantes que voluntariamente aceptan responder el cuestionario (consentimiento informado). Mínimo 150 estudiantes.

Criterios de inclusión: estudiantes de medicina hombres y mujeres matriculados en el 6to y 7mo año de las universidades: UPRG, USMP, UDCH y USAT del departamento de Lambayeque.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes de medicina no matriculados en el 6to y 7mo año de carrera.
- Estudiantes que no acepten responder el cuestionario.
- Estudiantes de medicina con más de 3 meses de ausencia a las actividades académicas de la universidad y/o actividades de internado médico en sus respectivas sedes.

3.3. Instrumento de recolección de datos: validez y confiabilidad.

Cuestionario validado por expertos (Anexo 1) de 23 preguntas. El instrumento fue validado por 7 expertos (especialistas en medicina familiar) de la región Lambayeque Perú, quienes evaluaron el contenido, criterio y constructo del instrumento, así como el resumen del proyecto.

3.4. Procedimientos para la Recolección de Datos

La recolección de datos se hará a través encuestas de forma autoadministrada y anónima. Se entregara a cada estudiante el cuestionario en hojas impresas con formato legible previo consentimiento informado.

3.5. Aspectos éticos del estudio

La participación de los estudiantes en este estudio es voluntaria y personal, de modo que primero se brindara información sobre él, posteriormente darán su consentimiento.

Se garantizará el anonimato de los cuestionarios, por lo que se obvia registro de nombre o número de identidad.

El proyecto se presenta al Comité Ético de Investigación Clínica de cada universidad y sede Hospitalaria de internado para su conformidad y su realización.

3.6. Análisis Estadístico.

ASPECTO ADMINISTRATIVO

Cronograma de Actividades

TIPO DE ACTIVIDADES	AÑO: 2018											
	MESES											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Fase de planeamiento:												
I. Revisión bibliográfica						x	x					
II. Elaboración del proyecto						x	x					
III. Presentación del Proyecto y obtención de permisos/autorizaciones								x				
Fase de ejecución:												
IV. Registro de datos								x	x	x		
V. Análisis estadístico										x	x	
VI. Interpretación de datos										x	x	
Fase de Comunicación:												
VII. Elaboración del informe											x	x
VIII. Presentación del informe.												x

PRESUPUESTO - FINANCIAMIENTO

El investigador asume el presupuesto de la investigación.

Se requerirá como mínimo 150 cuestionarios (cada cuestionario 3 páginas) impresos para la aplicación, lo que corresponde un gasto aproximado de 45.00 nuevos soles en copias. Así también el material de escritorio (lapiceros), 10 unidades, hacen un gasto aproximado de 5.00 nuevos soles.

Gastos de movilidad- transporte: 50

TOTAL: S/. 100.00 nuevos soles para la aplicación de cuestionarios aproximadamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. General Medical Council London. Tomorrow's doctors: recommendation on undergraduate medical education. London, 2003.
2. Cuba MS, Romero ZO, Domínguez RO. Family medicine in Peru: consolidating the discipline. *Medwave* 2013 Ene/Feb;13(1):e5589 doi: 10.5867/medwave.2013.01.5589
3. Santos Suárez, J., Santiago Álvarez, M., Alonso Hernández, P.M., Alonso Llamas, M.A., Merladet Artiach, E., Corrales Fernández, E. (2001). Medicina de familia: ¿la cenicienta del pregrado? Estudio de la opinión de los estudiantes de medicina sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria*, 27: 324-330.
4. María Candelaria Ayuso-Raya, Francisco Escobar-Rabadán, Jesús López-Torres, Hidalgo, Julio Montoya-Fernández, Juan M. Téllez-Lapeira, Pedro Pablo Bonal-Pitz. Validez de predicción de un cuestionario de conocimientos y actitudes hacia la medicina familiar. *Aten. Fam.* 2014;21(1):7-11.
5. Escobar Rabadán F, López-Torres Hidalgo J, Montoya Fernández J, Téllez Lapeira JM, Romero Cebrián MA, Armero Simarro JM. Development and validation of a questionnaire to evaluate attitudes toward family medicine. *J Appl Measur* 2012;13:305-313.
6. Godínez-tamay Ed, Narro-Robles J, Sánchez-escobar Le. Importancia de la enseñanza de la medicina Familiar en el pregrado. *Arch. Med. Fam* 2009 ;11(2):57-63
7. Martín Zurro, A., Jiménez Villa, J., Monreal Hajar, A., Mundet Tudurid, X., Otero Puime, A., Alonso Coello, P., por el Grupo de Investigación Universidad y Medicina de Familia (UNIMEDFAM). (2013). Los estudiantes de medicina españoles y la medicina de familia. Datos de las 2 fases de una encuesta estatal. *Aten Primaria*, 45:38-45.
8. Kuikka, L., Nevalainen, M.K., Sjöberg, L., Saloekkilä, P., Karppinen, H., Torppa, M., Liira, H., Eriksson, J., Pitkälä, K.H. (2012). The perceptions of a GP's work among fifth-year medical students in Helsinki, Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30: 121–126.
9. Dixon, A.S., Lam, C.L.K., Lam, T.P.(2000). Does a brief clerkship change Hong Kong medical students' ideas about general practice? *Med Educ*, 34: 339-347.
10. Campos-Outcalt D, Senf J. A longitudinal, national study of the effect of implementing a required third-year family practice clerkship or a department of

- family medicine on the selection of family medicine by medical students. *Acad Med* 1999; 74: 1016-20.
11. Martini CJM, Veloski JJ, Barzansky B, Xu G, Fields SK. Medical school and student characteristics that influence choosing a generalist career. *JAMA* 1994; 272: 661-668.
 12. Campos-Outcalt D, Senf J, Watkins AJ, Bastacky S. The effects of medical school curricula, faculty role models, and biomedical research support on choice of generalist physician careers: a review and quality assessment of the literature. *Acad Med* 1995; 70: 611-9.
 13. Martín Zurro, A. (2008). *Atención Primaria*, 8ª edición. Barcelona: Editorial Doyma; p: 309.
 14. Gómez Gascón T, Ceitlin J. *Medicina de familia, la clave de un nuevo modelo*. Madrid: semFYC-CIMF; 1997.
 15. Ceitlin J. La medicina familiar en América Latina. *Presentación. Aten Primaria*. 2006; 38(9): 511-14.
 16. OMS/WONCA. *Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia*. Ontario: OMS/WONCA; 1994.
 17. Egúsqüiza M. *Situación de la Medicina Integral/Familiar en el Perú*. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, 2004. [on line].
 18. Organización Mundial de la Salud. *Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud*. Ginebra: WHO, 1978.
 19. Goicochea-Ríos ES, Egúsqüiza-Ortega MR. *Medicina Familiar en Perú*. *Aten Primaria*. 2007 Jul;39(7):377-8.
 20. Ministerio de Salud del Perú. *Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad*. Lima Perú: MINSA, 2011.
 21. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. *Sistemas de Salud en Suramérica: Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. UNASUR, 2012.
 22. American Academy of Family Physicians; 1986 (2010 COD).
 23. Rubistein A. *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. 2da Ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2006.
 24. Cuba Fuentes, MS. y Suárez B, M. *RAMPA*, 2006. 1(1):58-65.
 25. Ceitlin, Julio y Gomes Gascón, Tomas Ed. *Medicina de Familia, la clave de un nuevo modelo*. Madrid, CIMFsemFYC.1997.

26. O'Connell, M.T., Rivo, M.L., Mechaber, A.J., Weiss, B.A.(2004). A curriculum in systems-based care: experimental learning changes in student knowledge and attitudes. *Fam Med*, 36: S98-104.
27. Domingo i Salvany, P.M. (1997). Estudiantes, universidad y medicina de familia. *Aten Primaria*, 19: 279-282.
28. Dornan, T., Littlewood, S., Margolis, S.A., Scherpbier, A., Spencer, J., Ypinazar, V. (2006). How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach*, 28: 3-18.
29. Aguado, H.J., Liras J, González, B. (1998). Memoria de unas prácticas: los estudiantes opinan. *Aten Primaria*, 21: 341-342.
30. Gupta, K.L., Gambert, S.R., Grayson, M.S., Lugo, J.J., Sozzo, A.M. (1993). Comparing the teaching of physical diagnosis in a primary care setting and a hospital setting. *Acad Med*, 68: 311.
31. Hampshire, A.J. (1998). Providing early clinical experience in primary care. *Med Educ*, 32: 495-501.
32. Matson, C.C., Ullian, J.A., Boisubain, E.V. (1999). Integrating early clinical experience curricula at two medical schools: lessons learned from The Robert Wood Johnson Foundation's Generalist Physician Initiative. *Acad Med*, 74: 53-58.
33. Block, S.D., Clark-Chiarelli, N., Peters, A.S., Singer, J.D.(1996). Academia's chilly climate for primary care. *JAMA*, 276: 677-682.
34. Maridis, A., Mihas, C., Alevizos, A., Gizlis, V., Mariolis, T., Marayiannis, K., Tountas, Y., Stefanadis ,Ch., Philalithis, A., Creatsa, G. (2007). General Practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece. *BMC Med Educ*, 7:15.
35. Harden RH, Sowdwn S, Dunn W. Some educational strategies in curriculum development: The SPICES model. *Med Educ* 1984; 18: 284-97.
36. Murray E, Jinks V, Modell M. Community-based medical education: feasibility and cost. *Med Educ* 1995; 29: 66-71.
37. Wilson A, Fraser R, McFinle RK, Preston-Whyte E, Whynn A. Undergraduate teaching in the community: Can general practice deliver?. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 457-60.
38. Murray E, Jolly B, Modell M. Can students learn clinical method in general practice?: A randomised crossover trial based on objective structured clinical examinations. *BMJ* 1997; 315: 920-3.

39. Hartley S, Berlin A, Tolley N. Can students learn comparable clinical skills in general practice and hospital settings? Students are discriminating consumers of educational experience. *BMJ* 1998; 316: 1531-2.
40. O'Sullivan M, Martin J, Murray E. Students' perceptions of the relative advantages and disadvantages of communitybased and hospital-based teaching: a qualitative study. *Med Educ* 2000; 34: 648-55.
41. Vinson DC, Padem C, Devera-Sales A, Marshall B, Waters EC. Teaching medical students in community-based practices: A national survey of generalist physicians. *J Fam Pract* 1997; 45: 487-94.
42. Grayson MS, Newton DA, Klein M, Irons T. Promoting institutional change to encourage primary care: experiences at New York Medical College and East Carolina University School of Medicine. *Acad Med* 1999; 74 (1 Suppl.): 95 - 155.
43. OMS. Informe sobre la salud Mundial 2008: La Atención Primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra: OPS; 2008.
44. Cuba-Fuentes, Maria, Jurado, Gabriel y Estrella, Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención. *Rev. Med. Hered*, Ene 2011, vol.22, no.1, p.4-9. ISSN 1018-130X.
45. Escobar, F., López-Torres, J. (2008). ¿Qué determina la elección de una especialidad médica?. *Rev. Clín. Med. Fam*, 2: 216-225.

(ANEXO 1)
CUESTIONARIO

**PERCEPCION Y EXPECTATIVAS DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA SOBRE
LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

A. DATOS GENERALES

- Universidad: _____
- Año de carrera: 6to ____ 7mo ____
- Edad: ____ años
- Sexo: Masculino ____ Femenino ____

Lea cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de respuesta, y marque con una "X" de acuerdo a criterio personal.

B. PERCEPCION SOBRE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

EN CONOCIMIENTOS Sobre las actividades del médico de familia y Comunidad	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5
1. Tengo un buen conocimiento del trabajo que realiza.					
2. La atención integral es una de las actividades fundamentales.					
3. Participa activamente en la educación para la salud del individuo, la familia y la comunidad a través de la promoción de salud y prevención de la enfermedad.					
4. Realiza actividades recuperativas y de rehabilitación con un enfoque biopsicosocial.					
5. Una de las peculiaridades de la práctica que realiza es la atención continuada a lo largo del tiempo, lo que le permite conocer mejor a sus pacientes.					
6. Atiende solo problemas básicos en el primer nivel de atención.					
7. Realiza actividades asistenciales, de gestión, investigación y docencia.					
8. Atiende problemas de salud de poca importancia.					

EN LO LABORAL:	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El Médico de familia y comunidad ...	1	2	3	4	5
9. Desarrolla una función social importante.					
10. Está valorado en nuestra sociedad.					
11. Está valorado por el resto de las profesiones médicas.					

GENERAL	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Respecto al Médico de familia y comunidad	1	2	3	4	5
12. Goza de prestigio científico equivalente al de otras especialidades.					
13. Tiene un papel importante en el sistema de salud.					
14. Es clínicamente competente para prestar una atención satisfactoria en la gran mayoría de problemas de salud que afectan a la población.					
15. La medicina familiar y comunitaria requiere un alto grado de dedicación profesional.					

EN LO ACADEMICO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5
16. La medicina familiar y comunitaria está incluida en el plan de estudios de mi facultad.					
17. Es útil que conozca la medicina familiar, aunque me dedique en el futuro a otra especialidad.					
18. Has realizado cursos, clases, rotaciones, seminarios u otros, relacionados a la medicina familiar y comunitaria en tu facultad (6): Si ____ No ____ Si tu respuesta es afirmativa: ¿Qué actividad? _____					
19. He quedado satisfecho(a) con la actividad realizada.					

C. EXPECTATIVAS SOBRE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

EXPECTATIVAS	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5
20. Me parece oportuno que exista la asignatura de medicina familiar y comunitaria en la facultad de medicina.					
21. Si existiera la asignatura, consideras que los contenidos docentes de medicina familiar y comunitaria deben ser impartidos por médicos de familia y comunidad.					
22. Considero la medicina familiar y comunitaria como una de mis opciones laborales en el futuro.					

23. ¿Cuáles opciones de especialidad tiene en cuenta a futuro, en orden de prioridad?

1. _____
2. _____
3. _____