

La medicina familiar en México: presente y futuro

Carlos E. Varela-Rueda¹, Hortensia Reyes-Morales², Cidronio Albavera-Hernández³,
Héctor Ochoa Díaz-López⁴, Héctor Gómez-Dantés⁵ y Carmen García-Peña^{2*}

¹Academia Nacional de Medicina de México; ²Dirección de Investigación, Hospital Infantil de México Federico Gómez, México, D.F. México; ³Hospital General Regional con Medicina Familiar N.º 1, IMSS, Cuernavaca, Mor. México; ⁴Departamento de Salud, El Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de Las Casas, Chis., México; ⁵Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor., México

Resumen

Analizar los retos y el escenario futuro de la medicina familiar constituye un objetivo prioritario para enfrentar desafíos como lograr un acceso efectivo a atención primaria, adecuar su práctica médica ante el cambio en el perfil de salud, frenar la demanda de servicios de atención especializada y contener los altos costos de la atención de segundo y tercer nivel. Los contenidos curriculares se establecen en tres funciones profesionales: atención médica, investigación y educación. Es imperativa su revisión a la luz de los cambios en las condiciones demográficas, el tipo de necesidades de salud derivadas de nuevos determinantes sociales, las expectativas de la población para una mayor capacidad resolutive y la evolución del propio sistema de salud con el avance de la tecnología y una diversidad de opciones de organización con recursos siempre limitados. Para que la atención primaria constituya el eje de un sistema de salud que recupere principios de equidad, solidaridad, universalidad, participación, descentralización y coordinación intra e intersectorial, es preciso poner en el centro del equipo de atención primaria al médico familiar, y no a un administrador, quien desempeña un papel importante apoyando al equipo de atención, pero no puede asumir el liderazgo.

PALABRAS CLAVE: Medicina familiar. Especialización. Atención primaria.

Abstract

Analyzing the challenges and the future scenario of Family Medicine is a priority to address challenges such as the reduction of benefits granted by social security; to adapt their practice to the changing health profile; and to curb demand for specialized services and contain the high costs of care in the second and third level. The program is aimed at three professional roles: medical care, research, and education. It is imperative review these in the light of changing demographic conditions, the type of health needs arising from new social determinants, the public expectations for greater participation in their care, and the evolution of the health system itself with the advancement of technology and a variety of organizational options with frequently limited resources. For primary care, as the core of a health system that covers principles of equity, solidarity, universality, participation, decentralization, and intra- and inter-sectorial coordination, it is necessary to put at the center of the primary care team the family doctor and not an administrator, who plays an important role in supporting the care team, but can not take the lead. (Gac Med Mex. 2016;152:135-40)

Corresponding author: Carmen García Peña, mcgarciapena@gmail.com

KEY WORDS: Family medicine. Specialization. Primary care.

Correspondencia:

*Carmen García-Peña
Dirección de Investigación
Hospital Infantil de México Federico Gómez
Dr. Márquez, 162
Col. Doctores, C.P. 06720, México, D.F., México
E-mail: mcgarciapena@gmail.com

Fecha de recepción: 25-11-2014
Fecha de aceptación: 28-11-2014

Introducción

En el marco del sesquicentenario de la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM), el análisis de los retos y el escenario futuro de las especialidades médicas constituye un objetivo prioritario. La transformación radical que ha experimentado el ejercicio de la medicina desde el siglo XIX hasta la actualidad, así como los cambios por venir, hacen indispensable una profunda reflexión en torno al tema.

En muchos países, México incluido, en las últimas décadas los avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, el descubrimiento de múltiples vacunas, los logros en salud pública, el empuje creciente de la especialización y la subespecialización clínicas y las innovaciones tecnológicas, han tenido un impacto en el incremento sostenido de la esperanza de vida y los mejores niveles de salud. Sin embargo, todavía persisten inequidades en el acceso efectivo a los servicios y programas de salud, así como barreras geográficas, culturales y económicas y dificultades financieras del sistema de salud. A nivel de la atención individual, la relación médico-paciente se ha transformado de forma tal que la persona se ha convertido en un observador externo de su propia condición de salud¹.

Ante este panorama, la ANMM ha decidido discutir no sólo cuáles son los retos que enfrentarán las especialidades médicas, sino también cuáles de éstas deberían ser transformadas sustancialmente para responder a la necesidades de salud de la población y abatir las brechas en salud, consiguiendo una mejor distribución geográfica de los recursos especializados en salud a lo largo del país, vinculando las instituciones formadoras con las prestadoras de servicios y resolviendo el desequilibrio que existe entre la medicina general, las especialidades y las subespecialidades. En este escenario, pretendemos analizar cuál es el futuro de la especialidad de medicina familiar en las próximas décadas, si debe transformarse radicalmente y si su existencia a largo plazo aún tiene sentido.

La medicina familiar tal vez sea la única especialidad médica que no surgió a partir del progreso en nuevos procedimientos diagnósticos o terapéuticos, sino por la exigencia de atender imperiosas necesidades sociales y de salud de la población y restituir el derecho a la atención más integradora a la población. Surge o se deriva de la medicina general para constituirse con un cuerpo propio de conocimientos. Está orientada a la atención de personas y familias y no de molestias o enfermedades. El médico familiar ejerce con una perspectiva integral de curso de vida que cuida la salud

física, mental y emocional de las familias a su cargo. Es un experto en prevención, constituye el centro del proceso de atención y ayuda al individuo a transitar en un sistema de salud frecuentemente confuso y fragmentado. Su formación le permite contar con competencias profesionales en prácticamente todas las áreas de la medicina, pues debe diagnosticar y tratar de manera efectiva un sinnúmero de padecimientos agudos y es un recurso central en el manejo de los problemas crónicos para evitar o reducir complicaciones y mejorar la calidad de vida de la población bajo su responsabilidad.

Dimensiones fundamentales del ejercicio profesional del médico familiar son la atención de primer contacto, la atención centrada en la persona y su familia con perspectiva longitudinal del curso de vida, y la atención integral y holística; en suma, el médico familiar funge como líder del equipo de salud y coordinador de la atención médica que requieran la persona y su familia².

Contexto histórico de la medicina familiar

Todavía al inicio del siglo pasado, gran parte de los contactos con el médico se llevaban a cabo como atención domiciliaria, lo que provocaba una relación más equilibrada. La medicina general estuvo valorada como una profesión digna, socialmente prestigiosa, acreditada desde el punto de vista científico, bien recompensada en lo económico, respetada por todos y reconocida como una profesión gratificante. El volumen y la complejidad de los conocimientos médicos eran considerablemente menores, lo que tenía como efecto una comunicación con el paciente menos problemática y más cercana¹. El «médico de cabecera» practicaba la atención preventiva y curativa y frecuentemente fungía como consejero de los integrantes de la familia; era *de facto* un auténtico médico familiar.

A partir del informe Flexner³ y en adición a otras causas de índole estructural y social, el desarrollo de las especialidades fue vertiginoso, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial. En ese contexto, en la década de 1960 se planteó un regreso al origen. A finales de esa década, en EE.UU. se creó la especialidad de medicina familiar⁴ a partir de los modelos del Reino Unido y Canadá, que algunos años atrás ya habían incorporado la especialidad en sus esquemas de formación de médicos. Durante la década de 1970, diversos países incorporaron también la medicina familiar como especialidad; tal fue el caso de Brasil, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Colombia, Ecuador y Venezuela. En Australia se estableció el programa de Medicina Familiar en 1973 y en Israel en 1979. El impulso a la especialidad

fue también una consecuencia de la Conferencia de Alma Ata en 1978⁵, que conjugaba el enfoque basado en el derecho humano a la salud con una estrategia viable basada en la atención primaria de la salud para reducir las desigualdades en materia de salud y lograr la ambiciosa pero inalcanzada meta de una «Salud para todos en el año 2000». La medicina familiar se erigió entonces como un movimiento revolucionario que pretendía rescatar el sistema de salud y retornar a los valores esenciales del ejercicio de la medicina.

En México, la especialidad surgió en 1971 a partir de una iniciativa del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y como consecuencia, entre otros motivos, de la reestructuración del sistema médico familiar⁶. En 1974, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) le otorgó el reconocimiento académico. En 1980 se sumaron como instituciones formadoras de especialistas la Secretaría de Salud y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En el año 2013 habían egresado 21,655 médicos especialistas en medicina familiar del IMSS y 132 del ISSSTE; de ellos, 13,255 habían presentado su examen de certificación ante el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, pero a ese año sólo 2,746 mantenían vigente su certificación.

Situación actual de la práctica de la medicina familiar

A pesar de los avances que ha representado su formalización e institucionalización, la medicina familiar en México, particularmente la practicada en las instituciones de seguridad social, ha sido severamente criticada a lo largo de los años, entre otras causas por factores estructurales y organizacionales más relacionados con el sistema de salud que con la propia especialidad, tales como la calidad deficiente de sus servicios, el largo tiempo de espera para recibir atención o interconsulta especializada en otros niveles, la insuficiencia de los medicamentos y exámenes de laboratorio y gabinete, la escasa interrelación entre los equipos de los distintos niveles de atención y la imposibilidad de elegir libremente al médico o la clínica para ser atendido. Como se escucha frecuentemente en el discurso oficial, la crisis de «financiamiento» en dichas instituciones y las reformas de los sistemas de pensiones y beneficios del IMSS (1997) y del ISSSTE (2009) han agravado dichas deficiencias.

Al institucionalizarse la medicina familiar, desafortunadamente no se conservó el espíritu que dio origen al médico familiar, quien fue no sólo un médico de la familia, sino también un amigo conocedor y solucionador

de otros problemas de la familia, más allá de los problemas de salud.

El mayor desafío que enfrenta la práctica de la medicina familiar en México hoy en día es la propuesta de reducción de los beneficios que otrora otorgaba la seguridad social en el país. La cobertura universal en salud que se vislumbra mediante una reforma en ciernes en los sectores de salud y de seguridad social plantea un catálogo de servicios y prestaciones excesivamente acotado, cuando las necesidades de salud se amplifican y se tornan más complejas para su atención, limitado en su visión prioritaria de los costos con una mengua en la calidad de los servicios y restringido a lo curativo sobre lo preventivo.

El perfil de salud que hoy presenta la población mexicana tiene un rostro muy diferente al de hace unas décadas; el patrón de morbilidad no es el mismo, ni son las mismas causas las que llevan a la muerte; ya son menos los niños y las mujeres que se mueren de manera prematura o anticipada, y cada vez hay menos muertes fulminantes por enfermedades infecciosas o por deshidratación. Ahora se permanece enfermo más tiempo y con varios malestares a la vez; el momento de la muerte se ha ido retrasando y se muere más tarde, aunque no necesariamente se vive más sano. Este nuevo rostro de la enfermedad determinado por múltiples factores y contextos debe su existencia también a la relevancia que hoy tienen las diferentes prácticas médicas y a su impacto en la salud poblacional, la cual a su vez impacta en el sistema de salud. Adjudicar los cambios en el perfil de salud de la población a la práctica médica especializada en algún órgano o sistema corporal, sustentada en un diagnóstico dependiente de la tecnología, aislado del contexto de las personas, de alto costo e inequitativo en su oportunidad y acceso, resulta, además de engañoso e injusto, muy poco factible.

Desde hace algunas décadas, las principales estrategias de atención a los diversos grupos poblacionales han hecho énfasis en la importancia de incrementar de forma gradual la cobertura de los servicios en el primer nivel de atención y el acceso a una serie de intervenciones de alto impacto en la salud pública⁷. Tal es el caso de las campañas de vacunación, la dotación de la hidratación oral, el tratamiento oportuno de las infecciones respiratorias, la desparasitación, el control prenatal, la dotación de ácido fólico, el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño sano, y la planificación familiar, por señalar algunas de las intervenciones más relevantes, todas ellas bajo la responsabilidad del médico familiar y su equipo de salud. Sin embargo, estas intervenciones excluyen

otras acciones para atender problemas y enfermedades de mayor complejidad.

De manera más reciente, la política de atención médica ha ido cambiando hacia una estrategia de prevención, diagnóstico oportuno y modificación de las conductas de riesgo para la identificación y atención de problemas que antaño –se pensaba– estaban fuera del espectro de responsabilidades o capacidades del médico familiar. Los casos más emblemáticos podrían ser la diabetes *mellitus* y la hipertensión arterial.

Si bien las estrategias institucionales están enfocadas a la prevención, diagnóstico oportuno y atención efectiva de un conjunto limitado de enfermedades relevantes para cada grupo de edad, éstas han sido conceptualizadas desde una visión restringida, ya que se conforma un paquete de acciones, restringidas en número, con una serie de intervenciones de prevención, diagnóstico y atención (desvinculadas del riesgo y sus determinantes), fragmentadas en grupos de edad específicos (no articuladas al curso de vida ni al género) y descontextualizadas de las necesidades de los usuarios (asentadas en los servicios de salud). En el contexto de la medicina familiar esos paquetes de prevención/atención cobran relevancia, pues hay que llevarlos de manera continua en cada individuo⁸ y lograr una cobertura poblacional suficiente para obtener el impacto deseado.

Situación actual de la formación de los médicos familiares

En México, hasta la fecha, la UNAM mantiene, en su Plan Único de Especializaciones Médicas, la residencia de medicina familiar como un curso con una duración de tres años, sin requisito previo de otra especialidad y con actividades «clínicas y de enseñanza» en establecimientos del primer nivel de atención para «propiciar mayor contacto con el área de desempeño profesional». Aun así, durante los dos primeros años, en el 50% del tiempo se conservan actividades a nivel hospitalario para la rotación por las especialidades básicas: medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía y urgencias. Los contenidos de la estructura curricular se establecen en tres funciones profesionales: atención médica, investigación y educación, y las unidades didácticas se proponen como seminarios integradores, con el fin de conformar el perfil profesional en la atención primaria⁹. Otras universidades han desarrollado programas con objetivos similares en cuyo perfil de egreso se incluye su papel como coordinador del equipo de salud¹⁰ y el desarrollo de competencias para «participar activamente en los programas prioritarios de las instituciones de salud»¹¹.

Bajo este modelo se asume que, durante su periodo de formación, el residente de medicina familiar, en contacto permanente con los servicios de las unidades de salud a las que es asignado, tendrá un aprendizaje para la provisión de una «atención médica primaria, integral y continua al individuo y su familia»⁹. Sin embargo, uno de los obstáculos para el logro de este propósito es que los servicios de salud no aseguran el cumplimiento de estos requerimientos; en el modelo de atención del sistema de salud mexicano se mantiene un enfoque predominantemente curativo e individualista que responde con dificultad a una demanda que excede a su capacidad de respuesta. Existe suficiente documentación acerca de las condiciones desfavorables de la atención en las instituciones públicas de salud, con tiempos prolongados de espera, insuficiencia de recursos y baja satisfacción de los usuarios¹², así como carencia de una práctica cotidiana de atención integral¹³, lo que hace que las unidades de primer nivel de atención sean poco apropiadas como centros de aprendizaje para el desarrollo de la identidad del futuro especialista. En este ambiente, la oportunidad de contar con docentes con la disposición para cumplir el objetivo del programa académico es poco alentadora, como demuestran el bajo nivel en aptitud clínica para el manejo de la familia de los residentes de medicina familiar de una importante muestra de todo el país¹⁴ o el poco éxito de propuestas con modalidades académicas innovadoras, como el currículo para la formación de médicos familiares basado en competencias¹⁵. Es necesario evaluar los resultados de los programas de especialización semipresencial en medicina familiar para médicos generales en ejercicio, cuya formación se efectúa, en su mayor parte, en su propio ambiente laboral, con actividades académicas grupales enfocadas a la solución de problemas reales y un periodo de rotación hospitalaria¹⁶.

Otro aspecto que merece ser considerado son las expectativas de los nuevos médicos sobre la elección de una alternativa para el posgrado y sus experiencias durante el periodo de formación. Hay estudios realizados en México que han reportado que sólo alrededor de una tercera parte de los residentes de medicina familiar tiene una percepción apropiada del ambiente académico laboral¹⁷; en países como Canadá, con un sistema de salud caracterizado por su fortaleza en la atención primaria¹⁸, la proporción de aspirantes a una residencia médica que seleccionan la medicina familiar como opción ha disminuido drásticamente¹⁹; EE.UU. también experimentó al inicio de la última década un declive en las cifras de médicos recién graduados que seleccionaron especializarse en medicina familiar (sólo

el 10% de aspirantes), y el rechazo fue explicado por el bajo prestigio, la expectativa de poco ingreso y el insuficiente aprendizaje de esta opción²⁰.

Futuro de la medicina familiar

Para que la atención primaria a la salud como eje del sistema de salud recupere los principios de equidad, solidaridad, universalidad, participación, descentralización y coordinación intra e intersectorial, entre otros, se hará indispensable reasumir en la práctica del médico familiar el espíritu que dio vida a este enfoque de atención a la salud. Es preciso poner como eje del equipo de atención primaria al médico familiar, y no a un administrador, quien desempeña un papel importante apoyando al equipo de atención, pero no puede asumir el liderazgo. Es necesario poner al médico en el centro del equipo de atención primaria para identificar y atender las necesidades de salud de la comunidad, entendiendo la atención primaria como un enfoque integral, es decir, como un componente fundamental del desarrollo y base de un sistema completo de atención que proporcione los servicios en el lugar y momento que requiera la complejidad de las necesidades de la persona y no esté acotado por un catálogo empujado de servicios. Asimismo, las reglas del sistema deberán modificarse para que la comunidad pueda elegir libremente a su médico, y viceversa. La transformación del cuadro epidemiológico, a expensas del aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, y las nuevas tecnologías médicas demandarán que el médico familiar esté mejor preparado para atender las cambiantes necesidades de salud de las familias y enfrentar de manera efectiva el desafío que le plantea trabajar en equipo en un sistema cuya principal preocupación es la eficiencia en el uso de los recursos limitados de los que dispone.

La medicina familiar entrará en el escenario de los servicios de salud como un protagonista fundamental para frenar la demanda de servicios de atención médica especializada y contener los altos costos de la atención de segundo y tercer nivel²¹, pero existen desafíos y retos concretos que el médico familiar tendrá que enfrentar, adecuando su práctica para resolverlos y atenderlos integralmente. En primer lugar, es indispensable que conozca la población bajo su responsabilidad para poder adecuar las estrategias de acercamiento. En segundo lugar, debe entender que la cobertura efectiva de los programas es un elemento fundamental para alcanzar los niveles de salud a los que puede aspirar hoy en día su población. En tercer lugar, debe participar y contar

con un acceso inmediato a los sistemas de información que le permitan conocer sus indicadores de desempeño para poder reaccionar de manera oportuna a las fallas de cobertura. Por último, debe actuar como líder del equipo de salud y ser el eslabón natural entre los diferentes niveles de atención.

Lejos de convertirse en un profesional de salud con saberes acotados, el médico familiar deberá ser un profesional preocupado por los derechos humanos, un epidemiólogo comprometido, un estadístico interesado en la calidad de la información, un clínico acertado, un promotor de la salud, un profesional preocupado por la investigación y un humanista integral^{22,23}. También es importante la promoción de una comprensión más amplia y precisa de la especialidad entre la sociedad, lo que permitirá fortalecer una identidad propia y consolidar la especialidad como una opción atractiva, reconociendo a los médicos familiares como líderes de salud, con incentivos profesionales innovadores y oportunidades para su educación continua en un ambiente digno de trabajo.

El cambio en la política es fundamental, pero la dimensión de los retos obliga a diseñar estrategias que contemplen la complejidad y diversidad del perfil de salud de cada grupo de edad. En el caso concreto de la salud de las familias, es indispensable fomentar y prevenir los riesgos y daños desde mucho antes de que se presenten o detecten. Es necesario entender que los problemas de salud no son únicos ni específicos de cada grupo de edad, por lo que la perspectiva que debe prevalecer es la de curso de vida. En este sentido, el médico familiar goza de la perspectiva de la atención de los problemas de salud en cada una de esas etapas y es quien puede llevarlas a cabo con el nivel de seguimiento necesario para garantizar que la cobertura de dichas intervenciones se realice de forma oportuna, íntegra y efectiva.

¿Un nuevo modelo educativo?

Son cada vez más numerosas las voces que impulsan la necesidad de reorientar la especialidad de medicina familiar hacia un nuevo paradigma. Es ampliamente reconocida la complejidad del desarrollo de un profesional cuyo campo de acción no está definido por una lista de condiciones clínicas y cuyo núcleo de aprendizaje está en la generación de competencias para la atención de la salud que cubre un espectro total de edades, géneros y necesidades de cuidado, en contextos poblacionales con muy diferentes determinantes sociales que afectan la salud de sus habitantes²⁴. A pesar de que el modelo actual incluye disciplinas humanísticas en sus planes de estudio, la

suma de los conceptos derivados de la sociología, la economía o la psicología social con la salud pública y la medicina clínica no es suficiente para la atención integral cuando se confronta con la realidad de la actividad cotidiana en los servicios²⁵. Por ello, el modelo educativo no puede estar aislado de la realidad del sistema de salud, también imperfecto en su propio modelo de provisión de la atención. La mayoría de los programas actuales de la especialidad en medicina familiar son pertinentes y están bien sustentados en sus principios y contenidos; sin embargo, debe reconocerse que es imperativa su revisión a la luz de los cambios en las condiciones demográficas, el tipo de necesidades de salud derivadas de nuevos determinantes sociales, las expectativas de la población sobre una mayor participación en su atención y la evolución del propio sistema de salud con el avance de la tecnología y una diversidad de opciones de organización, pero con recursos siempre limitados.

Sustentado en esta realidad, el rediseño de la especialidad de medicina familiar en México tendrá que ir acompañado de una reorientación del modelo de servicios hacia una verdadera atención primaria, que rescate para su estructura y organización los valores sustantivos para el logro de la equidad y la efectividad: un modelo basado en las necesidades de salud, centrado en las personas y con corresponsabilidad en la toma de decisiones para su atención, con trabajo en equipos multidisciplinarios con una gestión coordinada entre niveles, sustentado en la evidencia y con énfasis en la calidad y continuidad de la atención²⁶.

Conclusiones

La medicina familiar es la especialidad médica que surge por la presión de atender imperiosas necesidades sociales y de salud de la población, atendiendo así a personas y familias, y no molestias o enfermedades. Constituye el centro del proceso de atención y ayuda al paciente a transitar en un frecuentemente confuso y fragmentado sistema de salud.

El reto para la consolidación de la especialidad de medicina familiar es que trabajen en conjunto instituciones de salud y de educación, generando expectativas favorables para el residente egresado, así como desarrollo académico e incentivos apropiados. La consolidación de la especialidad depende de los grandes retos a vencer: promoción de la verdadera identidad como especialidad médica, identificación de la amplia visión de la salud del paciente y su familia, recuperación del prestigio de la especialidad en los círculos

académicos y factibilidad de ofrecer la especialidad como opción atractiva.

Bibliografía

1. Twaddle AC. Health system reforms: toward a framework for international comparisons. *Soc Sci Med*. 1996;43(5):637-54.
2. Starfield B. Family medicine should shape reform, not vice versa. *Fam Pract Manag*. 2009;16(4):6-7.
3. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin N.º 4. Nueva York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910. p. 346.
4. American Medical Association. Ad Hoc Committee on Education for Family Practice. Meeting the Challenge of Family Practice: The Report of the ad hoc Committee on Education for Family Practice of the Council on Medical Education. Chicago, IL: American Medical Association; 1966.
5. OMS/UNICEF. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
6. Varela-Rueda CE. La formación de postgrado del médico familiar. México: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México/Simposio Internacional de Medicina General/Familiar y Comunitaria; 1977. p. 144-53.
7. Hixon A, Maskarinec G. The Declaration of Alma Ata on its 30th Anniversary: relevance for family medicine today. *Fam Med*. 2008;40(8):585-8.
8. Uijen AA, Schers HJ, Schellevis FG, van den Bosch WJ. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *Fam Pract*. 2012;29(3):264-71.
9. Facultad de Medicina, UNAM. Plan Único de Especializaciones Médicas en Medicina Familiar. México: UNAM, Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado e Investigación; 2009.
10. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Especialidad en Medicina Familiar. [Internet] Consultado el 2 de mayo de 2014. Disponible en: http://www.admision.posgrado.ujat.mx/cursos/especialidades/E_medicina_familiar.html.
11. Universidad de Colima. Especialidad en Medicina Familiar. [Internet] Consultado el 2 de mayo de 2014. Disponible en: www.uco.mx/docencia/planes-estudio/documentos/E-110.pdf.
12. Reyes-Morales H, Flores-Hernández S, Saucedo-Valenzuela AL, et al. [Users' perception about of quality ambulatory healthcare services in Mexico]. *Salud Publica Mex*. 2013;55 Suppl 2:S100-5.
13. Heredia-Pi IB, Serván-Mori EE, Reyes-Morales H, Lozano R. [Gaps in the continuum of care during pregnancy and delivery in Mexico]. *Salud Publica Mex*. 2013;55 Suppl 2:S249-58.
14. Chávez Aguilar V, Aguilar Mejía E. Aptitud clínica en el manejo de la familia, en residentes de medicina familiar. *Rev Med IMSS*. 2002;40(6):477-81.
15. Tun Queb MC, Aguilar Mejía E, Herrera Silva JC, Viniestra Velázquez L. Efectos del currículo por competencias en medicina familiar. *Rev Med IMSS*. 2003;41(1):5-13.
16. Chávez Aguilar V. Especialización en medicina familiar, modalidad semi-presencial en el IMSS. *Rev Med IMSS*. 2005;43(2):175-80.
17. Cárdenas-Ayón M, Cabrera Pivaral CE, Viniestra-Velázquez L, González-Reyes HF, Luce-González EG, Ortiz-López MA. Satisfacción de los residentes de medicina familiar con el ambiente académico laboral. *Rev Med IMSS*. 2010;48(2):227-31.
18. Marchildon GP. Canada: Health system review. *Health Syst Transit*. 2013;15(1):1-179.
19. Wright B, Scott I, Woloschuk W, Brenneis F, Bradley J. Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine. *CMAJ*. 2004;170(13):1920-24.
20. Senf JH, Campos-Outcalt D, Kutob R. Factors related to the choice of family medicine: A reassessment and literature review. *J Am Board Fam Pract*. 2003;16(6):502-12.
21. Maeseneer J, De Prins L, Gosset C, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann Fam Med*. 2003;1(3):144-8.
22. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, et al. The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med*. 2004;2 Suppl 1:S3-32.
23. Muñoz-Hernández O, García-Peña MC, Vázquez-Estupiñán F. Perspectivas en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006;8(3):145-51.
24. Bucholtz JR, Matheny SC, Pugno PA, David A, Bliss EB, Korin EC. Task Force Report 2. Report of the task force on medical education. *Am Fam Med*. 2004;S51-64.
25. García JC. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Rev Cubana de Salud Pública*. 2010;36(4):371-80.
26. World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care – Now more than ever. [Internet] Consultado el 3 de mayo de 2014. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.