

# Curso semiescolarizado de especialización en medicina familiar (CuSEMF) en México (1993-1999)

M.A. Fernández Ortega<sup>a</sup>, J.J. Mazón Ramírez<sup>b</sup>, E.R. Ponce Rosas<sup>c</sup>, I. Hernández Torres<sup>d</sup>, F.J. Lizcano Esperón<sup>d</sup> y J. Domínguez del Olmo<sup>c</sup>

## LECTURA RÁPIDA

El propósito de este artículo es describir los antecedentes y elementos que conformaron el curso semiescolarizado de especialización en medicina familiar (CuSEMF), realizado dentro de un convenio entre el ISSSTE y la UNAM

## Introducción

En la década de los setenta, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Declaración de Alma Ata y la estrategia global de «Salud para todos en el año 2000», reafirmó la política de formación de recursos humanos dirigidos a las prioridades en salud en el esquema de atención primaria.

La formación de recursos humanos en medicina familiar fue la respuesta para los problemas de salud de las naciones.

El propósito de este artículo es describir los antecedentes y elementos que conformaron el curso semiescolarizado de especialización en medicina familiar (CuSEMF), realizado dentro de un convenio entre el ISSSTE y la UNAM a través del Departamento de Medicina Familiar (DMF) de la Facultad de Medicina. Con la descripción y análisis de este modelo se pretende aportar elementos que puedan servir en otros contextos locales, nacionales e internacionales para desarrollar y consolidar las estrategias de salud en lo que se refiere a la formación y/o capacitación de médicos de familia.

## Introducción

En la década de los setenta, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Declaración de Alma Ata y la estrategia global de «Salud para todos en el año

2000»<sup>1-3</sup>, reafirmó la política de formación de recursos humanos dirigidos a las prioridades en salud en el esquema de atención primaria; para ello, la voluntad social, económica y política de las naciones debía movilizarse para alcanzar los objetivos deseados<sup>4</sup>.

El objetivo de la OMS y sus declaraciones era «producir» médicos mejor capacitados para la atención primaria de la salud. La formación de recursos humanos en medicina familiar fue la respuesta para los problemas de salud de las naciones. Estas tendencias internacionales reforzaron en México los impulsos que ya se habían iniciado desde el año de 1971, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con la residencia de medicina familiar.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado (ISSSTE) representa a la segunda institución de mayor importancia de la seguridad social en México, detrás del IMSS, institución que inició actividades en 1943<sup>5</sup>. Desde 1947 hasta 1960, el ISSSTE creció y se desarrolló como institución de salud para los trabajadores del Estado mexicano<sup>6</sup>; sin embargo, en los 20 años siguientes se produjo paulatinamente un incremento en los costos de atención médica, control inadecuado de los problemas de salud, insatisfacción profesional de los médicos generales y un deterioro de la imagen de la calidad de los servicios<sup>7</sup>.

En 1974, en la VI Conferencia Mundial de Medicina General-Medicina Familiar, celebrada en México, se aseguró que el médico de familia representaba el elemento central del desarrollo de la medicina institucionalizada<sup>8</sup>; en el mismo año la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) reconoció esta residencia como especialidad médica.

En 1975, se fundó el Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria

Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM. México.

<sup>a</sup>Jefe del Departamento de Medicina Familiar.

<sup>b</sup>Profesor Asociado «C».

<sup>c</sup>Profesor Titular «A».

<sup>d</sup>Profesor.

<sup>e</sup>Profesor de Asignatura «A».

Correspondencia:  
Miguel Ángel Fernández Ortega.  
Jefe del Departamento de Medicina Familiar.  
Facultad de Medicina. UNAM.  
Circuito Interior, s/n (detrás del Centro Médico Universitario).  
Ciudad Universitaria. Apartado Postal 70-422.  
México DF. CP 04510.

Correo electrónico:  
miguelaf@servidor.unam.mx

Esta investigación se realizó con el apoyo financiero del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM. México.

Manuscrito recibido el 20 de marzo de 2002.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 20 de marzo de 2002.

Palabras clave: Formación de médicos de familia. Medicina familiar. Curso semiescolarizado.

(DMGFC) de la Facultad de Medicina de la UNAM, y uno de los objetivos de este departamento fue participar en la elaboración de programas de enseñanza de medicina general-familiar y comunitaria en el posgrado<sup>9</sup> (residencia). Este objetivo se cristalizó en un convenio entre la UNAM, la Secretaría de Salud (SSA) y el ISSSTE. El programa se inició en 1980 y su etapa operativa contó con 2 sedes: el Centro de Salud Portales de la SSA (24 alumnos) y la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE (30 alumnos)<sup>10</sup>.

El ISSSTE había establecido un plan de enseñanza desde 1961, dirigido hacia la formación de médicos especialistas en los diferentes campos de la medicina<sup>11</sup>, exceptuando la medicina familiar; esta razón y los problemas de la institución respecto al modelo de atención médica ya mencionados condujeron a la creación de la residencia de medicina familiar en esta institución en 1980.

En 1987, 7 años después de iniciada su residencia formal en medicina familiar, el ISSSTE estableció oficialmente el sistema de atención en medicina familiar para las cerca de 40 clínicas del Distrito Federal, ampliándolo el siguiente año a todas sus unidades médicas de primer nivel del país. Sin embargo, uno de los principales problemas a los que se enfrentó en este proceso fue el importante desequilibrio entre las necesidades de especialistas en medicina familiar requeridos y el número de los que trabajaban para la institución. Para entonces sólo un 9,6% de sus médicos era especialista en medicina familiar, y los demás eran médicos generales sin formación de posgrado o especialistas de otras disciplinas básicas.

Un sistema de atención en medicina familiar sin especialistas en la disciplina ponía en grave riesgo la calidad de los servicios. El éxito del sistema dependía de la capacidad que los recursos humanos tuvieran para aplicar la metodología básica de la especialidad, lo que obligó a buscar alternativas que permitieran poder disponer de esos recursos de la manera más rápida posible. Dos alternativas básicas se presentaban: a) sustituir gradualmente a los médicos generales con los especialistas que anualmente egresaban de la residencia institucional (30 por generación), opción que hubiera significado, dada la dinámica de jubilación y/o retiro del instituto, más de 200 años para su conclusión, o b) di-

señar una estrategia novedosa de formación de recursos humanos que permitiera transformar a los médicos generales que ya trabajaban en la institución en especialistas en medicina familiar, opción que eventualmente permitiría en 5 años alcanzar cerca de un 90% de médicos especialistas en medicina familiar dentro del sistema. La decisión fue apoyar la segunda opción, situación que fue fundamental para que el ISSSTE llevara a cabo el programa semiescolarizado de especialización para sus médicos generales<sup>12</sup>.

Así, después de casi 3 años de negociaciones interinstitucionales, análisis y diseño curricular, en agosto de 1992 la UNAM y el ISSSTE firmaron un convenio de colaboración para implantar un curso de especialización en medicina familiar para los médicos generales del instituto, con la modalidad semiescolarizada. El programa educativo estuvo a cargo del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM.

El proyecto tuvo como propósitos fundamentales: apoyar el proceso de transformación de los servicios de salud del ISSSTE; responder a las necesidades de salud de la población usuaria de la institución, y poner en marcha nuevas estrategias en la formación de recursos humanos en salud.

El compromiso adquirido por parte del ISSSTE consistió en conceder los recursos humanos y materiales necesarios, las facilidades a los médicos inscritos para llevar a cabo las actividades programadas en el curso, así como las áreas clínicas y docentes necesarias en cada una de las unidades.

### El programa académico del CuSEMF

El diseño del programa se basó en el Programa Único de la Especialidad de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM (programa de residencia).

#### Objetivo general

Capacitar como especialistas en medicina familiar a los médicos generales del ISSSTE que trabajaban en el primer nivel de atención.

#### Objetivos específicos

– Fortalecer el sistema médico-familiar del ISSSTE a través de la capacitación de sus recursos humanos.

#### LECTURA RÁPIDA

▼ En 1974, en la VI Conferencia Mundial de Medicina General-Medicina Familiar, celebrada en México, se aseguró que el médico de familia representaba el elemento central del desarrollo de la medicina institucionalizada; en el mismo año la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) reconoció esta residencia como especialidad médica.

▼ En 1975, se fundó el Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria (DMGFC) de la Facultad de Medicina de la UNAM, y uno de los objetivos de este departamento fue participar en la elaboración de programas de enseñanza de medicina general-familiar y comunitaria en el posgrado.

▼ El programa se inició en 1980 y su etapa operativa contó con 2 sedes: el Centro de Salud Portales de la SSA (24 alumnos) y la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE (30 alumnos).

▼ En 1987, 7 años después de iniciada su residencia formal en medicina familiar; el ISSSTE estableció oficialmente el sistema de atención en medicina familiar para las cerca de 40 clínicas del Distrito Federal, ampliándolo el siguiente año a todas sus unidades médicas de primer nivel del país.

## LECTURA RÁPIDA

Después de casi 3 años de negociaciones interinstitucionales, análisis y diseño curricular, en agosto de 1992 la UNAM y el ISSSTE firmaron un convenio de colaboración para implantar un curso de especialización en medicina familiar para los médicos generales del instituto, con la modalidad semiescolarizada.

El proyecto tuvo como propósitos fundamentales: apoyar el proceso de transformación de los servicios de salud del ISSSTE; responder a las necesidades de salud de la población usuaria de la institución, y poner en marcha nuevas estrategias en la formación de recursos humanos en salud.

### El programa académico del CuSEMF

**Objetivo general**  
Capacitar como especialistas en medicina familiar a los médicos generales del ISSSTE que trabajaban en el primer nivel de atención.

**Objetivos específicos**  
– Fortalecer el sistema médico-familiar del ISSSTE a través de la capacitación de sus recursos humanos.  
– Mejorar la calidad técnica y humanística del personal médico que trabajaba dentro del primer nivel de atención.

**TABLA 1**  
**Requisitos para ingresar en el CuSEMF**

Ser médico general con ejercicio profesional dentro del ISSSTE
Tener una antigüedad laboral mínima de 2 años
Poseer población de derechohabientes asignada para su atención médica
Acreditar un examen de conocimientos médicos generales (evaluación inicial)
No haber cursado alguna otra especialidad

**TABLA 2**  
**Requisitos para egresar del CuSEMF**

Asistencia superior a un 80% en las actividades programadas (teóricas y prácticas)
Haber aprobado todas las materias incluidas en el programa académico
Presentar y aprobar un trabajo de investigación final
Presentar y aprobar un examen final de conocimientos de la disciplina

- Mejorar la calidad técnica y humanística del personal médico que trabajaba dentro del primer nivel de atención.
- Proporcionar a los médicos generales la oportunidad de desarrollo profesional y académico.
- Contribuir con el programa institucional de calidad total de la atención médica.

#### Requisitos de ingreso

Los requisitos de ingreso se presentan en la tabla 1.

#### Requisitos de egreso

Los requisitos de egreso del programa se establecieron de acuerdo con las normas que se observan en la tabla 2.

#### Contenidos temáticos<sup>13</sup> (áreas de estudio)

El programa académico fue conformado por las áreas de estudio fundamentales de la medicina de familia (tabla 3).

#### Duración

El curso tuvo una duración de 2 años escolares.

#### Estructura general del programa académico

El programa se estructuró en 8 trimestres con 8 evaluaciones parciales. Durante los 2 años académicos y de manera continua, hubo un subprograma de asesorías sabatinas orientado al análisis y solución de los problemas detectados de capacitación.

**TABLA 3**  
**Contenidos temáticos<sup>13</sup> del CuSEMF (áreas de estudio)**

Medicina familiar
Estudio integral de la familia
Psicología médica
Medicina interna
Pediatría
Ginecobstetricia
Urgencias medicoquirúrgicas
Salud pública
Taller de investigación
Taller de farmacología

#### Actividades académicas

Las actividades académicas del programa estuvieron integradas por dos áreas principales:

**Actividades académicas en aula (teoría):** constituidas por conferencias magistrales, seminarios, sesiones bibliográficas, revisiones de casos clínicos, asesorías por expertos, etc. Las sesiones debían sumar 5 horas por semana, de acuerdo con las necesidades y los horarios que cada sede académica considerara.

**Actividades clínicas complementarias (práctica):** los alumnos las efectuaron en los siguientes servicios:

- Consultorio médico familiar, en el cual permanecieron 8 meses por cada año.
- Servicios hospitalarios: pediatría, ginecobstetricia, medicina interna y urgencias

**TABLA 4** Capítulos del reglamento del CuSEMF<sup>13</sup>

Normas generales del reglamento
Derechos de los alumnos
Obligaciones de los alumnos en relación con las actividades académicas y clínicas del curso
Normas para la presentación de los exámenes departamentales
Sanciones
Promoción y egreso
Artículos transitorios

**TABLA 5** Eficiencia «terminal» del CuSEMF (1993-1999)

Etapas	Período	Número de sedes	Matrícula de ingreso	Matrícula de egreso	Eficiencia «terminal»
I	1993-1994	25	496	291	58,6%
II	1995-1996	58	1.331	720	54,0%
III	1996-1997	30	559	357	63,8%
IV	1998-1999	51	584	339	58,0%
Total	1993-1999	164	2.970	1.707	57,4%

medicoquirúrgicas; permaneciendo un mes en cada uno por año. No hicieron guardias nocturnas.

Se esperaba que en el adiestramiento los alumnos adquirieran las capacidades del médico con el esquema de atención anticipada y continua, así como el abordaje integral del individuo y su familia.

#### Plantilla académica

Se contó con un profesor titular especialista en medicina familiar, adscrito a la unidad sede del curso, y un profesor titular adjunto, en el turno contrario al del profesor titular; además, un profesor adjunto por cada uno de los servicios hospitalarios antes mencionados y especialista en el área correspondiente. También se contó con profesores del área de salud pública, psiquiatras, psicólogos y terapeutas familiares.

#### Evaluación de los alumnos

La evaluación estuvo constituida por los siguientes elementos:

- Evaluación cognitiva (exámenes departamentales trimestrales).
- Evaluación de las habilidades y destrezas realizadas por los alumnos.
- Evaluación de las actitudes.

En el programa académico del CuSEMF<sup>13</sup> se incluyeron los lineamientos de evaluación para los alumnos y se contemplaron los elementos mencionados en dos áreas: la cognitiva y la afectiva.

#### Reglamento del CuSEMF<sup>13</sup>

Los elementos que sirvieron como base para la elaboración de este reglamento incluyeron los criterios establecidos para el ingreso y permanencia a cursos de posgrado señalados por la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM; este reglamento lo aprobó el Consejo Universitario, considerando el Marco Jurídico de la Ley General de Salud y el Programa Nacional de Salud del ISSSTE. En el reglamento del CuSEMF se especifican y precisan sus normas, que se dividen en 7 capítulos (tabla 4).

#### Sedes y alumnos del CuSEMF

Las sedes podrían ubicarse en cualquier área geográfica del país y contar con infraestructura básica para actividades docentes, con un mínimo de 6 alumnos en ambos turnos (matutino y vespertino).

Durante el período de 1993 a 1999 se realizaron 4 etapas del proyecto<sup>14-16</sup>, en el que egresaron 4 generaciones de alumnos. Los indicadores generales por etapa se presentan en la tabla 5.

#### LECTURA RÁPIDA

- Proporcionar a los médicos generales la oportunidad de desarrollo profesional y académico.
- Contribuir con el programa institucional de calidad total de la atención médica.

#### Contenidos temáticos (áreas de estudio)

El programa académico fue conformado por las áreas de estudio fundamentales de la medicina de familia.

#### Duración

El curso tuvo una duración de 2 años escolares.

**Actividades académicas**  
Las actividades académicas del programa estuvieron integradas por dos áreas principales: Actividades académicas en aula (teoría) y Actividades clínicas complementarias (práctica).

**Plantilla académica**  
Se contó con un profesor titular especialista en medicina familiar y un profesor titular adjunto, un profesor adjunto por cada uno de los servicios hospitalarios y especialista en el área correspondiente, y con profesores del área de salud pública, psiquiatras, psicólogos y terapeutas familiares.

## ▶▶ LECTURA RÁPIDA

*Evaluación de los alumnos*

La evaluación estuvo

constituida por:

- Evaluación cognitiva.
- Evaluación de las habilidades y destrezas.
- Evaluación de las actitudes.

**Gestión  
academicoadministrativa**

La operación académica del CuSEMF la realizó la Coordinación de Docencia del DMF; fue responsable de planear los contenidos temáticos, establecer el calendario de las supervisiones académicas de todas las sedes, la elaboración y calificación de los exámenes y el seguimiento del aprovechamiento escolar.



Por su parte, el ISSSTE contó con un grupo de médicos encargados de la supervisión del desarrollo del curso, pero que no podían afectar el desarrollo de éste de manera unilateral, ya que todas las visitas de supervisión fueron conjuntas con la UNAM.

**Gestión academicoadministrativa**

Se logró de común acuerdo entre las 2 instituciones, aportando un grupo de especialistas quienes definieron las actividades academicoadministrativas del curso, coordinados a través de un comité técnico mixto integrado por 2 responsables de cada institución, un titular y un adjunto.

*Operación del CuSEMF*

La operación académica del CuSEMF la realizó la Coordinación de Docencia del DMF; fue responsable de planear los contenidos temáticos, establecer el calendario de las supervisiones académicas de todas las sedes, la elaboración y calificación de los exámenes y el seguimiento del aprovechamiento escolar. También se llevó a cabo la administración escolar (registro e inscripción del alumno, reinscripción y conformación de su expediente académico).

La compilación del material didáctico también se llevó a cabo en el DMF; ésta se enviaba al ISSSTE para su reproducción y distribución a los alumnos; dicho material didáctico se conformó para las áreas de las bases conceptuales y filosóficas de la medicina familiar, así como para salud pública, psicología médica y estudio integral de la familia.

Por su parte, el ISSSTE contó con un grupo de médicos encargados de la supervisión del desarrollo del curso, pero que no podían afectar el desarrollo de éste de manera unilateral, ya que todas las visitas de supervisión fueron conjuntas con la UNAM. Así mismo, el ISSSTE se encargó de proporcionar la infraestructura e insumos requeridos para llevar a cabo el programa.

*Supervisión del CuSEMF*

La supervisión académica del CuSEMF fue fundamental para el desarrollo y seguimiento, así como de gran importancia debido a que en la modalidad semiescolarizada no se controlan fácilmente aspectos logísticos y de operación como sucede en los cursos escolarizados.

Se programó realizar una visita de supervisión por semestre a cada sede académica con opción de hacer más visitas, en caso necesario, si se detectaban problemas o incumplimientos en el desarrollo del curso. La responsabilidad de supervisar el proce-

so académico fue del DMF; se nombraba a un supervisor, que utilizaba una cédula diseñada para tal efecto. Finalmente, el supervisor informaba a la coordinación de docencia del DMF de los resultados obtenidos y registrados en la cédula de supervisión; a su vez, la coordinación de docencia analizaba la información y hacía las correcciones necesarias o implementaba las acciones para que el curso se desarrollara adecuadamente.

**Reflexiones finales**

En este artículo se han presentado el contexto histórico, los aspectos de importancia académica, las características generales del CuSEMF, los aspectos de coordinación, operación y supervisión que se consideraron importantes y útiles para que otras instituciones educativas y de salud puedan reproducir el modelo de capacitación y desarrollo de recursos humanos en servicio dentro del primer nivel de la atención médica.

Este programa pretende dar respuesta a las necesidades de capacitación que tienen las instituciones de salud. Si somos objetivos, resulta difícil, si no imposible, transformar de una manera efectiva a todos los médicos generales que ya se encuentran trabajando en instituciones de salud, y que por motivos de edad, económicos, familiares, geográficos, etc. ya no podrán aspirar a realizar una residencia médica. Y para complicar aún más la situación, hay una inmensa mayoría de médicos generales en ejercicio en el país.

Este modelo se ha considerado exitoso, como lo demuestra el porcentaje de eficiencia «terminal» de médicos generales capacitados para ejercer la práctica de la medicina familiar; sin embargo, hay otros elementos de gran importancia que ocurrieron durante el proceso de este proyecto. Dichos aspectos se relacionan fundamentalmente con la operación del curso, las características de profesores y alumnos, los trabajos de investigación y el impacto que ha tenido este programa en el ISSSTE.

Podemos concluir diciendo que, con esta experiencia, el ISSSTE respondió a sus propias necesidades y a las del entorno político mundial referente a las tendencias de formación de recursos humanos capacitados para la atención primaria. Por su parte



la UNAM cumplió con su papel de responder a las necesidades educativas proporcionando alternativas congruentes con la problemática de capacitación de las instituciones de salud, así como de las necesidades de salud de la población. Por último, se subraya que la experiencia de formación y capacitación de los médicos generales en médicos de familia responde a la tendencia mundial, y específicamente a la iberoamericana, ya señalada, en los foros internacionales<sup>7,17</sup>.

## Bibliografía

1. World Health Organization. From Alma Ata to the year 2000. Geneva: WHO, 1988; p. 3.
2. World Health Organization. Primary Health Care Alma-Ata Health for all. Series 1. Geneva: WHO, 1978.
3. World Health Organization. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva: WHO, 1981.
4. Byrne N, Rozental M. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina. Educ Med Salud 1994;28:53-93.
5. Benejam DMA, Brown VC, Celis L, Hernández BF, Macotela CB, Mejía BP, et al. Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. México: IMSS, 1980; cap. II.
6. Soberón G, Kumate J, Laguna J. La salud en México: testimonios 1988. Desarrollo Institucional IMSS-ISSSTE. Vol. 1 tomo III. México: Fondo de Cultura Económica, 1988; p. 255-9.
7. Farfán SG, Irigoyen CA. Historia de la medicina familiar en América Latina: México. En: Ceitlin J, Gómez GT, editores. Medicina de familia: la clave del nuevo modelo. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Internacional de Medicina Familiar, 1997; p. 137-53.
8. Castelazo AL. La participación del médico familiar en la medicina institucional y comunal. Rev Fac Med Mex 1975;18:52-6.
9. El Departamento de Medicina Familiar, General y Comunitaria de la Facultad de Medicina. Rev Fac Med Mex 1975;18:2-3.
10. Ponce de León CME. La unidad de educación continua para el médico general-familiar. Rev Fac Med Mex 1980;23:22-7.
11. Uribe ER. Fronteras de la educación médica. Gac Med Mex 1990;126:432-7.
12. Más médicos generales en este programa de residentes en las otras 47 especialidades. Gac Fac Med 1994;25:2.
13. Programa Académico del Curso de Especialización de Medicina Familiar para Médicos Generales, 2000. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina Departamento de Medicina Familiar.
14. Clausura del curso de especialización en medicina familiar: UNAM-ISSSTE. Bol Med Fam 1995;2:9.
15. Prórroga del convenio UNAM-ISSSTE. Bol Med Fam 1994;2:8.
16. Coordinación de Docencia del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM, 2000.
17. Domínguez OJ. La inserción de la medicina de familia en México. En: Ceitlin J, Gómez GT, editores. Medicina de familia: la clave del nuevo modelo. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Internacional de Medicina Familiar, 1997; p. 315-20.

## LECTURA RÁPIDA

▼ La supervisión académica del CuSEMF fue fundamental para el desarrollo y seguimiento, así como de gran importancia debido a que en la modalidad semiescolarizada no se controlan fácilmente aspectos logísticos y de operación como sucede en los cursos escolarizados.

▼ La responsabilidad de supervisar el proceso académico fue del DMF; se nombraba a un supervisor; que utilizaba una cédula diseñada para tal efecto

## Reflexiones finales

▼ Este modelo se ha considerado exitoso, como lo demuestra el porcentaje de eficiencia «terminal» de médicos generales capacitados para ejercer la práctica de la medicina familiar.

▼ Con esta experiencia, el ISSSTE respondió a sus propias necesidades y a las del entorno político mundial referente a las tendencias de formación de recursos humanos capacitados para la atención primaria.