

Algunas observaciones acerca de la atención médica de alta especialidad en México

Juan García Moreno¹, Laura Leticia Tirado-Gómez^{1,2}, Mario Enrique Rojas-Russell^{1,3}, Ricardo A. Escamilla Santiago¹, Reyna Lizzete Pacheco-Domínguez¹ y Malaquías López-Cervantes^{1*}

¹Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; ²Instituto Nacional de Pediatría; ³Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

Objetivos: Proponer un concepto de atención médica de alta especialidad (AMAE), caracterizar su práctica y valorar la creación de una red de soporte interinstitucional de estos servicios. **Material y métodos:** Estudio cualitativo con 39 grupos de médicos especialistas. Con base en la «teoría fundamentada», se sistematizaron y categorizaron las variables, se compararon y establecieron las relaciones entre las categorías, y se integraron las referencias testimoniales consensuadas. Con las aportaciones sobre las características de la práctica, se integraron catálogos de servicios, validados por expertos. **Resultados:** Se integró un concepto de AMAE y 39 catálogos de servicios de las especialidades participantes. **Conclusiones:** La alta especialidad es un modelo de atención deseable, pero no constituye un nuevo nivel de atención médica. La práctica médica actual se enfrenta a serias limitantes para poder ser catalogada como una verdadera alta especialidad. Por lo anterior, es más conveniente considerar el concepto de tercer nivel de atención para identificar las oportunidades de creación de servicios de alta especialidad que actúen como focos de innovación de la práctica médica.

PALABRAS CLAVE: Alta especialidad. Tercer nivel de atención. Estudio cualitativo.

Abstract

Objectives: To put forth the concept of highly specialized medical care, in agreement with the nature of its practice, and evaluate the feasibility of creating a support service network. **Methods:** Qualitative study of the current practice and requirements for 39 selected medical specialties, using the technique of focused groups of experts in each specialty. In accordance with the "Grounded Theory", variables were systematized and categorized and then compared in order to identify relationships between categories and link them to consensus testimonial references. On the basis of the characteristics of each kind of practice, one key expert integrated and validated service portfolios. **Results:** We developed an integrated a concept for highly specialize medical care with 39 operational catalogs of those diagnoses that belong to each specialty, along with catalogs of the resources required by each specialty. **Conclusions:** Highly specialized care is a desirable model for clinical practice, but does not constitute a different level of care. Currently, medical practice is constrained by the lack of well-defined boundaries and scarcity of resources in order to be conceptualized as high specialty. It is therefore more convenient to strengthen the concept of third level of care in order to identify opportunities for the establishment of high specialty areas that will in turn serve as the focal points for medical innovation.

KEY WORDS: Highly specialized: Tertiary care. Qualitative study.

Correspondencia:

*Malaquías López Cervantes
Unidad de Proyectos Especiales de Investigación
Facultad de Medicina
Torre de investigación, 1.º piso
Ciudad Universitaria, Del. Coyoacán, C.P. 04510, México, D.F.
E-mail: mlopez14@unam.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 31-10-2012

Fecha de aceptación: 18-02-2012

Introducción

En México, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2030 y el Programa Nacional de Salud 2007-2012 establecieron la política de integrar funcionalmente los servicios de salud de las distintas instituciones públicas¹. En ella, la alta especialidad fue considerada una estrategia de equidad en la atención médica a la población², caracterizada por la inversión en tecnología, investigación, formación de personal y desarrollo de la infraestructura³.

Las instituciones públicas de salud dieron por hecho que la AMAE se otorga en el tercer nivel de atención, porque concentra la tecnología y el equipo de mayor costo, y pacientes cuyos problemas de salud requieren de este tipo de insumos^{4,5}. Sin embargo, existen evidencias de que enfrentan problemas derivados de la necesidad de renovar sus equipos, de innovarse para atender los efectos de los cambios demográfico y epidemiológico, dado que la capacidad instalada puede ser insuficiente o inexistente⁶. Otro problema es la fragmentación del sistema nacional de salud, derivado de la heterogeneidad normativa y del presupuesto de las instituciones, lo cual tiene efectos sobre el acceso a los servicios y la calidad que se otorga^{3,7}.

Por otro lado, no existe un concepto consensuado de AMAE: mientras que la Secretaría de Salud la circunscribe a hospitales de tercer nivel⁸, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) promueve «que los especialistas profundicen en sus conocimientos y se adiestren en técnicas más complejas que, por sus características, requieran estudios y habilidades que van más allá de los objetivos de los cursos de especialización»⁹; y con base en ello, las instituciones realizan cursos de alta especialidad en todos los niveles de atención¹⁰.

El tercer nivel de atención, con algunos matices, es considerado de manera análoga por las distintas instituciones, concordando en que tiene la mayor capacidad resolutoria por los recursos tecnológicos y médicos, y cuya función asistencial se concentra en los problemas de mayor complejidad¹¹⁻¹³.

De lo anterior surgieron dos cuestiones:

- ¿Es indistinto hablar de tercer nivel de atención y AMAE?
- ¿Qué implicaciones tiene la AMAE en el tercer nivel de atención?

El presente estudio fue realizado con el objetivo de lograr un concepto consensuado de AMAE para el tercer nivel de atención y las características que

identifican este tipo de servicios, y valorar la creación de una red de soporte interinstitucional en dicho nivel de atención.

Material y métodos

Estudio cualitativo con médicos de 39 especialidades que tuvieran: registro en la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, Consejo Mexicano de Certificación reconocido por del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, A.C., Comité Académico Universitario y cursos universitarios de alta especialidad vigentes en el año 2009 (Tabla 1).

Se realizaron 30 sesiones en la Academia Nacional de Medicina y 4 en el interior del país; asistieron 188 y 76 especialistas, de 37 y 22 hospitales, respectivamente. Participaron presidentes de consejos de certificación, coordinadores e integrantes de comités universitarios, profesores titulares de cursos de alta especialidad y médicos adscritos propuestos por autoridades de su hospital. Las guías de sesión se validaron por ronda de expertos y todas las sesiones fueron coordinadas por el mismo facilitador. El análisis se basó en la teoría fundamentada, enfatizando los datos generados con aspectos específicos de la práctica médica objeto de estudio^{14,15}. Se sistematizaron las categorías derivadas de los temas abordados y, con base en ellas, se compararon e integraron las aportaciones concordantes en los diferentes grupos. Las divergencias fueron consideradas para no incluir puntos de vista no consensuados en el concepto final. Asimismo, se analizaron las relaciones intra- e intercategorías a fin de integrar los argumentos que responderían al objetivo del estudio (Tabla 2).

El tópico de la creación de una red de soporte interinstitucional fue complementado con entrevistas a directivos de hospitales de alta especialidad de tres instituciones públicas del sector salud. Los listados de equipamiento, infraestructura y morbilidad se realizaron con el criterio de mínimo indispensable para considerar un servicio de alta especialidad.

Resultados

Los consensos se lograron bajo el criterio de contar con lo «mínimo indispensable» para asegurar servicios de alta especialidad y considerar la ubicación de los mismos, al interior de un hospital, como centro regional o como un instituto u hospital central de la especialidad en cuestión.

Tabla 1. Especialidades seleccionadas

Especialidad	Especialidad
1 Alergia e inmunología clínica	21 Medicina de rehabilitación
2 Anestesiología	22 Nefrología
3 Audiología, otoneurología y foniatría	23 Neumología
4 Cardiología	24 Neurocirugía
5 Cardiología pediátrica	25 Neurocirugía pediátrica
6 Cirugía cardiotorácica	26 Neurofisiología
7 Cirugía general	27 Neurología
8 Cirugía plástica y reconstructiva	28 Pediatría
9 Cirugía pediátrica	29 Psiquiatría
10 Dermatología	30 Oftalmología
11 Endocrinología	31 Oncología médica
12 Endocrinología pediátrica	32 Oncología pediátrica
13 Gastroenterología y endoscopia*	33 Oncología quirúrgica
14 Genética médica	34 Ortopedia
15 Ginecología y obstetricia	35 Pediatría
16 Hematología	36 Otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello
17 Imagenología diagnóstica y terapéutica	37 Radiooncología
18 Infectología	38 Reumatología
19 Medicina del enfermo en estado crítico.	39 Terapia endovascular neurológica
20 Medicina nuclear	

*Gastroenterología y endoscopia fueron consideradas una sola

Los acuerdos se centraron en que:

- Toda actividad médica de alta especialidad se orienta a la «atención de daños», y no a la reparación de estos, porque eso sugiere iatropatogenia.
- El criterio más importante de acceso a la AMAE son las complicaciones o la comorbilidad de padecimientos de alta frecuencia. Por ello, se propuso especificarlo como el perfil de alta complejidad para el diagnóstico o el tratamiento del paciente, con excepciones como oncología, en donde asumen que todo paciente con ese tipo de daño es tributario de servicios de alta especialidad.
- La tecnología ha de ser de última generación, reconociendo que, dada la economía y organización presupuestal del país, sería difícil cumplir cabalmente con esta premisa.
- La infraestructura sea planeada, y evitar improvisaciones que pueden afectar a la calidad de la atención.
- El costo y la calidad son elevados, por el hecho de que los terceros niveles concentran los recursos más caros y representan la mejor alternativa posible para implementar el diagnóstico e instituir el tratamiento resolutivo.
- El trabajo en equipo es un requisito básico. Se subrayó la corresponsabilidad profesional y la necesidad de contar con personal con un perfil interdisciplinario para garantizar la calidad de la atención.
- El proceso educativo en alta especialidad debe contar con una sólida plataforma tecnológica, tener acceso a las diversas fuentes internacionales de información y aprovechar particularmente la telemedicina, sin menoscabo de los cursos presenciales.

Tabla 2. Categorías para el análisis

- Implicaciones conceptuales de la AMAE
 - Atención o reparación de daños
 - Frecuencia del daño
 - Complejidad para el diagnóstico y tratamiento
 - Tecnología de última generación
 - Costo de la atención
 - Calidad de la atención
 - Trabajo por equipos de profesionales
 - Formación del personal
 - Experiencia del personal
 - Enfoque de la participación médica
- Condiciones para la práctica médica
 - Infraestructura
 - Oportunidad y suficiencia de recursos
 - Tecnológicos
 - Laboratorio
 - Plantillas de personal
- Accesibilidad a los servicios de alta especialidad
 - Perfil del paciente
 - Otras razones
- Valoración de una red de soporte interinstitucional

- El concepto universitario es un buen referente, porque no compara las especialidades, sino que establece la posibilidad de que todas, incluidas las de ámbito diferente al tercer nivel, puedan generar áreas de alta especialidad.
- No se ejerce la AMAE solo por estar adscrito en el tercer nivel de atención, pues la formación corresponde exclusivamente a aquella en que se desarrollan aptitudes diferentes a las logradas en la especialidad.
- No hay médicos de baja o alta especialidad, el desempeño se manifiesta a partir de los recursos existentes, y la oportunidad de capacitarse y realizar investigación.
- La investigación es un elemento indispensable del perfil profesional y, por lo tanto, deben existir condiciones que permitan su desarrollo, el de la institución y la medicina en general.
- El desempeño médico en la AMAE requiere profesionales con experiencia suficiente para resolver oportuna y correctamente los problemas o situaciones que se presenten, señalando que antigüedad no es sinónimo de experiencia.
- El criterio de referencia y contrarreferencia de pacientes debe considerar el perfil del paciente, su comorbilidad más que diagnósticos aislados, y dar prioridad a la valoración del estado de salud del paciente sobre el apego a

critérios de proyectos de investigación o limitantes administrativas.

- Para atender la demanda real de AMAE, es primordial mantener la capacidad resolutive del tercer nivel de atención, sin omitir la de niveles previos.

Como resultado de las sesiones con los expertos, el concepto de la AMAE que se propone es el siguiente:

Forma de realizar la práctica médica de una especialidad, en un determinado lugar, en donde la infraestructura es planificada y las condiciones para su ejercicio se caracterizan por contar con tecnología de punta, idónea, así como por la suficiencia y oportunidad de los insumos, no solo para la atención desde el punto de vista clínico y quirúrgico, sino también para la investigación, la formación y la actualización de recursos humanos competentes. Orientada hacia la atención de daños a pacientes cuyo perfil se caracteriza por la alta complejidad para el diagnóstico y el tratamiento, con costo elevado. Asimismo, donde se ofrece la mejor alternativa posible en relación a un determinado problema de salud, y para la cual se requiere tener la experiencia necesaria, así como la capacitación y actualización específicas en aspectos teóricos, metodológicos, técnicos y procedimentales de la especialidad, que garanticen la competencia y el adecuado desempeño, producto de profundizar e incorporar los avances de la especialidad misma, con profesionalismo, en donde el trabajo en equipo y la interdisciplinariedad constituyen la plataforma que sustenta la calidad de las acciones que recibe el paciente.

En relación con las condiciones para la práctica de alta especialidad, cada grupo de especialistas discutió los requerimientos idóneos desde el punto de vista de infraestructura, oportunidad y suficiencia de recursos, y tecnología, y listaron los procedimientos médicos o quirúrgicos que ameritan este tipo de servicios; así como las enfermedades que, en su opinión, podían ser resueltas en niveles previos de atención. En base a esto, se integraron catálogos de equipos, procedimientos y diagnósticos para cada una de las 39 especialidades participantes, los cuales fueron posteriormente complementados y validados por expertos tipo de cada disciplina. A continuación, se citan algunas observaciones de los especialistas respecto a las condiciones actuales de los servicios:

«Las instalaciones son adecuadas en espacio, pero deficientes en cosas específicas... No siempre hay tecnología de última generación disponible...

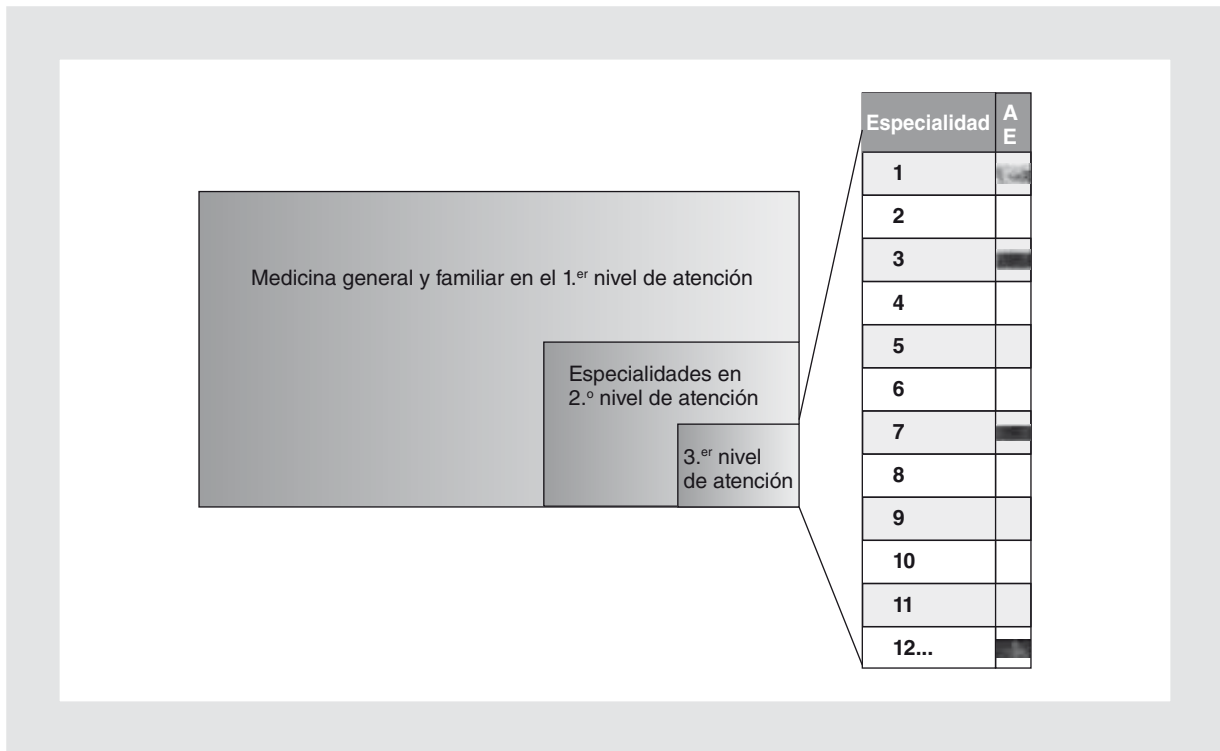


Figura 1. Ámbitos del ejercicio y desarrollo de las especializaciones médicas.

La estrategia más eficiente para asegurar la oportunidad y suficiencia de recursos es la subrogación de los servicios... Las licitaciones institucionales con frecuencia no se hacen con todos los elementos que la especialidad requiere, y eso es una limitante muy importante, pues se requiere el punto de vista de los médicos como instancia de selección para abatir costos y hacer eficiente el presupuesto... Es frecuente que no exista el personal capacitado para el trabajo en equipo que implica la alta especialidad... En cuanto a la formación de recursos humanos, médicos, es muy importante no perderlos ni tenerlos subocupados, y crear espacios de captura de talentos».

Acerca de valorar la creación de una red de soporte interinstitucional en servicios de alta especialidad, fue una propuesta que solo tuvo argumentos de soporte:

«¿Ventajas? ¡Todas! Sería una instancia de oportunidad para el adiestramiento y la formación de alta calidad... Se abatiría la duplicidad de servicios y se optimizaría la cobertura... Sería posible dar continuidad a las acciones y mejoraría la oportunidad en el diagnóstico y el tratamiento, sobre todo si se logra el expediente electrónico... Existirían bases de datos confiables y con perspectiva de sector salud... Estamos perdiendo oportunidades...».

Discusión

Resulta evidente que la AMAE se generó en México como un concepto sin consenso. En el transcurso de la práctica, los especialistas implícitamente la consideraron como: la formación de más años de duración, una subespecialidad, el adiestramiento posterior y específico en alguna área de su disciplina, y un servicio de tercer nivel en donde se concentran los recursos tecnológicos e insumos de mayor complejidad como característica esencial.

Hablar de alta especialidad para identificar el grado de competencia médica caracterizada por el manejo de recursos más complejos conlleva a la profundización cada vez mayor en un campo de conocimiento específico (Fig. 1), con el efecto en los especialistas de fomentar la idea de mayor estatus por ubicarse en ambientes innovadores, asociados con el avance científico y tecnológico, y ser por eso un médico más distinguido; no obstante, que represente la fragmentación del paciente. En dicho contexto, ese mayor estatus relativo tiene también el riesgo de generar malestar en quienes, con el mismo grado de especialización, laboran en otras instituciones, hospitales, o incluso en otros niveles de atención, con recursos más limitados, pero potencial y competentemente con igual capacidad resolutoria.

Asimismo, conviene reflexionar que si cada especialidad genera más de un área específica de alta especialidad, y ello representa infraestructura, equipo y personal calificado para atender lo cada vez más raro, o menos frecuente, la necesidad o magnitud de los recursos se convertiría en una meta permanentemente inalcanzable. Actualmente, los especialistas –sin cursos de alta especialidad– son insuficientes para las necesidades del país, –genetistas, radiooncólogos, geriatras, entre otros tantos–, y si a eso se le agrega la merma derivada por los cursos de alta especialidad, cada vez habrá menor cantidad de médicos para la «atención convencional de la especialidad en cuestión».

«Todo laboratorio de genética que apoye el trabajo que se realiza en genética médica (médico genetista) debe contar con personal especializado (biólogos, químicos, técnicos) tanto en biología molecular como en citogenética clásica y molecular. Pero son campos tan amplios que la mayoría selecciona uno en donde es experto y realiza su maestría o doctorado, e incluso posdoctorado, en ellos... El personal puede ser insuficiente para trabajar en pruebas diagnósticas útiles en el trabajo asistencial del médico genetista»¹⁶.

Por otro lado, como la alta especialidad no otorga un grado diferente al especialista, y tampoco constituye en sí misma un nuevo nivel de atención, se requiere establecer su diferencia o su equivalencia con: la educación médica continua, entendida como la actualización en temas de vanguardia, científicos, tecnológicos y humanistas¹⁷; o «el conjunto de actividades de enseñanza-aprendizaje orientadas a desarrollar, mantener, ampliar, actualizar y profundizar los conocimientos, valores, actitudes y destrezas reconocidas dentro de las ciencias sociomédicas y clínicas que sirven para atender los problemas de salud de pacientes y de la población¹⁸; la subespecialidad, que según el *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* se caracteriza como un amplio cuerpo de conocimiento, aplicable más allá de la especialidad de origen¹⁹.

Lo anterior homologaría criterios curriculares para que los egresados de estas estrategias educativas sean ubicados equitativamente en el mercado laboral. La carencia actual de este grado de caracterización resulta no solo en el uso indistinto de términos, sino en una adscripción laboral imprecisa, con el riesgo de iatropatogenia por desempeño profesional en ámbitos ajenos a las competencias específicas; o bien especialistas subocupados por carecer de tecnología o de equipos de salud incompletos.

Otro aspecto interesante tiene que ver con la distinción entre AMAE y tercer nivel de atención. El primero incorpora los elementos de idoneidad para el ejercicio de la medicina especializada. Incluye los avances de la investigación, así como los adelantos tecnológicos y personal competente. Por el nivel de exigencia que demanda, representa un nicho innovador de la medicina, orientador de sus tendencias, aun cuando su práctica esté confinada a un pequeño segmento del gremio médico; y cuando sus aportes se difunden, son garantía para estar a la vanguardia o para crear nuevas especialidades o subespecialidades. En cambio, el tercer nivel de atención representa solo una fracción del sector que otorga los servicios en salud, al interior de los cuales puede haber o no servicios de alta especialidad.

El consenso logrado en el concepto de AMAE «en el tercer nivel de atención» puede ser un modelo al cual aspirar, cuando se logren modificar o establecer las condiciones normativas, administrativas, financieras y de desarrollo profesional que permitan cumplir con el perfil de servicios que dicho concepto demanda. En la actualidad, resulta mejor hablar de servicios de tercer nivel de atención, en lugar de alta especialidad; y al mismo tiempo, valorar dos propuestas reiteradamente citadas por los participantes.

- Diseñar áreas o servicios con enfoque interdisciplinario, sin interconsultantes, en donde todos sean médicos tratantes, con recursos compartidos y realizando trabajo en equipo.
- Crear centros de referencia para pacientes con perfiles específicos, lo cual aprovechará fortalezas como: docencia calificada, competencia específica y experiencia óptima; con ello, generar polos de desarrollo, desconcentración de recursos, fomento de la equidad en la atención de la población, investigación que abata la dependencia del exterior y ofrecer al paciente la mejor alternativa posible con tecnología de punta (Figs. 2 y 3).

Destaca que el concepto de «alta especialidad» es característico solo de nuestro país. El referente del desempeño médico y la organización del sistema de salud en el ámbito internacional son los niveles de atención generados, en el siglo pasado, a partir del *Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920*, en Gran Bretaña²⁰. Reino Unido y Bélgica, por ejemplo, los tienen institucionalizados; en Latinoamérica existen con distinto valor y enfoque a cada uno; e incluso en EE.UU., en donde la atención es básicamente gerenciada por grandes corporaciones, no destaca el concepto en cuestión²¹.

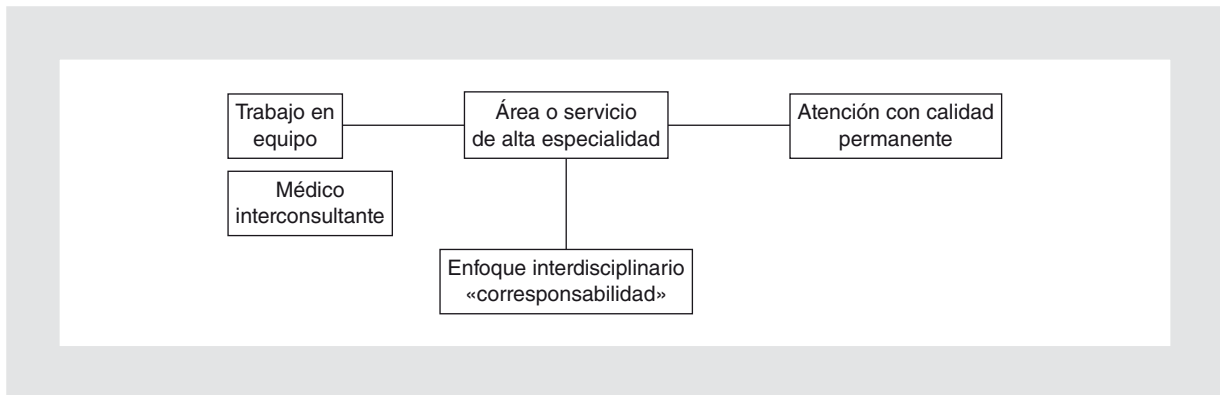


Figura 2. Propuesta: áreas de atención médica.

Los argumentos del concepto de AMAE en este trabajo implican, en realidad, una circunstancia utópica, por las condiciones que se requieren para la práctica, a lo cual se puede agregar la elevada aspiración del profesionalismo –característica relevante, común de los programas universitarios de posgrado–, cuyas variadas interpretaciones tienen como perspectiva una conducta con apego a: subordinar los propios intereses a los de otros; que responda a las necesidades sociales y manifieste compromiso con la comunidad; con valores humanísticos como la honestidad, integridad, altruismo, empatía, compasión; con compromiso continuo por la excelencia, la erudición y el avance científico; además de una actitud reflexiva sobre sus acciones y decisiones²². Aspectos por demás deseables pero difíciles de lograr si se reconocen y analizan las limitantes y condiciones actuales en que se practica la medicina especializada,

develadas por los participantes como parte de la realidad que viven en todas las instituciones del sector público del país.

Desde nuestro punto de vista, la práctica de una especialidad médica, cualquiera que sea su nivel de operación, más que buscar ámbitos restringidos, debiera difundirse para su dominio a todo médico involucrado en ella, bajo la idea de hacer «la buena práctica médica», que se sustenta en la ciencia, con cooperación del paciente y el médico, y que propicia que todos los servicios respondan a las necesidades de todas las personas²³.

Deseamos señalar que el trabajo, metodológicamente, llevó consigo una muestra pequeña de cada especialidad, y que el nivel de exigencia en la selección de los participantes, además de algunas ausencias, propició que algunas de ellas quedaran subrepresentadas. Asistieron el 76.4% de los invitados.

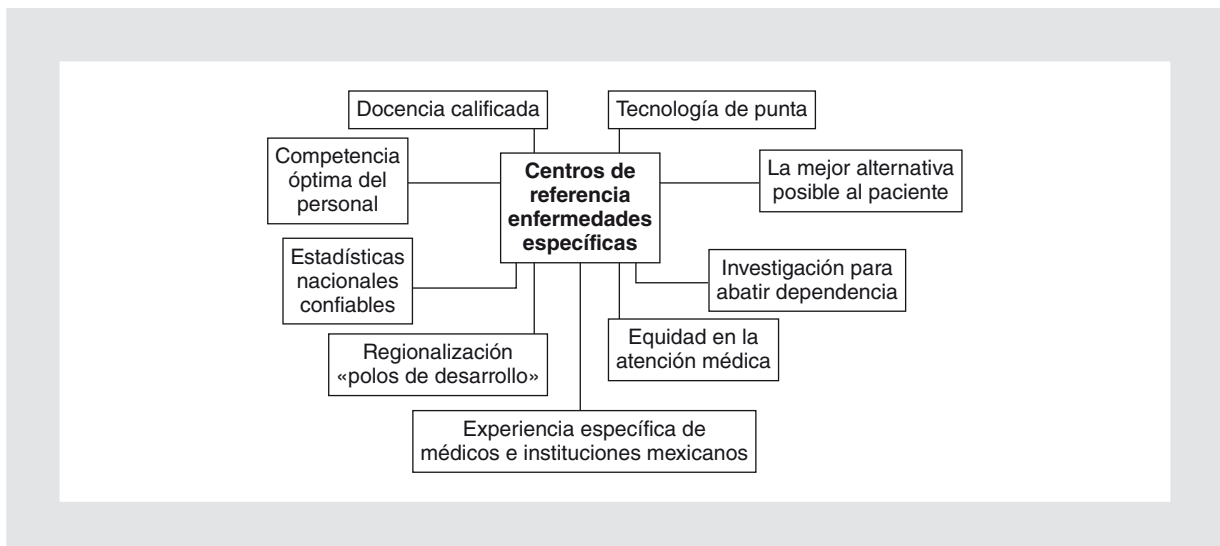


Figura 2. Propuesta: centros de referencia.

Bibliografía

1. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. SS. México. p. 185.
2. Gobierno Federal. Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 TEXTO VIGENTE. Última reforma DOF 10 de junio de 2011.
3. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico de alta especialidad 2007-2012. SS. p. 75.
4. Aguirre-Gas H. Proyecto UMAE. Desarrollo y avances 2004-2006. Rev Med IMSS. 2008;46(5):571-80.
5. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. El Centro Médico Nacional 20 de noviembre, vanguardia de la medicina social en México. México, D. F.: 2012. Consultado el 31 de enero de 2012. Disponible en: <http://www.issste.gob.mx>
6. Wong, R. Diaz JJ. Health care utilization among older mexicans: Health and socioeconomic inequalities. Salud Pública de México. 2007;49(Supl. 4):S505-14.
7. Secretaría de Salud. México: Hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. SS. México; 2010. p. 71.
8. Secretaría de Salud. La Atención Médica de Alta Especialidad en los Institutos Nacionales de Salud. En: Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta especialidad. SS. México, 2009. Consultado el 2 de febrero de 2010. Disponible en: www.ccinshae.salud.gob.mx
9. Universidad Nacional Autónoma de México. Lineamientos operativos de los cursos de posgrado de alta especialidad en medicina. En: Normatividad académica. Reglamento general de estudios de posgrado. Facultad de Medicina. UNAM. Gaceta UNAM. 9 de octubre de 2006. Consultado el 2 de febrero de 2010. Disponible en: <http://fmposgrado.unam.mx/alumnos/legislación-rgep2006.pdf>
10. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. La alta especialidad médica. En: Residencias médicas. Un sistema de educación para médicos graduados con el fin de capacitarlos en el diagnóstico y tratamiento de patologías prevalentes. ISSSTE, México. 25 de mayo de 2011. Consultado el 28 de febrero de 2012. Disponible en: <http://sgm.issste.gob.mx/medica/enseñanza.php>
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programas educativos. Estudios de posgrado. Sistema de especialización médica. IMSS. México, 2011. Consultado el 2 de febrero de 2012. Disponible en: <http://edumed.imss.gob.mx/edumed/pagSEspMed3.html>
12. Instituto Mexicano del Seguro Social. Procedimiento de educación continua y capacitación en el trabajo del personal para la atención de la salud. IMSS, México. 30 de marzo de 2010. Consultado el 29 de febrero de 2012. Disponible en: <http://edumed.imss.gob.mx/Normatividad/MarcoJuridico/ProgramasEducativos/Posgrado/procedimientos/2510-003-002.pdf>
13. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. ¿Cómo se clasifican las Unidades Médicas del ISSSTE? En: Boletín. 14 de septiembre de 2010. Año 2 Subdirección de atención Médica al derechohabiente. ISSSTE. México. Disponible en: <http://issste.gob.mx>
14. De la Torre G, Di Carlo E, Florido A, et al. Teoría fundamentada o Grounded Theory. «(Internet)» Facultad de Formación del Profesorado y Educación, Máster en Calidad y Mejora de la Educación. Métodos de Investigación. Universidad Autónoma de Madrid. Citado: 2001. Disponible en: [http://www.uacj.mx/DINNOVA/Documents/SABERES_Verano2001/curso_ti/Teoria-Fundamentada_\(trabajo\).pdf](http://www.uacj.mx/DINNOVA/Documents/SABERES_Verano2001/curso_ti/Teoria-Fundamentada_(trabajo).pdf)
15. De la Cuesta-Benjumea C. La teoría fundamentada como herramienta de análisis. En: Teoría y método. Cultura de los Cuidados. 2.º Semestre del 2006 Año X N.º 20.
16. Araujo-Solis MA. Comentarios de genética médica. Mecanograma no publicado. (Jefatura del Departamento de Genética Médica). UMAE. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Febrero de 2011.
17. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. Educación continua. ANUIES. Sin fecha. Consultado el 29 de febrero de 2012. Disponible en: http://www.anui.es.mx/e_continua/?clave=bienvenida.php
18. Universidad Nacional Autónoma de México. Lineamientos para las actividades de educación médica continua. Facultad de Medicina, UNAM. México, 2002.
19. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Areas of Focused Competence (Diploma) Program. Royal College. 2011. Consultado el 1 de marzo de 2012. Disponible en: http://www.royalcollege.ca/public/credentials/afc_program
20. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Informe Dawson sobre El Futuro de los Servicios Médicos y Afines, 1920. Publicación Científica N.º 93, febrero 1964. (Traducción al castellano del Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920. Publicado con permiso de H. M. Stationery Office, Londres).
21. Van der Stuyft P, De Vos P. The relations among the various care levels is a key health determinant. Presentación oral. En: Congreso de higiene y epidemiología; 2007 noviembre 5-9; La Habana; 2008. Accesado en Internet: 13 de febrero, 2012.
22. Lynne MK. Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2007;20:13-6.
23. El concepto de buena Atención Médica. En: Salud Pública de México. Marzo-abril 1990;32(2):245-7. (Fragmento de la introducción a Lee RI, Jones LW, The Fundamentals of good medical care. Chicago: The University of Chicago Press, 1933).