

El papel del médico general en la atención médica en el México actual

José Narro-Robles,* Arturo Ruiz-Ruisánchez**

Resumen

Se plantea que el caso de la especialización en medicina no es nuevo y que las bondades y desventajas de la atención proporcionada por médicos generales y por especialistas ha sido abordado, lo mismo por los clásicos hace 25 siglos, que por médicos mexicanos sobresalientes hace más de 50 años. Se hace una revisión sintética de las principales condiciones demográficas, sociales y de salud de la sociedad mexicana en la actualidad y del sistema público de salud edificado en los últimos 60 años. Se presentan algunos datos relevantes sobre el número y distribución de médicos generales y especialistas por entidad federativa. Igualmente, una apretada consideración sobre la educación médica en México y un planteamiento del perfil del médico general y de su papel en nuestro sistema de salud. Se concluye que en un modelo completo de atención médica se requiere tanto de médicos generales como de especialistas. Finalmente se plantea la necesidad de impulsar y revalorar al médico general.

Palabras clave: *Médicos generales, médicos especialistas, sistemas de atención médica.*

Introducción

La medicina es una ciencia, un arte y una profesión. Es una maravillosa tradición que permite el desarrollo de una vocación a plenitud, que posibilita ganarse con dignidad la vida, acercarse a la investigación científica, conocer mejor la naturaleza humana, entender lo individual y lo colectivo, comprender la relación del hombre con los seres vivos y su ambiente, así como fomentar sentimientos de solidaridad, y el compromiso de servir al que lo necesita.

La historia de la medicina corre en paralelo con la historia de la ciencia y en particular de las ciencias naturales. Igualmente los conceptos de la teoría médica reflejan en buena parte la filosofía y los conceptos que sobre la naturaleza y el ser humano se tienen en una sociedad y en un momento dados.¹

Varias son las características que definen a un buen médico. Entre otras pueden señalarse: la preparación, la

Summary

The issue of how medical specialization does not represent a novelty is discussed. The authors also approach the question of how the advantages and shortcomings of medical care provided by both general practitioners and medical specialists have been equally addressed previously by the ancient Greek classics as well as by outstanding Mexican specialists more than 50 years ago. A short review is made of the main current demographic, social, and health-related conditions of Mexico's society and of the public health system built up in the last 60 years. Some relevant data pertaining to the number of physicians and medical specialists and their distribution Mexico's 32 states are presented. The paper also includes a short argumentation of views on medical education in Mexico, and sets forth a proposal regarding the professional profile of the general practitioner and its role within Mexico's health system, as well as the need to enhance and reconsider the role played by general physicians. Authors conclude that within a comprehensive medical assistance model, both general practitioners and medical specialists are required.

Key words; *General practitioners, Medical specialties, health-care delivery.*

capacidad para establecer una adecuada comunicación con su paciente, la intuición para determinar hasta dónde se puede permitir a la naturaleza del enfermo que contribuya a la autolimitación de la enfermedad, la percepción de los casos en los que se pueden aplicar fórmulas generales a situaciones particulares y la capacidad para reconocer limitaciones y apoyarse en otros colegas. Respecto de este último elemento, en las próximas páginas se hará una revisión en torno a una antigua discusión, aquella que marca la pertinencia de optar por generalistas o especialistas en la atención médica de las personas.

La especialización en medicina

Ni la especialización ni la discusión sobre sus ventajas y desventajas, es algo enteramente novedoso. Para mostrar

* *Academia Nacional de Medicina, Miembro Numerario. Director de la Facultad de Medicina de la UNAM.*

** *Coordinador de Servicios a la Comunidad de la Facultad de Medicina de la UNAM.*

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dirección de la Facultad de Medicina, UNAM, Edificio B, 1er. Piso Ciudad Universitaria, Col. Coyoacán, C.P. 0410, México, D.F.

lo anterior, analicemos lo que hace 25 siglos se pensaba y decía al respecto. Por ejemplo, Herodoto reportaba un alto grado de especialización en el antiguo Egipto cuando señaló que “la medicina se practica entre ellos en un plan de separación, cada médico trata una sola enfermedad y nada más: así, el país está plagado de médicos, algunos dedicados a la curación de las enfermedades de los ojos, otros de las manos, otros de los dientes, otros a los padecimientos de los intestinos y unos más a las enfermedades que no están localizadas”.² No es éste el único caso al que uno puede acudir, porque en distintos momentos en la historia del hombre se ha generado una fuerte discusión entre quienes favorecen la atención médica general y quienes, por el contrario, pregonan la utilidad de los especialistas.

Este es el caso de Hipócrates para quien la medicina requiere no sólo del conocimiento científico, sino también de la aplicación de las reglas generales del arte médico y, sobre todo, de práctica y experiencia. Para él, resulta de fundamental importancia entender la individualidad de las personas y el efecto de la dieta, los hábitos y el ambiente sobre la salud de la gente. De hecho, Hipócrates distingue que en la población existen rasgos que determinan una naturaleza colectiva, común, en tanto que en la persona existen particularidades que le determinan y distinguen y que en consecuencia le hacen proclive o no a ciertas enfermedades. Con base en lo anterior, Hipócrates proclamó la importancia de entender el todo y las partes, y reconoció que para el médico, igual que para el artista, el todo es superior a cada una de las partes e incluso a la suma de ellas.³

Éste también es el caso de Platón, quien en el diálogo de la templanza o de Carmides, nos recuerda que los médicos verdaderamente hábiles son aquellos a quienes “si se les consulta sobre males de ojos, dicen que no pueden entender sólo la cura de ojos, y que para curarlos tienen que extender su tratamiento a la cabeza entera; en igual forma, señalan que imaginar que se puede curar la cabeza sola despreciando el resto del cuerpo es una necesidad. Razonando de esta manera tratan el cuerpo entero y se esfuerzan en cuidar y sanar la parte con el todo”.⁴ Platón mismo refiere que algunos médicos helenos fallan en su capacidad curativa, en razón de que desatienden el cuidado del todo por tratar la aparente parte enferma.

A lo largo de estos dos milenios y medio son numerosas las referencias que en el pensamiento de Galeno, Harvey, Osler y muchos otros estudiosos de la medicina, así como de intelectuales, pensadores, literatos y artistas universales, se establecen en torno al dilema de escoger entre especialistas o generalistas. En nuestro medio, hace cerca de 60 años, el doctor Ignacio Chávez señalaba los asuntos primordiales de esta discusión cuando decía: “tomada la especialidad como un sistema de trabajo que limita la visión del espíritu y circunscribe el campo de la

doctrina, resulta una forma de mutilar el conocimiento y de estrechar el criterio, contrario, por tanto, al progreso de las ideas. Tomada como una forma de limitar la actividad profesional, pero sin olvidar la medicina integral de base, de dominar la técnica especializada, sin descuidar el cultivo de la doctrina biológica general,.... de circunscribirse en la práctica a un sólo campo para poder ahondarlo, la especialización resulta benéfica”.⁵

El propio Chávez reconoció una década después los peligros de la especialización, cuando señaló que ésta última “trae en su interior una enorme fuerza expansiva de progreso, responsable en buena parte del avance espectacular que estamos presenciando; pero también contiene el germen de una regresión en el orden intelectual y espiritual. Especialización quiere decir fragmentación, visión parcial, limitación de nuestro horizonte”, además, relacionó la especialización mal entendida con un grave riesgo que permanentemente le preocupó: la deshumanización de la medicina y la del médico.⁶

México: Nuestra sociedad y el sistema de salud

México cuenta en la actualidad con cerca de 104 millones de habitantes. De ellos, prácticamente 32% tiene menos de 15 años, 5% tiene 65 años o más, y los casi dos tercios restantes, esto es 66 millones de habitantes, corresponden a la población productiva de nuestro país.⁷ Entre nuestra población, la esperanza de vida al nacimiento se estimó en 2002, en 76 años, 73.7 para los varones y 78.2 en el caso de las mujeres.⁸

Un hecho de fundamental importancia es que en el país existen, de acuerdo con los datos del censo de población de 2000, un total de 199,391 localidades, de ellas, 148,579, es decir el 74.5% son de menos de cien habitantes y en ellas viven 2.6 millones de personas. Otras 42,476 localidades (21% del total) corresponden a sitios con una población de entre 100 y 999 habitantes y dan vivienda a 14.1 millones de mexicanos.⁹

México vive una profunda transición demográfica y está cerca de concluir, en lo general, una de orden epidemiológico. Sin embargo, al respecto de esto último debe tenerse presente que, los promedios del país enmascaran las profundas diferencias que se registran entre grupos que tiene condiciones de vida y de salud iguales, y a veces mejores, que las de los países más desarrollados, y las de aquellos otros, que se cuentan por millones, que viven, se enferman y mueren como los habitantes de los países más atrasados de nuestra región.

Respecto de la transición epidemiológica, asunto que se ha convertido prácticamente en lugar común, conviene simplemente recordar que mientras hace medio siglo, las cinco principales causas de muerte en el país estaban representadas por las infecciones intestinales, las

neumonías, las enfermedades de la infancia, los accidentes y el paludismo, ahora se ha registrado un cambio radical ya que están constituidas por las enfermedades del corazón, las neoplasias, la diabetes, los accidentes y las enfermedades del hígado.

Como puede apreciarse fácilmente, ha existido un desplazamiento importante de las enfermedades transmisibles que han pasado a ser, en la estructura general de la mortalidad, un elemento secundario. Sin embargo, no es despreciable recordar que todavía a finales del siglo pasado, 9% de las defunciones registradas en el país, es decir, un poco más de 40 mil muertes, se atribuyeron a las enfermedades transmisibles. Tampoco es ocioso recordar que existen estados como Chiapas o Quintana Roo, en los cuales una de cada siete muertes son causadas por enfermedades transmisibles.¹⁰

Por lo que se refiere a la transición demográfica, conviene señalar que se trata de una profunda transformación en la estructura poblacional de nuestro país, caracterizada por cambios importantes en la dinámica de crecimiento y en el peso de cada uno de los distintos grupos de edad. En la actualidad tenemos una tasa de crecimiento natural de 1.7% al año, y se registra una disminución significativa en las tasas de natalidad y de fecundidad. Se estima que anualmente nacen un poco más de dos millones de nuevos mexicanos cada año y que en 15 años este número se reducirá a un millón setecientos mil.

Para comprender los profundos cambios demográficos que se han registrado, conviene señalar que mientras en 1970 47% de los mexicanos era menor de 15 años, en el año 2000 este grupo representó 33% del total de la población. En el mismo período el número de habitantes de 15 a 24 años se duplicó, al pasar de 9.2 millones en 1970 a 20.3 el año 2000. Por su parte el número de habitantes de 25 a 64 años pasó de 15.2 a 40.8 millones de habitantes, es decir, un crecimiento de 2.7 veces. Se estima que dentro de 25 años esta cifra ascenderá a cerca de 70 millones de personas.

Lo trascendente del dato es que, durante los próximos cinco lustros vamos a tener un porcentaje muy importante de población productiva. Esta situación se convierte en una oportunidad y en un desafío. Resulta indispensable para el país generar empleo y otorgar las mejores posibilidades de educación a este sector de la población, así como hacer los ahorros necesarios y desarrollar los servicios básicos, entre otros de salud, para atender a la población que lo va a requerir.

En la actualidad, uno de cada 20 mexicanos pertenece al grupo de habitantes de 65 años y más. En relativamente poco tiempo esta situación cambiará y, alrededor del año 2030, la relación será de uno de cada ocho. Aún más, después de ese año se registrará enorme cantidad de necesidades por parte de la población anciana del país.

A lo largo de todo el siglo XX y en especial en los últimos 60 años del mismo, se construyó el sistema público de salud con el que actualmente contamos. La edificación del Hospital General de México hace casi 100 años, marcó el principio de una etapa que permitió que a finales de la centuria anterior, casi la totalidad de nuestra población tuviera acceso a los servicios básicos de salud y que cerca del 95% de los mexicanos recibiera atención médica, preventiva y curativa, prestada por un profesional de la medicina.

En la actualidad, la población cubierta por los servicios médicos del IMSS asciende a 46.5 millones de personas. La atención de los servicios del ISSSTE es de 10.4 millones de mexicanos y el resto de los servicios públicos de seguridad social (Pemex, ISSFAM y otros), atiende a cerca de 1.5 millones de mexicanos.¹¹ A partir de estos datos y descontando las duplicaciones que existen, es posible sostener que poco más de la mitad de la población cuenta con servicios de seguridad social y que el resto debe ser atendida por los servicios estatales de salud y por la Secretaría del ramo.

La infraestructura pública para la atención de la salud no es de ninguna manera despreciable y, sólo para ejemplificar el caso, habrá que recordar que se cuenta con cerca de 140 mil médicos, casi 190 mil enfermeras, alrededor de 20 mil unidades médicas, y un poco más de 76 mil camas de hospital. La importancia del sistema público de salud se comprende si se recuerda que cada año se otorgan cerca de 250 millones de consultas a la población nacional, que se registran 4.5 millones de egresos hospitalarios y que se realizan alrededor de 2.8 millones de cirugías anualmente.

Conviene señalar también que el financiamiento de los servicios públicos de salud vive una crisis profunda. Se trata de una crisis que arrancó en 1994, cuando el gasto destinado a la seguridad social por parte del estado tuvo que incrementarse de manera importante, situación que ha continuado a lo largo de los últimos ocho años y que ha hecho que el presupuesto de la seguridad social, particularmente pensiones y jubilaciones, haya crecido más de 20 veces como porcentaje del gasto programable, porque en 1990 se destinaba 0.6% de todo el gasto programable y en 2001 alcanzó 13.8%. En tanto que para la salud, mientras que en 1993 se dedicó 21.1% del gasto programable, en 2001 la cifra se ubicó en 14.5%.¹²

Algunos datos sobre los médicos generales y la educación médica

Entre otros, un problema importante para conocer la realidad de la medicina general en el país, es la falta de información. No hay un registro confiable sobre el número y características de los médicos en el país. Con esta

limitación en mente, conviene señalar que de conformidad con los datos publicados por la Secretaría de Salud, de los 142,765 médicos que laboran en las instituciones públicas del país, 91% de ellos, es decir 121,654, se dedican a la atención directa de los pacientes. De éstos, 37,113 corresponde a médicos generales (30.5%) y los restantes son catalogados como especialistas (37.2%), en tanto que los médicos en formación, principalmente residentes, pasantes en servicio social y médicos internos, constituyen el 24.9% del total y los odontólogos el restante 7.4%.¹³

La distribución de los médicos generales y los especialistas por entidad federativa es heterogénea según se puede observar en el cuadro I. Conviene tomar en cuenta que en esos datos no están incluidos los médicos en formación, algunos que deberían incluirse entre los médicos generales y otros entre los especialistas. Sin embargo, según puede observarse en la distribución de médicos por población, existen diferencias que conviene destacar. Así, entre los médicos generales, las entidades federativas que tienen proporcionalmente un mayor número son: Baja California Sur, Campeche, Tabasco, Quintana Roo y el Distrito Federal. Por lo que corresponde al caso de los especialistas, en primer término aparece el Distrito Federal y le siguen Baja California Sur, Colima, Aguascalientes, Coahuila y Sonora.

En el cuadro II se presenta la información relativa a la proporción de médicos generales y especialistas en las instituciones del sector público. En esta información, que sí incluye a los pasantes en servicio social dentro de los médicos generales y a los residentes entre los especialistas, se registran diferencias interesantes. Entre las entidades federativas con mayor proporción de médicos generales respecto de los especialistas se identifica a Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Tlaxcala e Hidalgo. Por lo que toca al caso de los especialistas, de nueva cuenta el Distrito Federal es la entidad con la mayor proporción seguida por Aguascalientes, Sonora, Nuevo León y Yucatán.

Hay dos asuntos que conviene destacar. Por una parte, que existen decenas de miles de internos, pasantes y residentes, que continúan conformando parte importante de los médicos en servicio en el país. En segundo término, la existencia de un dato preocupante. Esto es, que como veremos más adelante, se está formando una cantidad de médicos superior a la que puede encontrar acomodo en las instituciones públicas de salud en nuestro país. Téngase en cuenta que durante los últimos tres años, el número de plazas de médico en las instituciones públicas únicamente se ha ampliado en 1,133 como promedio anual, cifra que contrasta con la de titulados que es superior a 10,000.

Al hablar de la educación médica en el país, de nueva cuenta tiene que señalarse que existen enormes deficiencias en la información. Esto es particularmente

grave porque, como se verá enseguida, durante los últimos años se han presentado cambios importantes que pueden estar incubando un serio problema en el futuro inmediato.

Se estima, por la investigación directa realizada, que en el país funcionan 86 facultades y escuelas de medicina. Sin embargo, no hay certeza de que esta sea una cifra real. Lo que sí es un hecho es que existen más de 80 y que la carrera de médico cirujano está entre las cinco más demandas en el país. En adición, también puede aseverarse que actualmente existen más de 70 mil estudiantes de medicina, que se están titulando más de 10 mil médicos cada año y que durante los últimos trece años se ha registrado un incremento desmedido en el número de escuela de medicina, principalmente en las de orden privado. De hecho, en la actualidad casi 20% de la matrícula corresponde a este tipo de escuelas.

En el cuadro III se presentan los datos del examen nacional de aspirantes a las residencias médicas en el último quinquenio. Entre 1999 y 2003 se registró un incremento de más de seis mil solicitantes, en tanto que el número de plazas creció en menos de mil. Preocupa que el número de médicos no aceptados haya aumentado en más de cinco mil. Puede sostenerse que en los últimos cinco años el número de médicos que no ha encontrado sitio en los programas de posgrado ni plaza laboral en el sector público, asciende a más de 20 mil.

También conviene señalar que hay una enorme heterogeneidad en la educación médica en nuestro país y que prevalece el modelo de formación de médicos semejante al desarrollado a lo largo de los últimos 50 años, esto es, una educación de pregrado consistente en seis años de estudios, los dos primeros dedicados a las ciencias básicas, los dos intermedios a las ciencias clínicas y finalmente un año de internado y otro de servicio social.

Las escuelas y facultades de medicina son las formadoras únicas de médicos generales en nuestro país. Es deseable que quienes egresan cuenten con la capacidad para ejercer la medicina general. Sin embargo, la mayoría de los egresados aspira a realizar estudios de posgrado. Esta educación va de tres años en el caso de las especialidades más sencillas, hasta ocho en el de aquellas más prolongadas. Sin duda alguna debe hacerse notar la heterogeneidad en la calidad de la formación de médicos en nuestro país y el desequilibrio entre los subsistemas formador y utilizador de los recursos médicos. Esto debe preocupar tanto en términos cuantitativos, cuanto en los cualitativos porque en un amplio número de casos se ha alentado en exceso la formación de especialistas, dejando como un profesional de menor calidad y categoría al médico general. En las instituciones públicas de salud se debe intervenir para revertir esta situación. Conviene revisar algunos de los materiales que recientemente se han producido.¹⁴

Cuadro I. Distribución de médicos generales y especialistas por entidad federativa. México 2001

Entidad federativa	Total*	Médicos generales		Médicos especialistas	
		Número	X 10,000 habitantes	Número	X 10,000 habitantes
Nacional	142,765	37,113	3.7	45,249	4.5
Aguascalientes	1,694	417	4.1	688	6.8
Baja California	3,234	912	3.7	1,244	5.1
Baja California Sur	1,098	309	7.5	387	9.4
Campeche	1,316	479	6.6	397	5.5
Coahuila	4,058	1,016	4.2	1,487	6.2
Colima	1,050	245	4.4	391	7.0
Chiapas	3,959	1,263	3.1	1,115	2.7
Chihuahua	3,710	1,195	3.8	1,180	3.8
Distrito Federal	29,752	4,733	5.3	11,122	12.6
Durango	2,428	661	4.3	735	4.7
Guanajuato	4,780	1,460	2.9	1,308	2.6
Guerrero	3,556	1,426	4.4	938	2.9
Hidalgo	2,801	776	3.3	705	3.0
Jalisco	9,917	2,192	3.3	2,873	4.3
México	11,573	3,421	2.6	3,312	2.5
Michoacán	4,223	1,055	2.5	1,221	2.8
Morelos	2,013	509	3.1	771	4.8
Nayarit	1,460	385	4.0	433	4.5
Nuevo León	5,815	1,468	3.7	1,690	4.3
Oaxaca	3,506	998	2.8	830	2.3
Puebla	5,465	1,293	2.5	1,434	2.7
Querétaro	1,475	524	3.6	566	3.9
Quintana Roo	1,346	496	5.9	420	5.0
San Luis Potosí	2,619	720	2.9	696	2.8
Sinaloa	3,489	1,099	4.4	1,108	4.4
Sonora	3,832	943	4.1	1,413	6.2
Tabasco	3,367	1,189	6.0	989	5.0
Tamaulipas	4,547	1,282	4.6	1,691	6.1
Tlaxcala	1,343	514	5.1	353	3.5
Veracruz	8,780	3,005	4.2	2,490	3.5
Yucatán	2,586	678	4.0	803	4.7
Zacatecas	1,604	450	3.1	459	3.1

* Incluye médicos que no están en contacto directo con pacientes, médicos en formación y odontólogos.

Fuente: Boletín de información estadísticas número 21, SSA, 2001 y proyecciones de población del Consejo Nacional de Población.

El médico general y su función en el sistema de salud

Un país como el nuestro, con enormes necesidades de salud no atendidas, con un gasto insuficiente pero importante en el monto, cercano a la cobertura universal en la atención médica primaria y con una infraestructura pública muy importante, requiere de una reforma que permita utilizar de manera adecuada la capacidad instalada, la totalidad de los recursos disponibles y aumentar también el presupuesto que se dedica a la atención de la salud. En este sentido, es indispensable unificar los programas, recursos e instituciones con que actualmente contamos, para articularlas en un Servicio Nacional de Salud que otorgue atención médica de primer y segundo niveles a la totalidad de la población, con calidad, de manera integral y en el corto plazo.

Para definir el perfil del médico general se puede recurrir a lo que en otros escritos se ha señalado. Debemos entender por médico general a aquel profesional egresado de una escuela de medicina que concluyó sus estudios de pregrado y que está capacitado para responsabilizarse de la atención médica integral, primaria y continua del individuo, independientemente del problema de salud, de la edad, el sexo o las condiciones culturales de los pacientes. Debe constituir la vía de entrada del paciente al sistema de salud y contar con la capacidad para coordinar los recursos disponibles en el primer nivel de atención médica, además de ser la vía de referencia y contrarreferencia de los pacientes con los médicos especialistas. Un profesional de esta naturaleza debe tener la preparación necesaria para poner en práctica las acciones preventivas más frecuentes, así como para

atender y resolver entre 80 y 90% de las enfermedades y los problemas de salud que más comúnmente se presenten en el ámbito de su competencia.^{1 5-18}

Cada vez resulta más claro que no se trata de optar por un sistema basado exclusivamente en la medicina general o por otro conformado únicamente por médicos especialistas. Esta discusión debe darse por concluida, es inútil y sólo teórica. La realidad es que un auténtico sistema de salud requiere de los dos personajes. Lo que debe existir es la complementariedad entre ellos y la organización de los servicios que posibilite su trabajo. El día en que esto se logre habrá una mejor atención para los pacientes, un uso racional de los recursos disponibles y una mejor operación de las instituciones de salud.

Cuadro II. Proporción de médicos generales y especialistas en las instituciones del sector público por entidad federativa. México, 2002

Entidad federativa	Generales ¹	Especialistas ¹
Nacional	48.3	51.6
Aguascalientes	40.9	59.0
Baja California	44.7	55.2
Baja California Sur	47.4	52.5
Campeche	60.4	39.5
Coahuila	45.7	54.3
Colima	48.7	51.2
Chiapas	69.9	30.0
Chihuahua	53.6	46.3
Distrito Federal	24.8	75.1
Durango	56.6	43.3
Guanajuato	56.5	43.5
Guerrero	68.0	32.0
Hidalgo	63.7	36.2
Jalisco	44.2	55.7
México	57.7	42.2
Michoacán	59.9	40.0
Morelos	47.6	52.3
Nayarit	56.6	43.3
Nuevo León	43.3	52.6
Oaxaca	68.7	31.3
Puebla	58.9	41.0
Querétaro	52.8	47.1
Quintana Roo	55.3	44.6
San Luis Potosí	55.6	44.4
Sinaloa	54.7	45.3
Sonora	41.1	58.8
Tabasco	59.4	40.5
Tamaulipas	50.3	49.9
Tlaxcala	65.4	34.5
Veracruz	57.5	42.4
Yucatán	43.8	56.1
Zacatecas	59.3	40.6

1/ información 2002 para las instituciones de salud públicas. Médicos generales incluye a médicos y a pasantes; médicos especialistas incluye a médicos especialistas y a residentes, todos en contacto con el paciente. Fuente: Boletín de Información Estadística No. 22, Vol. I Recursos y Servicios, DGIED-SSA. Tomado de Salud: México 2002, SSA.

Cuadro III. Número de solicitantes de plazas disponibles y de médicos no aceptados. Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas. México, 1999-2003

Año	Número de solicitantes	Número de plazas	Número de médicos no aceptados
1999	14,583	3,778	10,805
2000	16,045	4,171	11,874
2001	18,714	3,778	14,936
2002	20,639	4,020	16,619
2003	20,688	4,670	15,978

Fuente: Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.

Por otra parte, se debe apuntar que una auténtica escuela de medicina, tiene la responsabilidad de cumplir con las tareas centrales de las instituciones de educación superior: formar recursos humanos, ampliar el conocimiento mediante la investigación, y servir a la comunidad mediante acciones de extensión universitaria y de prestación de servicios.

Aún más, la verdadera escuela de medicina debe formar alumnos en el pregrado y también en el posgrado, y en este nivel hacerlo en el campo de las especialidades médicas y también en el de las maestrías y los doctorados. Si una escuela cumple esas funciones y tareas con calidad, se trata entonces de una buena escuela de medicina. En una escuela con esas características, el propósito central de la educación de pregrado debe ser formar a un muy buen médico general, capaz de incorporarse al término de sus estudios, a la práctica profesional en el sector público o al ejercicio libre de su profesión.

Por supuesto que este médico general podrá tomar la determinación, en el momento en que así lo decida, de continuar su preparación en el posgrado. Las escuelas que sólo forman a un médico con el barniz de las especialidades, fallan en su tarea prioritaria e inexcusable. Un egresado de una escuela de medicina debe tener los conocimientos, las habilidades y las actitudes para ejercer la práctica de la medicina. Esto es, debe ser competente para fungir como médico general.

Otro aspecto que se debe revisar a fondo es el de si se está capacitando al futuro médico para actuar como médico general y si se le está preparando para contender con los desafíos que los adelantos científicos y tecnológicos le plantearán cuando ejerza su profesión. La respuesta es que no se les está educando para atender numerosos temas. Entre otros, se pueden señalar los referentes a la genómica, la bioética, la nueva imagenología

o el uso correcto de numerosos auxiliares de diagnóstico; pero tampoco, en muchos de los casos, para resolver problemas de siempre que tienen que ver con el humanismo médico, con la relación médico paciente o con la referencia oportuna del enfermo. Aún más, tampoco se les está capacitando en asuntos que tiene que ver con la economía, la informática o la administración de la salud.

Hay un enorme compromiso de las escuelas de medicina del país con sus egresados. La tarea y la responsabilidad no pueden concluir con la titulación o la diplomación de los alumnos. Deben en consecuencia establecerse programas formales de seguimiento de los ex-alumnos, así como programas y actividades de educación continua y actualización dirigidos a ellos. Las tecnologías modernas posibilitan las modalidades no presenciales y los programas que se pueden adaptar a las necesidades individuales. El caso más imperioso es de los médicos generales, quienes con frecuencia encuentran dificultades para mantenerse al día en los avances de la medicina y para recibir algún tipo de realimentación en cuanto a la calidad del trabajo que desarrollan, particularmente cuando se ha optado por el ejercicio libre de la medicina.

La Academia Nacional de Medicina y otras agrupaciones de corte semejante, también tienen una responsabilidad en este sentido. Por fortuna, la experiencia desarrollada en la Academia a través del Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General ha probado ser exitosa, recomendable y de gran utilidad. La Academia deberá seguir explorando el desarrollo de otras posibilidades dirigidas en el mismo sentido.

El proceso de certificación entre los médicos en México inició en la década del 60 con el establecimiento del primer Consejo de Médicos Especialistas, el de los patólogos. En la actualidad existen 47 consejos articulados en el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. De conformidad con la información disponible, se cuenta en el país con cerca de 85 mil especialistas. De ellos 84%, es decir cerca de 71,200, están certificados.¹⁹⁻²⁰

Recientemente ha dado inicio, bajo la coordinación del Comité Normativo Nacional de Medicina General, del Consejo Nacional de Medicina General y de los consejos estatales correspondientes, el proceso de certificación de los médicos generales de nuestro país. Al contarse con la participación de la Academia Nacional de Medicina, de la Academia Mexicana de Cirugía y de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, el Comité Normativo Nacional de Medicina General podrá asegurar a la sociedad mexicana que los profesionales en el ejercicio de la medicina general, cuentan con los requerimientos necesarios para prestar una atención médica de calidad.

Conclusiones

A partir de los datos y argumentos presentados, es posible establecer las siguientes conclusiones y recomendaciones:

- 1) Conviene dar por concluida la discusión respecto de la pertinencia o no de los médicos generales y de los especialistas en un sistema de atención médica. Los dos resultan necesarios, son complementarios y el modelo de atención debe incluirlos.
- 2) Las escuelas de medicina deben asegurar que en el pregrado se formen buenos médicos generales, capaces de laborar en el sector público o de ejercer la práctica libre de la medicina.
- 3) Resulta indispensable que en el sistema de salud se tomen medidas para estimular y revalorar la medicina general y el trabajo de este profesional.
- 4) Es conveniente que, en virtud de las grandes diferencias en la distribución de médicos generales y especialistas por entidad federativa, se revisen y ajusten las políticas correspondientes. En estas políticas se debe incluir el establecimiento de un sistema de información sobre recursos humanos.
- 5) Existe la imperiosa necesidad de que, conjuntamente, las autoridades del sector salud y los responsables de las instituciones formadoras de recursos médicos, revisen el número y tipo de médicos que se están formando, y el número y tipo de profesionales que se requieren y contratan en las instituciones públicas de salud, con el propósito de tomar las decisiones del caso.
- 6) El médico general debe ser la vía de entrada al sistema de salud y se deben poner en práctica acciones que aseguren la calidad de sus servicios y su actualización permanente.
- 7) Es conveniente limitar el crecimiento de nuevas escuelas de medicina, en particular el de aquellas que no cuentan con las condiciones necesarias para asegurar una buena preparación de los estudiantes. La sociedad debe ser enterada de estas situaciones.

Referencias

1. **Hutchins RM.** Editor. Great books of the Western world. Vol 3. Benton W, publisher. Encyclopaedia Britannica. The University of Chicago; 1952. p. 113.
2. **Herodoto.** En The history of Herodotus. Hutchins RM, editor, Benton W, publisher. Encyclopaedia Britannica. The University of Chicago; 1952. p. 65.
3. **Hipocrates.** En Hippocratic writings. On ancient medicine. Hutchins RM, editor. Benton W, publisher. Encyclopaedia Britannica. The University of Chicago; 1952. p. 7.
4. **Platón.** Diálogos. México Editorial Porrúa "Sepan cuantos". Número 13 A. 2003. p. 108.

5. **Chávez I.** México en la cultura médica. México El Colegio Nacional. 1947. p. 111-112.
6. **Chávez I.** Humanismo médico. Conferencias y discursos. Facultad de Medicina, UNAM. México; 2003. p. 8.
7. 2° Informe de Gobierno. Presidencia de la República. México; 2002. p. 15.
8. 2° Informe de Gobierno. Presidencia de la República. México; 2002, p. 23.
9. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. INEGI. México; 2001.
10. **De la Fuente JR, Tapia-Conyer R, Lezana-Fernández MA.** La información en salud. McGraw Hill Interamericana Editores. México; 2002. p. 364.
11. 2° Informe de Gobierno. Presidencia de la República. México; 2002. p. 68.
12. 2° Informe de Gobierno. Presidencia de la República. México; 2002. p. 221.
13. Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas. Secretaría de Salud. México; 2003. p. 202.
14. **Narro RJ.** La herencia de Flexner. Las ciencias básicas, el hospital, el laboratorio, la comunidad. Gac Méd Méx 2004;140:52-55.
15. **Narro RJ, Jaime-Alarid H, Minero H, Ponce de León CMA, Santaella B, Villalvazo E.** Medicina general-familiar. Rev Fac Med UNAM 1981;24(3):4-20.
16. **Horder JP.** Médicos generales y médicos familiares; una nueva relación. Rev Fac Med UNAM 1979;22(2):16-20.
17. **McWhinney JR.** General practice as an academic discipline. Lancet 1966;1(7434):419-423.
18. **Sotelo J.** El médico general, actor imprescindible de la medicina del futuro (Conferencia "Ignacio Chávez"). México: Academia Nacional de Medicina; febrero 2004.
19. Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. Disponible en www.anmm.org.mx
20. **Espinoza de los Reyes-Sánchez VM.** La Academia Nacional de Medicina de México y la certificación de especialistas por los consejos de especialidades médicas. Facultad de Medicina, UNAM. México. En prensa, 2004.