



150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

COLECCIÓN DE ANIVERSARIO

LA MEDICINA GENERAL EN MÉXICO

DOCUMENTO DE POSTURA

Alberto Lifshitz
José Luis García Vigil
Felipe Flores Morones



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



150 Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

LA MEDICINA GENERAL EN MÉXICO

DOCUMENTO DE POSTURA



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Mesa Directiva
de la Academia Nacional de Medicina
2013-2014

Presidente

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Vicepresidente

Dr. Enrique Graue Wiechers

Secretario General

Dr. Javier Mancilla Ramírez

Tesorero

Dr. Germán Fajardo Dolci

Secretaria Adjunta

Dra. Elsa Josefina Sarti Gutiérrez

Comité Organizador de las Actividades Conmemorativas
del CL Aniversario de la Fundación
de la Academia Nacional de Medicina de México

Presidente

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Coordinador General

Dr. Carlos E. Varela Rueda

Coordinador del Subcomité de Actividades Científicas

Dr. Raúl Carrillo Esper

Coordinador del Subcomité de Actividades Editoriales

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Coordinador del Subcomité de Actividades Culturales

Dr. Emilio García Procel†

Dr. Julio Sotelo Morales

Coordinador del Subcomité de Actividades Sociales

Dr. Germán Fajardo Dolci



150 Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

LA MEDICINA GENERAL EN MÉXICO

DOCUMENTO DE POSTURA

Editores

Alberto Lifshitz

José Luis García Vigil

Felipe Flores Morones



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

DERECHOS RESERVADOS © 2015, por:
Academia Nacional de Medicina (ANM)

Editado, impreso y publicado, con autorización de la Academia Nacional de Medicina, por



Intersistemas, S.A. de C.V.

Aguiar y Seijas 75
Lomas de Chapultepec
11000, México, D.F.
Tel. (5255) 5520 2073
Fax (5255) 5540 3764
intersistemas@intersistemas.com.mx
www.intersistemas.com.mx

La Medicina general en México,

Primera edición

Colección: Documentos de Postura

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en cualquier sistema de recuperación inventado o por inventarse, ni transmitirse en forma alguna y por ningún medio electrónico o mecánico, incluidas fotocopias, sin autorización escrita del titular de los derechos de autor.

ISBN 978-607-443-557-3



Reproducir esta obra en cualquier formato es ilegal. Infórmate en: info@cempro.org.mx

Créditos de producción

Alejandro Bravo Valdez
Consultor editorial

LDG Edgar Romero Escobar
Diseño de portada

Blanca E. Gutiérrez Resinos
Formación y diagramación de interiores

LDG Edgar Romero Escobar
Coordinación de proyectos

J. Felipe Cruz Pérez
Control de calidad

Impreso en México

Printed in Mexico

Editores

Alberto Lifshitz

Medicina Interna

Secretario de Enseñanza Clínica de la Facultad de Medicina
de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Academia Nacional de Medicina

Academia Mexicana de Cirugía

Academia Nacional de Educación Médica

José Luis García Vigil

Medicina Interna

Profesor de la Facultad de Medicina, UNAM

Academia Nacional de Educación Médica

Colegio de Medicina Interna de México

Felipe Flores Morones

Cirugía General

Académico de la Secretaría de Enseñanza Clínica,

Facultad de Medicina, UNAM

CONTENIDO

Presentación	XI
--------------------	----

Enrique Ruelas Barajas

VII

1. Introducción	1
-----------------------	---

La información contenida en este texto es el resultado de investigación de fuentes y bases de datos confiables y validados, que proporcionarán a los lectores evidencias para justificar nuevas investigaciones en el campo de la salud.

<i>Justificación</i>	1
----------------------------	---

2. La vocación de médico general	3
--	---

Sí existe una vocación de médico general; pero están cancelados los incentivos para elegirla. Muchos de los que ahora son “especialistas en la generalidad” con gusto hubieran sido médicos generales si la disciplina no hubiese estado desprestigiada por la opinión de los propios especialistas y de una porción de sociedad.

<i>La vocación de médico</i>	4
------------------------------------	---

<i>¿A quién se considera aquí como médico general?</i>	5
--	---

<i>Las cualidades de la medicina general</i>	5
--	---

3. México y la atención primaria.....	6
---------------------------------------	---

La estrategia llamada “Alianza por un México Sano” aspira a establecer una colaboración entre los sectores público, privado y social en los tres órdenes y niveles de gobierno, para que, en el ámbito de sus capacidades y atribuciones, desarrollen actividades específicas en favor de la salud.

4. Conceptos y definiciones en torno a la medicina general	9
--	---

Para comprender mejor a la medicina general se puede optar por abordar la tarea por medio de alguna de dos visiones complementarias: 1. desde un enfoque general en escala macro y una perspectiva teórica conceptual, y 2. desde un enfoque particular en escala micro y una perspectiva pragmática, operativa.

<i>Visión del médico general</i>	10
--	----

5. El médico general y la atención primaria como estrategia para el sistema nacional de salud de México en el siglo XXI	13
---	----

En el sistema de salud en México, específicamente en la segunda mitad del siglo XX, se pueden invocar tres grandes cambios en organización y prestación de servicios, con sus correspondientes reformas en la *Ley general de salud*, los cuales se describen en este capítulo.

<i>Síntesis del modelo de atención médica en México desde el siglo xx</i>	13
Primera generación de reformas	13
Segunda generación de reformas	14
Tercera generación de reformas	14
<i>Modelo de atención primaria</i>	15
Salud para todos en el año 2000	16
<i>Objetivos de desarrollo del milenio</i>	19
Objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la salud	21
Situación actual y tendencias en la evaluación de los ODMS	23
Cobertura sanitaria universal	24
<i>Incorporación del Seguro Popular en el Sistema nacional de salud en México</i>	30
Evaluación del sistema de protección social en salud en México	31
Impacto del Seguro Popular en México	32
La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015....	35
<i>Conclusiones para México</i>	37
<i>Ubicación del médico general</i>	38
6. La vertiente educativa	43
Los centros para el aprendizaje profesional de la medicina diseñan los planes de estudio, construyen los programas académicos y seleccionan las estrategias educativas, para que en términos de la congruencia de tiempos y recursos, se construyan e integren lo que ahora se llama competencias profesionales y con ello se moldeen recursos humanos acertados y éticos.	
<i>Cómo se forma el médico general</i>	43
7. ¿Médico general por frustración?	51
Ciertamente es que los principales estresores de la carrera de medicina se encuentran en la participación de los procesos de evaluación y sus resultados, llámense éstos exámenes teóricos o escrutinios de exploración de habilidades. En el colofón curricular, surge uno importante, el ENARM, que definirá de manera contundente el futuro de los médicos generales sustentantes.	
8. ¿Médicos generales competentes y suficientes?	63
En México, sexenio tras sexenio, surge la inquietud de si ¿se ha hecho lo necesario para formar los médicos que el país requiere? y si las instituciones públicas de salud ¿han evolucionado a la par del cambio demográfico, y adecuado su infraestructura y personal a las demandas de salud de la población mexicana? No hay solución fácil y la respuesta a estas interrogantes se analiza en este capítulo.	
<i>Aspectos generales, primeras interrogantes y algunas respuestas</i>	63
<i>Evolución del modelo de atención en México</i>	64

<i>Panorama general de salud de la población mexicana</i>	68
<i>¿Cuántos médicos se requieren para la población creciente de México?</i>	71
<i>¿Existe equilibrio “oferta-demanda” de médicos generales?</i>	77
<i>Los médicos generales formados ¿son competentes?</i>	79
9. Transición de Medicina general a especialidades médicas. Traslapes	81
Los límites entre la medicina general y la medicina de especialidades están razonablemente delimitados, pero a veces se traslapan, ya que tanto la Medicina general como la especializada, atienden al mismo individuo pues su organismo es un todo integrado en forma armónica. Este capítulo escudriña el tema.	
<i>Medicina general versus Medicina familiar</i>	82
<i>Medicina general versus Medicina interna</i>	85
10. Certificación de los médicos generales	87
Conamege se constituyó como asociación civil y lleva a cabo certificaciones de los médicos generales que lo solicitan (por lo regular mediante un examen de conocimientos) y recertificaciones cada 5 años, las que se pueden alcanzar mediante currículum académico.	
11. El médico general en el mundo	89
El papel del médico general varía grandemente entre los países y aun dentro del mismo país. En las áreas urbanas de países de altos ingresos suelen tener un papel modesto, principalmente en el seguimiento y control de las enfermedades crónicas, en tanto que en áreas rurales, su papel se parece más al que ejercen en naciones de medianos ingresos como son las emergencias prehospitalarias, entre otras acciones.	
12. Aportaciones de la Academia Nacional de Medicina	91
Conamege, Pronadameg, Sitiales de medicina general, Reuniones de análisis, y Publicaciones. La Academia constituye la organización más reconocida en la medicina mexicana, está conformada casi exclusivamente por especialistas, aunque fue formada por médicos generales en una época en la que no se había desarrollado aún la especialización.	
<i>Convocatoria</i>	91
13. El futuro	93
El Royal College of General Practitioners de Gran Bretaña hizo una predicción, en 2013, en torno al médico general del futuro y la ubican en 2022. En México es más difícil hacer predicciones. Desde el punto de vista formativo tendrá que reconocerse que la sociedad necesita médicos generales confiables y competentes, y aunque los programas educativos tienden a ello, lo cierto es que se forman aspirantes a especialistas.	
14. El desprestigio de la medicina general	95
El principal desprestigio proviene de los especialistas que, al reconocer que el médico general “no siempre hace las cosas como ellos”, lo menosprecia. El médico general fue abandonado por las organizaciones de salud, sin un sistema de educación continua eficaz; el reconocimiento de la importancia de la Medicina general y de los médicos que la ejercen ha estado sólo en el discurso pero no en las políticas ni en las acciones.	

15. Propuestas para el rescate de la Medicina general 97

Al reconocerse la importancia de rescatar a la medicina general se plantean una serie de retos que abarcan diversas vertientes. El desafío no es sencillo puesto que hay un añejo deterioro de su imagen, una falta de desarrollo profesional, un abandono por parte de las entidades académicas; en este apartado se recomiendan algunas acciones para su reivindicación.

Vertiente formativa 98

Vertiente laboral 98

Educación continua 99

Propuestas y recomendaciones 99

Epílogo 101

Algunas frases 101

Bibliografía consultada 102

Índice 105

X

PRESENTACIÓN

Desde enero de 1912, la Academia Nacional de Medicina ha sido “Cuerpo Consultivo del Gobierno Federal” por disposición del presidente Francisco I. Madero. A través de más de cien años ha desempeñado este papel en diferentes momentos a solicitud de diversas autoridades. A casi un siglo de haber recibido esta encomienda, la Mesa Directiva en turno, bajo la presidencia del doctor David Kershenobich, tomó la decisión de adoptar una posición proactiva que demostrase el interés de la Academia de contribuir a la solución de importantes problemas de salud pública, sin esperar peticiones expresas para hacerlo. De esta manera, entre 2011 y 2012 se elaboraron y publicaron dos documentos de postura sobre sendos problemas altamente prioritarios, dadas las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población mexicana, uno sobre envejecimiento y el otro sobre obesidad. En ese mismo periodo se inició la realización de otro sobre diabetes mellitus.

A partir del inicio de 2013 y con miras a celebrar el CL Aniversario de la Fundación de la Academia en 2014, la actual Mesa Directiva 2013-2014 decidió establecer un proyecto específico para desempeñar de manera activa y permanente el papel de órgano consultivo. Para ello se creó el Programa de análisis y propuestas sobre grandes problemas nacionales de salud (PRAP) con un importante apoyo del Conacyt, sin precedente. El propósito del PRAP es fomentar el encuentro de científicos, miembros de nuestra Corporación, pero también de otros ámbitos, para desarrollar documentos de postura que deben tener dos características: estar fundamentados en la evidencia científica sobre el tema en cuestión y hacer propuestas concretas de política pública para su solución. Por otra parte, el PRAP tiene dos grandes subprogramas: Problemas de salud y Problemas del sistema de salud. En torno a estos dos grandes ámbitos versan todos los documentos producidos.

Como resultado del trascendente financiamiento del Conacyt, de la entusiasta respuesta de los académicos, de todas las personalidades que aceptaron participar en la elaboración de estos documentos y con objeto de dar el merecido realce a la celebración del sesquicentenario, en el periodo correspondiente a esta Mesa Directiva habrán de ser publicados cerca de 20 Documentos de Postura, un hecho inédito en la historia de la Academia. El que tiene usted en sus manos es un claro testimonio de ello. De esta manera, la Academia Nacional de Medicina no sólo cumple a cabalidad el encargo presidencial de 1912 sino que, además, demuestra una actitud responsablemente proactiva y un alto compromiso con la salud de la nación mexicana.

Enrique Ruelas Barajas

INTRODUCCIÓN

1

Justificación

1

Esta obra pretende sentar la posición de la Academia Nacional de Medicina de México (aunque no se ha sometido a consenso) en relación con la medicina general y está dedicada a todos los médicos generales de profesión y de corazón. Es el resultado de cuestionamientos, reflexiones, experiencias, investigación documental, posición crítica y epistemológica de los participantes pero intenta reflejar la visión institucional de la sesquicentenaria Academia. Aunque ésta fue formada propiamente por médicos generales, en el trayecto se ha orientado más hacia la especialización, pero ha dado muestras de su interés por la medicina general y aquí pretende reflejarlo.

Aspira también a que al ser consultada y tomada en cuenta para las políticas de salud, que los médicos generales se sientan reflejados, comprendidos y valorados en el papel que interpretan o que en su momento plasmarán por el nivel de su formación axiológica, científica, humanista y tecnológica.

La información contenida en este texto no es el producto idealizado de una visión de la medicina general, sino el resultado de investigación de fuentes y bases de datos confiables y validados, que proporcionarán a los lectores las evidencias para justificar nuevas investigaciones en el campo de la salud, como serían el *“Modelo de Atención ad-hoc para nuestra población”*, apoyar o fundamentar la realización de investigación elemental para la elaboración de *“Políticas de Salud”* y *“Políticas de Formación de Personal para la Atención a la Salud”*.

Como se verá en el texto, la situación actual de la medicina general en México la ubica en una encrucijada, en la que el discurso apoya su necesidad pero la organización de los servicios y la opinión de los médicos y del público sencillamente no concuerdan.

Todo lo anterior no deja de ser una visión idealizada de la medicina general que no se corresponde con la realidad vigente, pero tiene su sustento en la bases conceptuales de la profesión y las necesidades de salud de la población.

LA VOCACIÓN DE MÉDICO GENERAL

La práctica de la medicina general está sustentada en una larga tradición en la que el paciente no necesita hacerse a sí mismo un diagnóstico topográfico para poder decidir a qué profesional consultar, cuenta con un asesor en cuestiones de salud y hasta un consejero en aspectos seculares, y con un vigilante atento de la buena marcha de su organismo. No obstante, es obvio que ha habido una relegación de la medicina general en este mundo tecnificado y especializado, particularmente en México.

Pareciera que la persistencia de la medicina general como alternativa para los egresados de escuelas y facultades de medicina es más resultado de una frustración que de una vocación y mucho menos de una planeación. En efecto, se tiene la idea de que es un espacio para los incompetentes, los que no pudieron obtener una de las limitadas plazas que se ofrecen para cursar las especialidades y tienen que asumir la medicina general puesto que la única otra alternativa es abandonar la profesión. Esta distorsión del mercado ha propiciado que muchas escuelas y facultades de medicina encaminen su instrucción a lograr que sus egresados alcancen estas plazas para los cursos de especialización, pero no siempre los preparan para el ejercicio de la medicina general, considerando tácitamente que la licenciatura es tan sólo propedéutica y no terminal. El timbre de orgullo de una escuela es la proporción de egresados que alcanza lugar en el concurso por las residencias.

En estas circunstancias, cuando quien concluyó la licenciatura “no tiene más remedio” que dedicarse a la medicina general (a la que lo autoriza su título y su cédula profesional) por no haber alcanzado un lugar para la especialización, enfrenta no sólo la frustración sino la impreparación, porque la escuela no lo habilitó para ejercer la medicina general sino, acaso, para contestar un examen. En ese momento tiene que completar un aprendizaje que no se dio

en el pregrado, empezando porque su formación se dio en escenarios lejanos de los problemas que enfrenta un médico general en la práctica.

También ocurre que la medicina general se subordina manifiestamente a la especialidad. Si bien, bajo una visión objetiva, para la sociedad son importantes tanto el especialista como el médico general, la especialidad se ha visto por los médicos como una forma de superarse a partir de la medicina general y ésta como una expresión de la incapacidad para convertirse en especialista.

Aunque muchos médicos generales lo son por frustración, no cabe duda de que sí existe una vocación de médico general; lo que ocurre es que están cancelados los incentivos para elegirla. Muchos de los que ahora son “especialistas en la generalidad” (internistas, pediatras, médicos familiares) con gusto hubieran sido médicos generales si la disciplina no hubiese estado desprestigiada por la opinión de los propios especialistas y de una porción de sociedad, si se contara con los estímulos académicos para permanecer en ella, si se ponderara el verdadero valor social de los médicos generales y si se tuvieran caminos de progreso y desarrollo que no implicaran tener que abandonarla

La vocación de médico

Si bien es cierto que la vocación de médico sustenta tanto a generales como especialistas, el tránsito hacia la especialidad a veces pretende eludir algunas de las responsabilidades que implica esta

Cuadro 2.1. *La cuestión de la vocación médica.*

¿Tienes como prioridad el contribuir al bienestar de otros?

¿Te ves a ti mismo asumiendo la responsabilidad de decisiones que afectan la vida de otra persona?

¿Te sientes capaz de trabajar con horarios irregulares o cambiantes y posiblemente sacrificando tus tardes y tus fines de semana por tu trabajo?

¿Eres capaz de tolerar la incertidumbre?

¿Puedes encontrar alegría en los aspectos ordinarios de la vida de otras personas?

¿Puedes trabajar en un ambiente que a menudo es atareado y estresante?

¿Eres capaz de mantenerte humilde en una posición que frecuentemente se caracteriza por prestigio y reconocimiento?

¿Estás motivado para aprender independientemente y mantenerte al día en los avances médicos?

vocación. El Cuadro 2.1 muestra algunas de las preguntas que permiten identificar la verdadera profesión médica

¿A quién se considera aquí como médico general?

Bajo el punto de vista formal, médico general es cualquier egresado de la licenciatura en medicina que posee una cédula de la Dirección General de Profesiones y que no ha hecho estudios de especialización, aunque pudiera haber cursado muchas actividades de educación continua. Bajo esta perspectiva es también médico general el que recibió su título y cédula y nunca ejerció la profesión; de allí la importancia de la certificación periódica que garantice a la sociedad que permanece actualizado y apto. Otra manera de definirlo es diciendo (con Perogrullo) que médico general es quien ejerce la medicina general, independientemente de su preparación, es decir que atiende pacientes con enfermedades de alta prevalencia, en los que no se requiere de recursos tecnológicos complejos ni de hospitalización, identifica y refiere oportunamente a los pacientes que requieran atención médica especializada y se desempeña en el primer nivel de operación y en el ámbito ambulatorio.

General significa, precisamente, lo que se opone a particular o especial; también tiene la connotación de usual, común, frecuente; de lo que observa el conjunto prescindiendo de los detalles. No cabe duda que la sociedad requiere esta visión y que hay muchos médicos dispuestos gozosamente a ofrecerla.

Las cualidades de la medicina general

Se perciben en la sociedad dos tendencias opuestas: por un lado hacia la subespecialización (o superespecialización si se quiere), y por el otro hacia la desespecialización. Incluso en los ámbitos industriales, al igual que existe la división extrema del trabajo en el que cada obrero se hace cargo de una etapa discreta del proceso de producción, se van viendo las ventajas también de que un solo operario se encargue del ensamblaje completo. La estrategia de ventanilla única responde a una necesidad de los usuarios, los que

no tienen por qué saber el área que les puede resolver un problema. Esta es, precisamente, la situación de la medicina general la que, a pesar de su historia y tradición, responde a las necesidades de las sociedades modernas. La organización de los servicios de salud, si logra superar las trabas burocráticas, las inercias y los intereses particulares, tendrá que rectificar y conceder al médico general el lugar que merece y que la sociedad necesita.

La vocación se ha definido como una inspiración especial para adoptar el estado religioso o para llevar una vida ejemplar; la inspiración con la que la divinidad llama a algún estado, especialmente el de la religión. Pero la vocación no se limita por supuesto al ámbito religioso aunque allí se originó el concepto, sino que refiere a la inclinación a cualquier estado, profesión o carrera, a una convocación o llamamiento, y se distingue de la incentivación porque es un proceso interno, íntimo, propio en tanto que la incentivación suele ser de origen externo, por ejemplo, a raíz de los estímulos económicos, el prestigio o la fama. Dos teorías de la vocación señalan, una que las personas realizan mejor aquello que les gusta o les atrae; la otra que a los individuos les empieza a gustar aquello que realizan mejor. En todo caso no son excluyentes.

La vocación por la medicina general está en el fondo cuando uno elige una medicina del enfermo y no de las enfermedades, del organismo y no de los órganos, de las personas y no la de los padecimientos, de los individuos y no de los aparatos y sistemas, de la extensión y no de la profundidad, de los sujetos y no de los objetos, del cultivo de las propias habilidades y no de la posesión de artefactos. El médico general es el experto en lo frecuente, al margen del órgano, aparato o sistema involucrado, de la edad del paciente, o de la complejidad de los recursos a su alcance.

MÉXICO Y LA ATENCIÓN PRIMARIA

La atención primaria puede ser visualizada como la estrategia multinacional, encabezada por la Organización Mundial de la Salud, que se concretó en 1978 en Alma Atta y que se denominó Atención Primaria a la Salud (APS), y a la que México se adhirió plenamente. Muchas de las políticas gubernamentales desde entonces han sido inspiradas por la filosofía y los valores que allí se consolidaron: equidad, participación comunitaria, colaboración intersectorial, tecnología apropiada, costos accesibles y promoción de la salud. En este sentido se trata de un concepto muy amplio que prácticamente abarca las políticas sanitarias del país y que, para estos propósitos, tendrían que considerarse en su conjunto.

La estrategia llamada “Alianza por un México Sano” que ha implementado el actual gobierno, por ejemplo, aspira a establecer una colaboración entre los sectores público, privado y social en los tres órdenes y niveles de gobierno, para que, en el ámbito de sus capacidades y atribuciones, desarrollen actividades específicas en favor de la salud. La relativamente reciente modificación legislativa que consagra el sistema de protección social en salud es otro ejemplo de acciones en esta dirección. Los logros se pueden expresar en términos de esperanza de vida al nacer, de mortalidad infantil, neonatal y de prevalencia de enfermedades concretas. Como suele ocurrir, las transiciones sociales modifican los perfiles sanitario y demográfico y los retos ahora son diferentes, entre ellos la atención de los adultos mayores y la epidemia de obesidad, diabetes y síndrome metabólico.

La era de los estilos de vida implica la necesidad de modificar la conducta de los individuos y de la comunidad, la conciencia de la responsabilidad individual y familiar en el cuidado de la salud y la amplia participación social que se vislumbra como el único camino para atemperar estas crecientes epidemias. Los logros sanitarios,

con ser indudables, han sido heterogéneos en todo el país, y por ello, las estrategias tienden a ser enfocadas geográficamente en respuesta a las necesidades. Por otro lado, al ser éstas tan grandes se plantea la necesidad de establecer un orden, lo cual siempre tiene cuestionamientos éticos. No obstante, las vertientes técnica, económica, ética y de aceptabilidad social están ayudando a conformar un esquema que permita asignar los recursos también bajo un enfoque de prioridades.

La atención primaria se vincula también con la capacidad del primer nivel de operación constituido primordialmente por los médicos generales y los médicos familiares. La tendencia a la especialización condenó a los egresados de las escuelas de medicina que no alcanzaran una plaza en los cursos universitarios de posgrado a una práctica limitada, un tanto marginada de los medios académicos, con una educación continua manejada por los fabricantes y distribuidores de medicamentos y una escasa oportunidad de desarrollo. En este sentido, la Academia Nacional de Medicina ha contribuido a una estrategia de reivindicación de la medicina general y a la apertura de canales de progreso.

La organización de los servicios de salud, por su parte, intenta superar la jerarquía por niveles hacia las redes integradas de servicios con la debida importancia para la atención ambulatoria, sin descuidar la alta especialidad que hoy día se va extendiendo en todo el país.

CONCEPTOS Y DEFINICIONES EN TORNO A LA MEDICINA GENERAL

Para comprender mejor a la medicina general se puede optar por abordar la tarea por medio de alguna de dos visiones complementarias, que no excluyentes:

1. *Desde un enfoque general en escala macro y una perspectiva teórica conceptual*
2. *Desde un enfoque particular en escala micro y una perspectiva pragmática, operativa*

Desde una perspectiva teórica y conceptual, la medicina general es el todo de la ciencia y arte de la Medicina, es el campo extenso en el que se ubica toda la práctica, incluyendo la muy especializada, de tal forma que cada una de las especialidades médicas no es más que una parte o una “rebanada” del “gran pastel” que es la medicina general.

Desde una perspectiva pragmática y operativa, la medicina general es el fundamento de todas las especialidades médicas y habría de ser un requisito su pleno dominio para la práctica de cada una de ellas sin perder la visión del todo, del conjunto armónico ideal. En el terreno de la realidad, con Perogrullo se puede decir que la medicina general es la que practican los médicos generales. Si se visualizara la medicina general como el dominio de toda la medicina (el concepto señalado en el párrafo anterior), sería una tarea imposible para un solo individuo dada su extensión y complejidad, por lo cual como estrategia de trabajo se ha fraccionado. A largo plazo podría ser una meta profesional para el médico general aspirar a dominarla, con vocación, dedicación y capacidad, pero lo cierto es que sería inalcanzable, de modo que se trata más bien de un marco teórico, un referente pero no una actividad práctica.

El Cuadro 4.1 muestra las diferentes vertientes que pueden ayudar a definir a la medicina general.

Cuadro 4.1. Caracterización de la Medicina general.

Académica	Atención que son capaces de realizar los egresados de la licenciatura en medicina
Propedéutica	Requisito para cursar una especialidad
Instrumental	Atención ejercida con los recursos del primer nivel de operación
Estadística	Atención capaz de resolver 85% de las demandas y necesidades
Laboral	Atención que realizan los médicos generales
Operacional	Atención de primer contacto
Conceptual	Atención que abarca al individuo y su comunidad, en condiciones de salud y enfermedad, independiente del órgano, aparato o sistema involucrado, y que se relaciona con enfermedades de alta prevalencia

Visión del médico general

En el mismo sentido, si se orienta el discurso mediante una visión donde se amalgaman en forma afortunada las perspectivas y enfoques general-particular y teórico-práctico de la medicina general, surge la necesidad de caracterizar al profesional de la salud que se formará para desarrollar la vocación, actitudes, habilidades y destrezas; en fin, aptitudes, pericia y competencias técnicas y humanas, para proporcionar los cuidados necesarios a la población que lo requiera tanto en la prevención primaria (prevención y protección específica), prevención secundaria (diagnóstico precoz, tratamiento oportuno) y prevención terciaria (limitación del daño y rehabilitación).

Se ha llegado a considerar que el médico general es el profesional idóneo para hacer tangible en el terreno de la realidad toda la prevención primaria y parte de la secundaria (no menos de 80 a 85% de la atención a la salud) de los pacientes potenciales y de los enfermos, de tal forma que sólo 15 a 20% recurrirían a los médicos especialistas, los cuales se desempeñarían principalmente en los niveles de prevención secundaria y terciaria.

Desde 1972 la definición del Royal College of General Practitioners en torno al médico general ha influido en todas las posteriores, incluyendo la del New Leeuwenhorst Group:

“El médico general presta atención médica primaria, personal y continua a individuos y familias. Puede atender a los pacientes en sus domicilios, en la consulta y, ocasionalmente, en el hospital. El médico general acepta la responsabilidad de tomar las decisiones iniciales en todos los problemas que

se le presenten, requiriendo la opinión de los especialistas cuando lo juzgue conveniente. Habitualmente trabaja con otros médicos generales en lugares apropiados y específicos, con la ayuda de personal auxiliar y del equipamiento necesario. Incluso si trabaja en solitario organizará un pequeño equipo, para poder delegar funciones. El médico general tiene en cuenta los aspectos psíquicos, psicológicos y sociales en los diagnósticos y establece planes educativos, preventivos y terapéuticos para mejorar la salud de sus pacientes.”

En el seminario permanente sobre el “Ejercicio actual de la medicina”, que se lleva a cabo en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en su sesión de mayo del año 2001 se revisó el tema “El papel de la medicina general en el Sistema Nacional de Salud”. Se hizo referencia a la tendencia histórica del ejercicio de la medicina general en México, mencionando a este profesional como el personaje más importante en la atención a la salud de la población mexicana durante todo el siglo xix y la primera mitad del siglo xx, y destacando su dedicación y calidad, en la atención de los problemas de salud de aquella época. Fueron médicos generales los que concibieron y organizaron por ejemplo, la Academia Nacional de Medicina, las instituciones de salud y las escuelas y facultades de medicina.

11

También en el citado seminario, se orientó la participación de los asistentes a discutir las tendencias de la práctica médica internacional, la formación, el ejercicio y el desempeño de los médicos generales en México, su preparación académica y la medicina general como una solución razonable al crecimiento en los costos de la atención médica. Producto de estas disquisiciones, es el concepto al que se llegó para caracterizar al médico general:

“El médico general es el profesional de la medicina que cuenta con los conocimientos y las destrezas necesarias para diagnosticar y resolver con tratamiento médico y con procedimientos sencillos la mayoría de los padecimientos que el ser humano sufre en su vida, desde niño hasta la vejez, con acciones frecuentemente realizadas en el consultorio del médico o en la casa del enfermo. En la última fase de la vida, donde predominan las enfermedades degenerativas, que por su cronicidad hacen más necesarios los cuidados permanentes, el apoyo y una buena relación con un médico de familia, puede ser la solución sencilla y de bajo costo de la mayoría de estos casos”.

Al evolucionar de un currículo por asignaturas y un modelo biomédico-clínico a uno por competencias profesionales, surgió en la Facultad de Medicina de la UNAM una idea del médico general:

“La sociedad demanda actualmente un médico con actitud de servicio que se comuniqué de manera abierta y flexible con el paciente, además

colabore con sus pares y otros miembros del equipo de salud. Que en el diagnóstico y en la toma de decisiones utilice las nuevas tecnologías y la mejor evidencia médica.

“El médico debe modificar conductas de riesgo que favorezcan la aparición de enfermedades crónicas y el surgimiento de infecciones emergentes, derivadas de la evolución biológica de los agentes infecciosos y del mal manejo que ha hecho el hombre de los antimicrobianos, que ha inducido la aparición de cepas bacterianas multirresistentes y de nuevos patógenos. También es necesario fortalecer el profesionalismo, el humanismo y la ética como factores centrales para una buena práctica médica.”

El perfil profesional del egresado de la Facultad de Medicina de la UNAM se definió en términos de ocho competencias para alcanzar una mayor integración de conocimientos declarativos, procedimentales, actitudinales y contextuales. El modelo que se utilizó para la definición de competencias tiene como sustento la corriente pedagógica holística y son las siguientes:

1. *Profesionalismo, aspectos éticos y responsabilidades legales*
2. *Comunicación efectiva*
3. *Conocimiento y aplicación de las ciencias biomédicas, sociomédicas y clínicas en el ejercicio de la medicina*
4. *Habilidades clínicas de diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación*
5. *Pensamiento crítico, juicio clínico, toma de decisiones y manejo de información*
6. *Salud poblacional y sistemas de salud: promoción de la salud y prevención de la enfermedad*
7. *Aprendizaje autorregulado y permanente*
8. *Desarrollo y crecimiento personal*

EL MÉDICO GENERAL Y LA ATENCIÓN PRIMARIA como estrategia para el SNS de México en el siglo xxi

5

Síntesis del modelo de atención médica en México desde el siglo xx

13

En el sistema de salud en México, específicamente en la segunda mitad del siglo xx, se pueden invocar tres grandes cambios en organización y prestación de servicios, con sus correspondientes reformas en la *Ley general de salud*.

Primera generación de reformas

En 1943 se crearon tres instituciones importantes, el Ministerio de Salud de México (la actual Secretaría de Salud), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil (primero de los Institutos Nacionales de Salud). La primera generación de reformas de salud ayudaron a la orientación de las demandas derivadas de la industrialización del país, a fin de tomar las ventajas y oportunidades inherentes al progreso tecnológico y desarrollo económico. A pesar de estos cambios, el sistema de salud mexicano estuvo marcado por la desigualdad y separación entre la seguridad del sector formal de la economía (trabajadores asalariados, IMSS) y la población no asegurada (trabajadores del sector informal de la economía, gente con autoempleo y comunidades rurales).

En este periodo (1940-1970) México atravesó por cambios radicales en su perfil epidemiológico. Esta transición se ha polarizado con traslape entre las enfermedades emergentes similares a las de los países de altos ingresos, y un remanente de las enfermedades de los países de medianos y bajos ingresos, que aún afectan a la población mexicana más desprotegida.

Segunda generación de reformas

Inició a finales de la década de los años 1970, con esfuerzos por extender los cuidados de salud básicos a la población rural y urbana marginada. Se dio gran impulso al diseño de políticas y programas con base en la evaluación de las evidencias en salud disponibles. Se mejoró la toma de decisiones con base en evidencias normativas y científicas, y se fomentó la investigación en salud. En 1987 se creó el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) para dar continuidad institucional a los cambios, políticas y programas para desarrollar la salud pública, lo cual también se incorporó a los programas de formación en carreras del área de la salud. Sin embargo, esta expansión se frenó por déficit en el sector económico que hizo crisis en 1982, se implementaron medidas administrativas para contener los costos y ejercer los presupuestos en el sector salud con austeridad. El resultado de estas restricciones trajo como consecuencia falta de crecimiento de las instituciones y del equipamiento necesario, y baja en la calidad de la atención médica, con centralización administrativa de la red de salud, falta de eficiencia de los servicios y aumento en el costo de intervenciones curativas.

Todos estos cambios dieron origen a la nueva *Ley general de salud* que se expidió en 1983, en la cual se estableció el derecho de cada persona a la protección en su salud. Los servicios de salud de la población no asegurada fueron descentralizados a los estados. Finalmente la dificultad derivada de la cobertura limitada a los servicios de salud de aproximadamente 14 millones de mexicanos, justificó el fortalecimiento del modelo de atención primaria, con programas nacionales de alto impacto como fueron: a) Terapia de hidratación oral; b) Vacunación universal; c) Agua limpia (potable), y d) Coordinación interinstitucional.

Tercera generación de reformas

Coincidió con un gran movimiento de reformas a nivel mundial a principios de la década de los noventa, como fueron la separación del financiamiento de la provisión de los servicios de salud, estímulo de la competencia y accesibilidad de los servicios, evaluación de las intervenciones de salud con la meta de diseñar paquetes de beneficio costo-efectivo, implantación de programas de mejoría continua de la calidad de los servicios de atención a la salud y aumen-

to de la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones. Se completó la descentralización de los servicios de salud para los no asegurados con autorización y apoyo de la Secretaría de Salud. Además se fortaleció la base financiera del IMSS a fin de mejorar la calidad de los servicios proporcionados.

Finalmente se implementó un programa de extensión de cobertura con foco en grupos marginados de las áreas rurales, consistente en 12 intervenciones básicas: 1. Medidas sanitarias en el domicilio; 2. Planeación familiar; 3. Cuidados prenatales, perinatales y posnatales; 4. Vigilancia de la nutrición y crecimiento; 5. Inmunizaciones; 6. Tratamiento de las diarreas a nivel domiciliario; 7. Tratamiento de las enfermedades parasitarias más comunes; 8. Tratamiento de las infecciones respiratorias agudas; 9. Prevención y tratamiento de la tuberculosis; 10. Prevención y control de la hipertensión arterial sistémica y de la diabetes mellitus; 11. Prevención de accidentes y tratamiento inicial de los daños, y 12. Entrenamiento de la comunidad en materia de promoción para la salud. También se introdujo el sistema “Progres” (Programa de Educación, Salud y Nutrición). La adherencia a estos programas se fomentó con subsidios económicos (dinero en efectivo) para la gente pobre.

Modelo de atención primaria

El modelo de atención a la salud con bases en los objetivos de Alma Atta (atención primaria y salud para toda la humanidad en el año 2000), se propuso para ser organizado e implantado en todos los sistemas de salud del mundo, pero particularmente para los países de medianos ingresos. El modelo de atención primaria no consideraba importante en la solución de los problemas de salud a la medicina especializada, tampoco la participación de médicos especialistas y no se vislumbraba aún como parte de la solución a la especialidad en medicina familiar.

[...]“el equipo de salud está integrado principalmente por médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional”.

En un principio la declaración de Alma Atta en 1978 consideraba al médico general como uno de los principales integrantes del equipo de salud; ahora la estrategia de “Atención Primaria” se trata de cumplir

por medio del ejercicio profesional del especialista en medicina familiar, en menoscabo de la aceptación y apertura de los gobiernos y de la sociedad del mercado de trabajo para el médico general. Actualmente la meta “*Salud para todos en el año 2000*” no se ha cumplido, aunque sigue vigente a 35 años de esta declaración, y a la cual deben aspirar todos los sistemas nacionales de salud del mundo, en especial México, dándole oportunidad en su sistema nacional de salud (SNS), a los médicos generales con vocación, capaces, actualizados y certificados en la medicina actual, y con potencial para ser la nueva generación de los médicos generales del futuro que nuestro país requiere.

Salud para todos en el año 2000

Una vez que se cumplió el plazo perentorio y la falta de logro en las metas establecidas en Alma Atta en 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se dio a la tarea de hacer un diagnóstico de la situación, con el propósito de encontrar las causas o los factores que retrasaron o impidieron el cumplimiento de dichas metas. Se encontró principalmente la falta de involucro del estado en algunos casos (como en varios países de África) y en otros, los más afortunados, limitación en la inversión porcentual económica en salud (porcentaje del PIB), para cada uno de sus habitantes, situación que persiste hasta el momento actual en varios países de medianos ingresos, por ejemplo en América Latina, México incluido.

El informe sobre la salud en el mundo 2000 lo realizó su directora general en aquella época, Gro Harlem Brundtland, y lo expuso en la 53a. Asamblea Mundial sobre la Salud, el 29 de marzo del citado año. En dicho informe resalta el “*Desempeño de los sistemas de salud*”, haciendo los siguientes cuestionamientos y expresando algunas respuestas que pudieran estar cerca de la verdad en los países involucrados, ya que “*Mejorar el desempeño de los sistemas de salud en todo el mundo constituye la razón de ser de este informe*”.

¿Qué determina que un sistema de salud funcione bien? ¿Qué determina que un sistema de salud sea justo? ¿Cómo podemos saber si un sistema de salud está funcionando todo lo bien que podría? Estos interrogantes son objeto de debate público en la mayoría de los países en todo el mundo. La respuesta dependerá naturalmente de la posición que se ocupe: el ministro de salud que defiende su presupuesto en el Parlamento; el ministro de finanzas que intenta lograr un compromiso entre las muchas demandas que inciden en el erario público; un director de hospital preocupado por la falta de camas; el médico o la enfermera de un centro de salud que acaba de quedarse sin antibióticos; un redactor en busca de noticias; una madre

en busca de tratamiento para su hijo de dos años; un grupo de presión ejerciendo su influencia para obtener mejores servicios... todos ellos tendrán su propia opinión. Nosotros, la Organización Mundial de la Salud, tenemos que ayudar a todos los implicados a formarse un juicio equilibrado.

Cualquiera que sea el criterio adoptado, es indudable que los sistemas de salud de algunos países funcionan bien, mientras que otros funcionan mal. Ello se debe no sólo a diferencias en los ingresos o los gastos, pues el desempeño puede variar considerablemente incluso entre países con niveles muy similares de gasto sanitario. La manera de concebir, gestionar y financiar los sistemas de salud influye en la vida y en los medios de subsistencia de la gente. La diferencia entre un sistema de salud eficaz y otro deficiente puede medirse en función de los niveles de mortalidad, discapacidad, empobrecimiento, humillación y desesperación asociados.

Para “Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”, en el informe se describe que es necesario considerar los objetivos y las metas. El objetivo es mejorar la protección a la salud. Las metas implícitas o connaturales son: la equidad en las formas de pago de la asistencia sanitaria, así como la capacidad de los sistemas para responder adecuadamente a las expectativas de la gente respecto a su tratamiento. En este punto hay que resaltar que *“El logro de un alto nivel medio de atención no es suficiente si no se reducen las desigualdades a fin de mejorar la situación de los más desfavorecidos”*.

17

Por lo anterior y para poder actuar sobre la base de las mediciones del desempeño, en la formulación de políticas de salud se deben de tomar en cuenta cuatro funciones clave que han de cumplir los sistemas de salud:

- *La prestación de servicios*
- *La generación de recursos humanos y físicos que hagan posible esta prestación de servicios*
- *La obtención y puesta en común de los recursos necesarios para pagar la atención sanitaria, y*
- *La rectoría, es decir, la función de establecer las reglas del juego e imponer su cumplimiento, proporcionando orientación estratégica a los distintos actores implicados.*

En México en el año 2000 el doctor Julio Frenk fue nombrado Secretario de Salud. Estaba en el momento, con la formación y capacidad requerida para abordar la tarea derivada del informe de la OMS, Mejorar el desempeño del sistema nacional de salud en nuestro país (2000-2006).

En el sexenio anterior, cuando era secretario de Salud el doctor Jesús Kumate (1995-2000), hubo grandes avances sanitarios y en

materia de salud, de acuerdo con los postulados de Alma Atta y el modelo de atención primaria. A manera de ejemplo es pertinente recordar los logros en las 12 intervenciones básicas (ya descritas en la tercera generación de reformas en el sistema nacional de salud de México), de las que mencionaremos tres: la atención de las enfermedades diarreicas con la estrategia de hidratación oral en el domicilio, el tratamiento de las enfermedades parasitarias más comunes y la campaña nacional de vacunación.

Antes de ser secretario de Salud, Julio Frenk fue fundador y director general del Instituto Nacional de Salud Pública de México (1987-1992), y director ejecutivo encargado de las pruebas científicas e información para las Políticas en la Organización Mundial para la Salud en Ginebra, Suiza. Era y sigue siendo, un amplio conocedor y experto de la realidad nacional y mundial en salud pública. Muchos de los trabajos de investigación realizados por él y su equipo de trabajo, publicados en revistas nacionales e internacionales, son aval de su experiencia para contender con los problemas de salud en México y educación superior en las carreras del área de la salud a fin de formar a los médicos del siglo XXI, y dar un impulso mayor y de mejor calidad técnica y humana al Modelo de Atención. El diagnóstico que realizó respecto del “Desempeño del sistema” corroboró en México lo que a nivel mundial ya había informado la OMS en el año 2000.

Se entiende por acción sanitaria cualquier conjunto de actividades cuyo fin principal sea la mejora o el mantenimiento de la salud. Dentro de estos límites, el concepto de desempeño gira en torno a tres metas fundamentales: mejorar la salud, acrecentar la capacidad de respuesta a las expectativas de la población y asegurar la equidad de la contribución financiera. Mejorar la salud supone aumentar el nivel medio de salud y reducir las desigualdades en esta materia. La segunda meta, acrecentar la capacidad de respuesta, abarca dos componentes principales: a) el respeto a las personas (incluidas la dignidad, la confidencialidad y la autonomía de las personas y las familias para tomar decisiones sobre su propia salud), y b) la orientación del usuario (inclusive la atención pronta, el acceso a redes de apoyo social durante la asistencia, la calidad de los servicios básicos y la posibilidad de elegir al dispensador de atención). La equidad de la contribución financiera significa que cada hogar pague una parte equitativa de los gastos sanitarios de un país (lo cual puede suponer que los hogares muy pobres queden exentos de pago). Así, todo el mundo queda protegido de los riesgos financieros que conlleva la necesidad de atención sanitaria.

Para determinar el desempeño es preciso relacionar los resultados conseguidos con los recursos disponibles. El desempeño depende de la manera en que el sistema de salud organice cuatro funciones clave: la rectoría (concepto más amplio que el de reglamentación), la financiación (incluidas la recaudación de ingresos, la “mancomunación” de fondos y las compras), la prestación de servicios (de salud personal y no personal) y la generación de recursos (personal, instalaciones y conocimiento). Estudiando esas cuatro funciones y la forma en que se combinan es posible no sólo comprender los determinantes inmediatos del desempeño del sistema salud, sino también plantearse cambios de política radicales.

Con los resultados de la evaluación del desempeño de nuestro Modelo de Atención y Sistema nacional de salud, Frenk J. *et al.* avanzaron con nuevas propuestas a fin de mejorar el modelo de atención y la salud de la población mexicana. Una vez siendo secretario de Salud, y con el antecedente de su formación académica y autoridad formal, moral y ética, se dio a la tarea de instrumentar toda la normatividad y reformas legislativas requeridas para llegar a la “Seguridad universal”.

En el año 2000 México estaba desfinanciado, los recursos no alcanzaban para atender a las nuevas necesidades y demandas de salud, con enfermedades más complejas y costosas y sólo se le estaba dedicando 5.7% del PIB, a todas luces insuficiente, para hacer frente al nuevo perfil epidemiológico de nuestra población (aparte de las enfermedades propias de países de altos ingresos, el aumento de los padecimientos crónicos y degenerativos de los adultos, el incremento de los adultos mayores sin superar las enfermedades propias del rezago), como son: diabetes mellitus tipo 2, obesidad y sobrepeso, hipertensión arterial, dislipidemias, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal crónica, enfermedades pulmonares crónicas, reumatológicas, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central tipo Alzheimer, demencias y similares; y neoplásicas como el cáncer de mama, ovario y del cuello uterino en la mujer; cáncer de próstata, colon y broncopulmonar en hombres. Para atender el nuevo perfil epidemiológico de la población mexicana, las denominadas “Ciencias de la complejidad” y la estrategia de “Atención Primaria”, mediante acciones tipo promoción de la salud, medicina preventiva, protección específica y cambios en el estilo de vida e inmunizaciones, entre otras, parecían la solución más viable y más costo-efectiva.

19

Objetivos de Desarrollo del Milenio

La Declaración del Milenio (DM) fue aprobada por 189 países y firmada por 147 jefes de estado y de gobierno en la Cumbre del Milenio

de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son ocho, los cuales se pretendía alcanzar en 2015; se basan directamente en las actividades y metas incluidas en la declaración del milenio, con 21 metas cuantificables que se supervisan mediante 60 indicadores.

1. *Erradicar la pobreza extrema y el hambre*
2. *Lograr la enseñanza primaria universal*
3. *Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer*
4. *Reducir la mortalidad infantil*
5. *Mejorar la salud materna*
6. *Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades*
7. *Garantizar la “sostenibilidad” del medio ambiente*
8. *Fomentar una asociación mundial para el desarrollo*

Estos ocho objetivos sintetizan la aspiración de un mundo mejor para todos. Como se puede observar, tres de los ODM están directamente relacionados con la salud (objetivos 4, 5 y 6), aunque todos ellos tienen algún vínculo con ella.

A mayor información, los ODM:

- *Consolidan muchos de los compromisos más importantes asumidos por separado en las cumbres y conferencias de las Naciones Unidas en la década de los 90*
- *Reconocen explícitamente la dependencia recíproca entre el crecimiento, la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible*
- *Consideran que el desarrollo se sustenta en la gobernabilidad democrática, el estado de derecho, el respeto de los derechos humanos, la paz y la seguridad*
- *Están basados en metas cuantificables con plazos e indicadores para supervisar los progresos obtenidos, y*
- *Combinan, en el octavo Objetivo, las responsabilidades de los países con medianos y bajos ingresos con las de los países de altos ingresos, sobre la base de una alianza mundial respaldada en la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo celebrada en Monterrey, México, en 2002 y reafirmada en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible efectuada en Johannesburgo en agosto de 2002*

Desde entonces, se ha hecho un seguimiento a la guía elaborada por el secretario general de la ONU, con informes anuales. Estos informes anuales son a su vez respaldados con informes quinquenales que dan cuenta del progreso hacia el cumplimiento de

los ODM. En el año 2005, cinco años después de la Cumbre Mundial 2000, el secretario general preparó el primer informe integral centrado en el progreso alcanzado en los cinco años precedentes. El informe revisa la implementación de las decisiones acordadas en las cumbres internacionales y en sesiones especiales sobre los países de bajos ingresos, el progreso en la detención y control del VIH/sida como también el progreso alcanzado en el financiamiento para el desarrollo y para el desarrollo sostenible. México ha publicado dos reportes de avances en materia de ODM, entre ellos el de “Avances 2010”. En el informe presidencial de estos avances, el presidente en funciones, Felipe Calderón Hinojosa, destacó en el área de la salud lo siguiente.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, nuestro país estableció indicadores y metas concretas para avanzar en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Como medida adicional, en 2010 creamos el Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM, instancia de coordinación interinstitucional que da seguimiento a las acciones encaminadas a cumplir estos compromisos asumidos con la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Obtuvimos un avance muy importante en la reducción de la mortalidad infantil, lo que nos coloca en la ruta para cumplir muy pronto la meta establecida. También hemos mejorado sustancialmente el acceso a los servicios de salud. En este 2011 habremos de alcanzar la cobertura universal de salud, esto es que cada mexicano tendrá asegurado servicio médico, medicinas y tratamiento para cualquier enfermedad. Además, hemos logrado progresos notables en el acceso al agua potable, a la electricidad y a una vivienda digna.

En el resto de los objetivos tenemos grados de avance diferenciados, que nos obligan a redoblar esfuerzos. No partimos de cero, pero debemos fortalecer acciones y programas para alcanzar las metas que nos hemos propuesto. En especial, tenemos el reto de abatir en forma sostenida la pobreza, cerrar las brechas de desigualdad social, reducir más rápidamente la mortalidad materna, combatir con mayor eficacia las enfermedades prevenibles y afianzar un desarrollo sustentable.

Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud (ODMS)

Una vez realizada la evaluación del desempeño de los sistemas de salud a nivel mundial, la OMS con los representantes de los países miembros, elaboraron un programa de trabajo a cumplir en el periodo de 2000 a 2015, el cual denominaron “Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud”. Entre ellos destacan:

Las metas específicas en cuestión son: para el Objetivo 1, meta 1.C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre; para el Objetivo 4, meta 4.A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años; para el Objetivo 5, meta 5.A: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna, y meta 5.B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva; para el Objetivo 6, meta 6.A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/sida, meta 6.B: Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesiten, y meta 6.C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves; para el Objetivo 7, meta 7.C: Reducir a la mitad, para 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible a agua potable y a servicios básicos de saneamiento; y para el Objetivo 8, meta 8.E: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles.

Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en México

En relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la OMS en el área de la salud, México los adoptó e incorporó lo necesario para llevarlos a cabo desde el año 2000. Destaca en el informe de avances 2010:

La mejora en las condiciones de vida de los mexicanos se refleja por ejemplo, en un incremento de la esperanza de vida, en la reducción gradual y sostenida de la mortalidad y en la disminución en la fecundidad, lo cual ha permitido al país avanzar rápidamente en su transición demográfica y epidemiológica. Este hecho, si bien trae consigo grandes ventajas para el desarrollo, como el llamado bono demográfico, también implica un enorme desafío de transformación a las instituciones mexicanas para enfrentar el proceso de envejecimiento que se avecina.

El Objetivo 4 se dirige a la reducción de la mortalidad infantil. De 1990 a 2009, la tasa de mortalidad en los niños menores de cinco años pasó de 47.1 defunciones por cada mil nacidos vivos a 17.3. En el mismo periodo, la tasa de mortalidad en menores de un año pasó de 39.1 muertes por cada mil nacidos vivos a 14.6. Estas cifras colocan al país a menos de dos puntos de alcanzar la meta en ambos indicadores. De continuar la tendencia observada se llegará a la meta en uno o dos años más.

El Objetivo 5 se refiere a la disminución del número de muertes asociadas con el periodo prenatal, el parto y el puerperio. A pesar de los avances logrados, y de que más de 90 por ciento de los partos cuentan con asistencia de personal sanitario capacitado, la tendencia en la reducción de la Razón de mortalidad materna (RMM) en el periodo 1990-2010 no parece ser suficiente para alcanzar la meta planteada para 2015.

De 1990 a 2010, la RMM se ha reducido en México en 35.5 puntos, al pasar de 89.0 muertes por cada 100 mil nacidos vivos a 53.5. De manera específica, México perfeccionó la medición de muertes maternas para su

mejor atención; ahora cada año se documentan alrededor de 100 muertes que inicialmente no habían sido clasificadas como tales por problemas de registro en los certificados de defunción. Para lograr el acceso universal a la salud reproductiva, el gobierno mexicano ha orientado un monto importante de recursos a esta meta. El promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) aumentó de 4.44 en 2000 a 4.79 en 2009, y los promedios por entidad federativa muestran un comportamiento homogéneo, lo cual refleja una disminución en la desigualdad regional.

Desde los años setenta, el número de nacimientos muestra una tendencia descendente, al pasar de 6.7 hijos en promedio por mujer en 1970, a 2.4 en 2009; siendo las mujeres entre los 20 y 29 años las que más aportan a la fecundidad nacional. Igualmente, se observa que la tasa de fecundidad en adolescentes ha disminuido a una velocidad relativamente constante a lo largo del mismo periodo, aunque resulta proporcionalmente menor al observado en otras edades; razón por la cual se continúa trabajando en éste y otros grupos relevantes, tales como la población en pobreza y la población indígena, a fin de garantizar que ejerzan plenamente sus derechos reproductivos.

Entre 1992 y 2009, la prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil también aumentó a nivel nacional de 63.1 a 72.5 por ciento, mientras que en el ámbito rural pasó de 44.6 a 63.7 por ciento. De igual forma, la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil muestra una evolución favorable, pues pasó de cuatro de cada diez en 1987 a sólo una de cada diez en 2009.

Objetivo 6. En cuanto al combate a las enfermedades transmisibles es posible afirmar que en México la prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) resulta relativamente baja cuando se le compara a nivel internacional. En 2010, la tasa de prevalencia fue de 0.38 enfermos por cada 100 personas en el grupo de 15 a 49 años. Respecto a la atención médica a esta enfermedad, desde finales de 2003 México alcanzó el acceso universal y gratuito a tratamientos antirretrovirales (ARV) para personas con VIH/sida.

En lo referente al paludismo y la tuberculosis, México cumplió la meta, logrando detener y comenzar a reducir ambas enfermedades. El país presenta tasas de prevalencia relativamente bajas y los casos se encuentran concentrados en las zonas con mayor grado de marginación, en donde se están focalizando las acciones gubernamentales para su prevención y atención.

Situación actual y tendencias en la evaluación de los ODMS

La Organización Mundial de la Salud en su 66a. Asamblea Mundial de la Salud, efectuada el 14 de mayo de 2013, realizó el siguiente informe, el cual se presenta en forma sintética:

Más de una década después de que los dirigentes del mundo aprobaran los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas que los acompañan, se ha avanzado sustancialmente en la reducción de la mortalidad materno-

infantil, la mejora de la nutrición y la disminución de la morbilidad y la mortalidad debidas a la infección por el VIH, la tuberculosis y el paludismo. La progresión de muchos de los países que presentan las tasas más elevadas de mortalidad se ha acelerado en los últimos años, aunque subsisten grandes diferencias entre los países y dentro de ellos. Las tendencias actuales constituyen una sólida base para intensificar el trabajo colectivo y aplicar a mayor escala soluciones que hayan dado buenos resultados a fin de superar los problemas derivados de múltiples crisis y de la existencia de grandes desigualdades.

Cobertura sanitaria universal

También en la 66a. Asamblea Mundial de la Salud (OMS) se valoró la información derivada de observaciones de los estados miembros en relación con los resultados de la reunión de nivel ministerial de altos funcionarios de salud y finanzas sobre los progresos de los países hacia la cobertura sanitaria universal (Ginebra, 18-19 de febrero de 2013). En este informe, que se publicó el 22 de marzo del mismo año, destaca:

La cobertura sanitaria universal se considera cada vez más como un elemento esencial para mejorar la salud y un objetivo unificador para el desarrollo de los sistemas de salud. Sólo en 2012 se han celebrado cuatro eventos internacionales de alto nivel centrados en la importancia de la labor para alcanzar la cobertura sanitaria universal; sus resultados fueron la Declaración de Bangkok, la Declaración Ministerial de Kigali, la Declaración Política de México, D.F., y la Declaración de Túnez.

- *Estas declaraciones se basan en el Informe sobre la salud en el mundo 2008, en el que la cobertura universal se consideró como uno de los cuatro principios rectores de la atención primaria*
- *En el Informe sobre la salud en el mundo 2010, se mostró cómo los países pueden modificar sus sistemas de financiación de la salud para tratar de alcanzar la cobertura sanitaria universal y en la Reunión Ministerial de Berlín sobre financiación para lograr la cobertura sanitaria universal, en la que se presentó el informe de 2010*
- *La cobertura sanitaria universal contribuye al desarrollo sostenible, del que también se beneficia, y constituye una forma de medir los progresos hacia él*
- *Hay otros procesos internacionales que refuerzan el vínculo entre la cobertura con servicios de salud esenciales y la protección contra los riesgos financieros, como la iniciativa del Secretario General de las Naciones Unidas «Todas las mujeres, todos los niños» (septiembre de 2010) o la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (septiembre de 2011)*
- *En la aplicación de estas estrategias, los países ven en la cobertura sanitaria universal dos vertientes relacionadas entre sí: la cobertura de todos por los servicios de salud necesarios (prevención, promo-*

ción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), y su cobertura por una protección contra los riesgos financieros

- La cobertura sanitaria universal tiene por objetivo garantizar que todas las personas obtengan los servicios de salud que necesitan sin riesgo de ruina económica. A su vez, una cobertura universal que ofrezca los servicios de salud de calidad necesarios deberá haber incorporado muchos componentes diferentes, como, por ejemplo, el acceso universal a los medicamentos, productos médicos y tecnologías sanitarias esenciales; personal sanitario suficiente y motivado, cercano a la población y con una combinación adecuada de diferentes tipos de profesionales, y sistemas de información que proporcionen de forma oportuna los datos necesarios para la toma de decisiones
- El avance hacia la cobertura sanitaria universal es un proceso que requiere progresos en varios frentes: la gama de servicios disponibles para la población (los medicamentos, productos médicos, personal sanitario, infraestructura e información que se necesitan para garantizar una buena calidad); la proporción de los costos de esos servicios que está cubierta, y la proporción de la población que está cubierta. Estos avances tienen que estar protegidos durante las recesiones económicas o financieras. La cobertura sanitaria universal no consiste en lograr un paquete mínimo fijo
- La protección contra los riesgos financieros impide que la población se vea abocada a la pobreza por el pago directo de su atención. Por consiguiente, contribuye a la reducción de la pobreza y es, por definición, una manifestación práctica de la preocupación por la equidad sanitaria y el derecho a la salud.

Progresos hacia la Cobertura sanitaria universal

A nivel mundial se han hecho progresos continuos hacia la cobertura sanitaria universal, con respecto tanto al aumento de la cobertura de servicios de salud (en particular de los relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio), como al nivel de protección contra los riesgos financieros y al fortalecimiento del sistema de salud en general.

- Esta es una de las causas de las sustanciales reducciones de las tasas de mortalidad infantil y materna registradas en la mayor parte del mundo desde 2000
- La mejora de las condiciones sociales y económicas generales también ha contribuido
- El Índice de Desarrollo Humano refleja tres componentes importantes: salud, educación e ingresos. De 2005 a 2011, dicho índice ha mejorado en todo el mundo, y esas mejoras han sido más rápidas en los países menos adelantados
- La proporción de la población mundial que vive en la pobreza también ha disminuido, aunque ha habido indicios de que, paradójica-

mente, las desigualdades con respecto a los ingresos han aumentado durante el mismo periodo en muchos países

- Las mejoras en esas áreas, así como de otros determinantes sociales, facilitan la recaudación de fondos para la salud, aumentan la gama, calidad y cobertura de los servicios de salud necesarios, y se traducen en una mejora de la salud
- Muchos países siguen teniendo una escasez crítica de personal sanitario y les resulta difícil lograr que permanezcan en las zonas subatendidas
- El acceso a medicamentos esenciales asequibles fue mayor en el periodo 2007-2011 que en los cinco años anteriores, pero la disponibilidad de medicamentos esenciales (genéricos) en una muestra de países de ingresos bajos y medianos era tan sólo de 50.1% en los centros sanitarios públicos, y de 67% en los privados. Más de 1000 millones de personas en el mundo no tenían acceso a medicamentos esenciales.
- Pese al aumento del gasto sanitario, en muchos países los fondos siguen siendo insuficientes para garantizar la cobertura sanitaria universal, incluso con una serie mínima de servicios de salud (prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos)
- El Grupo especial de alto nivel sobre formas innovadoras de financiación de los sistemas de salud ha calculado que para garantizar la cobertura, aunque fuera con una serie mínima de servicios, los países necesitaban una media de US\$ 44 per cápita en 2009, cifra que aumentaría a US\$ 60 en 2015. En 2010 el gasto sanitario medio en los países de ingresos bajos fue de US\$ 32 per cápita; 26 estados miembros todavía gastaron en salud menos de US\$ 44 per cápita procedentes de todas las fuentes de financiación, incluidos los donantes
- En 2013 se iniciaron en las Naciones Unidas debates oficiales para determinar los progresos hacia la consecución de los actuales Objetivos de Desarrollo del Milenio y decidir sobre los nuevos objetivos para después de 2015. Es fundamental que se aceleren los trabajos sobre los actuales Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y se tomen medidas para hacer frente al aumento de la carga de enfermedades que no están incluidas en la Declaración del Milenio, en particular las no transmisibles

Respuesta de México ante la demanda mundial (OMS) de cobertura sanitaria universal

Después de más de 35 años de la Declaración de Alma Atta “Salud para todos en el año 2000”, en México se ha venido reforzando el

Modelo de atención en el sistema nacional de salud, privilegiando la estrategia de atención primaria. Llegado el año 2000 y ante la falta de cumplimiento de las metas establecidas en 1978, tanto en la mayoría de los países de medianos ingresos (como México) y de bajos ingresos (África sub-sahariana), en un trabajo conjunto con líderes mundiales (presidentes y directores de los ministerios de salud –Secretaría de Salud en México–), la OMS, OPS y la ONU, se dieron a la tarea de evaluar el desempeño del sistema y modelo de atención a la salud en sus respectivos países, hacer compromisos y propuestas para mejorar la cobertura y calidad de la atención y hacer el modelo financieramente sustentable. Resultado de estas reuniones y establecimiento de compromisos a nivel mundial, surgieron los siguientes documentos y publicaciones, con objetivos y metas a cumplir en el periodo comprendido entre 2000-2015:

- *OMS. Informe de Salud en el Mundo 2000*
- *OMS. Cobertura Sanitaria Universal*
- *ONU. Objetivos de Desarrollo del Milenio*
- *ONU/OMS Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la Salud*
- *OMS/OPS. Salud en América*

El Cuadro 5.1 expresa cuantitativamente los indicadores de contexto de México desde 1990 hasta 2010, en los que se basaron los planes, programas, metas, perspectivas de crecimiento y desarrollo en el Sistema nacional de salud y el Modelo de Atención.

En México el secretario de Salud en funciones, Julio Frenk y su equipo de trabajo (2000-2006), una vez hecho el diagnóstico de “Desempeño del sistema de salud”, encontraron que había problemas en el financiamiento de la prestación de los servicios, particularmente en áreas rurales y grupos marginados (la denominada población abierta de economía informal no asegurada), falta de infraestructura (unidades médicas de primer nivel de atención o de “Atención primaria” y hospitales generales, regionales y de especialidades), falta de equipamiento de las unidades médicas disponibles, carencia de personal de salud (con concentración excesiva en las áreas urbanas y deficiencia en áreas rurales), sobredemanda de atención y calidad de la atención médica no homogénea, cuestionable principalmente en unidades médicas de primer contacto. Resultados concordantes con los encontrados en la evaluación del “Desempeño de los Sistemas Nacionales de Salud” mundial, realizado por la OMS.

Cuadro 5.1. Indicadores de contexto para México, 1990-2010.

Indicadores de contexto	1990	1995	2000	2005	2010
Superficie territorial (km ²)	1 964 375				
Población total	81 249 645	91 158 290	97 483 412	103 263 388	112 336 538
Hombres (%)	49.1	49.3	48.8	48.7	48.8
Mujeres (%)	50.9	50.7	51.2	51.3	51.2
En localidades de 2 500 y más habitantes (%)	71.3	73.5	74.6	76.5	76.8
En localidades de menos de 2 500 habitantes (%)	28.7	26.5	25.4	23.5	23.2
Población por grandes grupos de edad (%)					
0 a 14	38.6	35.5	34.1	31.5	29.3
15 a 64	57.3	60.1	60.9	62.8	64.4
65 y más	4.2	4.4	5.0	5.7	6.3
Esperanza de vida al nacer (años promedio)	70.6	72.4	73.9	74.6	75.4
Hombres	67.7	69.7	71.3	72.2	73.1
Mujeres	73.5	75.1	76.5	77.0	77.8
Tasa de desocupación (%)	2.7	6.3	2.6	3.6	5.4
Trabajadores asegurados permanentes y eventuales en el IMSS	9 570 000	9 318 000	12 437 760	13 061 565	14 738 783
Producto interno bruto (PIB) [tasa de crecimiento anual]	5.1	-6.2	6.0	3.2	5.4
PIB per cápita (dólares)	3 129	3 655	6 828	8 167	9 547
Inflación (%)	29.9	52.0	9.0	3.3	4.4
Tipo de cambio promedio (pesos por dólar estadounidense)	2.8	6.4	9.5	10.9	12.6
Saldo de las reservas internacionales (millones de dólares)	ND	15 741	33 555	68 669	113 597
Deuda externa bruta (millones de dólares)	77 770	100 934	84 600	71 675	110 428
Saldo de la balanza comercial (millones de dólares)	-882	7 088	-8 337	-7 587	-3 009
Producción de petróleo crudo (miles de barriles)	929 929	955 570	1 102 392	1 216 971	940 210
Inversión pública (millones de pesos)	24 697	53 251	142 721	246 251	554 577
Inversión extranjera directa (millones de dólares)	3 722	8 375	18 110	24 037	17 726
TIIE (%)	ND	51.4	18.4	8.7	4.9
Salario mínimo general (pesos diarios)	9.3	16.4	35.1	45.2	55.8

Con el propósito de atender a los más vulnerables de la República Mexicana, sustentados por la economía informal, marginada de áreas rurales y población abierta, no protegida en su salud y

tampoco cubierta por la “Seguridad social institucional”, se emitió un decreto presidencial para reformar la *Ley general de salud*, vigente hasta principios de 2003. Este decreto dio la apertura para fundamentar legalmente la creación del Sistema de protección social en salud, publicado en el *Diario oficial de la Federación* (DOF) el 15 de mayo de 2003.

TÍTULO TERCERO BIS De la Protección Social en Salud

Capítulo I Disposiciones Generales

ARTÍCULO 77 BIS 1. Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación, a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

Las disposiciones reglamentarias establecerán los criterios necesarios para la secuencia y alcances de cada intervención que se provea en los términos de este Título.

ARTÍCULO 77 BIS 2. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por Sistema de Protección Social en Salud a las acciones que en esta materia provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

La Secretaría de Salud coordinará las acciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, los cuales contarán con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación, de conformidad con lo dispuesto en este Título.

Para efectos de este Título se entenderá por Regímenes Estatales, a las acciones de protección social en salud de los Estados de la República y del Distrito Federal.

ARTÍCULO 77 BIS 3. Las familias y personas que no sean de rechohábientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud a que se refiere este Título.

Incorporación del Seguro Popular en el Sistema nacional de salud en México

30

La incorporación del Sistema de protección social en salud (SPSS; Seguro Popular) no se hizo inmediatamente después de la publicación del decreto por el que se reforma y adiciona la *Ley general de salud*, publicada en el *Diario oficial de la Federación* el 15 de mayo de 2003. Antes fue necesario realizar evaluación actualizada del Modelo de Atención, tanto de población institucional asegurada como de la población abierta o no asegurada, valorar el estado de la infraestructura, equipamiento, salud financiera y tipo/cantidad de personal de salud en los tres niveles de atención, particularmente en la medicina de primer contacto o atención primaria. Las reglas para efectuar esta incorporación en forma ordenada y hasta cierto punto “costo-efectiva” en toda la federación, están descritas en el Reglamento de la *Ley general de salud en materia de protección social en salud*, publicada en el DOF el 5 de abril de 2004.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

TÍTULO PRIMERO

Disposiciones Generales

ARTÍCULO 1.

El presente Reglamento de orden público e interés social tiene por objeto regular el Sistema de Protección Social en Salud que se establece en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud y su aplicación es competencia de la Secretaría de Salud, de los Servicios Estatales de Salud que cuenten con Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, en los términos de la Ley General de Salud y de los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban, y de las demás dependencias o entidades que resulten competentes.

ARTÍCULO 2.

Para los efectos del presente Reglamento se estará a las definiciones previstas en la Ley General de Salud y demás disposiciones jurídicas aplicables, así como a las siguientes:

- I.** Comisión, a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud a que hace referencia el artículo 77 Bis 35 de la Ley;
- II.** Consejo, al Consejo Nacional de Protección Social en Salud a que hace referencia el Capítulo VIII del Título Tercero Bis de la Ley;
- III.** Ley, a la Ley General de Salud;
- IV.** Lineamientos, a aquellas disposiciones de carácter general que emita la Secretaría o la Comisión, por acuerdo del Secretario de Salud, y que deberán ser publicadas en el Diario Oficial de la Federación;
- V.** Padrón, a la relación de familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud y sus asimilados;

- VI. Regímenes Estatales, a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud a que se refiere el artículo 77 Bis 2 de la Ley;*
- VII. Reglamento, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud;*
- VIII. Secretaría, a la Secretaría de Salud;*
- IX. Servicios Estatales de Salud, a las dependencias y entidades de los gobiernos de las entidades federativas, independientemente de la forma jurídica que adopten, que tengan por objeto la rectoría y la prestación de servicios de salud, ya sea que estas funciones se ejerzan de manera consolidada o bien, se provean de manera independiente por diversas dependencias u organismos públicos de los gobiernos de las entidades federativas, y*
- X. Sistema, al Sistema de Protección Social en Salud a que se refiere el artículo 77 Bis 2 de la Ley.*

El documento completo (**Reglamento**) describe en detalle la forma de como se irá implantando el “Seguro Popular” en el Sistema nacional de salud, con el “Modelo de Atención” actual, sin parar totalmente las acciones ni esperar un tiempo perentorio para construir nuevas unidades, adquirir todo el material y equipamiento necesario, ni formar y capacitar a todo el personal para la atención a la salud requerido. Aún más, menciona las características de la población a atender, el tipo de servicios e intervenciones a proporcionar (paquete de cuidados básicos), el cuadro básico de medicamentos, la forma como se estructurará el padrón de beneficiarios, etc. Asimismo, detalla a grandes rasgos el mecanismo de financiamiento, siguiendo las recomendaciones y la Guía de la OMS.

Evaluación del Sistema de protección social en salud en México

En una evaluación preliminar y superficial con base en opiniones de médicos y clínicos expertos, personajes y funcionarios del sector salud, se encontró que aparentemente existe una gran cantidad de carencias, desde la saturación de las unidades por sobredemanda de servicios, mala calidad en la atención médica, ausencia de infraestructura tanto para unidades de primero como segundo nivel, carencias en equipamiento (instrumental y equipo médico), falta de insumos para la salud (materiales, dispositivos médicos, medicamentos, etc.), falta de personal y plazas de nueva creación. Todo ello, probablemente por incorporación muy rápida de millones de personas al Seguro Popular. En 2010 según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) 31 255 050 de personas (con doble aseguramiento “SP + otro seguro”; 34 532 151. Según

Cuadro 5.2. Jefatura del hogar según tipo de aseguramiento, México 2010.

Sexo	Tipo de aseguramiento			Total*
	Seguro Popular*	Sin seguro*	Seguro social**	
Hombre	25 476.2	27 463.7	37 064.9	90 004.8
Mujer	5 778.8	7 992.5	58 963.6	22 734.9
Total	31 255.0	35 456.2	46 028.5	112 739.7
Jefatura femenina %	18.5	22.5	19.5	Media 20.2

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH (2010).

* En miles.

** En miles; incluye personas con seguridad social y seguro popular (SP).

32

la Comisión de Protección Social en Salud 43 518 719; con desfase entre la oferta limitada de servicios del estado y la demanda de cuidados de la población, amén del presupuesto insuficiente para el Sistema nacional de salud (PIB 5.4% en 2010).

En el Cuadro 5.2 se expresan las cifras de cobertura de la población de acuerdo con el Seguro Popular, Seguro Social y personas sin seguro, distribución según el sexo del asegurado, tipo de aseguramiento y porcentaje de jefatura femenina en el hogar.

Impacto del Seguro Popular en México

En una valoración efectuada en forma más seria, formal, con metodología de investigación, instrumentos y resultados basados en evidencias empíricas y documentales, la doctora Asa Cristina Laurell, experta en salud pública y que fungió como Secretaria de Salud del gobierno de la Ciudad de México, hace una evaluación y análisis riguroso del SP, con los siguientes resultados que aparecen en un libro de reciente publicación.

- *El Informe del CNPSS 2011 reporta que se ha logrado la cobertura universal dado que están afiliadas 51.8 millones de personas al Seguro Popular (CNPSS, 2012:19). De ellas 12.4 millones fueron afiliadas en 2010 y 8.3 millones en 2011, según esta fuente. Los resultados del análisis comparativo entre los datos de afiliación de la CNPSS y de la ENIGH de 2010, que mostraron que 35.5 millones de personas, o 32% de la población, no estaban afiliadas a ningún seguro nos permite concluir que la afirmación de la CNPSS es equivocada o falsa. Es decir, no hay aseguramiento universal en México y el porcentaje de población sin algún tipo de seguro correspondería a un 25%*

- La explicación de estos datos sería que la afiliación se hace sin informarles a las personas de su pertenencia al SP y, por tanto, de sus derechos como afiliadas
- Las razones del sobre-registro de afiliados son económicas y políticas. Las entidades federativas requieren demostrar incrementos en la afiliación para acceder a recursos financieros frescos que se han dado principalmente a través del SNPSS
- El enfoque de género se demostraría, según la CNPSS, por el hecho de que 81% de los titulares del SP son mujeres. La ENIGH no confirma este dato ya que el SP es el tipo de aseguramiento que tiene la jefatura femenina más baja con 18.5% mientras que la categoría no asegurado tiene 20.2%. La discrepancia entre las dos fuentes seguramente se deriva de una política de la CNPSS, aunque tiene implicaciones para el uso masculino de los servicios. Es además un indicio de que el SP está principalmente enfocado a cubrir la problemática materno-infantil de salud
- En cuanto a la afiliación al SP y el acceso a los servicios, los resultados encontrados establecen que la afiliación al SP no conduce al acceso a los servicios requeridos. Incluso la comparación entre los datos de la CNPSS y los datos oficiales de la SSA indican que los afiliados al SP tienen la frecuencia más baja de atención de consulta, urgencias y hospitalización, particularmente en comparación con los derechohabientes del seguro social laboral. El análisis comparativo entre los tipos de aseguramiento demuestra que, teniendo problemas de salud, 12.5% de los afiliados al SP, o unas 900 mil personas, no accede a los servicios requeridos en comparación con 15.9% de los no asegurados y 6.4% de los derechohabientes de un seguro laboral
- Los obstáculos al acceso son distintos según el tipo de aseguramiento. De esta forma, la barrera económica es reportada en un 43% para el SP y en 62% para los no asegurados. O sea, la discrepancia de 19% sería la protección económica real que ofrece el SP, a pesar de que la protección financiera es uno de sus principales objetivos. En cambio la población con seguro social laboral sólo refiere esta barrera en 13.4%, lo que demuestra su superioridad sobre el SP en cuanto a la protección financiera
- La barrera institucional es la más mencionada por los asegurados con un 75% para el SP y con 64% de los derechohabientes del seguro social laboral. Esto refleja una problemática seria de las instituciones públicas que las desprestigia y que favorece la idea de que éstas no resuelven los problemas de salud y promueve la implantación de pluralismo estructurado, o sea el modelo mercantil que persiguen las actuales reformas. Los afiliados al SP reportan además, en un 16%, que no había los medicamentos necesarios a pesar de que es otro objetivo importante del SP
- Las principales razones del no acceso a los servicios requeridos por parte de los afiliados al SP son que el CAUSES y las enfermedades de gasto catastrófico no cubren muchos padecimientos comunes y los que tienen un alto costo para el paciente, como por ejemplo la mayoría de los cánceres, los traumatismos múltiples, el infarto del corazón, el accidente vascular cerebral, la insuficiencia renal crónica, entre otros. También se establece que la afirmación de que el SP cubre 100% de las consultas y 98% de las hospitalizaciones no se sostiene confrontando el contenido del CAUSES con los diagnósticos de egresos. A ello se añade que en varias regiones del país no existen los recursos físicos, tecnológicos y humanos necesarios para cubrir las intervenciones

- del CAUSES por lo que el paciente tendría que trasladarse para recibir la atención, pagando este traslado y la estancia fuera de su lugar de origen
- El 61% de las hospitalizaciones se relaciona con el embarazo y parto sin que se haya bajado la mortalidad materna en forma estable. La atención a los hombres sólo es mayor que la de las mujeres antes de los cinco años pero cae a un 5.7% en el grupo de edad de 15 a 45 años. Esto revela que el SP tiene una orientación materno-infantil que desprotege a los hombres en edad productiva; situación que también se discernió en los datos de titularidad femenina del SP
 - La información sobre los casos atendidos de enfermedades de gasto catastrófico revela discrecionalidad y burocratismo en su tratamiento. Además, se observa una desigualdad geográfica grande debido a la falta de los recursos necesarios para atenderlos. Por otro lado, el procedimiento para autorizar el número de casos a atender cada año se decide en función de los recursos disponibles, lo que invalida el principio legal de que todas las personas que requieren tratamiento de enfermedades de gasto catastrófico reconocidas deberían recibirlo
 - La protección financiera es uno de los principales objetivos del SP y los datos de la ENIGH sugieren que no se cumple adecuadamente. De esta manera, los afiliados al SP gastan anualmente 51.2 mil millones en salud o 2.5% de su gasto monetario. Los datos correspondientes de los no asegurados son 93.8 mil millones o 3.1% y de los derechohabientes de un seguro laboral 125.4 mil millones o 2.4%. Es decir, la diferencia del gasto de bolsillo total en salud entre los afiliados al SP y los no asegurados es de 42.6 mil millones de pesos, o de 0.6% de su gasto monetario total, lo que sería el monto total de la protección financiera del SP. Calculado el promedio por persona los afiliados al SP gastarían \$1 636 contra \$2 640 de los no asegurados
 - Existe subfinanciamiento. Se constató que la transferencia federal a los estados es menor a la legalmente establecida. Así, en total, la CNPSS transfirió a los estados en 2010 un 27.2% menos del monto legalmente establecido, lo que corresponde a 13.8 mil millones de pesos. La disminución de la transferencia varía entre los estados pero todos reciben menos que el monto legal en un rango de menos 11 a 52%
 - A la insuficiencia de origen del presupuesto del SNPSS se añade además un subejercicio sistemático a nivel federal y estatal de los recursos asignados. Este subejercicio tiene varias etapas y empieza con la discrepancia entre el presupuesto aprobado y el ejercido que, en los años 2008, 2009 y 2010, fueron de -8.1; -4.8 y -7% respectivamente. Este hallazgo sorprende porque se suponía que eran los años cruciales para llegar a la cobertura universal del aseguramiento, comprometida para el 2010
 - El presupuesto público total de salud se incrementó en 0.36 puntos como porcentaje del PIB en el periodo 2006 a 2011, o sea un porcentaje bajo. La mayor parte del aumento corresponde a la SSA con 0.24 puntos versus un aumento para el IMSS de 0.06. Además, el objetivo de alcanzar un gasto para la población sin seguridad social de 1% del PIB sólo se alcanzó en 2009 y 2010. Por otra parte, la relación entre el gasto público y el privado se ha mantenido casi inalterado; otro hecho que confirma la poca capacidad del SP de abatir el gasto de bolsillo
 - Paralelamente a la promoción del SNPSS se ha sujetado al IMSS a una serie de limitaciones en su ejercicio presupuestal obligándolo a destinar una parte de sus recursos a reservas actuariales y a respaldar su pasivo laboral, lo que le ha impedido mejorar sus servicios aunque sea la ins-

- titución pública que más ha invertido en recursos físicos. A la par, los medios han reforzado la idea de que este instituto tiene graves problemas de corrupción y está cercano a la quiebra. El propio IMSS no está proponiendo los cambios que resolverían sus problemas de presupuesto
- El relevo gubernamental no ha cambiado esta política ya que el presidente electo para el periodo 2012-2018 y su Secretaría de Salud, siguen promoviendo la “segunda reforma del SP” cuyo contenido principal es la creación de un seguro universal de salud igual para todos los mexicanos. Esta propuesta consiste en crear un fondo de salud financiado con recursos fiscales a través del incremento del impuesto indirecto, medida impositiva regresiva, y eliminar la contribución empresarial al seguro social
 - Los resultados de la investigación demuestran que el SNPSS y el SP tienen un funcionamiento muy distinto al panorama de éxito que presentan sus diseñadores y el gobierno federal mexicano. Este modelo ha fracasado en conseguir prácticamente todos sus objetivos explícitos como se ha visto a lo largo de este texto. Por eso es erróneo proponerlo como el ejemplo a seguir por otros países, si no fuera con el propósito de impulsar la segunda reforma de salud y avanzar en la mercantilización de la salud y ampliar este campo de acumulación capitalista, particularmente para las aseguradoras y empresas médicas

La Salud en la Agenda para el Desarrollo después de 2015

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) constituyen un poderoso motor para mantener el apoyo a la salud como elemento crucial del desarrollo. La sencillez del dispositivo y el carácter fácilmente comprensible de los objetivos, junto con la apuesta por un monitoreo eminentemente cuantitativo, han hecho de los ODM un referente duradero. Para la OMS es prioritario garantizar el lugar de la salud en la próxima generación de objetivos mundiales.

Los objetivos actuales fueron concebidos a modo de síntesis entre lo que los países de medianos y bajos ingresos aspiraban a conseguir y lo que el mundo de ingresos altos debía hacer para garantizar el cumplimiento de los objetivos. Los futuros objetivos, en cambio, se definirán seguramente en términos de problemas mundiales que exigen soluciones comunes con participación de todas las sociedades.

Para definir estos Objetivos de Desarrollo relacionados con la salud para después de 2015, se realizó una consulta mundial entre octubre de 2012 y marzo de 2013. Se recabaron aportaciones de interlocutores de todo el mundo sobre el papel correspondiente a la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015. Una consulta por Internet registró 150 000 visitas, más de 1 500 personas participaron en 13 consultas “presenciales” en África, Asia, América del

Sur, América del Norte (México incluido) y Europa, y se presentaron más de 100 documentos. En una plataforma creada en la web www.worldwewant2015.org/health pueden consultarse todas las contribuciones, resultados que se presentan a continuación.

- *Las personas sanas contribuyen al desarrollo sostenible. Al mismo tiempo, las políticas que promueven la “sostenibilidad” son beneficiosas para la salud humana. La salud de las poblaciones, y el grado de equidad en la distribución de la salud, proporcionan un criterio de referencia para evaluar los progresos en todos los aspectos de la política económica, social y ambiental. Hay cada vez más pruebas de que existe una relación de causalidad entre el ingreso per cápita y la esperanza de vida global. Así pues, además, la mejora de la salud es un resultado de la reducción de la pobreza, así como una condición para lograr ese objetivo*
- *Más de un decenio después de que los líderes mundiales adoptaran los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) actuales, las tasas de mortalidad infantil y materna han descendido a escala mundial. Hay menos personas enfermas de sida, tuberculosis, o paludismo o que sucumben a esas enfermedades. Ha mejorado la nutrición y más personas tienen acceso al agua potable y al saneamiento. Actualmente, la población mundial es más longeva y más sana que en cualquier otro momento de la historia. Pero esos beneficios son frágiles y el progreso es desigual: sigue habiendo grandes brechas e inequidades en y entre los países. Con la mirada puesta más allá de 2015, la OMS ha de ser más ambiciosa. Esto significa que debe respaldar los esfuerzos de los países mediante la labor de promoción indispensable para sostener el nivel requerido de compromiso político y apoyo financiero. También significa que tiene que seguir estableciendo sistemas para el seguimiento de los gastos y de los resultados*
- *Dentro de un objetivo general de desarrollo, la salud debería posicionarse como un elemento crucial del desarrollo sostenible y del bienestar humano pero también como un resultado de éstos. De esta manera se está respondiendo al llamamiento, cada vez más intenso, de no limitarse al producto interno bruto para medir el crecimiento saludable y el desarrollo sostenible y de centrarse más en la equidad. También se está reconociendo que la buena salud viene determinada por múltiples facetas del desarrollo –entre ellas la educación, la energía sostenible, el agua y el saneamiento, y la adaptación al cambio climático y la mitigación de éste– y no sólo a través de la prevención y el tratamiento de enfermedades. Un objetivo general de la agenda para el desarrollo después de 2015 podría ser el bienestar sostenible para todos*
- *Un objetivo general de salud, en el que el sector de la salud desempeña un papel de mayor importancia, aunque no por ello exclusivo, es potenciar al máximo la salud en todas las etapas de la vida. Este objetivo debería incluir las siguientes medidas: acelerar la ejecución de la agenda de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, reducir la carga de enfermedades no transmisibles y garantizar la cobertura sanitaria universal y el acceso a la misma. La agenda de Objetivos de Desarrollo del Milenio podría incluir las metas de acabar con la mortalidad materna e infantil prevenible, facilitar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, eliminar el paludismo y erradicar la poliomielitis, y hacer realidad la visión de una generación libre*

de VIH/sida y tuberculosis. También podrían establecerse metas para la reducción de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias y los factores de riesgo asociados

- *Garantizar que todas las personas puedan disfrutar de unos servicios de salud integrales y de alta calidad gracias a la cobertura sanitaria universal y el acceso a la misma es una manera de lograr mejores resultados sanitarios. Es también un objetivo deseable, que las personas valoran por sí mismo, pues les garantiza el acceso a un sistema de salud capaz de prevenir y tratar las enfermedades de forma eficaz y económica en el mismo hogar, en la comunidad, y con sistemas de derivación a dispensarios y hospitales cuando sea necesario. Otra parte de este objetivo es lograr que 100 millones de personas no caigan en la pobreza cada año debido al costo de los servicios de salud que necesitan (como ocurre hoy día). Esos sistemas de salud representan una herramienta importante para reducir la pobreza y para promover una sociedad estable y segura.*

Conclusiones para México

37

En el devenir de más de medio siglo, la Medicina y el Sistema nacional de salud de México, se ha ido transformando y modernizando a la par de los avances científicos y tecnológicos. Ahora es impensable hablar de una medicina donde marchen por separado el arte de la clínica y las bases biomédicas de la medicina científica, debido a que sus constituyentes conservan una relación ontológica que enriquece y optimiza su desarrollo en un círculo virtuoso (epiciclo).

Los servicios de salud proporcionados y organizados en instituciones *ad hoc* (IMSS, ISSSTE, Pemex, Semar, Sedena, SSA), también han pasado por diferentes cambios, siempre tratando de adecuarlos a las características del contexto de la población nacional, llámese economía formal e informal, nivel socioeconómico, filiación política, género, tipo de trabajo o profesión, grado escolar y distribución por grupos de edad, etcétera, y en concordancia a los planes y objetivos de desarrollo de los organismos internacionales (OMS, ONU, OPS) que velan por la protección de los que menos tienen y que existen en países de bajos y medianos ingresos. El resultado ha sido un crecimiento y desarrollo no homogéneo, poco armónico, fragmentado, no equitativo, caro y claramente disfuncional, del denominado Sistema nacional de salud. Ante todo esto, la solución se vislumbra en la permanencia, mejoría y adecuación de lo siguiente:

- *Promover la salud para todos a partir del 2000, hasta 2015 y después*
- *Mantener la adhesión a los Objetivos del Desarrollo relacionados con la salud*

- *Migrar hacia la cobertura sanitaria universal*
- *Fortalecer y actualizar el modelo de atención primaria*
- *Ponderar la estrategia de Atención Primaria vía Médicos generales, para la solución de 80% de los problemas de salud de la población mexicana*
- *Fortalecer y continuar el Sistema de protección social en salud (SPSS; Seguro Popular)*
- *Mejorar el desempeño del Sistema nacional de salud (SNS)*
- *Aumentar la inversión en salud con crecimiento anual ponderado del PIB*
- *Fortalecer la base financiera del SNS, destinando o etiquetando presupuestos federales asignados a los estados para funcionamiento del SPSS, evitando así las desviaciones o el subejercicio*
- *Mejorar el procedimiento de afiliación al SPSS y la información directa a los beneficiarios de pertenencia al mismo, con conocimiento real de derechos y obligaciones.*
- *Implementar el crecimiento y desarrollo del SNS en infraestructura, equipamiento, personal, insumos para la salud y financiación*
- *Acreditar y certificar a todas las escuelas y facultades de medicina del país en un nivel óptimo de calidad (ANFEM)*
- *Mejorar la calidad en la formación de los médicos y demás personal de salud*
- *Crear plazas nuevas en el Sistema nacional de salud, en particular en el SPSS para todos los médicos egresados de escuelas y facultades de medicina acreditadas*
- *Equilibrar en forma óptima la oferta-demanda de médicos en el mercado de trabajo*

Ubicación del médico general

El tema contempla varias vertientes, principalmente dos: el plano conceptual y el plano real, situacional. En el primero, el médico general tiene, sin duda, un rol importantísimo pues representa el primer contacto, la base de la pirámide que tiene en su vértice a la medicina de alta especialidad, base en la que se resuelve la mayoría de los problemas de salud de los mexicanos. En el plano real la situación es distinta. Para entenderlo conviene revisar un panorama de cómo es en la práctica el sistema de salud mexicano a manera de un esbozo.

Aunque conceptualmente no se puede fragmentar, nos referiremos al sistema de atención médica sin menospreciar la organización relacionada con la salud pública.

La atención médica en México se ofrece en las instituciones gubernamentales pero también, y no en una proporción menor, bajo un esquema de medicina liberal, privada, no gubernamental, ya sea bajo aseguramiento o sin él. Las instituciones gubernamentales incluyen el aseguramiento de los trabajadores formales (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena, Marina y otros), y las que ofrecen servicios a la población abierta (Secretaría de Salud, Seguro Popular, servicios de salud de los estados). En todas estas instituciones las oportunidades de trabajo para los médicos generales es casi nula. Muchas de ellas han declarado su preferencia por los médicos familiares (especialistas) o por otros especialistas. En aquellos pocos casos en que tienen contratados médicos generales tienen programas educativos para convertirlos en médicos familiares, muchos de los cuales están fuera de los sistemas de ingreso a las residencias que regula el examen nacional de aspirantes (ENARM), es decir, se ha creado una vía de ingreso a una residencia de especialidad que rompe los acuerdos de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS).

Hay que reconocer que es en la medicina liberal en la que se desarrollan más los médicos generales de nuestro país, ya sea en el autoempleo o trabajando en pequeñas compañías privadas como las de los consultorios adyacentes a las farmacias, en las que se contratan médicos generales porque son los menos costosos. En el autoempleo suelen estar en medios suburbanos o rurales, con acceso limitado a los recursos tecnológicos de la medicina contemporánea, frecuentemente sin estar incluidos en redes de servicios, y su educación continua prácticamente depende de la industria farmacéutica o la de insumos para la salud, educación que suele ser sesgada porque está muy cargada de promoción y propaganda para influir deliberadamente en las conductas prescriptivas. La organización académica de los médicos generales está vinculada con asociaciones médicas cuyas actividades son también financiadas por la industria de medicamentos y que tienen también propósitos de influir en la prescripción, no necesariamente de las mejores alternativas.

El público también suele menospreciar al médico general y opta, aun para el primer contacto, por el especialista, lo cual supone una primera etapa de autodiagnóstico –aunque sea sólo topográfico– para elegir al especialista adecuado. Aun las enfermedades

comunes y de baja complejidad han sido atendidas en hospitales por especialistas, lo cual reduce las oportunidades de acceso a otros pacientes que verdaderamente necesitan este tipo de atención.

Los espacios para el desarrollo académico del médico general también están topados, pues tal parece que el único camino para avanzar es, precisamente, abandonar la medicina general.

En estas circunstancias, en México, el médico general parece subempleado, marginado del sistema nacional de salud, dejado a su suerte bajo las propuestas prescriptivas de los fabricantes y distribuidores de medicamentos, sin posibilidades de progreso (como no sea sólo económico y hasta eso modesto), discriminado, menospreciado, abandonado, aislado, aunque hay ciertamente intentos decorosos por parte de algunos de ellos para salir delante de todos estos inconvenientes.

A pesar de ello, un número considerable de pacientes se atiende con médicos generales, aunque no siempre se puede dar garantía (como tampoco con los especialistas) de una calidad de atención apropiada a sus necesidades. La razón de acudir al médico general y no al especialista parece tener que ver con accesibilidad más que con una decisión razonada y sustentada en un conocimiento del sistema de salud.

La transición de la etapa de la medicina general a la de la medicina especializada se ha acompañado de algunas indefiniciones del papel relativo que desempeñan los médicos generales en la atención médica en México. Identificado con el egresado de la licenciatura que no ha hecho estudios de posgrado, ya sea por decisión propia o por falta de oportunidades, y que mantiene su competencia a través de canales más o menos elementales e informales de educación continua, representa una proporción muy grande de los médicos que ejercen la profesión en nuestro país.

Según el INEGI, en 1996 había en las instituciones oficiales de salud 32 534 médicos generales en comparación con 38 850 especialistas; esto implica que 41.58% de los médicos de las instituciones que están en contacto con los pacientes eran médicos generales. Esta proporción es mayor en la práctica privada; el Índice Nacional de Terapéutica y Enfermedades (INTE) informa de 44 282 médicos generales en la práctica privada, lo que representa 6.4% de todos los médicos en ejercicio privado en el país. Estos médicos otorgaron 57.7% de todas las consultas médicas en México, aproximadamente 8.2 consultas diarias. Sumados los médicos generales institucionales y los de ejercicio privado hacen un total de 76 816.

En un estudio publicado en 1991, una encuesta en las 16 más importantes ciudades de nuestro país mostró que 69% de los médicos de género femenino y 49% de los del masculino eran médicos generales, aunque 7% eran desempleados y 22% tenían alguna forma de subempleo. La proporción entre médicos mujeres y médicos hombres está cambiando en la medida en que cada vez hay un mayor número de estudiantes de medicina de sexo femenino; si bien muchas de ellas optan por las especialidades, lo cierto es que sus condiciones de amas de casas y de madres frecuentemente las confinan acaso a la medicina general.

En la Encuesta Nacional de Empleo Médico de 1993 se encontró que 46% de los médicos que atienden pacientes privados son médicos generales, al igual que 26% de los que trabajan en instituciones de seguridad social y 43% de los que trabajan en instituciones que atienden a población no asegurada pero es posible que las proporciones hayan cambiado en detrimento del empleo institucional de los médicos generales. Tal parece que la distribución de los médicos generales ha obedecido, más que a una planeación de los servicios de salud, a la influencia de distintas variables socioeconómicas relacionadas con el mercado de trabajo, y que los médicos generales se han ido ubicando en los lugares en los que pueden desempeñarse profesionalmente y no tienen la competencia de los especialistas.

Algunas instituciones oficiales de salud no ofrecen plazas a los médicos generales ni los aceptan para las existentes. En ellas, la atención médica de primer contacto se otorga por médicos familiares egresados de un curso de especialización. En otra de ellas existe un programa educativo para convertir a los médicos generales en médicos familiares. Al privilegiarse un mercado de trabajo y un ámbito académico para los especialistas, muchos médicos generales no suelen serlo por vocación sino por frustración, cuando su competitividad resultó insuficiente para alcanzar acceso a las oportunidades de especializarse.

Una encuesta realizada entre estudiantes de medicina reveló que sólo 5.8% desea dedicarse a la medicina general; en el examen de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) más de 70% no tienen acceso a un curso de especialización y por lo tanto habrán de dedicarse a la medicina general o hacer un nuevo intento en el siguiente examen selectivo. Los proyectos de desarrollo para los médicos generales, individuales o colectivos, generalmente se sustentan en la necesidad de abandonar la práctica de la medicina general. Un grupo tan

grande y con tantas necesidades es fácil presa de los promotores de productos y servicios, incluso los académicos o pseudoacadémicos.

Existe la idea de que los médicos generales ejercen una medicina de baja calidad, sin recursos tecnológicos suficientes, orientada exclusivamente a la reparación de daños, sostenida por intereses económicos y desactualizada, aunque todas estas ideas no pasan de ser opiniones, basadas en datos anecdóticos y muchas de ellas prejuiciosas. Lo cierto es que se desconocen muchos aspectos de la práctica de los médicos generales en México, a pesar del importante segmento de la atención médica que representan y de que las necesidades sociales apuntan no sólo hacia una medicina especializada; los pacientes requieren de una visión que los considere en su integridad biológica, psicológica y social, en sus vínculos familiares, en sus limitaciones económicas y en sus percepciones culturales.

En el mundo se observa una tendencia a favorecer la atención médica con base en médicos “generalistas”, que no sólo incluyen al médico general sino también al médico familiar, el internista y el pediatra; aunque ello haría suponer cierta desespecialización, generalmente se apoya en un perfeccionamiento de los conocimientos, habilidades y actitudes básicas de los médicos, a menudo con estudios adicionales a los de licenciatura.

Conocer las características de la práctica de la medicina general en México puede ayudar a replantear la organización de los servicios de salud, reconsiderar el currículum de las escuelas y facultades de medicina y valorar las necesidades de la sociedad. Implica conocer las condiciones socioeconómicas de la población que atienden los médicos generales, la interrelaciones de éstos con los especialistas y con otras modalidades de personal sanitario, con las medicinas alternativas, sus condiciones de trabajo, los recursos con los que cuentan para ejercer su profesión y para su educación continua y otras variables.

El estudio de la medicina general en México puede partir de cualquiera de dos premisas, o de ambas: contrastar un perfil ideal del médico general con la condición real o bien, refutar las hipótesis sobre su manera de actuar y que están basadas en información incidental.

Por otro lado, es incuestionable que la medicina en México vive una época de transición dado que se han iniciado una serie de cambios importantes en la organización de los servicios médicos. Esto propicia una reflexión en torno al papel del médico general de hoy y de mañana y una oportunidad de realizar planteamientos que puedan ser de utilidad a los tomadores de decisiones en terreno sanitario y en el educativo.

LA VERTIENTE EDUCATIVA

6

Cómo se forma el médico general

43

En su percepción pedagógica, los centros para el aprendizaje profesional de la medicina, con base en los indicadores epidemiológicos del país, diseñan los planes de estudio, construyen los programas académicos y seleccionan las estrategias educativas, para que en términos de la congruencia de tiempos y recursos, se construyan e integren lo que ahora se llama competencias profesionales y con ello se moldeen recursos humanos acertados y éticos, que participen en la resolución de los desajustes de la salud de los individuos, de su familias y de la comunidades a las que pertenecen.

Es de esta manera como las instituciones educativas suman sus esfuerzos con los de las instituciones de salud, facilitando sus escenarios y recursos clínicos para que, después de un periodo de estudio y convivencia con los expertos y frente a situaciones reales, los alumnos participen, inicialmente como espectadores, en los procesos de estudio de los pacientes, luego desde su nivel, presentando reflexiones clínicas y después conjuntamente con sus profesores en la toma de decisiones orientadas hacia el planteamiento de opciones terapéuticas y finalmente ejercer el seguimiento clínico hasta la recuperación del estado de salud de los pacientes o hasta la resolución del caso.

Durante la participación de los alumnos en las actividades que se desarrollan en los escenarios clínicos, viven ellos las mejores experiencias, comprobando que es allí donde se generan las mejores oportunidades para el aprendizaje de la medicina. La convivencia con los expertos les permite el aprendizaje de valores, actitudes y cualidades que se requieren para la buena práctica de la medicina en el mercado profesional constituidos como médicos generales.

Los alumnos suelen ser discretos, pero fieles testigos de la aplicación de diferentes talentos y criterios profesionales del trabajo cotidiano de sus profesores médicos, de los médicos residentes y del personal paramédico. Tales percepciones del quehacer profesional médico, sin duda también han aportado importantes sumas en su aprendizaje. Otro grupo de profesionales que también participa en el moldeamiento educativo lo conforman los médicos adscritos y residentes, que no fungen como sus profesores pero que al tener relación profesional con ellos, se generan puntos de aprendizaje también muy valiosos, especialmente como modelos y ejemplos.

No podemos tener a menos el conocimiento que se construye entre los médicos generales en formación y sus pares; ellos tienen en sus compañeros los mejores aliados, frente a las interrogantes clínicas que se generan en los escenarios hospitalarios, por ejemplo a altas horas de la noche, mientras los expertos se ocupan en la atención de otras premuras no menos trascendentes, quedando a su criterio y habilidades la toma de importantes decisiones.

Simultáneamente en su constructo curricular, el médico general recibe tal vez la mejor de las enseñanzas, a través de la gratitud de los pacientes, quienes aun después de seguir enfermos, mantienen la confianza y humildad, sometiéndose a las disposiciones de los médicos, manteniendo la esperanza de vida, por muy débil que ésta sea y entonces, aun en estos momentos de frustración e infortunios, también se generan oportunidades de crecimiento profesional.

Por otro lado, el médico general en su formación, a través de su recorrido en las esferas del aprendizaje profesional, es también testigo de los traspiés que involuntariamente se generan en la cotidianeidad de la labor asistencial. La práctica de la medicina en cualquiera de sus vertientes, como ocurre también en el resto de las actividades del ser humano, lleva el riesgo de perpetrar ciertos apuros, de los cuales también se puede capitalizar su presencia, por lo menos para que no se vuelvan a presentar esos u otros desajustes. Muchas veces, advertir el acontecimiento de alguna irregularidad puede favorecer el aprendizaje por convivencia, como pueden ser los casos que pudieran vivir los estudiantes de medicina. Es por eso, que desde su plataforma como estudiantes y con los médicos pueden construir opiniones factibles de consideración para la reorientación teórico-práctica y académico-administrativa de los modelos del trabajo educativo.

Los estudiantes de medicina y los médicos generales en su afán de alojarse en el sistema de salud, experimentan un gran número

de vivencias, las cuales van torneando un perfil profesional con una particular característica personal, con cierta pertenencia de grupo, a veces marginados, otros despreciados y hasta maltratados en ocasiones. El ingreso a este gremio profesional no es fácil, como seguramente tampoco lo es en otras disciplinas. El camino de las experiencias es inevitable; por lo tanto, ha de considerarse como esencial en el aprendizaje de las artes de la medicina; el aprendiz de médico y el médico general navegan entre muchos criterios u acomodos personales de los que son oficialmente sus maestros y de los profesionales que no lo son, ellos escogen los estilos que de momento consideran prácticos o que tienen mejores lucimientos en los resultados de las actividades cotidianas en las funciones curativas.

Con frecuencia se percibe que los alumnos, en su afán de aprender, no hacen más que importunar a los pacientes y algunos de los estudiantes se sienten ciertamente incómodos por ello. Tienen, desde luego, que identificarse como estudiantes, solicitar autorización a los pacientes o los familiares para realizar procedimientos aun cuando éstos no sean cruentos, conocer perfectamente los aspectos teóricos o doctrinarios del procedimiento en cuestión, haberlo visto practicar por otros, haberlo ensayado en un modelo, hacerlo bajo supervisión y, finalmente realizarlo por sí mismos. Todo esto puede ser molesto para los enfermos y aun riesgoso si no se toman las precauciones debidas.

Sin embargo, el alumno puede aportar a la atención de los pacientes, no sólo con su opinión como un miembro del equipo de salud (así debiera considerarse) sino ofreciendo ciertos servicios, por ejemplo, consuelo, compañía, gestión de atención de algunas necesidades de los pacientes como llamar a la enfermera, conseguir un notario, tramitar auxilio espiritual, gestionar visitas de familiares y amigos, algunas labores de mensajería, ayudar a los pacientes a interpretar ciertos mensajes técnicos, orientarlos debidamente, reforzar las instrucciones del médico tratante, etc., con lo cual no sólo ayudan a los pacientes (o si se quiere, justifican su participación en la unidad de atención médica) sino que indudablemente se contribuye a su aprendizaje integral.

Durante su formación clínica el estudiante se camufla entre la blancura reglamentaria de los espacios nosocomiales, integrado administrativamente a un grupo del hospital, académicamente supe-
ditado a la disponibilidad de tiempos y espacio de sus profesores, aun con responsabilidad frente a cargas académicas de su escuela; paulatinamente se va introduciendo en las rutinas hospitalarias,

respira las brisas de nuevos espacios y ambientes vertiginosos, con nuevos esquemas de comportamiento, como dócil aprendiz de un idioma profesional diferente.

Los espacios clínicos de las unidades de atención médica le conceden ser abrigado como aprendiz de médico que tiene un lugar en los espacios virtuales de los sistemas administrativos escolares, aun sin un rumbo profesional bien definido; está iniciando su marcha en búsqueda de un lugar en los espacios reales del gremio médico. Este practicante de médico que deambula entre los pasillos de las áreas de hospitalización, que interactúa con el personal médico y paramédico e inicia sus primeras intervenciones interactuando y conviviendo con los pacientes y sus entornos, va entendiendo el crédito de su aprendizaje previo, adquirido en el seno de las instalaciones de su escuela, entiende la importancia e insistencia de sus profesores sobre el aprendizaje de muchos conceptos de la ciencia médica, y va razonando sobre la relevancia relativa de otros aprendizajes.

Va colocando cada una de las piezas del rompecabezas del aprendizaje teórico, al margen de las evidencias clínicas correspondientes, al mismo tiempo que va identificando interrogantes desprendidas del ejercicio cotidiano. Reconoce desde el interior de sus expectativas la magnitud de sus potencialidades y con esto va construyendo su contorno profesional. Convive con la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los médicos y del personal paramédico de su medio, haciéndolo a veces sin un propósito conscientemente definido hacia el futuro.

Una vez terminado el recorrido curricular, como médico general ha de retribuirle a la sociedad —en servicios profesionales—, por los esfuerzos invertidos en su formación universitaria, dentro del marco de beneficios asistenciales que el sistema de salud brinda a las comunidades. La labor profesional del médico general se desarrolla en términos de la atención médica de primer contacto, el amplio espacio de su labor es tan importante como la de cualquier otro médico dedicado a alguna singularidad de la medicina. La magnitud y asertividad de las decisiones del médico general se reflejan en los resultados que concede la oportuna aplicación de un esquema de erradicación del estreptococo B hemolítico, con lo que puede alejar al paciente del riesgo de la fiebre reumática, tan o más importante que la colocación de una válvula de Starr-Edwards para sustituir las valvas laceradas de la mitral en un corazón dañado. Igualmente se evidencia esa labor, al vigilar que los trabajos de Albert Sabin beneficien a sus pacientes a través de la aplicación oportuna del biológico

trivalente y no tener que recurrir a medidas diferentes para subsanar secuelas.

El médico general trabaja con los pacientes y sus familias, en una labor educativa, fomentando la atención médica oportuna y al mismo tiempo promoviendo la cultura de salud como una tarea permanente en la promoción de la medicina preventiva. Además ha de seguir procurando incrementar su aprendizaje a través del estudio autodirigido no sólo de temas de naturaleza médico-científica, sino también en los relacionados con la cultura general.

Un médico general al momento de alcanzar la licenciatura, ha invertido en sus estudios un mínimo de diez y ocho años y medio, de sus 23 a 24 de edad que debe tener para entonces. De momento, la mejor de las expectativas es que se proyecten hacia un plan de especialidad médica, si el sistema de enseñanza de posgrado formal de nuestro país se los concede, en esa realidad, por lo menos en los siguientes tres a cuatro años, verán satisfechas algunas de las más importantes necesidades para entonces presentes desde los enfoques educativo profesional y personal.

Por otra parte, entre todos los casos de los alumnos egresados de la carrera de medicina, es decir los nuevos médicos generales, convergen la situación económica, la imprecisa ubicación dentro del grupo sociofamiliar, el mundo de necesidades de origen material y emocional, propias de esa edad y la ausencia de un espacio donde colocarse mientras el sistema de salud le permite instalarse dentro del gremio médico, eso puede ser: en el interior de una institución médica oficial, dentro de los servicios de un grupo médico de la iniciativa de paga, en un espacio profesional emprendido de manera personal, en las instituciones educativas desarrollando actividades paraeducativas o en empresas crediticias de enlaces de servicios médicos, entre algunas otras.

Otro importante tema a considerar es la inversión económica que ha representado y representa la formación de médicos generales. Antes que nada la inversión procedente del seno familiar, otro expendio es el que hacen las instituciones educativas, con recursos procedentes del erario público y los que emanan de la participación de las instituciones de salud durante el tiempo recorrido en los escenarios clínicos. Desde este enfoque, debe considerarse justo y pertinente que cada cual rescate el equitativo recobro de las inversiones que le correspondan, siempre con una mentalidad que considere el beneficio de las comunidades más necesitadas.

Frente a esta realidad, la situación es muy evidente, sabemos que hay muchos médicos generales en espera de una nueva

oportunidad para ingresar a una institución médica y continuar de esa forma su disposición en la orientación de una especialidad, hay también muchos médicos generales involucrados en actividades clínicas médicas, que no cuentan con un futuro formal de desarrollo educativo continuo, otro gran grupo de médicos generales quienes sus actividades como tales en la iniciativa privada, les ha permitido alcanzar un nivel profesional que les reditúa los beneficios económicos anhelados, y en ese mismo conjunto los hay quienes apenas en la suficiencia de los hechos satisfacen parte de sus necesidades financieras, la mayor parte de ellos con limitadas oportunidades pero también con restringidos esfuerzos en su crecimiento profesional.

Otro grupo de médicos generales que han navegado durante años en ambientes alejados de todo proceso de nuevos aprendizajes formales, satisfacen su aprendizaje con la información de merca-deo que les proporcionan las empresas farmacéuticas. Finalmente, un grupo de médicos generales de egresos recientes y no recientes, desempeñan actividades no relacionadas con los quehaceres médicos. Habrá sin duda muchos de estos médicos, que combinan las actividades médicas referidas con quehaceres no médicos, en ambientes no formales y heterogéneos.

En esta descripción de las ocupaciones del médico general, también es necesario estimar la participación de personas con instrucción universitaria no concluida, en quienes su *modus vivendi* es la práctica de actividades médicas, aun cuando no cuenten con la autorización en los planos legales para el ejercicio profesional formal y más todavía su formación profesional no está concluida. Esta inquietud por conocer de cerca este magno fenómeno, del que su abordaje compete al gremio de la profesión médica, es decir es responsabilidad de las instituciones normativas de salud, igualmente de las instituciones asistenciales y, por supuesto, de las instituciones educativas.

Cuando se mide la magnitud de alguna cosa u objeto, siempre habrá alguna incertidumbre de precisión en los resultados, sin embargo, esos primeros cotejos representan gran utilidad para cualquier punto de partida. Dicho directa y específicamente, en el tema que nos ocupa debemos conocer: ¿cuántos médicos existen en nuestro medio?, ¿cuántos médicos generales se contabilizan?, ¿cuántos médicos especialistas existen?... saber, ¿en cuánto se estima la eficiencia terminal de nuestras escuelas y facultades de medicina?, también saber el número de médicos que ejercen su profesión, los que ya no la ejercen, ¿cómo la ejercen? y finalmente ¿cuántos ya no están?

Esta labor no es nada cómoda, pero se puede obtener una estimación que sea útil, precisamente a través de la cooperación de las instituciones antes referidas, la utilización de los indicadores de los censos estatales y nacionales son otras fuentes informativas. Otros orígenes de datos no oficiales pueden rescatarse desde los registros de las empresas relacionadas con el ejercicio de la medicina como son: los laboratorios farmacéuticos, las empresas de análisis clínicos, las empresas proveedoras de servicios paramédicos como las aseguradoras, etcétera.

En términos de la factibilidad que representa el desarrollo de este análisis, hemos de referir que la disponibilidad de los recursos necesarios para llevarlo a cabo, estos son suficientes, con una alta probabilidad de alcanzar los objetivos señalados. En este razonamiento, podemos decir que esa pretensión tiene altos niveles de factibilidad, dado que los beneficios serían dispersados en varias direcciones y, por ende, tales propósitos se nutren desde varias expectativas.

Otro indicador fundamental que se puede describir en el contorno de la figura de los médicos generales, es la competitividad profesional, que desde el contexto de la capacidad resolutive ofrecen frente a la disipación de problemas de salud, siendo los médicos generales entes profesionales con capacidad solvente.

Los médicos generales en su condición profesional de ser descriptores de ese todo, que puede afectar el cuerpo y mente humana, pueden ser igualmente resolutivos frente a las dolencias generales, incluyendo también las partes aisladas que contemplan por su parte cada una de las especialidades médicas, con sus lógicas restricciones.

Tales compromisos los esgrime cotidianamente en su día a día el médico general, ofreciendo la mejor de sus opciones ante las interrogantes clínicas y sin duda procurando la alternativa médica más conveniente en el plano de la eficiencia profesional y validez económica para los pacientes.

En su evolución profesional cotidiana, el médico general no debe conducirse en forma aislada, siempre es necesario que se mantenga con una actitud y mentalidad de pertenencia de grupo, tanto a una institución educativa como a una institución asistencial también. Las referidas vinculaciones le mantendrán al médico general en un área de coyunturas, donde siempre encontrará el soporte para la mejor orientación en la búsqueda de resoluciones atinadas inmediatas.

Las insuficiencias de conocimientos en el quehacer cotidiano de las personas son muchas y suelen hacerse evidentes cuando uno menos lo espera. En los ambientes profesionales también existen, pero se trata de que sean menos dentro de las disciplinas a las cuales uno se dedica. Para el médico general quien funge como el especialista de todo, resulta complejo el acopiar tales niveles de información y habilidades clínicas, sin embargo, siempre será necesario que disponga de una actitud profesional para plantear una alternativa congruente y expedita. En este momento la pericia del médico general le permitirá que a partir de la instrumentación de sus conocimientos, otorgue a sus pacientes un ambiente de confort profesional, o bien, decida disponer del valioso apoyo que representan las instituciones a las cuales esté ligado o la experiencia de la medicina especializada si ese es el caso.

¿MÉDICO GENERAL POR FRUSTRACIÓN?

Una de las cosas que hace el ser humano desde que nace es aprender, definido esto como un proceso de adquisición de conocimientos, habilidades, valores y actitudes, posibilitado mediante la experiencia, la enseñanza o mediante el estudio orientado hacia un objetivo determinado. Este sería por ahora un complaciente contexto de lo que habitualmente se puede ver como aprendizaje formal, empero, es importante considerar también que el aprendizaje es instintivo; aunque parecen nociones contrapuestas el aprendizaje y el instinto, surgen a la par: este proceso de aprendizaje, en animales de cualquier nivel desde el enfoque de su propia complejidad nerviosa, suele ser instado y controlado por los instintos.

Dicho proceso puede ser abordado y entendido a partir de diversas posturas, esto implica reconocer la existencia de diferentes teorías vinculadas al hecho de aprender. La psicología conductista, por ejemplo, describe el aprendizaje de acuerdo con los cambios que pueden observarse en la conducta de un sujeto. La teoría de Gestalt se refiere a que la configuración de todas las cosas está compuesta de una figura y un fondo, describiendo esto como un proceso permanente que se produce a todo lo largo de la vida de los individuos, ubicado en los planos de la percepción e involucra todos los aspectos de la experiencia. Llevado esto a los terrenos del aprendizaje, la figura serían los objetivos del aprendizaje y el fondo todos los aspectos que influyen sobre el propio aprendizaje. Las personas aprenden básicamente acerca de las figuras en las que concentran su atención, y no tanto en los fondos. La teoría de la Gestalt ha mostrado su aplicación especialmente en el ámbito educativo y en psicoterapia. La aplicación de estas ideas puede llevarse a ejemplos cotidianos como las relaciones entre los individuos. Es factible observar que en cuestionamientos entre dos o más personas, todas las partes tienen

razón, si se aprende a adoptar, aunque sea por el momento, la perspectiva de los demás. A esa cualidad o condición se le llama empatía y es una manera muy saludable de relación con los demás, donde se descubre la factibilidad de romper con un campo perceptible reducido para dar lugar a uno más amplio y mejor constituido.

Retomando a la psicología conductista, aunque no encaja del todo en los nuevos paradigmas educativos por concebir el aprendizaje como un proceso mecánico, poco humano y reduccionista, la realidad es que muchos planes y programas educativos se basan en estas propuestas, considerándolas como la descomposición de la información en unidades, el diseño de actividades que requieren una respuesta y la planificación de refuerzos. En todos los casos el aprendizaje, formal e informal, tiene el mismo propósito y se nutre de muchos elementos igualmente parecidos.

Partiendo de lo que representa el aprendizaje en la vida cotidiana es importante considerar que en las universidades se sustentan las actividades educativas en las propuestas más relevantes y destacadas, y que evidentemente en su experiencia han generado más y mejores resultados en relación con sus objetivos. En ese sentido y con esas bases, en materia educativa la mayoría de los sistemas educativos se utilizan para ordenar, medir y clasificar a los estudiantes, e incluso los primeros resultados obtenidos tienen en mayor o menor intensidad un impacto a largo plazo. Las bajas calificaciones o menores de lo esperado pueden causar frustración grave en un estudiante o, en algunos casos, incluso son detonadores de ansiedad y/o depresión.

En forma simultánea con otras fuentes de apremio en la vida cotidiana de los estudiantes y que los hace mayormente proclives a la frustración, actúan los tiempos, que juegan un importante papel en los resultados. Las actividades cotidianas como los proyectos, reuniones, ensayos, prácticas, audiciones y otras ocupaciones educativas, discurren bajo la presión de los tiempos. A menudo ocurren varios eventos simultáneamente, adicionando efectos de frustración en los estudiantes, quienes enfrentan una carga de trabajo ya de por sí excesiva. De la misma forma si los estudiantes están tomando varias clases difíciles a la vez, las fechas de cumplimiento o entrega de las tareas o trabajos pueden no ser lo puntual que se desearía, es decir, algunos periodos pueden ser especialmente estresantes, y ocasionan disminución del rendimiento académico.

La vida de los seres humanos, particularmente ahora la de los estudiantes, se va moldeando en función a expectativas, interpre-

tadas como hechos que se consideran más probables, deseables o temidos, en la posibilidad de lo que sucederá. Son una serie particular, para cada persona, de suposiciones centradas en el futuro, que pueden o no ser realistas. Un resultado menos ventajoso a lo esperado ocasiona una decepción, al menos en forma común. Si algo completamente inesperado se cuela entre los resultados suele considerarse como sorpresa.

Si bien las expectativas de un estudiante a través de sus actividades educativas, acerca de sí mismo, de sus amigos, familiares, maestros y compañeros, varían de uno a otro, a veces sin pretenderlo, enfrentan unas expectativas muy elevadas, y al no alcanzarlas, eso puede ser una fuente de frustración. Específicamente cuando se entrelazan altas expectativas de plazo con grandes cargas de trabajo. Otra muestra de ello, es cuando los estudiantes esperan una reacción tardía de sus profesores, que les favorezca de frente a los resultados de una evaluación. El hecho de no cumplirse esas expectativas, también puede dar como resultado un aumento en la frustración en los alumnos.

Dado que todos los individuos se desarrollan en el seno de las sociedades, sean éstas grandes, medianas o pequeñas, desde el enfoque de magnitudes, otras perspectivas para ubicar a la frustración pueden ser los aspectos económicos, culturales, de reconocimiento, etc. El caso es que los individuos recorren espacios dentro de grupos a los que pertenecen, pero también esos conjuntos les observan a ellos.

La vida académica de los estudiantes no es la única partida que pudiera ocasionar frustración en ellos. La vida escolar es siempre social y las presiones también acompañan siempre a la vida académica. Estas coacciones incluyen la necesidad de “articularse” y ajustarse a los estilos sociales y desarrollar un sentido de pertenencia. Si la personalidad de un estudiante no se ajusta a las corrientes principales del grupo, esto puede ser un punto de partida de ansiedad y frustración, sobre todo si se carece de aceptación social. El estudiante debe construir redes de apoyo, ya que las presiones sociales siempre pueden ser perturbadoras. Si un estudiante carece de una red de apoyo, la presión social puede ser muy perturbadora.

Estas restricciones que se colocan en el seno del orden social, o del orden económico o tal vez del existir, o incluso de tipo político físico o mental, serán las causas que impidan que se alcancen los objetivos o metas propuestas y al no lograrlas se manifiestan trastornos de orden psíquico expresados clínicamente en forma de frustración o de conflicto.

Cualesquiera que sean los motivos que imposibiliten la satisfacción plena de los impulsos de los estudiantes, la consecuencia en mayor o menor intensidad siempre será el desajuste emocional que se ha de manifestar en forma de frustración o de conflicto produciendo un estado de ansiedad. Tales circunstancias conducen a un estado de defensa y evasión que puede comprometer el desarrollo emocional de los estudiantes, dejando un estado de vacío o de anhelo mal saciado.

Durante el desarrollo vital los seres humanos enfrentan un gran número de obstáculos, de la misma manera durante su recorrido curricular los estudiantes de medicina, sin duda también de otras profesiones, enfrentan una larga carrera llena de barreras que dificultan la concreción de sus expectativas; empero, en ambos casos se va gestando un sentido de madurez.

Cuando los individuos como estudiantes o los estudiantes en su condición de individuos, asumen sus propias limitaciones, se puede decir que están alcanzando una auténtica madurez. De la misma manera cuando ellos aprenden a convivir con sus propias frustraciones gestadas frente a hechos insuperables. Cuando las metas las colocan sobre plataformas reales, discerniendo atinadamente sus fantasías en los terrenos de los sueños, reconociendo que no pertenecen a grupos de superhombres, bajo el principio de que siempre encontrarán personas más grandes o más pequeñas que ellos.

Si nos preguntamos cuantos casos de seres antisociales o personas con lesiones psíquicas de autodestrucción, con personalidades que expresan su agresividad tanto hacia el exterior como hacia el interior, provienen de entornos de frustración, por acontecimientos de la vida que han quedado señalados ya sea por la intensidad de los acontecimientos, o acaso porque se trate de personas psicológicamente más débiles.

Está evidenciado que estos riesgos suelen presentarse con mayor frecuencia en la infancia y juventud, considerando que estos periodos son cuando la personalidad aún no tiene una sólida configuración; sin embargo, a la edad de adultos jóvenes como es el caso de los estudiantes de medicina en los últimos semestres y/o médicos de reciente egreso, también conlleva altos riesgos.

Lo anterior no significa que acontecimientos específicos, como las agresiones, humillaciones, pérdidas, abandonos, deshonoras o quebrantos, producirán traumas de características irreversibles. Resulta lógico que una misma situación afecta de manera diferente a dos o más personas. En la analogía del tema de los estudiantes, un

conflicto en la evaluación académica puede motivar a unos de ellos para incrementar su empeño o modificar sus estrategias de afrontamiento, y puede desmotivar completamente a otros perdiendo la confianza en su capacidad para obtener cosas por ellos mismos.

De experiencias dolorosas habrá personas que aprendan, reflexionen y obtengan conclusiones positivas, haciéndoles más flexibles, tolerantes, condescendientes e incluso maduros y fuertes. Otras, afortunadamente las menos, sin embargo, se vencen, se hunden y no perciben salidas. En realidad, la única manera de conseguir un ajuste personal funcional es mediante la creación de buenos hábitos emocionales.

En relación con la carrera de medicina, las dificultades por las que transitan los alumnos en los diferentes niveles del sistema educativo nos hacen reflexionar sobre la importancia del proceso de aprendizaje y no me refiero únicamente al aprendizaje de los conceptos teóricos, habilidades (o destrezas) propias de la carrera, sino también al aprendizaje de las formas de tolerancia interpersonal, la resistencia al estrés, las estrategias de afrontamiento del fracaso y la frustración, como elementos inherentes al perfil profesional de la propia carrera. Además, la sociedad no perdona a los perdedores sino que frecuentemente los margina, los aplasta, los menosprecia.

Es bien cierto que los principales estresores de la carrera de medicina se encuentran en la participación de los procesos de evaluación y sus resultados, llámense éstos exámenes teóricos o escrutinios de exploración de habilidades (o destrezas). Específicamente hasta que se alcanzan los años últimos de los planes de estudios de la carrera de medicina, las condiciones no suelen ser tan apremiantes; sin embargo, en los últimos semestres, donde se agregan a los ejercicios intelectuales, los esfuerzos corporales que demandan resistencias físicas personales y tenacidades emocionales, para soportar intensas jornadas de convivencia laboral, integrados a grupos médicos y paramédicos, y en contacto directo con enfermos graves, entonces las condiciones de estrés se reproducen. Otros eventos difíciles son el examen profesional y ese mismo año el cumplimiento del servicio social, que plantean condiciones y exigencias diferentes.

Finalmente, en el colofón curricular de la licenciatura de la carrera de medicina, surge uno de los eventos académicos, para muchos, el más importante en la carrera del médico, el Examen Nacional de Aspirantes a las Residencias Médicas (ENARM), evento que definirá de manera contundente el futuro de los médicos generales sustentantes, ya sea por los buenos o malos resultados, o

simplemente por los resultados. Muchos de esos médicos generales proceden de egresos de los años más recientes de la carrera, otros no y de este grupo, una importante proporción tiene el antecedente de haber experimentado ya varias incursiones en este certamen.

Para ingresar al Sistema Nacional de Residencias Médicas, no sólo es necesario acreditar el ENARM; es necesario también alcanzar el puntaje necesario, específico para cada especialidad. Este examen está organizado por el Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua (CEPEC), dependiente de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS). El examen se compone con reactivos que exploran los dominios del médico general, es prototipo específico de los contenidos de los programas académicos de las principales facultades y escuelas de Medicina del país, los cuales a su vez se conforman con los indicadores de la morbilidad y mortalidad que refieren los hitos epidemiológicos y estadísticos nacionales. Explora este examen las aptitudes de los sustentantes para la aplicación de criterios y toma de decisiones médicas y también mide las capacidades para la comprensión de textos presentados en el idioma inglés.

Todas estas son grandes partes que contienen un importante peso desde la visión académica, pero que a la vez de tener opción de respuesta escrita, generan, sin duda, un significativo ambiente de estrés y angustia. En fin, el examen es eso, ciertamente sólo un examen, para algunos esperado desde años previos; tal vez, varios de ellos son egresados bien proyectados en sus expectativas; para otros esta preocupación la han pospuesto hacia el extremo distal de la carrera y otros únicamente participarán porque es el camino natural. Dentro del primer grupo habrá algunos médicos que han sacrificado los peculios de las experiencias y aprendizajes que otorga la práctica del servicio social, vertiéndose en el estudio intenso, previa inversión de sumas considerables en cursos onerosos de algunos meses de duración. Y allí surge la ocasión para emprender una industria, abierta al gremio médico, orquestada y aplicada por empresarios sólo por unos meses, con directrices bien definidas y que por cierto no obliga al costo de gravámenes, pero que da una esperanza a las expectativas del médico general. Su ganancia es mucha, sobre todo en el terreno del aprendizaje de la ciencia médica; la mayoría de los alumnos aprenden lo que no pudieron asimilar en años previos, propuesto en los programas académicos curriculares, y otros asimilan más de esas propuestas. Las otras ganancias... por ahora tal vez sean lo de menos.

Surge la reflexión y crítica de si académicamente es más conveniente preparar a los médicos generales durante unos meses con miras a un examen, en comparación con la formación profesional que brindan las instituciones de salud y educativas en un esfuerzo común para el ejercicio competitivo de la medicina. La pregunta es muy clara, y tiene dos respuestas correctas de las cuatro opciones acostumbradas, en la modalidad de opción múltiple, es decir, es una pregunta regalada, la primera opción correcta sería: es factible motivar en los estudiantes ese interés por el aprendizaje en los escenarios clínicos y la segunda contestación, también buena, se puede contar con la plena disposición de los profesores en los espacios hospitalarios para facilitar el conocimiento.

Tocante al ENARM, en una reciente revisión, se ha encontrado que actualmente en el país se pueden contabilizar 40 cursos de preparación registrados. Trece de esos cursos se dan en el Distrito Federal y los otros veintisiete se desarrollan en catorce ciudades del interior del país. La promoción para la participación en tal o cual curso obedece a muchos factores que oscilan desde el costo, institución, profesores, horarios, duración, vigencia y tal vez el más importante indicador se refiere a los resultados arrojados previamente. Todos ellos son teóricos, aun los que se desarrollan en el seno de los propios hospitales.

El examen se aplica una vez al año, los médicos que se inscriben en cada ocasión cada vez son más; hasta el año próximo pasado fueron treinta y tantos mil, una cifra menor son los sustentantes y una cifra todavía menor fueron los aceptados (entre 23 y 25%). La demanda diferenciada de las especialidades médicas siempre ha sido heterogénea; aunque han surgido especialidades nuevas, siempre las especialidades quirúrgicas y clínicas han tenido mayor preferencia. Este fenómeno hace que en determinadas especialidades se registren más solicitudes de ingreso, por lo tanto también habrá mayor número de rechazados en ellas. Otro fenómeno es que no todos los sustentantes que presentan el examen y lo acreditan ingresarán al sistema, sino que esto depende del puntaje obtenido y la disposición del número de plazas por especialidad, es decir un puntaje bueno en una especialidad, no puede ser tan favorable para otra y pudiera ser poco significativo en una tercera.

Para 2015 el ENARM cumple su XXXIX emisión, teniendo capacidad para 28 600 sustentantes, quienes podrán aplicar su examen en ocho sedes, siete en diferentes ciudades del país y una más en el Distrito Federal. Los sustentantes podrán elegir uno de cuatro

bloques, los que suman 28 especialidades. Si se revisa el comportamiento de los resultados del ENARM en los últimos 6 años, considerando las 28 especialidades ofertadas, en todos los casos las cifras arrojadas en los resultados han demostrado haber mejorado significativamente en los puntajes, fenómeno supeditado a investigar y descifrar la autenticidad de sus motivos. Por otro lado, de las 94 universidades participantes que han registrado alumnos sustentantes en el ENARM, en los últimos seis años, quince de ellas no han sido consistentes en este periodo; sin embargo, los primeros lugares en cuanto a los resultados reflejados, es decir los mejores puntajes, los han mantenido las mismas universidades con una variación casi despreciable.

La capacidad de las instituciones de salud es lo que limita la aceptación de alumnos en cursos de especialización, aun cuando las universidades puedan aumentar su matrícula. Y es que cada plaza requiere un presupuesto, no sólo para otorgar la beca a los residentes, sino para otros gastos como uniformes, alimentación, alojamiento, etc. A pesar del importante aumento en la demanda, las instituciones de salud no han tenido un incremento significativo en las plazas durante los últimos años, a pesar de que los residentes representan un activo utilitario para las labores de atención médica.

Tomando en cuenta los datos previos, considerando la limitada capacidad de las instituciones de salud para albergar a nuevos médicos residentes y considerando que la formación de médicos generales es cada día mayor, resulta que ese remanente de médicos generales aumenta en forma progresiva y genera una preocupación desde la perspectiva económica y profesional para el país. El grupo de egresados que no alcanzan plaza de residente en las instituciones de salud es ya una potencial fuerza política que puede exigir espacios para su formación.

El ENARM es por ahora la única puerta de acceso para disponer de una oportunidad para instruirse en una especialidad médica de una manera oficial y formal. La preparación de los aspirantes en este concurso, se acelera durante los últimos dos años de la carrera en el caso de los estudiantes, o de manera permanente en otros sustentantes de no reciente egreso, orientados ambos casos, primeramente a obtener un exitoso resultado en el referido examen y que tenga contundencia frente al resultado del resto de los sustentantes en el bloque respectivo. Una vez acreditado el ENARM los alumnos han de cumplir otras coacciones para poder quedar considerados como médicos residentes en la institución u hospital que para ello han seleccionado.

Hemos de mencionar que no todas las expectativas de los sustentantes son alcanzadas, ya que en este momento entran en juego otras circunstancias desprendidas de los intereses de las propias instituciones, entre las cuales se encuentran los antecedentes del entronque educativo previo con la institución que se trate, el rendimiento académico y algunos otros contextos que tienen las instituciones. Éstas se reservan el derecho de integrar un grupo de nuevos médicos residentes que sea homogéneo, que por sus características personales, psicológicas y curriculares, además de estar dotados con alta potencialidad resolutive frente a las vicisitudes de los escenarios clínicos, sus acciones invariablemente tengan un sentido sumatorio en armonía con los objetivos institucionales.

Existen instituciones que varios meses antes de que sean publicados los resultados del mencionado examen, ya disponen de un grupo de aspirantes que responden a las necesidades de sus servicios. Mientras tanto la mayoría de los médicos generales sustentantes del ENARM, navegan en la tarea para estructurar hipotéticamente una serie de suposiciones, centradas en el futuro cercano, con un sentido más realista sobre las posibilidades esperadas en función de sus perfiles. Aun con la disposición de tales cautelas, las cosas no en todos los casos resultan tan favorables para los médicos aspirantes a la residencia médica de que se trate, aunque tenga asegurado un lugar por el exitoso resultado en el ENARM, las posibilidades de colocarse no resultan tan congruentes con sus expectativas, generando un conflicto de decisión, considerando entre ellas la posibilidad de no aceptar las ofertas disponibles.

Se puede considerar que dentro del horizonte de este recorrido, los sustentantes han tenido la oportunidad de fortalecer sus conocimientos, sus habilidades y valores, lo que les permite plasmar mejor su creatividad y talentos. Para entonces disponen de nuevos recursos de motivación, aun considerando todos los mecanismos estresores que representa la participación en el referido escrutinio. Ahora, los médicos generales sustentantes independientemente de los resultados alcanzados, han logrado instrumentarse en el bagaje del reciente aprendizaje; de la misma forma la planeación de nuevas estrategias para el acomodo de las rutinas que han de venir, los cambios y empeños de la vida personal, sin dejar de considerar la planeación económica y los arreglos al interior de la dinámica familiar. Sin embargo, por otro lado, aunque muchos lo han considerado, la magnitud de las consecuencias frente al fracaso, muchas veces rebasa las capacidades de los alumnos aun echando mano de

los recursos disponibles para tales adversidades. Frente a estas adversidades surgen los desgastes en la esfera emocional.

En este momento el médico general desde su plataforma profesional debe identificar la magnitud de la negación y las dimensiones del fracaso. Considerando sus circunstancias personales, frente a las oportunidades de participación en el mencionado escrutinio de conocimientos, habrá quienes ya han agotado el máximo de las participaciones reglamentadas y para otros tal vez sea su primera incursión. En este sentido las consecuencias seguramente han de ser de magnitudes desiguales. La potencialidad de cada individuo de frente al fracaso es particularmente única y la respuesta ante este conflicto también será de características exclusivas. El estado emocional de decepción, desarrollado en los médicos generales al verse impedidos por el resultado del ENARM, la psicología lo tipifica como frustración por barrera. Tal estado emocional puede caracterizarse por tristeza o depresión cuyas intensidades dependerán de la propia intensidad de la frustración.

Aunque el psicoanálisis confirma que no todas las frustraciones son conscientes, por lo menos el origen de éstas sí recae en la esfera emocional de la conciencia. La frustración de los médicos generales ante el ENARM implica una intensa descarga emocional que puede convertirse en causa de neurosis, o por lo menos en factor desencadenante de la misma. Cuando la frustración se traza en el plano consciente, normalmente es aceptada y no constituye un elemento distorsionador de la personalidad. Una frustración derivada del tema que tratamos crea un estado vivencial de fijación a la propia situación frustrante.

El médico general frustrado se tornará sumamente sensible a todos los planteamientos que le recuerden su malogro, experimentará angustia al ubicarse en similares circunstancias en las cuales fracasó, es decir al quedar fuera de la consideración del CEPEC y pensará ver por doquier el mecanismo de la misma situación, lo cual producirá una existencia introvertida, con poco riesgo con el propósito de no ver repetida la vivencia frustrante. Empero, por otra parte, el médico general, del caso que nos ocupa, alimenta la necesidad imperiosa de superar la mencionada frustración, por lo que, desde un enfoque ambivalente, percibe la atracción y angustia hacia el origen de su frustración. Entonces se percibe fijado a su infortunio porque desea superarlo.

Ante tales dimensiones la neurosis que se pudiera concebir en los médicos generales a partir de los resultados del ENARM, es un

constructo de la conducta, con enfoque eminentemente defensivo de los ambientes frustrantes y que de un modo simbólico intenta compensar, en este caso al aspirante de ese deseo que no logró concretar. El desarrollo descriptivo contempla el compromiso de un individuo, sin embargo, la frustración puede ser sufrida por un grupo, una sociedad o una nación. De la misma forma que entre los individuos, los grupos también pueden reaccionar de manera diversa. En todos los casos las frustraciones experimentadas, ya sea en grupos sociales, en tiempos determinados, han condicionado actuaciones sucesivas y de la misma forma que en el individuo, se generan efectos y consecuencias de la frustración en tales grupos.

De la misma forma en una nación un sentimiento de frustración conduce a crear planteamientos para lograr la superación. Muchos de esos casos de desilusión en su trayecto profesional crean mecanismos de defensa como amortiguadores emocionales, para no sentir el rigor de la frustración ante sus similares, aduciendo no haber participado en el suceso académico competitivo. Surgen otras reacciones ante el fenómeno de frustración, las cuales aparecen principalmente para cambiar o extinguir aquello que produce este declive: tal vez la primera que surge es la agresión contra todo lo que tenga que ver, en este caso, con el ENARM, por cierto no es la más válida, ya que no hará que desaparezca la frustración. Otra es cuando el médico general trata de huir de su ambiente de frustración, que tampoco es buena recomendación. Una tercera reacción es cuando el médico general crea una alternativa de sustitución, por cierto la más apropiada para enfrentar la frustración. Se trata de que sustituya la situación que le está incomodando por alguna otra que no le produzca tales sentimientos.

El médico general que sustenta un examen de promoción para el incremento de conocimiento, revela en su actitud la inconformidad con lo que tiene en materia de su profesión y no porque lo que dispone sea malo, sino porque concientiza que es insuficiente y en toda ocasión ante esta inquietud todo esfuerzo siempre será bien compensado. Los médicos generales sustentantes del ENARM deben contar con la suficiente información para definir mejor la toma de decisiones. Es muy recomendable contar con alternativas por si los resultados del ENARM no son los esperados. Es bueno adecuar las expectativas en relación con la actuación de otras personas o reacciones tardías de los mismos; si espera menos, se expondrá menos. Sin embargo, que las metas no sean tan bajas pues se corre el

riesgo de alcanzarlas. También considerar que si uno no se fija sus propias metas, iacabará trabajando en las metas de alguien más!

El médico general, como todos los profesionales, debe desarrollar una visión sistémica, que le permita analizar las situaciones en forma simple y que a la vez le facilite considerar todos los elementos involucrados. Frente a estas condiciones de competitividad como lo es el ENARM es sano considerar los resultados adversos y en esos casos, aceptar los resultados contraproducentes, muchas veces tales resultados terminan siendo mejor que lo que se deseaba sucediera, es bueno actuar con resiliencia. En la vida profesional de los médicos generales es recomendable detectar y deshacerse de los patrones de conducta que le saboteen, desplegando conductas nuevas y congruentes con sus expectativas.

En respuesta a un ENARM de triste resultado, el tomar decisiones impulsivas, derivadas de consejos u opiniones de otros, quienes desconocen sus necesidades no parece ser una buena acción. Los resultados adversos que generan frustración, siempre brindarán la oportunidad de aprendizaje, tomarla con humildad permite crear intereses varios, los cuales giran en torno a otras disciplinas, no necesariamente la médica, considerando que toda valoración es relativa, uno es quien le asigna el significado. Finalmente, debe recordarse que todas las cosas que giran en torno al hombre no son permanentes y sí transitorias, un poco de desapego a la realidad nunca hace daño a nadie. Si se contrasta el número de médicos generales que lo son por vocación con los que lo son por frustración, este último grupo constituye una abrumadora mayoría. Esto significa la necesidad que como sociedad tenemos para actuar a favor de este grupo y ofrecer alternativas que permitan su incorporación armónica a la sociedad, preferentemente satisfechos con el desempeño de su trabajo.

¿MÉDICOS GENERALES COMPETENTES Y SUFICIENTES

para el modelo de atención, necesidades de salud
y demandas de la población mexicana?

8

Aspectos generales, primeras interrogantes y algunas respuestas

63

En México, generación tras generación, año con año y sexenio tras sexenio, independiente del gobierno o partido en el poder, orientación política, situación económica, educación general y políticas de salud, surge la inquietud de si ¿se ha hecho lo necesario para formar los médicos que el país requiere, de acuerdo con el avance científico y tecnológico de la medicina? y si las instituciones públicas de salud ¿han evolucionado a la par del cambio demográfico, cantidad y calidad de puestos de trabajo y adecuado su infraestructura y personal, a las necesidades y demandas de salud de la población mexicana?

No hay una solución fácil y la respuesta a estas interrogantes tampoco es directa, si antes no se hacen algunas consideraciones del porqué de la situación actual, por lo que es indispensable analizar en forma somera las reformas del sector salud y la evolución del modelo de atención en México. Aunque ya se aludió previamente a las reformas, conviene aquí recordarlas.

Primera generación de reformas

Creación en 1943 de tres instituciones de salud, el Ministerio de Salud (actual Secretaría de Salud), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y los Institutos Nacionales de Salud (Instituto Nacional de Pediatría). Cambio radical en el perfil epidemiológico de la población (1940-1970), con un modelo polarizado retardado en el que se traslapan enfermedades emergentes similares a las de los países de altos ingresos, y un remanente de las enfermedades de los países de bajos y medianos ingresos.

Segunda generación de reformas

En la década de los años 1970 se dio gran impulso a la toma de decisiones con base en evidencias emanadas de normas administrativas, políticas de salud y resultados de investigaciones científicas en epidemiología y salud pública. En 1987 se creó el Instituto Nacional de Salud Pública a fin de dar impulso a estas iniciativas; sin embargo, desde 1982 ya se había implementado una política de contención de costos, lo que frenó el incipiente desarrollo institucional, mermando la cantidad y calidad de los servicios institucionales de atención a la salud, falta de actualización en infraestructura y equipamiento, y sobre todo, aumento en el costo de intervenciones curativas. Además en 1983 se expidió la nueva *Ley general de salud* en la cual se estableció el derecho de cada persona a la protección en su salud y justificó el fortalecimiento del modelo de atención primaria.

Tercera generación de reformas

En la década de los años 1990 coincidió con una gran cantidad de reformas e innovaciones internacionales a nivel de políticas de salud, como la separación del financiamiento de la provisión de los servicios (en México se fortaleció la base financiera del IMSS), estímulo de la competencia y accesibilidad de los servicios proporcionados, evaluación de las intervenciones de salud con diseño de paquetes costo-efectivos; implantación de programas de mejoría continua de la calidad y aumento de la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones. Se completó la descentralización de los servicios de salud para los no asegurados con autorización de la Secretaría de Salud y se implementó un programa de extensión de cobertura con foco en grupos marginados de las áreas rurales, consistente en 12 intervenciones básicas.

Evolución del modelo de atención en México

El modelo de atención a la salud con bases en los objetivos de Alma Atta (“Atención primaria y salud para toda la humanidad en el año 2000”), se formuló en 1978, se propuso para ser organizado e implantado en todos los sistemas de salud del mundo, pero particularmente para los países de bajos y medianos ingresos.

El diagnóstico de la OMS en el año 2000 identificó que no se habían cumplido los objetivos inicialmente planteados en 1978 en

Alma Atta. Esto fue factible a través de la estrategia y metodología de evaluación del “Desempeño de los Sistemas de Salud” a nivel mundial. En varios de los países de bajos y medianos ingresos, se encontraron obstáculos relacionados con poco compromiso en políticas de salud e insuficiente inversión de recursos, particularmente de tipo económico monetario presupuestal y de personal. A partir de los resultados de esta evaluación, se elaboraron nuevas metas derivadas de la propuesta general de llegar a la “Cobertura sanitaria universal”, involucrando a otros organismos internacionales responsables de la seguridad y salud mundial (ONU, OPS).

En México antes de esta fecha perentoria, era secretario de salud el doctor Jesús Kumate Rodríguez (1995-2000) quien con su grupo de trabajo logró grandes avances sanitarios y de salud (en concordancia con los postulados de Alma Atta y el modelo de atención primaria), particularmente en las 12 intervenciones básicas descritas en la tercera generación de reformas del sistema nacional de salud.

En el año 2000 bajo el mando del nuevo secretario de salud, doctor Julio Frenk Mora (2000-2005), se realizó la evaluación en México del “Desempeño del Sistema Nacional de Salud”, encontrando resultados similares y concordantes con la evaluación efectuada por la OMS. De esta forma, el doctor Frenk se dio a la tarea de instrumentar toda la normatividad y reformas legislativas requeridas para llegar ulteriormente a la “Seguridad Universal”.

A la fecha, y después de que la Secretaría de Salud de México se ha adherido o suscrito a los diferentes convenios y objetivos internacionales:

- OMS. *Informe de Salud en el Mundo 2000*
- OMS. *Cobertura Sanitaria Universal*
- ONU. *Objetivos de Desarrollo del Milenio*
- ONU/OMS. *Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la Salud*
- OMS/OPS. *Salud en América*

se ha llegado a la primera etapa en la implementación del Sistema de Protección Social en Salud-*Seguro Popular* (con fundamento legal en el decreto presidencial publicado el 15 de mayo de 2003 en el *Diario oficial de la Federación*).

Hasta el momento, vía evaluación del impacto del Seguro Popular (realizada en forma independiente del gobierno federal, aunque con fuentes de información y bases de datos publicados oficialmente por

las instituciones públicas y paraestatales de salud), se han identificado varios obstáculos en su implantación, la mayoría de ellos derivados de la gran demanda de servicios, infraestructura deficiente (falta de unidades médicas nuevas, carencia o deficiencia de material e instrumental y equipo médico) e insuficiente personal para la atención de la salud.

Por otro lado, se ha identificado también desvío o mal uso a nivel estatal, de los recursos financieros-monetarios destinados por el gobierno federal. Con todo ello, se espera que en 2015 se realice la “Gran Reforma del Sector Salud”, y con esto, la apertura para el fortalecimiento de la infraestructura, mayor inversión financiera y mayor número de plazas de trabajo para médicos generales, mejorando la distribución del personal de salud en todas las regiones de la República Mexicana, especialmente en sitios con mayor carencia y marginación de servicios sanitarios y de atención médica.

Resultados similares en cuanto al impacto del Seguro Popular, se obtuvieron a través de evaluación de la Política de Desarrollo Social, denominada “Evaluación Estratégica de Protección Social en México” efectuada en 2012 por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, con apoyo técnico del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, y con comentarios y sugerencias del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), IMSS-Oportunidades, Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Marina, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Salud y Secretaría del Trabajo y Previsión Social, para su realización.

La conclusión general de esta “Evaluación Estratégica de Protección Social en México”, es la posibilidad de agrupar en cuatro dimensiones algunos de los riesgos principales que afectan o vulneran el consumo de las personas a lo largo de su vida y que deben ser el objeto de un sistema de protección social en México:

1. La primera se refiere a la falta de acceso a los servicios de salud; ésta, además de que repercute en las condiciones de salud de los individuos, incide en el gasto de bolsillo
2. Otra dimensión es la asociada al trabajo, en la que el desempleo, la desocupación y subocupación, así como el periodo de licencia posparto y la carencia de estancias o guarderías para los niños que les permitan a los cuidadores de éstos continuar trabajando, tienen efecto en el ingreso de los hogares
3. La tercera alude a pensiones por orfandad, la discapacidad temporal o permanente, la viudez y la vejez

4. Por último, la cuarta tiene que ver con ingresos insuficientes o menores que la Línea de Bienestar Económico

De la dimensión relacionada con la salud (*Acceso a los servicios de salud*), se menciona que el sistema de salud mexicano tuvo logros importantes entre 2006 y 2011. Entre éstos destacan las siguientes conclusiones y recomendaciones:

Conclusiones. El gasto total en salud del gobierno federal creció 34.1% entre 2006 y 2011, al aumentar de 314 409.1 a 421 682.7 millones.

- La afiliación al Seguro Popular y al Seguro Médico para una Nueva Generación creció de manera pronunciada en los últimos años. La población afiliada por el primero aumentó de 15.7 millones de personas en 2006 a 51.8 millones en 2011, mientras que la del segundo pasó de 819 400 personas afiliadas en 2007 a un total acumulado de 1 519.30 miles de personas en 2011. Esto representa un paso importante hacia la universalización de la cobertura en salud
- La población afiliada al Seguro Popular es proporcionalmente mayor en los deciles de menores ingresos
- La población con carencia por acceso a la salud, de acuerdo con la medición de pobreza del CONEVAL, disminuyó nueve puntos porcentuales: de 40.8 en 2008 a 31.8 en 2010

Recomendaciones. Considerando el diagnóstico de los riesgos asociados al acceso a la salud, se recomienda analizar la integración de un sistema nacional de servicios de salud:

- El objetivo central debe ser la universalidad del derecho a la salud, es decir, atención a la salud para todos los mexicanos de forma equitativa
- Hacer hincapié en la atención primaria. El sistema debe incorporar medidas preventivas y promover que la resolución sea susceptible de ocurrir en este nivel de atención
- Fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud
- Implementar un programa nacional de prevención y detección oportuna (integrar Prevenimss, Prevenissste, Línea de Vida y Consulta Segura)
- Estar financiado con impuestos generales y utilizar la infraestructura pública y privada conforme al cumplimiento de requerimientos legales

- Implementar las acciones que reduzcan el diferimiento de cirugías y consultas observado en el país
- Ser portable en términos geográficos e institucionales, mediante la adscripción inicial de toda la población a unidades de primer nivel de atención a la salud y eventual libertad de elección, con un padrón único de beneficiarios y un expediente clínico electrónico
- Para avanzar en el expediente clínico electrónico, se sugiere, entre otros, estandarizar la información de los pacientes y de clínicas, así como desarrollar normas para la generación y clasificación de su uso en ámbitos de salud pública, investigación, seguimiento y continuidad de la atención, además de contención de costos.

68 Panorama general de salud de la población mexicana

Fundada en 1961, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) agrupa a 34 países miembros y su misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo. La OCDE se ha constituido actualmente en uno de los foros mundiales más influyentes, en el que se analizan y establecen orientaciones sobre temas de relevancia internacional como economía, educación, salud y medio ambiente. Los países miembros se comprometen a aplicar los principios de liberalización, no discriminación, trato nacional y trato equivalente. El principal requisito para ser país miembro de la OCDE es liberalizar progresivamente los movimientos de capitales y de servicios. México es miembro de esta organización internacional desde el periodo gubernamental del presidente Carlos Salinas de Gortari.

Dados sus objetivos generales de:

- Contribuir a una sana expansión económica en los países miembros, así como no miembros, en vías de desarrollo económico
- Favorecer la expansión del comercio mundial sobre una base multilateral y no discriminatoria conforme a las obligaciones internacionales
- Realizar la mayor expansión posible de la economía y el empleo y un progreso en el nivel de vida dentro de los países miembros, manteniendo la estabilidad financiera y contribuyendo así al desarrollo de la economía mundial.

El último de ellos tiene que ver con el nivel de vida. Si éste se interpreta como calidad de vida y se lo relaciona con las Políticas de Protección de Desarrollo Social, se entiende y se justifica el interés de la OCDE en realizar estadísticas básicas del país miembro, con el fin de entender la magnitud de su población, sus características demográficas, laborales, económicas y de salud (Cuadro 8.1).

Es precisamente por este interés que se llega a conocer consultando las fuentes y bases de datos de la OCDE, que el gasto total en

Cuadro 8.1. Datos para México a partir de estadísticas de salud de la OCDE 2014.

Estadísticas de salud	México		Promedio de la OCDE		Clasificación entre países de la OCDE*
	2012	2000	2012	2000	
Nivel de salud					
Esperanza de vida al nacer	74.4	73.3	80.2	77.1	34 de 34
Esperanza de vida al nacer, hombres (años)	71.4	70.5	77.5	74.0	33 de 34
Esperanza de vida al nacer, mujeres (años)	77.3	76.1	82.8	80.2	33 de 34
Esperanza de vida a los 65, hombres (años)	16.7	16.5	17.7	15.6	28 de 34
Esperanza de vida a los 65, mujeres (años)	18.6	18.4	20.9	19.1	31 de 34
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares (tasas normalizadas según la edad por cada 100 000 habitantes)	272.9	298.1	296.4	428.5	14 de 34
Mortalidad por cáncer (tasas normalizadas según la edad por cada 100 000 habitantes)	125.1	140.2	213.1	242.5	34 de 34
Factores de riesgo para la salud (de conducta)					
Consumo de tabaco entre los adultos (% de fumadores habituales)	11.8	12.9	21.0	26.0	34 de 34
Consumo de alcohol entre los adultos (litros per cápita)	5.7	5.1	9.0	9.5	32 de 34
Tasas de obesidad entre los adultos, informada por ellos	----	----	15.4	11.9	----
Tasas de obesidad entre los adultos, medida (%)	32.4	24.2	22.7	18.7	2 de 16
Gasto en salud					
Gasto en salud como % del PIB	6.2	5.0	9.3	7.7	32 de 34
Gasto en salud per cápita (US\$ PPC)	1048	497	3484	1888	33 de 34
Gasto en fármacos per cápita (US\$ PPC)	70	97	498	300	33 de 33
Gasto en fármacos (% del gasto en salud)	6.8	19.9	15.9	17.9	32 de 33

Continúa en la página siguiente

Cuadro 8.1. Datos para México a partir de estadísticas de salud de la OCDE 2014 continuación

Estadísticas de salud	México		Promedio de la OCDE		Clasificación entre países de la OCDE*
	2012	2000	2012	2000	
<i>Nivel de salud</i>					
Gasto público en salud (% del gasto en salud)	50.6	46.6	72.3	71.4	32 de 34
Desembolsos en efectivo para atención médica (% del gasto en salud)	45.2	50.9	19.0	20.5	1 de 34
<i>Recursos para la atención de la salud</i>					
Número de médicos (por cada 1 000 habitantes)	2.2	1.6	3.2	2.7	31 de 34
Número de enfermeras (por cada 1 000 habitantes)	2.6	2.2	8.8	7.5	33 de 34
Camas de hospital (por cada 1 000 habitantes)	1.6	1.8	4.8	5.6	34 de 34

* Nota: los países están clasificados en orden de valores descendente.

Si desea mayor información sobre OECD Health Statistics 2014, visite www.oecd.org/health/healthdata. Para mayor información sobre el trabajo de la OCDE en México, visite www.oecd.org/mexico

salud en México representó 6.2% del PIB en 2012, el cual se cuenta entre los porcentajes más bajos de los países de la OCDE (sólo Estonia y Turquía gastan menos) y muy inferior al promedio de la OCDE de 9.3%. Desde 2004 se ha ampliado mucho la cobertura de salud para la gente pobre y los no asegurados, la participación pública en el financiamiento de los servicios de salud en México se ha incrementado en 10 puntos porcentuales para situarse en 50% en 2012. Esta cifra sigue siendo una de las más bajas entre los países de la OCDE (donde el promedio es de 72%); además, cerca de la mitad de todo el gasto en salud en México es pagado directamente por los pacientes.

La evolución del gasto en salud de México ha seguido la tendencia general de los países de la OCDE desde 2004. Después de la caída en el gasto de los hogares en 2011, a raíz de la depresión económica en México, hubo un incremento importante en el gasto en salud en 2012; sobre todo en el sector hospitalario. En OECD Health Statistics 2014 también se muestra que la oferta de trabajadores de la salud en México ha aumentado en la última década, pero sigue siendo baja conforme a las normas de la OCDE. La cantidad de médicos per cápita se ha incrementado desde el año 2000, pasó de

Cuadro 8.2. Tendencia del gasto en salud (% PIB).

Años	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Médicos/ 1 000 hab	1.6	---	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.1	2.2
Gasto Salud (Part. Publ.) % PIB	2.5	2.6	2.6	2.6	2.7	3.1	2.9	2.9	3.1

1.6 médicos por cada 1 000 habitantes en 2000, a 2.2 en 2012; pero sigue siendo inferior al promedio de la OCDE de 3.2.

El Cuadro 8.2 muestra la tendencia que ha tenido el gasto en salud (% PIB) y el número de médicos por 1 000 habitantes, desde el año 2000 al 2012. Llama la atención que del gasto total en salud en 2012 que fue de 6.2% PIB, 50% es de participación pública (3.1) y 50% privada (2.1). En comparación, la OCDE fue en 2012 de 9.3% PIB (público 72% y privado 28%).

Promedio OCDE 2012: Médicos /1000 habitantes = 3.2

Promedio OCDE 2012: Gasto en salud %PIB = 9.3 (6.7 participación pública y 2.6 privada)

¿Cuántos médicos se requieren para la población creciente de México?

Se puede aventurar una respuesta con cierto conocimiento del tamaño actual de la población mexicana y el crecimiento proyectado para las siguientes décadas, resultado de programas y estudios elaborados con base en las políticas de salud y las necesidades o demandas de formación de médicos por las escuelas y facultades de medicina. Las estadísticas oficiales que nos acercan más a la realidad de nuestro país es la elaborada por la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

La información de mayor utilidad es la elaborada por el SINAIS de la cantidad de médicos distribuidos según actividad o especialidad, y particularmente aquellos que están en contacto directo con los pacientes, de tal forma que con base en estos datos se pueden elaborar proyecciones y cotejar las cifras para comparar con la

cantidad de médicos formados por las escuelas o facultades de medicina. En otras palabras, se llega con bases firmes a conocer el tan mencionado equilibrio *oferta–demanda* de trabajo médico, donde la oferta es variable directa de las escuelas y facultades de medicina, y la demanda inherente a las instituciones de salud públicas y privadas que requieren médicos para ocupar puestos de trabajo y proporcionar los cuidados de salud que necesitan y demandan los pacientes derechohabientes y de población abierta.

En la serie de datos publicada por el SINAIS para 2000–2007 de médicos generales en contacto con pacientes, se puede observar que a nivel nacional en el año 2000 eran 37 619 y 46 901 para 2007, es decir, hubo un incremento en 7 años de 9 282 médicos (25%). También se observa que 22 135 atienden población derechohabiente y 24 776 a no derechohabientes, casi la mitad del total nacional laborando en instituciones paraestatales públicas (IMSS, ISSSTE, Pemex, Semar, Sedena, Etatal) y la otra mitad atendiendo a población abierta (IMSS-Solidaridad, IMSS-Oportunidades, SSA) (Cuadro 8.3)

Con una mirada de mayor alcance y durante un espacio mayor de tiempo (1995-2012), considerando a médicos generales y médicos especialistas, en contacto o no con pacientes, de instituciones públicas del país, se tiene lo que se muestra en el Cuadro 8.4.

- Para 20012 había 203 688 médicos a nivel nacional, correspondiendo 58 927 a médicos generales y 84 792 a médicos especialistas
- Llama la atención un número mayor de médicos especialistas que de médicos generales (25 865), es decir 44% más
- Cabría esperar según el modelo de atención primaria, que el número mayor de médicos fuera el de médicos generales (óptimo 80% para médicos generales y 20% para médicos especialistas)
- Esta inversión en el número de médicos (más especialistas que generales), para un modelo de atención primaria, habla del predominio de la atención al daño y no a su prevención, privilegiando en el país la prevención secundaria y terciaria, en menoscabo de la prevención secundaria, explicando de esta forma el incremento en los costos y saturación de servicios de atención médica en hospitales de 2º y 3er niveles (generales de zona y de especialidades).

Como es del conocimiento general en materia de salud pública de poblaciones, gran parte del patrimonio familiar se pierde

Cuadro 8.3. Sistema nacional de salud, personal médico por institución 2000-2007.

Institución	Médicos generales en contacto con paciente							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nacional	37 619	37 113	37 251	37 093	37 854	41 645	43 982	46 901
Población no derechohabiente	15 286	15 528	15 870	16 582	18 232	20 566	22 333	24 776
SSA ^a	14 694	15 062	15 767	16 146	17 769	18 278	19 980	22 436
IMSS-Solidaridad IMSS-Oportunidad ^b	336	336	76	412	412	2 194	2 217	2 198
Otros ^c	256	130	27	24	51	94	136	132
Población derechohabiente	22 333	21 585	21 381	20 501	19 622	21 079	21 649	22 135
IMSS ^d	15 123	15 278	15 050	15 190	13 844	15 162	16 070	16 173
ISSSTE	4 744	3 728	3 792	3 218	3 599	3 756	3 760	3 784
Pemex	896	900	926	543	543	543	543	716
Sedena ^e	409	468	444	334	335	335	nd	nd
Semar ^f	207	248	192	217	217	217	217	338
Estatal ^g	943	963	977	1 009	1 084	1 066	1 059	1 124

^a Incluye información de la Secretaría de Salud del DF y de los Institutos Nacionales de Salud en el 2000.

^b Incluye información de 259 médicos de nivel delegacional en 2001.

^c Información de Hospitales Universitarios. Además de 2000-2002 del Hospital Niño Poblano. En 2005-2007 no incluye sector privado ni Cruz Roja.

^d El total no incluye dos médicos no especificados por entidad federativa en el 2000.

^e No incluye médicos generales y especialistas de funciones administrativas, en cursos y a disposición de la Dirección General de Sanidad.

^f Incluye 14 médicos pasantes y 58 internos de pregrado en 2001.

^g Incluye información del Sistema de Transporte Colectivo (Metro).

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)

73

o diluye cuando uno o más miembros tienen la mala fortuna de desarrollar una enfermedad muy rara (llamada huérfana), o cuando se enferman de algún padecimiento crónico-degenerativo o neoplásico, pues al no estar asegurados, generan “gastos catastróficos” que los integrantes de un núcleo familiar tienen que afrontar con sus exiguos o nulos recursos, lo que en términos fármaco-económicos se conoce como *gastos de bolsillo*.

Al no estar asegurada esta población marginada, acude en primera instancia al Seguro Popular o a consultorios y clínicas particulares para solucionar su problema de salud. Derivado de lo anterior, es importante conocer la cantidad de médicos generales y especialistas que laboran en puestos de trabajo de las instituciones del sector

Cuadro 8.4. Personal médico en instituciones públicas de salud según especialidad, serie anual de 1995 a 2012

Años	Total	Total	Médicos generales	En contacto directo con pacientes		
				Médicos especialistas		
				Total	Gineco-obstetras	Pediatras
1995	119 433	101 674	31 991	44 513	5 319	5 490
1996	123 114	104 414	32 534	46 617	5 388	5 661
1997	129 031	109 755	32 502	48 167	5 581	5 846
1998	132 831	112 913	34 418	50 364	5 980	6 165
1999	135 159	114 845	35 782	51 919	6 103	6 305
2000	140 629	119 512	37 619	53 773	4 511	5 400
2001	142 765	121 654	37 113	54 222 ^c	6 363	6 648
2002	143 565	122 166	37 256	55 053 ^d	6 516	6 728
2003	153 605	123 522	37 093	53 646	6 558	6 916
2004	151 139	132 176	37 854	59 955	7 065	7 329
2005	155 880	141 050	41 310	67 190	6 224	7 604
2006	164 329	149 138	43 982	72 817	7 703	8 000
2007	171 193	153 597	46 901	71 173	8 064	8 293
2008	177 837	159 949	48 679	73 987	8 421	8 591
2009	186 289	167 239	51 107	77 054	8 924	9 056
2010	188 909	170 144	52 752	79 055	8 738	9 277
2011 ^e	202 461	183 021	57 961	84 670	9 102	9 966
2012 ^e	203 688	183 889	58 927	84 792	9 694	10 003

^a Comprende pasantes de odontología, internos de pregrado y residentes.

^b A partir de 1991 incluye cirujanos, internistas y otros especialistas.

^c Incluye 394 médicos no desglosados por especialidad.

^d Incluye 49 médicos no desglosados por especialidad.

^e Se presentan las cifras que reportó la fuente, aun cuando las sumas de los parciales no coinciden con los totales. Fuente: Elaboración INEGI. Obtención de datos, para 1995 a 2002: SSA. Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. México, DF.

Para 2003 a 2012: SSA. Boletín de Información Estadística. Recursos Físicos, Materiales y Humanos. México, DF.

privado. Asimismo, con el propósito también de conocer toda la planta laboral de médicos mexicanos, tanto generales como especialistas de los sectores público y privado, a fin de identificar, finalmente, el tamaño total de la demanda médica en México (Cuadros 8.5 y 8.6).

Al analizar los Cuadros 8.5 y 8.6 (médicos en nómina y de régimen especial que laboran en establecimientos particulares de salud según especialidad) y si se contabiliza a manera de ejemplo sólo los médicos directamente en contacto con pacientes en 2012, se iden-

Médicos especialistas		Residentes ^a	Pasantes	En otra labor
Odontólogos	Otros ^b			
7 517	26 187	10 703	14 463	17 759
7 767	27 801	10 503	14 760	18 700
8 148	28 592	9 900	19 186	19 276
8 449	29 770	9 473	18 658	19 918
8 764	30 747	9 408	17 736	20 314
8 921	34 941	12 146	15 974	21 117
8 973	31 844	13 359	16 960	21 111
9 077	32 683	13 033	16 824	21 399
7 042	33 130	22 199	10 584	30 083
7 270	38 291	22 236	12 131	18 963
6 893	46 469	21 104	11 446	14 830
7 527	49 587	22 437	9 902	15 191
7 943	46 873	25 623	9 900	17 596
8 539	48 436	26 884	10 399	17 888
8 959	50 115	28 701	10 377	19 050
9 969	51 071	28 113	10 224	18 765
10 025	55 577	28 503	10 075	19 440
10 279	54 817	29 851	10 321	19 799

tifica un número total en este sector de 11 296 médicos generales y 60 469 médicos especialistas; es decir, se repite el patrón ya observado en el sector público donde predominan los médicos especialistas. En este caso el predominio en el sector privado es abrumador, ya que por cada médico general existen de 5 a 6 médicos especialistas. Obviamente, las conclusiones tanto para el sector público como para el privado, son las mismas (ver conclusiones derivadas del Cuadro 8.4).

Cuadro 8.5. Personal médico en nómina que labora en establecimientos particulares de salud según especialidad.

Años	Total	En contacto directo con pacientes									Médicos en otras labores
		Total	Médicos generales	Médicos especialistas				Residentes	Pasan-tes	Odon-tólogos	
				Total	Gineco-obste-tras	Pedia-tras	Otros ^a				
2001	10 977	10 689	3 938	5 426	933	792	3 701	751	322	252	288
2002	11 694	11 364	3 901	5 409	932	798	3 679	832	998	224	330
2003	10 980	10 686	3 760	5 582	913	765	3 904	796	349	199	294
2004	10 133	9 881	3 729	4 844	846	683	3 315	838	293	177	252
2005	11 485	11 178	3 985	5 832	920	802	4 110	846	302	213	307
2006	11 693	11 368	4 079	5 799	924	793	4 082	971	310	209	325
2007	12 303	11 979	4 358	6 015	845	850	4 220	1 027	356	223	324
2008	12 612	12 354	4 416	6 468	1 032	870	4 566	919	336	215	258
2009	12 754	12 454	4 440	6 484	1 027	900	4 557	978	335	217	310
2010	13 480	13 175	4 536	7 024	1 117	965	4 942	1 016	359	240	305
2011	12 660	12 294	4 325	6 261	995	855	4 411	1 043	415	250	366
2012	13 340	12 978	4 335	6 961	954	824	5 183	1 053	365	264	362

Serie anual de 2001 a 2012

Nota: Cifras al 31 de diciembre de cada año.

^a Incluye cirujanos, internistas, anestesiólogos y otros especialistas.

Fuente: INEGI. Estadísticas de Salud.

Cuadro 8.6. Personal médico en acuerdo especial que labora en establecimientos particulares de salud según especialidad. Serie anual de 2001 a 2012

Años	Total	En contacto directo con pacientes									Médicos en otras labores
		Total	Médicos generales	Médicos especialistas				Residentes	Pasan-tes	Odon-tólogos	
				Total	Gineco-obste-tras	Pedia-tras	Otros ^a				
2001	28 193	27 898	3 955	23 035	3 768	3 023	16 244	288	176	444	295
2002	32 658	32 349	4 408	26 790	4 383	3 539	18 868	379	230	542	309
2003	38 393	38 044	4 751	32 045	5 121	4 193	22 731	493	174	581	349
2004	40 866	40 494	4 897	34 175	5 121	4 420	24 634	513	216	693	372
2005	44 400	43 995	5 418	37 054	5 901	4 647	26 506	543	220	760	405
2006	52 546	50 971	5 466	44 098	6 930	5 749	31 419	503	250	654	1 575
2007	52 693	52 282	5 456	45 442	7 679	5 772	31 991	492	223	669	411
2008	52 974	52 588	5 693	45 453	7 953	5 876	31 624	499	232	711	386
2009	52 358	51 946	5 679	44 861	7 651	5 897	31 313	501	218	687	412
2010	56 037	55 465	5 717	48 427	8 046	6 122	34 259	481	161	679	572
2011	59 057	58 661	5 886	51 604	8 681	6 736	36 187	319	107	745	396
2012	62 335	61 868	6 310	54 159	8 990	7 048	38 121	455	169	775	467

Nota: Cifras al 31 de diciembre de cada año.

^a Incluye cirujanos, internistas, anestesiólogos y otros especialistas.

Fuente: INEGI. Estadísticas de Salud.

¿Existe equilibrio “oferta-demanda” de médicos generales?

Hasta el momento de esta revisión, ya no existe duda de que se han formado muchos médicos generales que no han encontrado mercado de trabajo para ubicarse de forma más o menos prolongada para dedicarse a la promoción de la salud, medicina preventiva y protección específica (prevención primaria), hecho prioritario en el modelo de atención primaria que es el modelo oficialmente reconocido en las instituciones públicas del sector salud de México, y cuyas metas se han comprometido internacionalmente ante la OMS,

Cuadro 8.7. ¿Cuántos médicos para la población mexicana? Serie y proyección 2010-2014

77

Variables e indicadores médicos/población	2010*	2011**	2012**	2013**	2014**
Habitantes	112 336 538	115 682 868	117 053 750	118 395 054	119 713 203
Médicos/1 000 habitantes	2.0	2.1	2.2	2.3 [§]	2.4 [§]
Médicos según indicador	224 673	242 934	257 518	272 309	287 312
MG	52 752	57 961	58 927	---	---
ME	79 055	84 670	84 792	---	---
MR	28 113	28 503	29 851	---	---
MP	10 224	10 075	10 321	---	---
Total	170 144	183 021	183 889	---	---
Médicos otra labor sector público	18 765	19 440	19 799	---	---
Total médicos sector público	188 909	202 461	203 688	---	---
Médicos en todo tipo de actividad sector privado*	Nómina 13 480	12 660	13 340	---	---
Régimen especial	56 037	59 057	62 335	---	---
Total	69 517	71 717	75 675	---	---
Total de médicos públicos y privados	258 426	274 178	279 363	---	---
Médicos según indicador de OCDE 2012 = 3.2	---	---	374 572	---	---
Déficit de médicos según indicador de OCDE 2012	---	---	157 144	---	---

* Población real. Censo Nacional de Población 2010. Consejo Nacional de Población (CONAPO)

** Proyección de población en México. CONAPO 2010 – 2050

§ Crecimiento estimado para el indicador

Tipo de Médicos en contacto con pacientes: MG, general; ME, especialista; MR, residente; MP, pasante

* Médicos en nómina y régimen especial, sector privado: incluye MG, ME, MR, MP y médicos otra labor.

INEGI: Anuario Estadístico de México 2013

Cuadro 8.8. Población escolar nivel licenciatura de medicina 2000 - 2011.

Años	Matrícula Ciencias de la salud	% Médicos titulados/ Ciencias de la salud	Licenciatura en Medicina				
			Primer ingreso	Matrícula total	Egresados	Titulados	Eficacia Terminal (%)
2000	142 667	5.36	15 513	69 464	9 244	7 645	82.70
2001	147 662	5.41	15 463	70 830	9 764	7 992	81.85
2002	154 817	4.07	16 377	73 086	9 081	6 299	69.36
2003	164 453	4.91	15 313	75 582	10 413	8 069	77.49
2004	174 230	4.61	15 240	79 295	11 234	8 028	71.46
2005 ^a	179 740	4.87	15 581	73 651	99 472	7 607	76.57
M +/- S		+/- 0.56	+/- 458	+/- 3 918	+/- 888	+/- 750	+/- 6.00
2006 ^a	187 687	4.60	17 695	87 161	12 131	10 679 +/- 1281	88.25
M +/- S		+/- 0.42	+/- 1 684	+/- 7 884	+/- 487		+/- 12.33
2007	202 866	4.37	16 257	79 099	12 133	8 873	73.13
2008	213 646	5.33	16 754	83 684	11 826	11 400	96.40
2009 ^a	231 932	4.61	17 719	88 305	12 817	10 697	83.46
2010 ^a	249 361	4.29					
2011 ^b	266 790	4.40	20 051	97 557	11 747	11 747	100
2012 ^b							

(2005^a y 2006^a) Valores estimados (Media +/- S) de las series 2000-2004 y 2007- 2012, debido a que no hubo acceso a las bases de datos, ni desglose o cálculo estadístico de "la Fuente" de las variables en estudio, excepto matrícula en ciencias de la salud que es real

(2009^a y 2010^a) Matrícula real diferente en ambos años en ciencias de la salud, por lo cual el indicador % Médicos / Ciencias de la salud, también es diferente. Los demás datos se repiten por estar agrupados para el periodo 2009-2010

(2011^b y 2012^b) Los datos de las variables son los mismos para ambos años, debido a que el propietario de "la Fuente" los presenta en forma agrupada para el periodo en estudio.

Fuente: Anuario Estadístico de ANUIES 2000-2012

ONU y OPS en los "Objetivos del milenio 2000" y en los "Objetivos de Desarrollo para 2015" y ulteriores.

Al analizar los datos contenidos en el Cuadro 8.7, llama la atención un aparente incremento directamente proporcional entre el aumento de la población mexicana, el valor del indicador médicos/1 000 habitantes, y el número creciente de médicos a nivel nacional; sin embargo al comparar con los indicadores correspondientes de la OCDE, se identifica un déficit de médicos para el número de habitantes.

A manera de ejemplo: si se toman los datos de 2012, para este año la población proyectada por CONEVAL (con base en la información obtenida del censo de 2010) es de 117 053 750, indicador médicos /1 000 habitantes = 2.2, y un total de médicos según el indicador de 257 518. Si se comparan estos datos con el valor promedio del

indicador médicos/1 000 habitantes de la OCDE que es de 3.2, con un total ideal de médicos de 374 572, se tiene un déficit de 157 144 médicos para este año; es decir, déficit de las instituciones de salud mexicanas en la “Demanda de Médicos” (Cuadro 8.7).

Si ahora nos ubicamos del lado de la “Oferta de Médicos”, se observa en el Cuadro 8.8 para 2011-2012, que el número de estudiantes de la carrera de medicina (matrícula total) es de 97 557, de los cuales han egresado en este periodo 11 747 médicos generales, y se han titulado también 11 747; que corresponde a una eficacia terminal de 100%. Si por otro lado se considera el periodo 2006-2012, se puede afirmar que han egresado 66 654 médicos, de los cuales se han titulado 53 396; para una eficacia terminal en este periodo de 80.11%. Con esto se puede concluir respecto de la “Oferta de Médicos”, que las instituciones de educación superior, en este caso escuelas y facultades de medicina, están ofreciendo un número suficiente de médicos para la demanda deficitaria de las instituciones de salud de nuestro país (Cuadro 8.8).

A mayor abundamiento respecto de la oferta suficiente de médicos para el sector salud, existe hasta el momento “un cuello de botella” resultado del *deseo personal y preferencia social* por formar médicos especialistas, lo que ha deformado el equilibrio óptimo de “Oferta-Demanda de Médicos”. A manera de ejemplo se puede mencionar que en el año 2010 hubo 22 633 solicitudes ante la Comisión Interinstitucional de Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) con el propósito de realizar el examen de selección nacional y poder cursar alguna especialidad médica. El resultado es que se aceptaron sólo 6 242 aspirantes para igual número de plazas (28%). Para 2013 el número de aspirantes también fue desproporcionado en relación con las plazas disponibles: 25 800 solicitudes para 6 939 plazas (27%).

Los médicos generales formados ¿son competentes?

Se puede afirmar que sí al momento de su egreso y titulación de las escuelas o facultades de medicina del país. Existe en México la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) que inició formalmente sus actividades en 1957 y que en la actualidad representa y afilia a 85 escuelas y facultades de medicina.

Respecto a la calidad de las instituciones formadoras de médicos y la competencia de sus egresados, la AMFEM se ha dado a la tarea de elaborar documentos e instrumentos que tienen el objetivo general de:

- Mejoramiento sostenido de la calidad de la educación médica mexicana.

Los instrumentos y actividades para cumplir el objetivo mencionado son los que a continuación se describen:

1. *Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Médica*
2. *Perfil por Competencias del Médico General Mexicano*
3. *Perfil por Competencias del Docente en Medicina*

Si las instituciones educativas cumplen con los estándares establecidos en los instrumentos y metodología de evaluación, reciben la “Acreditación” por parte de la Asociación, ya que gran parte de los resultados de la valoración tienen el propósito de identificar el nivel de calidad de: Currículo, Planes y Programas de Estudio, a fin de homologarlos con los estándares ya definidos como óptimos para dicha calidad.

TRANSICIÓN DE MEDICINA GENERAL A ESPECIALIDADES MÉDICAS. Traslapes.

A partir de la segunda mitad del siglo xx, debido al avance científico-tecnológico y al aumento de los conocimientos médicos, la medicina se desarrolló en forma fragmentada, ganando en profundidad pero perdiendo en extensión. Como consecuencia también se fragmentó la atención; por grupos de edad (pediatría, adultos, geriatría), género (ginecología), órganos, aparatos y sistemas (cardiología, endocrinología, gastroenterología, nefrología, neurología, etc.), estudios paraclínicos de “gabinete” (patología clínica, radiología, medicina nuclear, por sólo mencionar algunos), o por el uso predominante de la tecnología (imagenología, hemodinamia cardiovascular, cirugía endoscópica, neurocirugía estereotáxica, endoscopia gastrointestinal, etcétera).

Cobró importancia la tendencia de la medicina especializada, se formaron especialistas y subespecialistas que acapararon la atención de los enfermos, las posiciones académicas, los presupuestos de las instituciones de salud, el ejercicio de la medicina privada, los proyectos de formación de posgrado, el prestigio social, la fama pública y la educación continua. En el mismo sentido, hubo un cambio a nivel de la sociedad donde repercutió esta tendencia de preferir la tecnificación y la medicina científica “reduccionista”, en la atención médica. Los pacientes, gracias a la promoción, prefirieron ser atendidos por especialistas, dado que como en otros ámbitos, se daba la impresión de una mayor eficacia si su atención se enfocaba y no se desperdigaba, aunque ello implicara el requisito de un autodiagnóstico –al menos topográfico– que permitiera elegir al especialista adecuado.

En la mayoría de los casos, los límites entre la medicina general y la medicina de especialidades están razonablemente delimitados, pero con alguna frecuencia se traslapan, ya que tanto la

medicina general como la especializada atienden al mismo individuo pues su organismo es un todo integrado en forma armónica, desde el nivel bioquímico-molecular hasta el anatómico-funcional. En otras ocasiones es difícil su separación, como sucede en la operación del modelo de atención primaria, principalmente en las denominadas “especialidades de rama o troncales”; tal es el caso en nuestro país de la medicina familiar y de la medicina interna y, en menor medida, la pediatría y la geriatría, todas ellas identificadas como “generalistas”.

Medicina general *versus* Medicina familiar

82

Se tiende a aceptar que los médicos generales son los profesionistas indispensables en el primer nivel de atención, tanto como lo son los especialistas en los hospitales. Desde mediados del siglo xx por su nivel de preparación y ámbito natural de trabajo, se les ha conocido con diferentes nombres para calificar el mismo tipo de atención médica, por lo que en forma indistinta se empleaban los términos de médico general, médico de familia, médico de cabecera, médico principal, médico titular, médico de cámara, médico rural y médico personal, aunque cada designación destaca alguna de sus características. Suele ser un profesional sanitario que ejerce en un centro de salud o en un consultorio, siendo el médico más cercano a una determinada población y, en muchas ocasiones, el único disponible o accesible para los habitantes de un cierto conglomerado.

El modelo de atención a la salud con bases en los objetivos de Alma Atta (atención primaria y salud para toda la humanidad en el año 2000), fue propuesto para ser organizado en todos los sistemas de salud del mundo, pero particularmente para los países de medianos ingresos. El modelo de atención primaria no consideraba importante, al menos para la solución de la mayoría de los problemas de salud, a la medicina especializada; tampoco la participación de médicos especialistas (aunque sí ciertas medicinas alternativas) y no se vislumbraba aún como parte de la solución a la especialidad en medicina familiar.

“[...]el equipo de salud está integrado principalmente por médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional”.

A casi cuatro décadas de esta declaración, todavía no se ha llegado a la meta de *Salud para todos en el año 2000*, aunque se dice que sigue vivo el espíritu de Alma Atta. Por otro lado, conviene recordar que en el modelo operativo de atención a la salud, sigue siendo vigente el médico general como líder natural y coordinador del trabajo en equipo, de forma similar a la visión que se tenía en la propuesta inicial, aunque en muchos lugares se le ha desplazado.

El médico general y el médico de familia tienen un origen común. Como ya se había mencionado, era indistinto denominar al médico general como médico de cabecera, médico de cámara, médico familiar y médico de familia, dado que el ejercicio profesional de este personaje iba dirigido al individuo enfermo en su comunidad, en su casa y medio familiar. Aun más, académicamente la Organización Mundial de Médicos de Familia (World Organization of Family Doctors; WONCA) afilia tanto a los médicos generales como a los médicos familiares. Es la organización internacional que reúne a las universidades, academias y asociaciones interesadas en la práctica de la medicina general y medicina de familia. La WONCA fue fundada en 1972, fecha en la cual todavía no se había emitido la declaración de Alma Atta.

Actualmente los currículos, planes y programas de estudio de las carreras de medicina general y medicina familiar son muy diferentes. La primera tiene nivel académico de licenciatura, con duración de 6 años en la mayoría de escuelas y facultades de medicina, mientras que la segunda tiene el grado de especialidad con entrada a la residencia médica por medio de un concurso de selección nacional y duración de 3 años después de obtener el grado de licenciatura. Teóricamente tienen muchos puntos de contacto pero en el ejercicio profesional, las diferencias son mayores y hasta cierto punto fáciles de delimitar. La medicina familiar surge como evolución de la medicina general y por la necesidad de nivelar la medicina familiar con las especialidades hospitalarias. Se creó en 1966 en Canadá y en 1969 se formalizó en Estados Unidos como especialidad con certificación y recertificación.

En lo que respecta a México, en el año 1954 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reorganizó su sistema de atención médica identificando en primer lugar a la figura del médico de familia quien, en la práctica y según su perfil profesional, era un médico general. En 1971 se inició la residencia en medicina familiar y en 1974 obtuvo el reconocimiento como especialidad médica por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de

México (UNAM), pero hasta el 13 de noviembre de 1975, se creó el departamento de medicina familiar en dicha facultad. En 1980 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SSA) iniciaron la residencia en medicina familiar, basándose en el programa académico de la UNAM. Se ha definido al médico familiar, en un plano conceptual, ideal, como

“el médico del primer contacto en el modelo de atención primaria a la salud, con excelencia clínica y destreza para procedimientos manuales no complicados o de consultorio, experto en consulta externa, con atención continua domiciliaria y comunitaria, así como hospitalaria y de urgencias, además de capacidad para atender los grupos poblacionales, con y sin factores de riesgo, con un amplio campo de acción en diferentes grupos de edad, sin distinción de sexo, ni de sistemas orgánicos o enfermedades, integrador de las ciencias biológicas, de la conducta y sociales, además de los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación, con amplio liderazgo, conocedor de la realidad nacional e impacto de sus acciones y de sus limitaciones, interesado en comprender el contexto de los problemas y en buscar soluciones plausibles y costo-efectivas, capaz de resolver 95% de los problemas de salud, experto en la relación médico-paciente-familia-comunidad, comprometido con las personas, con un alto nivel profesional, técnico y humano, con formación para realizar actividades de investigación y académicas, con el objetivo de crear y difundir conocimiento y estar permanentemente actualizado”.

En síntesis, la medicina general y la medicina familiar tienen un origen común, con evolución de la primera a la segunda, en el afán de alinearse con las otras especialidades desde el punto de vista formativo y en el propósito académico, de investigación y de práctica profesional, de facilitar su entrada a la medicina hospitalaria, pública y privada; y acceso también, a las asociaciones y consejos de la especialidades médicas. La medicina general es una licenciatura y la medicina familiar una especialidad. La decisión de crear cursos de especialización en medicina familiar surgió probablemente de cierta insatisfacción con el reconocimiento y prestigio del médico general, con la necesidad de perfeccionar la práctica de primer contacto y equiparar a quien otorgaba este servicio con los especialistas infinitamente mejor ponderados por la sociedad. El currículo del médico familiar, además, se ha ido orientando hacia la salud de la familia, objetivo no siempre presente en la medicina general, y los contenidos de la medicina familiar incluyen muchos alrededor de la disfunción familiar, la terapia familiar, y el enfoque hacia este grupo social.

En un principio, la declaración de Alma Atta en 1978 consideraba al médico general como uno de los principales integrantes del equipo de salud; ahora, en la estrategia de “Atención Primaria” se

trata de cumplir por medio del ejercicio profesional del especialista en medicina familiar, en menoscabo de la aceptación y apertura de los gobiernos y de la sociedad en el mercado de trabajo para el médico general. Actualmente la meta *Salud para todos* no se ha cumplido, particularmente en los países de medianos ingresos, aunque esta meta sigue vigente y a la cual deben aspirar todos los sistemas nacionales de salud del mundo, dándole oportunidad en su sistema nacional de salud a los médicos generales con vocación, capaces, actualizados y certificados en la medicina actual, y con potencial para ser la nueva generación de los médicos generales del futuro que nuestro país requiere.

Medicina general *versus* Medicina interna

85

Desde el principio se puede hacer una gran diferenciación entre la Medicina general y la Medicina interna, dado que la primera es una licenciatura con duración promedio de 6 años y la segunda una especialidad médica con duración de 4 años después de la licenciatura, residencia a la cual se accede por medio del concurso de selección nacional, una vez que se ha concluido y titulado como médico general. En el ejercicio de la profesión también se pueden delimitar ambas. El campo operativo del médico general es la comunidad y un consultorio, rara vez su desempeño es en un medio hospitalario, en tanto que el especialista en medicina interna (médico internista) trabaja habitualmente en un medio hospitalario y ocasionalmente en un consultorio comunitario.

En cuanto a niveles de prevención, de acuerdo al modelo epidemiológico del proceso salud-enfermedad, la prevención primaria es responsabilidad principalmente del médico general y la prevención secundaria ámbito del médico internista. Esto no significa en forma tajante que en el terreno de la realidad en la atención de pacientes en particular, el médico general esté impedido de realizar algunas actividades de prevención secundaria; y que el médico internista no haga lo propio con promoción de la salud, además del diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y limitación del daño.

En el afán de delimitar aún más el ejercicio profesional del médico general y del médico internista, el desempeño del médico general se orienta a la atención de enfermedades de alta prevalencia, habitualmente no complicadas y de diagnóstico y tratamiento con

los elementos sencillos y disponibles en su consultorio o accesibles en su comunidad, utilizando tecnología de poca complejidad, no se limita a algún grupo de edad y tampoco distingue género ni atención por aparatos o sistemas; en tanto que el médico internista es un especialista clínico que atiende en forma integral a pacientes adultos, sobre todo en el hospital, con padecimientos agudos y crónicos y con desempeño orientado a la prevención secundaria, diagnóstico y tratamiento no quirúrgico de enfermedades de alta prevalencia, algunas veces enfermedades raras o no clasificables en alguna otra especialidad y con complicaciones que dificultan su manejo en consultorios de la comunidad.

Una definición de Medicina interna es la siguiente:

“Medicina interna es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo a nivel de prevención secundaria e ingresado en un hospital, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención para evitar o limitar el daño”.

En suma, la Medicina general y la Medicina interna tienen en común su enfoque hacia individuos completos y su entorno, sin fragmentarlos, aunque la Medicina interna restringe su atención a los adultos y la Medicina general lo hace independientemente de la edad, en ambos casos bajo la perspectiva de individuos y no de órganos, aparatos o sistemas, o de enfermedades. Como filtro en atención primaria, la referencia se da de la Medicina general a la Medicina interna y la contrarreferencia en el sentido contrario. La atención de enfermos crónicos ocurre en ambas disciplinas, aunque con mayor predilección en la Medicina interna, mientras que la de pacientes con trastornos agudos ocurre más en la Medicina general. Finalmente tratándose de adultos, los límites entre las dos no están definidos. Esto podría significar que lo que las separa, es el acceso a los recursos tecnológicos.

CERTIFICACIÓN DE LOS MÉDICOS GENERALES

La idea de la certificación es relativamente reciente y abarca muchas de la actividades que se realizan en la sociedad contemporánea. El tema está claramente vinculado con la calidad cuya cultura ha permeado en todas las organizaciones. Si se trata de dar garantías a la sociedad en relación con un producto o servicio, la certificación se convierte en un aval, escrito y validado por alguna autoridad, que ofrece indicios de que cuenta con una calidad suficiente para no correr riesgos. Hoy se certifican procesos y productos, hospitales y servicios, escuelas y planes curriculares, egresados y profesionales.

La certificación de especialistas tiene ya más de cuatro décadas en México. Desde siempre ha sido un proceso ejecutado por pares, de modo que los especialistas certifican a sus colegas y avalan que llenan los estándares técnicos y éticos que la sociedad requiere. La Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía, junto con los consejos de especialidad crearon un organismo (Comité Nacional para la Certificación de las Especialidades Médicas; CONACEM) que otorga el reconocimiento de idoneidad a los consejos y poco a poco van siendo reconocidos por empleadores y organizaciones académicas diversas. La mayoría de los hospitales exigen que sus médicos empleados estén certificados por el consejo correspondiente, y que esta certificación esté vigente pues en general se renueva cada 5 años, ya sea mediante un examen o de una evaluación curricular que demuestra que el especialista ha estado activo en su educación continua.

Pero los médicos generales carecían de un organismo similar que garantizara que, después de concluida la licenciatura, permanecían actualizados y aptos en un área tan cambiante y con tanto progreso. A iniciativa de la Academia Nacional de Medicina y ante el hecho de que circulaba un cierto Consejo de Certificación en Medicina General que tenía claras intenciones comerciales y prácticamente vendía

los certificados, se creó en 1999 el Comité Normativo Nacional de Medicina General, el cual quedó formalmente constituido el 26 de noviembre de 2001. Originalmente estuvo constituido por cuatro organizaciones: la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Cirugía, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) y el Consejo Nacional de Medicina General (Conamege; diferente del antes citado). Cuando la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública decidió otorgar el aval a Conamege como su órgano colaborador para la evaluación de los médicos generales, consideró que sería preferible que AMFEM no formara parte del organismo pues en ese caso sería juez y parte, y entonces ésta quedó como órgano asesor.

Conamege se constituyó como asociación civil y lleva a cabo certificaciones de los médicos generales que lo solicitan (generalmente mediante un examen de conocimientos) y recertificaciones cada 5 años, las que se pueden alcanzar mediante currículum académico. Conamege tiene representaciones en las entidades federativas y aunque el número de solicitantes y de certificados se va incrementando, no alcanza todavía una masa crítica como ha ocurrido en las especialidades.

Para propósitos de tomar en cuenta las actividades educativas en las que participan los médicos generales como puntos para la recertificación, Conamege definió estándares de modo que sólo los programas que se ajusten a estos estándares tienen valor para recertificarse, de modo que se califican estos programas para que los médicos generales que deseen recertificarse (o mantener vigente su certificación como debiera decirse) sepan si los cursos o eventos en los que participan tienen o no valor. Más aún, Conamege hace supervisiones sobre la marcha de los programas educativos para constatar que se llevan de acuerdo con la propuesta que se avaló en su momento.

Lo que no se ha logrado hasta ahora es dar el suficiente valor a la certificación como para que todos los médicos generales aspiren a conseguirla. En el caso de las especialidades se ha ido consolidando un cierto valor en la medida en que las instituciones prefieren contratar médicos certificados por sobre los que no lo están, las posiciones académicas universitarias requieren de la certificación vigente y el público paulatinamente va conociendo la importancia de ser atendido por un especialista certificado. Los profesores de los cursos universitarios de especialización exigen a sus egresados que logran la certificación correspondiente. En Medicina general la situación es diferente pues las instituciones de salud no suelen contratar médicos generales y por tanto exigir el certificado, y éstos por ahora tienen un acceso limitado a posiciones académicas.

EL MÉDICO GENERAL EN EL MUNDO

El papel del médico general varía grandemente entre los países y aun dentro del mismo país. En las áreas urbanas de los países de altos ingresos suelen tener un papel modesto, principalmente en el seguimiento y control de las enfermedades crónicas, la identificación temprana de ciertas enfermedades que tienen que derivarse hacia el especialista, cuidados preventivos de educación para la salud e inmunizaciones. En los mismos países pero en áreas rurales, su papel se parece más al que ejercen en países de medianos ingresos como son las emergencias prehospitarias, la atención obstétrica, procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y participación en hospitales comunitarios. En algunos sistemas de salud trabajan en centros de atención primaria, mientras que en otros ejercen más o menos individualmente.

En los países del Reino Unido se suelen llamar *General Practitioner* (GP), mientras que en Estados Unidos algunos son designados como “*family doctor*” o “*primary care provider*”. En algunos países es una verdadera especialidad. En la India y Bangladesh se gradúan como bachilleres después de 4 años y medio de universidad y un año de internado. En Paquistán (y otros países) existe la especialidad en medicina familiar para complementar el grado de bachiller.

En Francia el “*medecin generaliste*” se encarga de los cuidados crónicos o de largo plazo de la población, incluyendo educación para la salud, atención de problemas de salud que no requieren de un especialista, atención cotidiana de enfermedades graves en los periodos intercríticos (en las crisis se acude al especialista); tienen un papel en las encuestas sobre epidemias, en constancias legales de salud, enfermedad o discapacidad, órdenes de hospitalización en casos de enfermedad mental, atención domiciliaria y consultas

nocturnas o de fin de semana. Se forman durante 6 años en la universidad seguidos de tres años de internado.

En Holanda y Bélgica la medicina general es una práctica muy apreciada. A los médicos generales se les llama “*huisarts*” (literalmente doctores caseros o domiciliarios) y ofrecen cuidados primarios 24 horas al día 7 días a la semana. Para ser atendidos por especialistas, los pacientes tienen que ser referidos por los médicos generales. Casi siempre requiere de formación adicional a la de licenciatura. En España se les llama “médicos de familia” o “médicos de cabecera” y son estrictamente “especialistas en medicina familiar y comunitaria”. La mayoría son asalariados. En Grecia estudian 4 años después de la escuela de medicina y trabajan como especialistas privados o como miembros del servicio nacional de salud.

En Australia y Nueva Zelanda la medicina general ha sufrido muchos cambios a través de su historia. Egresan de las universidades como bachilleres después de 6 años de estudio y hacen un año de internado para obtener su registro pleno, pero para ejercer la medicina general realizan un programa de posgrado.

Está claro que cada país o región aporta una idea de la medicina general acorde con sus propias necesidades. Al menos habría que plantearse si lo que está ocurriendo en México corresponde a las necesidades identificadas.

APORTACIONES DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

12

Conamege
Pronadameg
Sitiales de medicina general
Reuniones de análisis
Publicaciones

91

Convocatoria

Academia Nacional de Medicina
Academia Mexicana de Cirugía
Academia Mexicana de Pediatría
Academia Nacional de Educación Médica
Consejo de Salubridad General
Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina

La Academia Nacional de Medicina, que constituye la organización más reconocida en la medicina mexicana, está conformada casi exclusivamente por especialistas. Aunque fue formada por médicos generales, lo fue en una época en la que no se había desarrollado aún la especialización. Con la creciente complejidad abarca muchos miembros representantes de la llamada alta especialidad y muchos investigadores de áreas restringidas del conocimiento.

Pero la Academia ha respondido. En primer lugar reconociendo la importancia de la Medicina general de lo cual hay muchos testimonios escritos. Varias sesiones ordinarias han sido dedicadas a analizar la situación de la Medicina general en México.

Se han creado dos instituciones: el Pronadameg y el Conamege. El primero es un Programa Nacional para el Desarrollo y la

Actualización del Médico General que involucró a la mayoría de las universidades del país y que ofreció la oportunidad para que los médicos generales de todo el país se actualizaran mediante eventos presenciales con toda la autoridad moral de la Academia Nacional de Medicina y las universidades; a este programa se adhirió también la Academia Mexicana de Cirugía y llegó a internacionalizarse hacia Sudamérica. Produjo diversas publicaciones y utilizó los documentos generados por la Academia como material didáctico y complemento. Hoy en día Pronadameg está transitando hacia un programa en línea que, en la medida en que los médicos generales se incorporen a la tecnología correspondiente tiene probabilidades de extenderse más aún.

Conamege, por su parte, son las siglas del Comité Normativo Nacional de Medicina General en el que, con la Academia Mexicana de Cirugía, la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina y el Consejo de Certificación en Medicina General ha conseguido la idoneidad como organismo certificador de los médicos generales por parte de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública. Esta organización aplica a los médicos generales que deseen certificarse un examen periódico que acredita que cuentan con los estándares éticos y técnicos para ejercer la profesión, tiene una vigencia de 5 años y puede renovarse por otro periodo de la misma duración, ya sea demostrando una participación suficiente en actividades de educación continua o mediante un nuevo examen.

A diferencia de los Consejos de Especialidad, Conamege cuenta con un organismo (Subcomité de Educación Continua) que avala académicamente los programas que se le someten dando crédito de que tienen la calidad necesaria para que se consideren válidos para la puntuación que se requiere para la recertificación. Además, realiza supervisiones de modo que algún integrante asiste, sin identificarse, a constatar que el evento se desarrolla tal y como se planeó y se autorizó.

La Academia Nacional de Medicina, además, ha abierto sitios para médicos generales, los que hasta ahora no han sido ocupados porque los criterios de admisión no se han adaptado a las características de los médicos generales.

EL FUTURO

El Royal College of General Practitioners de Gran Bretaña ha hecho una predicción, en 2013, en torno al médico general del futuro y la ubican en 2022. Esta predicción muestra lo que será ese profesionista:

- *Construirá sus habilidades como generalista para desarrollarse como experto*
- *Podrá estructurar rutinariamente sus cuidados alrededor de la multimorbilidad, aunque también en las condiciones individuales*
- *Extenderá su papel a las áreas de cuidados clínicos que requieren de las habilidades de un médico generalista*
- *Trabjará con generalistas de otras disciplinas para ofrecer un cuidado coordinado*
- *Conducirá una planeación de los servicios y una mejoría continua de la calidad*
- *Extenderá su papel a áreas como la salud pública, el desarrollo comunitario, la educación, la capacitación y la investigación*
- *Ofrecerá continuidad de sus relaciones con el equipo de salud ampliado, el paciente y sus cuidadores y la familia a lo largo del tiempo*
- *Coordinará sus servicios alrededor de las necesidades y compartirá las decisiones con pacientes y cuidadores*
- *Ofrecerá estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades a poblaciones identificadas*
- *Actuará tanto como “portero” (gatekeeper) y “navegador” ante los servicios especializados para asegurar coordinación y la utilización efectiva de los recursos*
- *Mostrará habilidad para actuar como “abogado” independiente de sus pacientes y para cumplir sus obligaciones profesionales como médico, independientemente de arreglos contractuales y responsabilidades asignadas*

- *Permanecerá en el corazón de las comunidades de sus pacientes, apoyando sistemáticamente la autosuficiencia y el desarrollo de las comunidades como fuentes de salud.*

En México es más difícil hacer predicciones. Desde el punto de vista formativo tendrá que reconocerse que la sociedad necesita que se preparen médicos generales confiables y competentes, y aunque los programas educativos tienden a ello, lo cierto es que se forman aspirantes a especialistas. Tendrá que ver con las oportunidades de ingreso al mercado de trabajo que por ahora son para los especialistas.

La sociedad necesita quien los atienda en extensión aun con sacrificio de la profundidad. El paciente requiere de quien lo oriente en sus problemas de salud de manera individual y jerarquice sus padecimientos y las intervenciones de los especialistas. México amerita una verdadera reforma del sistema de salud en el que se reivindique el primer nivel de atención y quien lo opere. Si las políticas públicas se dirigen en ese sentido el médico general tendrá futuro.

También cabe lo que se ha hecho en otros países: que, aunque suene incongruente, el médico general se convierta en un especialista, lo cual implica más años de formación cuyo costo tendría que ser absorbido por las instituciones educativas o bien las de salud si es que les conviene este nuevo personaje. Las predicciones que se basan en las ventajas de la Medicina general tienen pocas probabilidades de actualizarse si no se toman decisiones valientes.

Se requeriría, pues, incidir en las siguientes vertientes:

Formativa (formación de médicos generales y no sólo aspirantes a especialistas)

Educación continua (alternativas distintas a las que ofrece la industria farmacéutica con propósitos promocionales)

Laboral (alternativas de trabajo para el médico general distintas a las actuales)

Ubicación dentro del sistema nacional de salud

Dignificación (campaña)

EL DESPRESTIGIO DE LA MEDICINA GENERAL

Mientras no existía más que medicina general el prestigio del médico fue muy grande, al fin y al cabo en sus manos estaba la salud y la enfermedad, el malestar o el confort y no pocas veces la vida y la muerte. El médico era uno de los personajes más conspicuos de su comunidad, la que perdonaba sus defectos y, hasta cierto punto, sus errores. Con la necesidad de dividir el trabajo, profundizar en lo subyacente, perfeccionar destrezas (habilidades), surgen las especialidades, las que pronto jerarquizaron su importancia social por encima del médico general puesto que partían de la medicina general (todos los especialistas fueron primero médicos generales) pero constituían un estadio más avanzado dado que significaban mayor tiempo de estudios.

El médico general queda entonces ubicado como una especie inferior que no quiso o no pudo perfeccionarse como lo hicieron los especialistas. El principal desprestigio de los médicos generales proviene precisamente de los especialistas que, al reconocer que el médico general no siempre hace las cosas como ellos ("la manera adecuada de hacerlas") lo menosprecia. Además, lo responsabiliza de todas las referencias tardías pues no supo identificar oportunamente la necesidad de solicitar la participación del experto. Esta idea trascendió a la sociedad que, además, paulatinamente fue reconociendo que entre otros prestadores de servicio era mejor recurrir a los especializados. En la industria también se destacó el trabajador especializado por encima del que dominaba todo el proceso, la predominancia de la profundidad por sobre la extensión. La consecuencia fue que la gente que requería de un médico prefería un especialista.

Por otro lado, el médico general fue abandonado por las organizaciones de salud, sin un sistema de educación continua eficaz,

sin incentivos profesionales y económicos, sin acceso a los recursos tecnológicos modernos; con ello fue sufriendo un rezago que seguramente repercutió en la calidad de atención. De por sí el trabajo médico ha sido progresivamente degradado, el del médico general lo ha sido más. El reconocimiento de la importancia de la Medicina general y de los médicos que la ejercen ha estado sólo en el discurso pero no en las políticas ni en las acciones. Acaso se reconoce al médico general porque es más barato, pero no por sus cualidades intrínsecas.

Tampoco han surgido suficientes líderes en la medicina general, mucho menos investigaciones que la impulsen a un reconocimiento social, y varias organizaciones de médicos generales se han rendido a los valores mercantiles dado que no tienen capacidad de financiamiento académico. Al formarse los estudiantes de medicina en ambientes de especialización, reciben la opinión corriente del menosprecio de la práctica de la medicina general desde que están en formación, y no se han podido adscribir a sedes en las que se practique la medicina general porque no tienen un desarrollo académico suficiente ni siempre una calidad de atención apropiada para que aspiren a ella los alumnos; los modelos y ejemplos no siempre son atractivos. Esto es el círculo vicioso que ha impedido el desarrollo de una medicina general académica y de calidad.

Otra parte del desprestigio deriva de la competencia con las especialidades generalistas, especialmente la Medicina familiar que ha contado con un sustento académico más sólido que la Medicina general, además que ha ocupado los espacios laborales que originalmente correspondían a los médicos generales.

No ha surgido una literatura de la medicina general, propuestas viables para su desarrollo, incentivos de progreso, etc. Parece que la única manera de que un médico general logre su propio desarrollo es que abandone la medicina general.

PROPUESTAS PARA EL RESCATE DE LA MEDICINA GENERAL

Al reconocerse la importancia de rescatar a la medicina general se plantean una serie de retos que abarcan diversas vertientes. El desafío no es sencillo puesto que hay un añejo deterioro de su imagen, un menosprecio en muchos ámbitos, una falta de desarrollo profesional, un abandono por parte de las entidades académicas, un desprestigio entre el público y una preponderancia de la medicina especializada cuya sola mención genera expectativas que no despierta la medicina general.

Identificada con el egreso de la licenciatura, la medicina general no es sólo el fundamento para la especialización sino que es, en sí misma, una modalidad educativa terminal. Ciertas distorsiones de la formación profesional y del mercado de trabajo han propiciado que sea tan sólo una modalidad propedéutica, con lo que se ha generado frustración en quienes se mantienen dentro de la medicina general y el desperdicio de una fuerza de trabajo profesional valiosa. El rescate de la medicina general requeriría acciones diversas, entre ellas:

- *Incidir en la vertiente formativa de modo que se convierta verdaderamente en una modalidad terminal, con independencia de que también sea fundamento de la especialización*
- *Vertiente laboral, lo que significa no sólo crear plazas para no especialistas sino valorar su trabajo. Ubicación dentro del sistema nacional de salud.*
- *Desarrollar una educación continua efectiva e independiente. Las universidades, las áreas normativas y operativas, las sociedades científicas y hasta las asociaciones de consumidores podrían promover o participar en un programa nacional de desarrollo profesional continuo para los médicos generales, tal y como fue la filosofía de Pronadameg*
- *Reivindicar la figura del médico general: esto requeriría una campaña nacional con las estrategias de la mercadotecnia la que, des-*

de luego es costosa, pero podría ayudar a racionalizar la atención médica en nuestro país

Vertiente formativa

98

Los planes y programas de estudios de la licenciatura en medicina ciertamente están diseñados para formar médicos generales. El perfil del egresado es el de un médico general; las competencias son las del médico general; las evaluaciones son en torno a la medicina general. No obstante, el timbre de orgullo de las instituciones formadoras es que sus egresados se conviertan en especialistas, al grado que la competencia es por alcanzar una mayor proporción de plazas de residencia en el concurso de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS). Otras acciones que contradicen este propósito de formar médicos generales tienen que ver con la exposición de los alumnos a modelos y ejemplos que representan la especialidad si no es que la “alta especialidad”. Es verdad que el desarrollo académico de las unidades de contacto primario no suele ser suficiente como para ser sede para campos clínicos de licenciatura, en tanto que los hospitales de especialidades tienen toda una tradición en ese sentido, pero los alumnos egresan con la ambición de convertirse en especialistas.

Vertiente laboral

Muchas instituciones de salud, en particular las más grandes, no ofrecen plazas para médicos generales. Aun cuando esta limitación se ha ido reduciendo, aún se privilegia la contratación de especialistas. Algunas instituciones contratan médicos familiares (especialistas) y los médicos generales que se contrataron por error los transforman en médicos familiares mediante programas remediales, lo que refuerza la idea de que no quieren médicos generales.

Los médicos generales en México, tradicionalmente se han ubicado en consultorios privados o en pequeños sanatorios, en áreas rurales o suburbanas, frecuentemente sin programas de actualización y mucho a merced de los fabricantes y distribuidores de medi-

camentos y otros insumos para la salud. No se les ha concedido un lugar en los hospitales, pero sí lo tendrían en la atención ambulatoria y domiciliaria. Recientemente se les han abierto espacios en los consultorios anexos a ciertas farmacias, pero en muchos casos se les orienta a prescribir lo que tal farmacia vende. Muchos médicos generales han optado por subempleos o por abandonar la profesión como se ve en los casos de representantes de ventas de la industria farmacéutica, o como taxistas y comerciantes.

Educación continua

Muchos espacios de educación continua para médicos generales están ocupados por las empresas farmacéuticas que se proponen inducir conductas prescriptivas afines a sus intereses. Un esfuerzo importante es el que han hecho las Academias con el Pronadameg, que llegó a instrumentarse casi en toda la República con el apoyo de las universidades estatales, y el Comité Normativo Nacional de Medicina General (Conamege) que, con el aval de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública otorga un certificado a los médicos generales que lo solicitan y que se someten al examen correspondiente. Tal vez más importante en términos de educación continua sea el mantenimiento de la certificación (“recertificación”) que tiene que hacerse cada 5 años y que puede lograrse al demostrar la participación en programas avalados por el propio Conamege, entre lo que se incluye la supervisión directa de ellos.

99

Propuestas y recomendaciones

1. *Dar valor a la certificación por Conamege*
2. *En los procesos de certificación de unidades de atención considerar la certificación de los médicos generales*
3. *Una campaña de reivindicación de la figura del médico general, hoy en día menospreciado por los propios especialistas y marginado por la sociedad*
4. *Reconsiderar los programas operativos de formación para desarrollarlos en campos propios de la medicina general*
5. *Crear servicios de medicina general modelo, para propiciar el desarrollo académico del área y los modelos y ejemplos pertinentes*

6. *Desarrollar un programa nacional de educación continua del médico general*
7. *Propiciar el desarrollo de los médicos generales que no signifique necesariamente abandonar la medicina general*
8. *Considerar la utilización de médicos generales en la organización de servicios de primer contacto*
9. *Buscar alternativas para quienes no alcanzan plaza para las residencias*
10. *Incentivos para mantenerse dentro de la medicina general*

EPÍLOGO

Algunas frases

101

Las necesidades de salud de las personas ubican a los médicos generales no sólo como el primer contacto sino el guía para conducir al equipo de salud y solicitar la participación de los especialistas si es necesario

El médico general tiene las competencias para atender la gran mayoría de los motivos de demanda y para instrumentar los programas preventivos

El proceso salud-enfermedad involucra a los individuos en su totalidad y a su entorno; los pacientes no se enferman por fragmentos, de modo que requieren del profesional que los vea en su totalidad.

La medicina general no es sólo el fundamento de la especialización sino una modalidad terminal que cumple una función social insustituible

Los médicos generales son los generales de la medicina; el resto de las intervenciones tendría que supeditarse a su visión integradora

El médico general es, ante todo, un clínico que jerarquiza sus propias habilidades por encima de los artefactos y, en todo caso, los sabe utilizar a favor de los pacientes

La sociedad requiere no sólo al médico técnicamente competente y experto en procedimientos, sino a quien sepa comprender a los pacientes, empatizar con ellos y actuar en defensa de su salud

El papel del médico general en la sociedad contemporánea tiene que revalorarse, reivindicar su capacidad de enfrentar la gran mayoría de los problemas de salud y de conducir los procesos de atención y de prevención, aprovechando los recursos disponibles

Bibliografía consultada

- Ackerknecht EH. Aspects of the history of therapeutics. *Bulletin of the history of medicine*. 1962;36:389-419.
- AMFEM. Sistema Nacional de Educación Médica. Disponible en: <http://www.amfem.edu.mx/snem.pdf> Actualizado en agosto de 2014. Revisado el 26 de agosto de 2014
- Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. Perfil por competencias del médico general mexicano. México: Elsevier; 2008.
- Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM). Disponible en: <http://www.amfem.edu.mx/bienvenida.html> Actualizado en agosto de 2014. Revisado el 25 de agosto de 2014.
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES). Anuarios Estadísticos de 2000–2012. Disponible en: <http://www.anui.es.mx/content> Actualizado el 19 de agosto de 2014. Revisado el 26 de agosto de 2014.
- Cobertura Sanitaria Universal. OMS (66ª Asamblea, marzo 22 de 2013). Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_24-sp.pdf Revisado el 07 de agosto de 2014.
- Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS). Disponible en: <http://cifrhs.salud.gob.mx> Actualizado y revisado en agosto de 2014.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Evaluación Estratégica de Protección Social en México, D.F. CONEVAL 2012. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluación/Estrategicas/Evaluación_Estrategicas_de_Protección_Social_en_Méx Actualizado en julio de 2013. Revisado el 13 de agosto de 2014.
- Cremoux R. El factor salud. Testimonios sobre la medicina mexicana. Academia Nacional de Medicina. México, D.F., 2006.
- Declaración de Alma Atta. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Atta, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: www1.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.html. Actualizado el 31 de enero de 2014. Revisado el 04 de agosto de 2014.
- Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud 15 de mayo de 2003. Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Normateca/compilación_juridica_2009/fsc-mand/01.pdf Revisado el 07 de agosto de 2014.
- Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. 15 de mayo de 2003. Disponible en: http://www.diariooficial.segob.mx/nota_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2003 Revisado el 07 de agosto de 2014.

- Financiamiento del Sistema de Salud. Vía para una Cobertura Universal en Salud. Disponible en http://www.who.int/health_financing/Health_Systems_Financing_Plan_Action.pdf?ua=1 Revisado el 07 de agosto de 2014.
- J, Alagón J, Nigenda G, et al. Patterns of medical employment: A survey of imbalances in urban Mexico. *Am J Public Health*.1991;81:23-9.
- Frenk J, Bobadilla JL, Sepúlveda J, López-Cervantes M. Health transition in middle-income countries: new challenges for health care. *Health Pol Plann*. 1089;4:29-39.
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376:1923-58.
- Frenk J, Sepúlveda J, Gómez-Dantés O, Knaul F. Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. *Lancet*. 2003;362:1667-71.
- García-Vigil JL. Las enfermedades crónicas y neoplásicas desde las ciencias de la complejidad y la atención primaria. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2010;48(1):7-12.
- González GN. Médicos del primer nivel de atención. Reforma y recursos humanos en México. *Rev Cubana Salud Pública*. 2006;32(2):171-730.
- Índice Nacional de Terapéutica y Enfermedades (INTE). México, 1994.
- INEGI. Anuario Estadístico de México, 2013
- INEGI. Obtención de datos, para 1995 a 2002: SSA. Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. México, D.F.
- INEGI. Obtención de datos para 2003 a 2012: SSA. Boletín de Información Estadística. Recursos Físicos, Materiales y Humanos. México, D.F.
- Informe Sobre la Salud en el Mundo 2000. Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/sa4.pdf Revisado el 07 de agosto de 2014.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. Edición 1996. México.
- Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. 4th ed. University of Chicago; 1992.
- La Salud en la Agenda para el Desarrollo después de 2015. OMS. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66_47-sp.pdf. Revisado el 06 de abril de 2014.
- Laurell AC. Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano. CLACSO, primera edición. Buenos Aires 2013. Disponible en <http://www-biblioteca.clacso.org.ar/clacso/clacso-crop/20130807020931/ImpactodelSeguroPopular.pdf>
- Murray Ch J, Frenk J. Sistemas de salud. Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000,78(6):717-31.
- Nigenda G. Recursos humanos para la salud: cambios y tendencias recientes. En: Frenk J (ed). *Observatorio de la Salud*. 1997. México: Fundación Mexicana para la Salud; pp. 221-35.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). ONU. Disponible en: http://www.onu.org.mx/objetivos_de_desarrollo_del_milenio.html 014. Revisado el 07 de agosto de 2014.

- Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Avances 2010. Disponible en: <http://www.objetivosdesdesarrollodelmilenio.org.mx/ODM/doctos/Inf2010.pdf> Revisado el 07 de agosto de 2014.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. OMS. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_13-sp.pdf Revisado el 07 de agosto de 2014.
- OECD Health care resources: OECD Health Statistics (data base). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/doctors-tabke-2014-1-en> Actualizado en enero de 2014. Revisado el 13 de agosto de 2014.
- OECD Factbook Statistics (data base). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/csp-mex-table-2013-2-en> Actualizado en febrero de 2013. Revisado el 13 de agosto de 2014.
- OMS. Informe de Salud en el Mundo 2000. Disponible en: http://www.who.int/whr/2000/en/whroo_es.pdf?ua=1
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) México. Disponible en: <http://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/> Actualizado en julio de 2014. Revisado el 12 de agosto de 2014.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Diario Oficial de la Federación, 5 de abril de 2004. Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx//images/contenidos/Normateca/compilación_juridica_2009/fscommand/02.pdf Revisado el 07 de agosto de 2014.
- Ruelas-Barajas E. Tendencias futuras de la organización de la atención médica en México. En: Asociación Médica del Hospital ABC: La atención médica. Presente y futuro. México. Hospital ABC; 1997.
- Ruiz JA, Molina J, Nigenda G. Médicos y mercado de trabajo en México. Sistemas de Salud. Caleidoscopio de la salud. pp. 115-124. Disponible en: <http://www.portal.funsalud.org.mx/wp-content/uploads/2013/08/07-MedicosMercado.pdf> Actualizado el 08 de julio de 2013. Revisado el 24 de agosto de 2014.
- Salud de las Américas. OPS. México 2012. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_cont&view=article&id=71&Itemid=67&lang=es Revisado el 07 de agosto de 2014.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).
- Vázquez MD. Concepto, actores y variables del mercado de trabajo médico. Educ Med Salud. 1995;29(1):62-75.
- Vinculación del trabajo del PNUD en México con los ODM. Disponible en: http://www.undp.org.mx/spip.php?page=article_noticias&id_article=78 Revisado el 07 de agosto de 2014.
- Web OECD. Disponible en: <http://www.org/health> Actualizado en julio de 2014. Revisado el 13 de agosto de 2014.

ÍNDICE

La letra c refiere a cuadros.

A

aportaciones de la Academia Nacional de Medicina, 91
convocatoria, 91

B

bibliografía consultada, 102

C

certificación de los médicos generales, 87
cobertura sanitaria universal, 24
conclusiones para México, 37
evaluación del sistema de protección social en salud en México, 31
impacto del Seguro Popular en México, 32
incorporación del Seguro Popular en el Sistema nacional de salud en México, 30
indicadores de contexto para México, 1990-2010, 28c
jefatura del hogar según tipo de aseguramiento, México 2010, 32c
progresos, 25
respuesta de México ante la demanda mundial (OMS), 26
salud en la agenda para el desarrollo después de 2015, 35
ubicación del médico general, 38-42
cómo se forma el médico general, 43
conceptos y definiciones en torno a la medicina general, 9
visión del médico general, 10
visiones complementarias, 9
cualidades de la Medicina general, 5
¿cuántos médicos se requieren para la población creciente de México?, 71, 77c
establecimientos particulares de salud según especialidad, 76c
¿existe equilibrio “oferta-demanda” de médicos generales?, 77
instituciones públicas de salud según especialidad de 1995-2012, 74c-75c

médicos generales formados ¿son competentes?, 79
población escolar nivel licenciatura de medicina 2000-2011, 78c
Sistema nacional de salud, personal médico por institución 2000-2007, 73c

D

datos para México a partir de estadísticas de salud de la OCDE 2014, 69c-70c
desprestigio de la Medicina general, 95

E

el médico general del futuro, 93
el médico general en el mundo, 89
evolución del modelo de atención en México, 64
¿existe equilibrio “oferta-demanda” de médicos generales?, 77

I

impacto del Seguro Popular en México, 32

M

Medicina general en México, 1
 justificación, 1
 cualidades, 5
 conceptos y definiciones, 9
 caracterización, 10c
 el futuro, 93
 desprestigio, 95
Medicina general *vs.* Medicina familiar, 82
Medicina general *vs.* Medicina interna, 85
médico general y la atención primaria, 13
 cobertura sanitaria universal, 24
 como estrategia para el Sistema nacional de salud de México
 en el siglo XXI, 13
 modelo de, 15
 objetivos de desarrollo del milenio, relacionados con la salud, 19, 21
 ¿por frustración?, 51
 primera generación de reformas, 13
 salud para todos en el año 2000, 16
 segunda generación de reformas, 14
 síntesis del modelo, en México desde el siglo XX, 13
 situación actual y tendencias en la evaluación de los ODMS, 23
 tercera generación de reformas, 14
 vocación de, 4, 4c
¿médico general por frustración?, 51

¿médicos generales competentes y suficientes?, 63, 79
aspectos generales, primeras interrogantes y algunas respuestas, 63
evolución del modelo de atención en México, 64
panorama general de salud de la población mexicana, 68
México y la atención primaria, 6
modelo de atención en México, evolución del, 64
modelo de atención primaria, 15

O

ODM, Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU), 19
ODMS, Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, 21
“oferta-demanda” de médicos generales, 77

P

panorama general de salud de la población mexicana, 68
progresos hacia la cobertura sanitaria universal, 25
propuestas para el rescate de la Medicina general, 97
educación continua, 99
propuestas y recomendaciones, 99
vertiente formativa, 98
vertiente laboral, 98

107

S

Seguro Popular en el Sistema nacional de salud en México, 30, 32
Sistema nacional de salud, personal médico por institución 2000-2007, 73c

T

tendencia del gasto en salud (% PIB), 71
¿cuántos médicos se requieren para la población creciente de México?, 71, 77c
transición de Medicina general a especialidades médicas. Traslapos, 81
Medicina general vs. Medicina familiar, 82
Medicina general vs. Medicina interna, 85

U

ubicación del médico general, 38

V

vertiente educativa, 43
cómo se forma el médico general, 43
visión del médico general, 10
vocación de médico general, 3, 4
¿a quién se considera?, 5

Esta edición consta de 1000 ejemplares y terminó de imprimirse en octubre de 2015 en Surtidora Gráfica, Calle Oriente 233 No. 297, Col. Agrícola Oriental, México, D. F. Hecho en México.