

**APORTES DE LA FORMACION DE MEDICOS FAMILIARES AL
DESARROLLO DE LA ATENCION PRIMARIA EN IBEROAMERICA. UNA
REVISION HERMENEUTICA. MEXICO**

CAROLINA VELASQUEZ GUZMAN

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MEDICINA FAMILIAR
BOGOTÁ
2015**

**APORTES DE LA FORMACION DE MEDICOS FAMILIARES AL
DESARROLLO DE LA ATENCION PRIMARIA EN IBEROAMERICA. UNA
REVISION HERMENEUTICA. MEXICO**

**Tutora:
Dra. ALLISON ACEVEDO**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MEDICINA FAMILIAR
BOGOTÁ
2015**

**APORTES DE LA FORMACION DE MEDICOS FAMILIARES AL
DESARROLLO DE LA ATENCION PRIMARIA EN IBEROAMERICA. UNA
REVISION HERMENEUTICA**

INFORME MEXICO

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

TUTORES:

COINVESTIGADOR

DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR

TUTOR METODOLÓGICO

COINVESTIGADORA

DRA ALLISON ACEVEDO

TUTOR TEMATICO

BOGOTÁ, _____ DÍA ____ MES ____ AÑO _____

SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

***“LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS
CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS INVESTIGADORES EN SU TRABAJO, SOLO
VELARÁ POR EL RIGOR CIENTÍFICO, METODOLÓGICO Y ÉTICO DEL MISMO
EN ARAS DE LA BÚSQUEDA DE LA VERDAD Y LA JUSTICIA.”***

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación, es producto de un gran esfuerzo y dedicación por parte de su autora, por esto agradezco a Dios y a mi familia, por apoyarme en cada etapa de este proceso. Además no hubiera sido posible sin la colaboración de mi tutora y muchas más personas que constituyeron un gran apoyo en todo momento y a lo largo de los años que llevó planear y realizar el proyecto, como es el cuerpo docente de la especialización, y la licenciada Martha Moreno, coordinadora del grupo de redacción y análisis de textos (GRAT) de la universidad el Bosque. A todos gracias por su tiempo y dedicación.

Tabla de contenido

Resumen	9
INTRODUCCION.....	11
1. Contexto general del sistema de salud.....	13
1.1 Características generales del país	13
1.2 Generalidades del sistema de salud	15
1.2.1 Estructura	15
1.2.2 Financiación:	15
1.2.3 Modelo de atención y de prestación de servicios.	16
2. Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios	20
2.1 Formación en medicina familiar.....	20
2.1.1 Hitos de la medicina familiar.....	20
2.1.2 Características de los programas de formación.....	23
2.1.2.1 Programa de reconversión de médicos generales.	25
2.1.2.2 Especialización en medicina familiar tipo residencia médica.	28
2.2 Aporte de la medicina familiar a la APS	29
2.2.1 Ámbitos de desempeño deseados y reales.....	29
2.2.2 Aportes de la medicina familiar al desarrollo de la APS.....	30
2.3 Experiencia significativa	31
3. Conclusiones.....	34
4. Referencias bibliográficas	36
Anexo N 1. Protocolo de Investigación.....	38

Índice de Tablas

Tabla. 1. Indicadores demográficos y de Salud de México.....	14
---	----

Índice de Figuras

Figura 1. Pirámide poblacional México. Estimado 2014.....	13
--	----

Figura 2. Modelo de organización del sistema de salud.....	16
---	----

Lista de siglas

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

ISSTECH: Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas.

PEMEX: Secretaria de salud, Petróleos Mexicanos

SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional y fuerzas Armadas

SEMAR: Secretaría de Marina

PIB: producto interno bruto

UNAM: Universidad autónoma de México

PUEM: Plan Único de Especialidades Médicas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización mundial de la salud

CIA: Central Intelligence Agency

Resumen

Aportes de la Formación de Médicos Familiares al desarrollo de la Atención Primaria en Iberoamérica, es una revisión hermenéutica, que busca reconocer las fortalezas de los sistemas de salud de los países de esta región, con el objetivo de identificar experiencias aplicables al contexto colombiano sobre los aportes que ha realizado el recurso humano de medicina familiar al desarrollo de la atención primaria en salud.

La siguiente revisión es sobre México, el cual es una república representativa y democrática. Está conformada por 31 estados libres unidos por un pacto federal y el Distrito Federal. Ubicada en América del Norte, limita al norte con Estados Unidos, al sur con Guatemala y Belice, al este con el Golfo de México y al oeste con el Océano Pacífico. Con una superficie total de 1.964.375 km², es el decimocuarto país más extenso del mundo y el undécimo en cuanto a población con 120.286.655 millones de personas, según lo estimado a julio de 2014.

El sistema de salud es un sistema mixto, lo que significa que consta de un sector público y uno privado. En el sector público los empleados formales, cotizan unas cuotas para salud mientras que las personas desempleadas o empleados informales pagan un porcentaje en salud que se establece por medio de una encuesta socioeconómica. En contraste en el sector privado, las personas pueden pagar de manera particular, o bien a través de pólizas privadas o a de empresas de medicina pre pagada.

Este sistema de salud está basado en un modelo de atención primaria, donde el médico familiar es reconocido como el médico de cabecera. Está organizado en tres niveles de complejidad. El primer nivel está conformado por unidades médicas de atención ambulatoria, las cuales son el primer contacto de las personas con el sistema de salud. La mayor parte de las consultas médicas que se otorgan en el país corresponden a las realizadas por los médicos del primer nivel de atención (médicos familiares) quienes son la puerta de entrada al sistema de salud y quienes orientan las interconsultas y remisiones a otras especialidades y demás niveles de complejidad.

Tiene actualmente dos modalidades de formación en medicina familiar; el programa de especialización para médicos generales o programa semiescolarizado, desarrollado por la UNAM y el programa de residencia médica clásica ambos regidos bajo un plan curricular único de especialidades médicas en medicina familiar.

Estas características que tiene el médico familiar en su formación, son el principal aporte que hace esta especialidad al desarrollo de la atención primaria en salud por lo que se considera un recurso valioso para el desarrollo de esta estrategia.

INTRODUCCION

Este escrito es parte de un trabajo que recoge informes de diferentes países de Iberoamérica. Está basado en un protocolo de investigación aprobado en la convocatoria interna para trabajos de investigación que hizo la Universidad El Bosque en el año 2012 (ver anexo 1). Se hizo un documento inicial que sirvió de requisito de grado para optar al título de especialista en medicina familiar de la Dra. Luisa Quintero. Estas tesis de grado al ser revisadas por el centro de investigación no cumplieron los requisitos para ser publicadas. En conjunto con la vicerrectoría de investigaciones se evidenciaron falencias en la redacción por lo que surgió la necesidad de un apoyo para esta y fue aprobado para ser dirigida por el Grupo de Redacción y Análisis de Textos (GRAT) de la División de Humanidades de la Universidad El Bosque.

Se realizó una nueva revisión hermenéutica con la que se actualizó la bibliografía y se designó a la licenciada en idiomas con maestría en literatura, Martha Moreno coordinadora del GRAT quien diseñó un taller de escritura en el que participamos docentes y residentes del posgrado involucrados en la investigación. Se elaboró un formato con la estructura que se debía seguir para que el documento fuera publicable, teniendo en cuenta las asesorías que nos brindaron en el taller de escritura para la redacción, unificación de criterios, verificación y organización de toda la información, proceso que implicó la realización de varias versiones hasta llegar a este producto final.

Cada uno de los países tiene un documento que sintetiza la información acerca del sistema de salud, modelos de atención y prestación de servicios, programas académicos, ámbitos de

desempeño, roles y aporte de los médicos familiares para la implementación de la Atención Primaria.

Con respecto a este informe referido a México, llama la atención el impulso importante que se dio a la medicina familiar entre los años setenta y ochenta que implicó un trabajo conjunto entre el gobierno y Universidad Autónoma de México. Una de sus grandes fortalezas fue como lograron masificar la especialidad y ser reconocidos como lo son en la actualidad como los médicos de cabecera de los mexicanos.

1. Contexto general del sistema de salud

1.1 Características generales del país

México es una república representativa y democrática. Está conformada por 31 estados libres unidos por un pacto federal y el Distrito Federal. Ubicada en América del Norte, limita al norte con Estados Unidos, al sur con Guatemala y Belice, al este con el Golfo de México y al oeste con el Océano Pacífico. Con una superficie total de 1.964.375 km², es el decimocuarto país más extenso del mundo y el undécimo en cuanto a población con 120.286.655 millones de personas, según lo estimado a julio de 2014. (Central Intelligence Agency [CIA], 2014). La Figura 1 representa la pirámide poblacional por quinquenios:

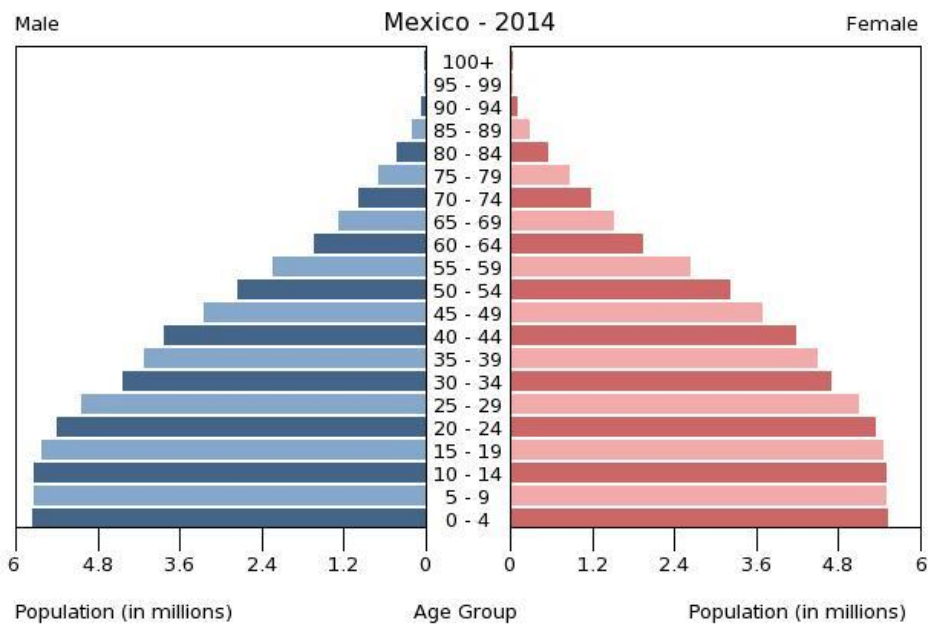


Figura 1. Pirámide poblacional de México, según estimado para 2014

Fuente: Central Intelligence Agency, 2014.

De acuerdo con los datos anteriores, la distribución estimada para 2014 por grupos de edad es:

0-14 años: 27,9% (hombres 17.188.577 / 16.423.421 mujeres)

15-24 años: 18,1% (hombres 10.999.445 / 10.741.999 mujeres)

25-54 años: 40,4% (hombres 23.385.321 / 25.200.511 mujeres)

55-64 años: 6,6% (hombres 3.850.792 / mujeres 4.527.074)

65 años y más: 6,9% (hombres 3.594.675 / mujeres 4.374.840).

(Central Intelligence Agency, 2014).

Indicador	
Población total (millones)	120.286.655 (2014) ¹
Expectativa de vida (años)	75,4 (2014) ¹
Tasa de mortalidad general	5,24 x 1000 (2014) ¹
Tasa de mortalidad infantil x 1000 NV	12,58 (2014) ¹
Razón de mortalidad materna	10,02 (2014) ¹
Tasa de natalidad	19,02 (2014) ¹
Población cubierta por la seguridad social (%)	40,3 % (2008) ²
Población cubierta por el seguro popular de salud (%)	22,6% (2008) ²
Población no asegurada	31. 137. 190 (2008) ²
Médicos por 100 personas	1,96 (2014) ¹
Gasto total en salud % del PIB	6,4 (2009) ²
Gasto total en salud per cápita	890 (2008) ²
Gasto público en salud como% del gasto total en salud	46,7 (2008) ²

Cuadro 1. Indicadores demográficos y de salud.

Fuentes: ¹ Central Intelligence Agency, 2014.

²(Gómez, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk.) 2011.

1.2 Generalidades del sistema de salud

1.2.1 Estructura.

El sistema de salud mexicano, es mixto, está compuesto por dos sectores: Público y privado. El sector público, está compuesto por las instituciones de seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), secretaria de salud, Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional y fuerzas Armadas (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR). El sector privado, está conformado por una amplia red de consultorios, farmacias y hospitales mejor equipados tecnológicamente y con más recursos dirigidos a clases medias y altas. (Gómez, O et al. 2011).

1.2.2 Financiación:

En el sector público las personas empleadas formalmente, cotizan unas cuotas para salud que se llaman cuotas obrero patronales, esta cuota se paga en porcentajes repartidos entre el trabajador y el empleador. Por otro lado, las personas desempleadas o empleados informales pagan un porcentaje menor en salud, el cual se establece por medio de una calificación que se obtiene a través de la aplicación de una encuesta socioeconómica. Las personas catalogadas como pobres según dicha tabla socio económica son subsidiadas en su totalidad por el estado. En contraste en el sector privado, las personas pueden pagar directamente en el hospital en el que fueron atendidos, o bien a través de planes de salud ofrecidos por diferentes pólizas privadas o a través de empresas de medicina pre pagada.

El gasto total en salud de México con respecto al producto interno bruto (PIB), correspondía al 6,4% para el año 2009. (Central Intelligence Agency, 2014).

En la figura 2 se explicará la estructura y financiación del sistema de salud mexicano.

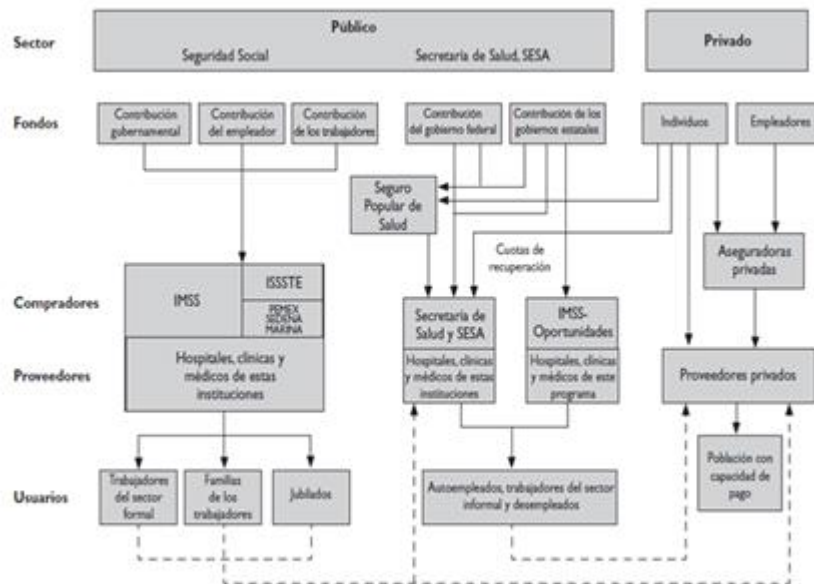


Figura 2. Sistema de salud mexicano

Fuente: (Gómez, O et al. 2011).

1.2.3 Modelo de atención y de prestación de servicios.

La reforma a la Ley General de Salud Mexicana se dió en 1984, con la Ley publicada en la Segunda Sección del Diario Oficial de la Federación, dejando claro como uno de los objetivos primordiales del Sistema de Salud Mexicano integrar los diferentes servicios de salud que se prestan en todo el país bajo la coordinación de la Secretaría de Salud.

En el año 2003, el congreso aprobó una reforma a la Ley General de Salud, con la que se busca cubrir por un tiempo a la población mexicana excluida de la Seguridad social convencional. Así, por primera vez en la historia del sistema moderno de salud, se busca igualdad de oportunidades a todos los mexicanos para participar en un seguro público de salud. Se pretende con esto democratizar el sistema de salud con base en el principio de que la atención en salud debe garantizarse a todos los mexicanos independientemente de su ingreso, lugar de residencia, origen étnico o situación laboral y se da respuesta a los retos de

disminuir la proporción de gastos de bolsillo de mexicanos, reducir e incrementar la cobertura del aseguramiento en salud. Para esto se sustenta en cinco valores básicos: igualdad de oportunidades, inclusión social, justicia financiera, corresponsabilidad y autonomía personal. (Gómez, O et al. 2011). Aunque esta ley no define explícitamente un modelo de APS, sus objetivos son coherentes con los preceptos de la Atención Primaria.

Las familias de los trabajadores formales, tanto activos como jubilados, son beneficiarios de las instituciones de seguridad social, las cuales cubren aproximadamente 48.3 millones de personas y donde el IMSS cubre a más de 80% de esta población.

(Gómez, O et al. 2011).

El sistema de salud mexicano está organizado en tres niveles de complejidad o atención en salud. El primer nivel está conformado por unidades médicas de atención ambulatoria, las cuales son el primer contacto de las personas con el sistema de salud. Estas unidades de atención van desde un solo consultorio médico hasta unidades con 30 consultorios o más y cuentan además con otros servicios tales como laboratorio clínico, radiología básica, ecografía, medicina preventiva, farmacia y central de esterilización, además de equipos de tecnología como los de imágenes diagnósticas, áreas administrativas y en algunos casos aulas de clase. En estas unidades, trabajan médicos generales, médicos familiares, médicos residentes así como enfermeras y técnicos. La mayor parte de las consultas médicas que se otorgan en el país corresponden a las realizadas por estos médicos del primer nivel de atención (generalistas), quienes son altamente resolutivos. El médico familiar en este nivel de atención es la puerta de entrada al sistema de salud y quien orienta las interconsultas y remisiones a otras especialidades y demás niveles de complejidad. (Gómez, O et al. 2011).

El segundo nivel de atención se encuentra conformado por hospitales generales donde se resuelven la mayor parte de problemas y necesidades de salud que requieren manejo en hospitalización o atención de urgencias. En dichos hospitales la atención se basa en cuatro especialidades básicas de la medicina: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y

Gineco-obstetricia. Los hospitales de este nivel de atención tienen un mayor grado de complejidad que las unidades de atención anteriores y dentro de su infraestructura cuentan con servicios tales como sala de urgencias, admisiones, servicio de hospitalización, banco de sangre, central de esterilización, salas de cirugía, salas de partos, farmacia y área de consulta externa. También se cuenta en estos hospitales, con algunas sub-especialidades médicas dentro de las cuales pueden estar Dermatología, Neurología, Cardiología, Geriatria y Cirugía pediátrica. (Gómez, O et al. 2011).

Por último, encontramos el tercer nivel de atención, conformado por una red de hospitales de alta complejidad que cuentan con diferentes subespecialidades médicas y equipos de apoyo diagnóstico y terapéutico que no se encuentran en el segundo nivel. En este nivel de atención los hospitales pueden ser hospitales especializados en un área específica, como los Institutos Nacionales de Cancerología, Cardiología, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Perinatología, Enfermedades Respiratorias, Geriatria y de Rehabilitación. (Gómez, O et al. 2011).

En México los médicos que laboran en el primer nivel de atención, no pueden seguir a su paciente en el segundo nivel. Una parte importante de las actividades de salud pública se realizan en este primer nivel de atención. Entre ellas encontramos por ejemplo la vigilancia epidemiológica y el control de brotes epidémicos, los cuales son fundamentales para el control de las enfermedades. La mayor parte de las consultas médicas que se otorgan en el país corresponden a las realizadas por estos médicos del primer nivel de atención (generalistas), quienes resuelven una gran cantidad de problemas de salud sin necesidad de remitir al paciente hacia una atención especializada (Gómez, O et al. 2011)

Como se verá en los siguientes apartes, un paso trascendental para que el médico familiar encontrara cabida dentro del sistema de salud mexicano fue el establecimiento por parte de los aseguradores de un modelo, que hizo evidente la necesidad de un recurso humano para desarrollarlo, el “médico de familia” requirió formación especializada. El proceso de completar el suficiente recurso humano para consolidar el modelo propuesto se inició en 1971 y aún sigue en curso.

2. Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios

2.1 Formación en medicina familiar

2.1.1 Hitos de la medicina familiar.

La medicina familiar surgió en 1954 con un modelo de atención denominado “médico de familia del IMSS” que buscaba organizar el trabajo del médico familiar por zonas de atención. En éste, el profesional se encargaría de atender una zona determinada con un número definido de pacientes en el servicio de consulta externa o mediante visita domiciliaria. Dicho modelo fue ensayado exitosamente con los médicos que laboraban en Nuevo Laredo, Tamaulipas, razón por la cual desde entonces se aplicó a toda la población asegurada por el IMSS. (Rodríguez, Fernández, Mazón & Olvera. 2006).

En 1955 el IMSS dio su aprobación para experimentar en forma más amplia el sistema médico familiar en dos clínicas del Distrito Federal. Los elementos más notables que se introdujeron consistieron en la adscripción de una población definida, sin importar la edad o el sexo, a cada médico de la familia. (Quiroz & Irigoyen 2008).

En 1971, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado (ISSSTE), en alianza con la UNAM, comienza la formación de especialistas en medicina familiar para incrementar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y brindar a la población atención médica más humana y de calidad. Con esto se buscaba favorecer la educación de los pacientes así como la promoción y prevención en salud.

En el año de 1974, en la VI Conferencia Mundial de Medicina General-Medicina Familiar, llevada a cabo en México, la asamblea anual de la OMS afirmó que el médico familiar representaba el elemento central del desarrollo de la medicina institucionalizada. Ese mismo año, la residencia en Medicina familiar, es reconocida como una especialidad médica por la UNAM. En 1975, se funda entonces el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de dicha universidad, cuyo objetivo principal era participar en la elaboración del programa de enseñanza del posgrado y crear un convenio con el IMSS y el ISSSTE”. (Fernández, Mazón, Ponce, Hernández, Lizcano & Domínguez 2003; Chávez, 2005).

El programa formal del posgrado comienza en 1980, inicialmente en dos sedes: el Centro de Salud Portales con 24 alumnos y la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE con 30 alumnos. En 1987, siete años después de iniciado el posgrado, el ISSSTE establece el sistema de atención en medicina familiar en las 40 clínicas del Distrito Federal y lo amplía el año siguiente a todas las unidades médicas de primer nivel de atención del país. (Fernández, M et al. 2003)

Uno de los principales problemas en este proceso fue el desequilibrio entre la demanda de especialistas en medicina familiar y el número de especialistas egresados con capacidad de trabajar. Para el año de 1987, solo el 9,6% de todos los médicos que trabajaban en el ISSSTE eran especialistas en medicina familiar y los demás eran médicos generales o especialistas de otras áreas de la medicina. El ISSSTE consideró que un sistema de atención basado en medicina familiar sin especialistas suficientes en esta disciplina ponía en riesgo la calidad de los servicios. Por esta razón, en 1992 la UNAM y el ISSSTE firmaron un convenio de colaboración para implementar un curso de especialización en medicina familiar de

reconversión de médicos generales del instituto, bajo una modalidad semiescolarizada (*véase* sección 2.1.2). El programa educativo estuvo a cargo del Departamento de Medicina Familiar de la UNAM. (Fernández, M et al. 2003).

En 1988, con el aval de la Academia Nacional de Medicina de México, se crea el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar (CMCMF), y hacia 1994 se crea el Colegio Mexicano de Medicina Familiar. (Quiroz, 2008). En 1994 existían en el país más de trece mil quinientos médicos familiares. Durante el período de 1988 a 1993, el Consejo Mexicano había certificado a 682 especialistas, lo que equivale, aproximadamente, al 5% del total de médicos familiares de México para ese entonces. (Fernández, M et al. 2003).

En 1994 también, por consenso, la Facultad de Medicina de la UNAM, las instituciones de salud y los consejos mexicanos de especialistas diseñan un plan educativo y curricular único de todas las especialidades médicas, conocido como Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM). Este fue aprobado por el Consejo Universitario en 1994. Esta situación permite tener un perfil uniforme del médico familiar en todo el país y facilita el establecimiento de mecanismos estandarizados de acreditación de los médicos egresados, como la recertificación. Este es un proceso continuo que busca garantizar la seguridad del paciente y mantener la calidad del servicio prestado por los especialistas en medicina familiar egresados mediante la aplicación de un examen de conocimientos anual a los médicos egresados. Este examen o proceso de recertificación, puede ser solicitado en cualquier momento del año en las oficinas del Consejo, en las sedes permanentes o en las asociaciones y los colegios constitutivos y se aplica de forma igual a todos los especialistas en medicina familiar, sin importar bajo que modalidad de residencia se hayan formado. (Rodríguez, J et al. 2006).

En el país existen diversas agremiaciones que reúnen a los médicos familiares. La más antigua, creada en 1957, es la Asociación Mexicana de Medicina General y Familiar. Otras asociaciones nacionales son: Asociación de Medicina Familiar Mexicana, Asociación Nacional de Médicos Residentes y Especialistas en Medicina Familiar, entre otras. Para el año 2006 el Colegio Mexicano de Medicina de Familia, miembro de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar y

de la “World Organization of Family Doctors” (WONCA) creado en 1995, agrupa a 39 asociaciones constitutivas en todo el país. En el año 2000 se creó la Academia Mexicana de Profesores de Medicina Familiar. (Rodríguez, J et al. 2006).

2.1.2 Características de los programas de formación

La educación en medicina familiar en México se desarrolla tanto en pregrado como en posgrado. En el primer nivel enseñan los siguientes temas: perspectivas del tratamiento integral del paciente, la pareja, sexualidad y ciclo evolutivo, y el enfoque integral de problemas de salud familiar: visión clínica y epidemiológica. Durante los meses del internado, los estudiantes rotan por unidades de medicina familiar del IMSS y del ISSSTE y por centros de salud de la Secretaría de Salud, sin embargo cabe aclarar que estas rotaciones durante pregrado no hacen parte de las diferentes modalidades de especialización en medicina familiar. (Rodríguez, J et al. 2006).

El segundo nivel de formación se desarrolla en dos modalidades: una dirigida a los médicos generales que se encuentran laborando y que tienen una población asignada a su consultorio. Se conoce como programa de reconversión de médicos generales o curso de especialización en medicina familiar para médicos generales o curso semiescolarizado (*véase* sección 2.1.2.1). La segunda es la modalidad de especialización en medicina familiar tipo residencia médica (*véase* sección 2.1.2.2). (Rodríguez, J et al. 2006).

(Taller internacional de Euro social OPS, Fernández, 2014).

El programa de especialización es reconocido por todas las universidades públicas. La mayoría ha adoptado el Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM) de la UNAM. Por tanto, el perfil de egreso es común para las dos modalidades. Este comprende tres logros educativos principales que se esperan como efecto del proceso de educación culminado:

- La orientación profesional humanista
- La formación intelectual
- El desempeño operativo del médico especialista

Estos logros se obtienen durante los tres años de residencia, a través de una metodología educativa centrada en la solución de problemas. Se propone lograr que el egresado sea un médico especialista altamente competente en medicina familiar para:

- Emplear con eficiencia el conocimiento y las técnicas de la atención médica de manera apropiada a las circunstancias que afronta en su práctica profesional.
- Aplicar con sentido crítico los recursos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Seleccionar, analizar y valorar la literatura médica de su especialidad, en este caso de medicina familiar, aplicándola con pertinencia a su práctica profesional diaria con el fin de sustentar, profundizar y ampliar sus acciones profesionales.
- Participar en el desarrollo de proyectos de investigación médica orientados hacia la solución de problemas significativos de su especialidad.
- Interactuar productivamente en grupos de trabajo interdisciplinarios procurando integrar de su quehacer en relación con el trabajo de los demás profesionales del área.

- Participar en acciones de educación dirigidas a los pacientes así como en la difusión del conocimiento médico a las nuevas generaciones de profesionales de la salud.
- Basar y sustentar su ejercicio profesional en los principios del humanismo considerando la integridad biológica y psíquica del individuo en su interacción constante con la sociedad.
- Procurar su educación permanente y superación profesional para su continuo perfeccionamiento y el empleo ético del conocimiento médico. (Plan único de especializaciones médicas en medicina familiar UNAM, 2009)

Se espera del egresado que tenga una mayor capacidad e interés en educar a sus pacientes y guiar a su población hacia la toma de conciencia sobre su estilo de vida; también que sea un resolutivo, integral y que brinde un trato humano al paciente y a su familia.

2.1.2.1 Programa de reconversión de médicos generales.

El programa de especialización para médicos generales o programa semiescolarizado, desarrollado por la UNAM en el año 1993, inicialmente fue de 2 años pero desde el año 2002 tiene una duración tres años y es equivalente en sus competencias a la residencia médica clásica.

Está dirigido a los médicos generales que trabajan en instituciones de salud del primer nivel de atención del ISSSTE, con una antigüedad mínima de dos años y que tienen una población asignada a su consultorio. Otros criterios de ingreso a este programa son aprobar un examen de conocimientos médicos generales y no haber realizado ninguna otra especialización. Esta modalidad no precisa un límite de edad como criterio de ingreso. (Fernández, M et al. 2003).

Se optó en 1994 por un programa de especialización semi-escolarizada para médicos generales, se inició la formación con 1700 médicos de los cuales solo pudieron cumplir los

requisitos 800. Este programa se inició en el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas.

El programa de reconversión es similar al de la modalidad de residencia (*véase* sección 2.1.2.2) en aspectos tales como la duración (tres años), el enfoque educativo, el programa curricular en el que se basan (PUEM) y las rotaciones clínicas que realizan así como en la importancia dada a la investigación, que es uno de los requisitos de grado para ambos tipos de especialización. Se lleva a cabo bajo un esquema de educación y formación en servicio; incluye acompañamiento directo de los docentes en el consultorio, vídeos, revisión de historias clínicas, rotaciones clínicas en áreas como medicina interna, pediatría, urgencias, cirugía general, medicina paliativa, salud pública y geriatría entre otras. También incluye turnos hospitalarios nocturnos o de fin de semana y evaluaciones trimestrales (Rodríguez, J et al. 2006).

Este programa incluye una rotación de cuatro meses por el servicio hospitalario del segundo nivel de atención en cada uno de los tres años del programa, así como la realización de turnos. El contenido teórico se aborda mediante casos clínicos reales o creados a partir de pacientes atendidos en la consulta de medicina familiar o en la consulta de otras especialidades durante la rotación hospitalaria. Estas actividades académicas se llevan a cabo dos o tres veces por semana. (Chávez, 2005; Fernández, M et al. 2003).

Durante el periodo de rotación clínica, los residentes cuentan con una beca de tiempo completo para dedicarse exclusivamente a la especialización y cumplir con las actividades hospitalarias, enfocadas al manejo y la atención integral del paciente y su familia. Como se

mencionó anteriormente, cuentan con el acompañamiento de un tutor (médico familiar) en actividades tales como respuesta a interconsultas y atención al paciente ambulatorio en la consulta de la especialidad correspondiente. Como actividad complementaria, los residentes realizan investigación documental y búsqueda de bibliografía relacionada con los casos difíciles o más llamativos que se hayan atendido durante la consulta, así como turnos adicionales durante 24 horas a la semana, distribuidos en jornada nocturna de 12 horas o de fin de semana en horario diurno. (Chávez, 2005).

En los ocho meses restantes en cada uno de los tres años de especialización, el médico residente labora en su consultorio y realiza paralelamente actividades académicas divididas en sesiones grupales con los demás residentes. Durante estos meses ya no tiene el beneficio de la beca ya que recibe su sueldo normal como médico de consulta externa. Dichas actividades grupales se desarrollan dos o tres veces por semana, por medio de presentación de casos clínicos ante el resto del grupo o sesiones radiológicas y actividades relacionadas con el trabajo de investigación, requisito de grado exigido por la División de especializaciones médicas de la UNAM. Este trabajo de investigación es requisito de grado para todos los residentes de las diferentes especialidades, debe referirse a algún problema significativo de su especialidad y ser revisado y aprobado por un tutor (docente). En el año 2000, se implementó un modelo de formación de investigadores en medicina familiar con el propósito de dar pronta respuesta a las necesidades de formación de investigadores en el posgrado. (Chávez, 2005; Ponce, Landgrave, Hernández, Urrutia, Palomino & García 2003)

2.1.2.2 Especialización en medicina familiar tipo residencia médica.

Esta modalidad también tiene una duración de tres años. Como criterio de ingreso el aspirante debe presentar un examen de selección y no superar los 40 años de edad. La formación que reciben los residentes está basada en el programa único de especializaciones médicas de la UNAM (PUEM). Requiere dedicación de tiempo completo, ya que en este caso los residentes no tienen un puesto laboral por lo que deben permanecer en su unidad básica o centro de rotación durante toda la jornada así como durante los turnos nocturnos o de fin de semana que tengan asignados. Cabe resaltar que bajo esta modalidad de formación, los residentes están becados para poder dedicarse de tiempo completo y de manera exclusiva a su especialización. (Fernández, 2014)

La mayor parte del tiempo los residentes permanecen en su sitio de rotación, donde la actividad académica se centra en la participación del alumno en la prestación de atención médica de alta calidad, a los pacientes y a sus familias, así como en la reflexión con los miembros del servicio por el que está rotando acerca de los problemas de salud que presenten sus pacientes. Esta actividad incluye además las sesiones académicas propias de cada servicio por el que se rota, tales como revistas médicas, revisiones de tema o presentación de casos clínicos importantes. (Plan único de especializaciones médicas en medicina familiar UNAM, 2009)

Este trabajo de atención médica en las rotaciones hospitalarias se realiza a lo largo de los tres años que dura la residencia y su propósito principal es entrenar al residente en la aplicación de conocimientos, aptitudes y destrezas profesionales necesarias para el desempeño de una

adecuada práctica. Esto le permite obtener diferentes niveles tanto de dominio cognoscitivo como de habilidades. Para la realización de este entrenamiento y enseñanza, se asignan 35 horas semanales durante los dos primeros años, y 33 horas durante el tercer año. (Plan único de especializaciones médicas en medicina familiar UNAM, 2009)

Entre las áreas de la salud o servicio por los cuales rota el residente se encuentran: medicina familiar, medicina interna, pediatría, ginecobstetricia, salud pública, urgencias, áreas quirúrgicas tales como cirugía general, urología, otorrinolaringología, ortopedia. También en los últimos semestres rotan por otros servicios tales como medicina paliativa, geriatría y atención del adulto mayor. (Plan único de especializaciones médicas en medicina familiar UNAM, 2009)

2.2 Aporte de la medicina familiar a la APS

2.2.1 Ámbitos de desempeño deseados y reales.

El médico familiar mexicano se desempeña como médico de consulta externa en el primer nivel de atención, siendo la puerta de entrada al sistema de salud y el primer contacto del paciente con el mismo. Es importante el rol del médico familiar en este nivel de atención, ya que este se convierte en el médico de cabecera de sus pacientes y es quien define la necesidad y pertinencia de una derivación a otra especialidad u otro nivel de atención, pero así sea derivado el paciente posteriormente volverá y seguirá siendo manejado por su médico familiar. También se desempeña como médico de urgencias, en actividades médico-administrativas como coordinador, en puestos directivos y como tutor y docente en la

formación de las nuevas generaciones de especialistas en medicina familiar. (Rodríguez, J et al. 2006).

En cuanto a la capacidad de formación de médicos familiares en México, se puede decir que para el año 2011 había aproximadamente 39, 000 médicos familiares formados, ingresan 1200 a 1400 médicos a la residencia de medicina familiar cada año y de estos, 200 a 400 médicos familiares se forman bajo la modalidad semiescolarizada o programa de conversión para médicos generales. Los restantes optan por formarse dentro de modalidad de residencia convencional. (Véase sección 2.1.2.2.). Con esto, podemos concluir que México tiene la capacidad de incrementar en un 3,3% anual el número de médicos familiares. (Taller de Formación de Formadores en Medicina Familiar, Fernández, 2014).

2.2.2 Aportes de la medicina familiar al desarrollo de la APS.

Basados en las necesidades de la población y del sistema en salud, se creó en México un modelo de atención en salud centrado en atención primaria, donde la figura del médico familiar se reconoce como el centro de este sistema y médico de cabecera de la población. No se encuentra descrita explícitamente esta información en la revisión bibliográfica, pero se puede inferir que al estar ubicado en la puerta de entrada del sistema de salud, es el primer contacto con los pacientes. Allí aporta su fortaleza clínica, su humanidad, su alta resolutivez y su enfoque dirigido a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En esta posición dentro del sistema, también aporta una adecuada gestión y utilización de los recursos en salud y por ende costo-efectividad para el sistema y para el país.

2.3 Experiencia significativa

Es de resaltar la masificación de médicos familiares mediante el desarrollo del programa de especialización o de reconversión para médicos generales que trabajaban con las instituciones de seguridad social del país (véase sección 2.1.2.1). Esta estrategia tiene un enfoque de costo-beneficio atractivo ya que eleva la calidad de la atención médica prestada y representa un incremento de las actividades de educación continuada y de actualización para el gremio médico. (Chávez, 2005).

En el IMSS, este curso semiescolarizado se inició en el año 2000 en 57 sedes con 960 estudiantes, de los cuales concluyeron el primer ciclo académico 332 alumnos. La deserción se debió principalmente a la falta de becas durante el periodo de rotación hospitalaria, situación que fue corregida para el siguiente ciclo (2003 a 2004), en el cual hubo 50 sedes y 296 alumnos. Para el ciclo 2004 a 2005 se incluyeron 77 sedes con 560 alumnos, para un total de 1.188 alumnos en los tres grados académicos. (Chávez, 2005).

Evolución del curso:

- 1984 Comienza en el ISSTECH (Estado de Chiapas)
- 1995- Se extiende a médicos de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua
 - Se crea el Colegio Mexicano de Medicina Familiar con la participación de más de 20 Asociaciones constitutivas a nivel nacional
- 2001- Inicia en la Secretaría de Salud (SSA), del Estado de Tabasco
- 2002- Inicia en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (es la institución más grande y lleva más de 22.500 médicos familiares formados para el 2014).

- 2004- Inicia en la SSA, del Estado de Querétaro
- 2013- Inicia el Estado de Guerrero y el Hospital General de México
- 2014- El IMSS impulsa el fortalecimiento del Modelo Médico Familiar

(Taller de Formación de Formadores en Medicina Familiar, Fernández, 2014).

Este modelo de formación aporta elementos que pueden tomarse como ejemplo a seguir y pueden servir en el contexto de otros países tales como Colombia, para desarrollar y consolidar estrategias de salud en lo que se refiere a la formación de médicos familiares.

Algunos de estos elementos son:

Los cambios que se requirieron en la infraestructura del sistema de salud, el gran apoyo a nivel económico por parte del estado, la construcción de las unidades de atención primaria las cuales cumplían un papel fundamental en la atención a los pacientes pero también en la formación de los residentes como centro principal de rotación y docencia, el fomento de la investigación en Atención Primaria y la formación y entrenamiento a tutores que dirigieran y supervisarán todo este proceso investigativo.

Para la OMS, uno de los objetivos era formar médicos para la atención primaria de la salud y de esa manera mejorar la calidad técnica y humana del personal médico que trabajaba en el primer nivel de atención. La formación en medicina familiar fue la respuesta para los problemas de salud de algunas naciones. Esta tendencia internacional reforzó en México el impulso que ya se había iniciado con la residencia de medicina familiar. Para la década comprendida entre los años 1970 y 1980, aunque ya existían médicos familiares egresados y se encontraban laborando como puerta de entrada en el sistema de salud, no eran suficientes para responder a las necesidades del país y atender a toda la población. Por esta razón fue necesario diseñar una estrategia novedosa de formación de recurso humano en medicina

familiar, que permitiera transformar a los médicos generales que ya trabajaban en las instituciones de seguridad social en especialistas en medicina familiar. Esta opción permitiría alcanzar un gran porcentaje de médicos especialistas en medicina familiar dentro del sistema de salud. Se apoyó entonces al ISSSTE para que llevara a cabo el programa de reconversión o semiescolarizado de especialización para sus médicos generales. Un aspecto importante es que esta modalidad semipresencial de especialización se desarrolla sin que el médico abandone sus labores asistenciales habituales como ni su responsabilidad con la población asignada. (Fernández, M et al. 2003)..

3. Conclusiones

- El sistema de salud es un sistema mixto, lo que significa que consta de un sector público y uno privado. En el sector público los empleados formales, cotizan unas cuotas para salud mientras que las personas desempleadas o empleados informales pagan un porcentaje en salud que se establece por medio de una encuesta socioeconómica. En contraste en el sector privado, las personas pueden pagar de manera particular, o bien a través de pólizas privadas o a través de empresas de medicina pre pagada.
- El sistema de salud está basado en un modelo de atención primaria, donde el médico familiar es reconocido como el médico de cabecera. Está organizado en tres niveles de complejidad, El primer nivel está conformado por unidades médicas de atención ambulatoria, las cuales son el primer contacto de las personas con el sistema de salud. La mayor parte de las consultas médicas que se otorgan en el país corresponden a las realizadas por los médicos del primer nivel de atención (médicos familiares) quienes son la puerta de entrada al sistema de salud y quienes orientan las interconsultas y remisiones a otras especialidades y demás niveles de complejidad.
- Este sistema de atención Basado en medicina familiar demostró ser efectivo en la calidad de la atención, en el manejo óptimo de recursos, y sustentación del mismo mediante la formación masiva de médicos familiares.
- En la literatura revisada no se ha encontrado que los Médicos Familiares en México hubiesen podido medir el impacto que tuvieron sobre la población y sobre el sistema de salud. Por lo que si este modelo de atención en salud se llegase a instaurar en Colombia, seria de mucho valor que se midiera cuantitativamente este impacto.

- Existe en México un proceso continuo de certificación y recertificación, el cual mantiene la calidad del servicio prestado por los especialistas en medicina familiar, este es uno de los aportes más importantes de esta revisión sobre la medicina familiar en México y es de resaltar que se aplica de igual manera sin importar bajo que modalidad de postgrado se haya formado el médico familiar.
- Como se mencionó en la sección 2.3, el mayor aporte que hizo México en cuanto a la formación de médicos familiares, fue su proceso de masificación de los mismos, mediante el programa de especialización para médicos generales o programa semiescolarizado, desarrollado por la UNAM en el año 1993, el cual tiene una duración tres años y es equivalente en sus competencias a la residencia médica clásica. Está dirigido a los médicos generales que trabajan en instituciones de salud del primer nivel de atención del ISSSTE y que tienen una población asignada a su consultorio.
-
- El desarrollo de este programa, fue posible en un corto tiempo ya que contaban con centros de practica suficientes y exclusivos para sus residentes, Centros de practica como estos aun no existen en Colombia y sería necesario crearlos antes de pensar en un proceso de masificación de la especialidad.
- Para terminar, es importante resaltar que una de las limitantes de mayor peso para decidir entrar y mantenerse en un postgrado en Colombia, es la dificultad para sostenerse económicamente mientras el residente se dedica de manera exclusiva y de tiempo completo a estudiar. Esta limitante o barrera para acceder al postgrado de medicina familiar no existe en México, ya que en este país los residentes de esta especialidad cuentan con una beca de tiempo completo para así poder dedicarse exclusivamente a su estudio y practicas hospitalarias. Se necesita el apoyo económico del gobierno colombiano para lograr estas becas e incentivar a los médicos generales a especializarse.

4. Referencias bibliográficas

- Central Intelligence Agency, & Mexico. (2014). The world factbook. Retrieved from <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/mx.html>
-
- Chávez Aguilar, V. (2005). Especialización en medicina familiar, modalidad semipresencial en el IMSS. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 43(2), 180.
-
- Facultad de medicina, UNAM Plan único de especializaciones médicas en medicina familiar.
-
- Fernández Ortega Miguel Ángel. (2014). Taller de formación de formadores en medicina familiar ministerio de salud pública de Colombia.
-
- Fernández Ortega, M. A., Mazón Ramírez, J. J., Ponce Rosas, E. R., Hernández Torres, I., Lizcano Esperón, F. J., & Domínguez del Olmo, J. (2003). Curso semiescolarizado de especialización en medicina familiar (CuSEMF) en México (1993-1999). *Atencion Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria*, 31(2), 119.
-
- Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011a). Sistema de salud de México. *Salud Pública De México*, Vol. 53(2)(suplemento 2), 220-232.

- Ponce Rosas, E. R., Landgrave Ibañez, S., Hernández Torres, I., Urrutia Aguilar, M. E., Palomino Garibay, L., & García Sahagún, M. C. (2003). La tutoría en investigación en la medicina de familia de México. *Atención Primaria*, 32(1), 54.
-
- Ponce Rosas, E. R., Gómez Clavelina, F. J., Irigoyen Coria, A. E., Landgrave, S., Navarro García, A. M. & Jiménez Galván, Estrategia para fortalecer la investigación en medicina familiar.
-
- Quiroz Pérez, J. R., & Irigoyen Coria, A. (2008). Una visión histórica sobre la medicina familiar en México. *Artículos De Difusión-Med. Fam. & at. Prim*, 2 (1), 54
- Rodríguez Domínguez, J., Fernández Ortega, Mazón, J. J., & Olvera, F. (2006). La medicina familiar en México, 1954-2006. antecedentes, situación actual y perspectivas. *Atención Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria*, 38(9), 522.

Anexo N 1. Protocolo de Investigación