

Educación médica y los sistemas de salud

Enrique Graue-Wiechers*

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

Se me encargó desarrollar en este simposio el tema de educación médica y los sistemas de salud. El análisis es pertinente pues el fin último de las escuelas de Medicina es formar médicos que sean útiles para el sistema de salud vigente, independientemente del país y de la organización del sistema de salud de que se trate. La interacción entre el sistema educativo en salud y el Sistema Nacional de Salud posee gran relevancia para definir el rumbo de la educación médica. Sin duda, entre más estrecha sea esta relación, más eficiente será la formación de los médicos que el país demanda y mejores sus oportunidades para insertarse en el mercado laboral. El tema obliga a una serie de preguntas: ¿existe realmente una relación estrecha entre el sistema de salud y la educación médica nacionales? ¿Es ésta, más bien, una relación casual, fruto del interés de las partes? De ser así, ¿qué tan congruente es la formación de médicos, tanto generales como especialistas, con las necesidades del país? Y, finalmente, ¿cómo debe mejorar la relación para hacer más eficiente la formación médica y que efectivamente responda a las necesidades del sistema de salud?

PALABRAS CLAVE: *Sistemas de salud. Educación médica.*

Abstract

I was asked to develop in this symposium the topic of medical education and health systems. The analysis is relevant because the ultimate goal of medical schools is to train physicians to be useful for the current health system, regardless of the country and the health system organization in question. The interaction between the education system in health and National Health System has great importance to define the direction of medical education. Certainly, the more closely this relationship, the more efficient the training of doctors that the country demands and best opportunities in entering the labor market.

The issue requires a series of questions: is there really a close relationship between the health system and national medical education? Is it, rather, a causal relationship, the result of the interest of the parties? If so, how consistent is the training of doctors, both general and specialists, with the country's needs? And finally, how should improve the relationship to make medical education more efficient and effectively respond to the needs of the health system?

KEY WORDS: *Health systems. Medical education.*

Correspondencia:

*Enrique Graue-Wiechers
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México
Avda. Universidad, 3000, Circuito Interior
Edificio B, 2.º
Ciudad Universitaria
C.P. 04510, México, D.F.
E-mail: graue@servidor.unam.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 04-10-2011

Fecha de aceptación: 11-10-2011

Las relaciones históricas entre el sistema de salud y la educación médica

En México, la educación médica y el sistema de salud tienen una raíz común que se remonta a los tiempos de la Colonia; el vínculo entre ambos era entonces estrechísimo. La salud y las acciones sanitarias durante esa época estaban a cargo del Protomedicato, cuyo vínculo con la cátedra de Medicina de la Real y Pontificia Universidad era tan cercano, que la organización del primero se ligaba indefectiblemente a la de la segunda, de tal modo que el «protomédico» era aquel que profesaba la «cátedra de Prima», el primer vocal, el que impartía la cátedra de vísperas, y el tercer miembro del Protomedicato era designado por los dos primeros.

De hecho, los médicos recién formados por la Real y Pontificia Universidad eran examinados y habilitados para el ejercicio de la profesión por el Tribunal del Protomedicato. Vínculo más estrecho, imposible.

Así formamos, durante siglos, a los médicos que el país necesitaba o creía necesitar, con los conocimientos propios de la época y con las habilidades que la Colonia demandaba de ellos.

Con la Independencia y los vientos de cambio, la estructura de salud y de la educación médica se vio en la necesidad de reformarse. La Real y Pontificia Universidad obedecía a los intereses de estamentos religiosos y coloniales; por ello, el gobierno liberal de V. Gómez Farías convirtió la figura de las escuelas en establecimientos, modernizando la enseñanza y ligándola al nuevo proyecto nacional. En el caso de Medicina, la escuela se transformó, el 23 de octubre de 1833, en el Establecimiento de Ciencias Médicas, hecho que, por los cambios que implicó en la educación y en la atención sanitaria, todavía hoy lo celebramos como el «Día del médico».

Un convulso siglo XIX no dejó de afectar a la organización sanitaria y a la educación del país. El Establecimiento de Ciencias Médicas cambió con frecuencia de nombre y de sitios donde se impartían las clases, hasta que, en 1855, logró su sede definitiva en el antiguo Palacio de la Inquisición. A su vez, la organización de salud se vio frecuentemente afectada con los cambios sociopolíticos acontecidos en los primeros dos tercios del siglo XIX.

Con la República restaurada, la entonces Escuela de Medicina pasó a depender de la Secretaría de Educación y se consolidó el Consejo de Salubridad como entidad rectora de las acciones de salud.

Durante la época de estabilidad porfiriana, a fines del siglo XIX, los puntos de contacto y de comunión de intereses entre la Escuela de Medicina y el Consejo de Salubridad volvieron a ser frecuentes. E. Liceaga presidía el Consejo de Salubridad al tiempo que era profesor de la escuela, y los proyectos de la salubridad general del país se ligaban estrechamente con los cambios educativos que se gestaban. El gran proyecto en salud del Porfiriato lo fue el Hospital General de México, planeado, inicialmente, como una verdadera ciudad de la salud; fue concebido como un gran hospital-escuela y abrió sus puertas al público en los primeros años del siglo XX. De hecho, en 1910, cuando el proyecto educativo de J. Sierra se consolidó con la creación de la Universidad Nacional y la incorporación de la Escuela de Medicina a ella, como una de sus fundadoras, fue E. Liceaga su primer director.

La relación sanitaria-educativa era tan estrecha, que, en los primeros años de la Escuela Nacional de Medicina, para ser jefe de un pabellón del Hospital general se requería ser el titular de la materia correspondiente en la Universidad Nacional. El internado médico, a la conclusión de los estudios de Medicina, se planteó como un complemento educativo y una necesidad de servicio en los dos principales hospitales públicos de la época: el Hospital Juárez y el Hospital General.

El siglo XX y las relaciones entre el sistema de salud y la educación médica

Con la Revolución, la estabilidad del sistema sanitario y educativo se vio también fuertemente afectada. La Escuela de Medicina sufrió de frecuentes cambios en su dirección y de una escasa población estudiantil, particularmente entre los años de 1913-1916, al tiempo que sucedía una época de escasez presupuestaria del Consejo de Salubridad General. Con el gobierno constitucionalista, la educación se estabilizó y se reforzaron las acciones de planeación sanitaria con la conversión del Consejo de Salubridad General en el Departamento de Salubridad Pública (1917), con un titular que dependía directamente del poder ejecutivo, cargo que recayó en J.M. Rodríguez¹.

Con la creación del Departamento de Salubridad Pública, la atención médica y los sistemas preventivos fueron gradualmente creciendo y consolidándose, y lo propio aconteció con la educación médica. En la Escuela Nacional de Medicina la regularidad fue la regla, y el interés por mantener actualizado el currículo de la carrera una constante.

Como consecuencia del crecimiento de ambos sistemas, su relación se fue haciendo más distante. Sin embargo, durante esta época, surgen nuevas escuelas de Medicina en el interior de la República producto de la necesidad de médicos para una población que reclamaba atención; son años en que los médicos se insertan con facilidad en un mercado laboral creciente.

Aún sin ese vínculo estrecho de las décadas anteriores, los jefes del Departamento de Salubridad Pública son, con frecuencia, profesores o egresados de nuestra Facultad (B. Gastélum, 1924-1928; A. Villanueva, 1928-1930; R. Silva, 1930-1932; G. Melo, 1932-1933; A. Ayala, 1934-1935), y con ellos, al frente de las decisiones sanitarias, la coincidencia con los intereses educativos iban aparejados².

Bajo la gestión del presidente L. Cárdenas se creó la Secretaría de Asistencia y se dividieron las funciones sanitarias de aquellas propias de la atención médica para, posteriormente, bajo la presidencia de M. Ávila Camacho, fusionarlas en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuyo primer titular fue G. Baz Prada (1943-1946), quien, ya para entonces, había sido director de la Escuela Nacional de Medicina (1935-1938) y, posteriormente, rector de la Universidad.

Un ejemplo muy claro de estos vínculos periódicos, pero muy cercanos, entre el sistema de salud y la educación médica, se da precisamente en 1935. Nuestro país presentaba un déficit importante de médicos generales, particularmente en las zonas rurales. El entonces presidente L. Cárdenas solicitó del rector L. Chico Güerne la colaboración de la Universidad y de los universitarios en los programas sociales del régimen. La respuesta más clara y decidida a esta necesidad la da la Escuela Nacional de Medicina bajo la dirección de G. Baz, quien crea el servicio social obligatorio en Medicina y cuya primera generación parte, en 1936, a esta cruzada por la salud de México. Gradualmente, con el pasar de los años, se sumaron otras escuelas de Medicina del país al igual que otras profesiones.

El impacto del servicio social en Medicina, a lo largo de todos estos años, atendiendo a millones de mexicanos que de otra forma no hubieran tenido acceso a la atención médica de prevención y curación, es tal, que sería difícil imaginar los logros de la salud en México sin esta acción.

Muchos otros puntos de contacto y de vínculos de gran utilidad para el sistema de salud ha tenido el sistema educativo: desde finales de la década de 1920 y principios de la de 1930, por efecto de la evolución del conocimiento, surgieron con fuerza las distintas especialidades médicas (se iniciaron, de hecho, desde

principios del siglo XX) y fueron nuestros egresados los responsables de planear, ejecutar y administrar los grandes hospitales de especialidad que forjaron, en los años subsiguientes, a los especialistas que el país demandaba. Así, surgieron, en 1943, el Hospital Infantil, el Instituto Nacional de Cardiología y el de Enfermedades de la Nutrición en 1944, el Instituto Nacional de Oncología en 1949, y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía en 1952.

El sistema de salud se vio favorecido también por la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (1943) y con la aparición de sus grandes centros hospitalarios. El Centro Médico La Raza en 1954 y, en 1961, el Centro Médico Nacional. De la misma época data la aparición del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la posterior construcción de sus centros hospitalarios. Con ellos, sin duda, se fortaleció el sistema y las fuentes de empleo, particularmente las relacionadas con los médicos especialistas.

Nada de esto es el fruto de una planeación conjunta entre el sistema educativo y el sistema de salud; es, más bien, producto del crecimiento natural del país. El sistema de salud se expandió y fragmentó, y las escuelas de Medicina formaron médicos en la medida en que, de alguna forma, el mercado laboral lo demandaba. Son felices puntos de encuentro resultado de la evolución a la que se ha dado en llamar «época de desarrollo estabilizador».

Hacia la década de 1970, la demanda de educación superior de una población en su mayoría de jóvenes se incrementó notablemente; se generó una explosión no planeada de médicos; surgieron nuevas escuelas de Medicina en los estados; aparecieron diversas escuelas privadas y su número se triplicó en menos de dos décadas.

Simultáneamente, el sistema de salud se organizó en niveles de atención. El sistema educativo respondió con una nueva modalidad de especialistas, el médico familiar, quien sería el principal encargado de la atención primaria, particularmente en el primer y segundo nivel de atención.

Para fines del siglo pasado, la formación de médicos en las distintas especialidades, incluyendo medicina familiar, se lleva a cabo ya no sólo en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), sino en muchas otras escuelas de Medicina del país. Su formación y programas educativos no siempre eran homogéneos. Esto obligó a crear un nuevo vínculo de gran importancia entre el sistema de salud y el sistema educativo liderado por la UNAM. J.R. de la Fuente,

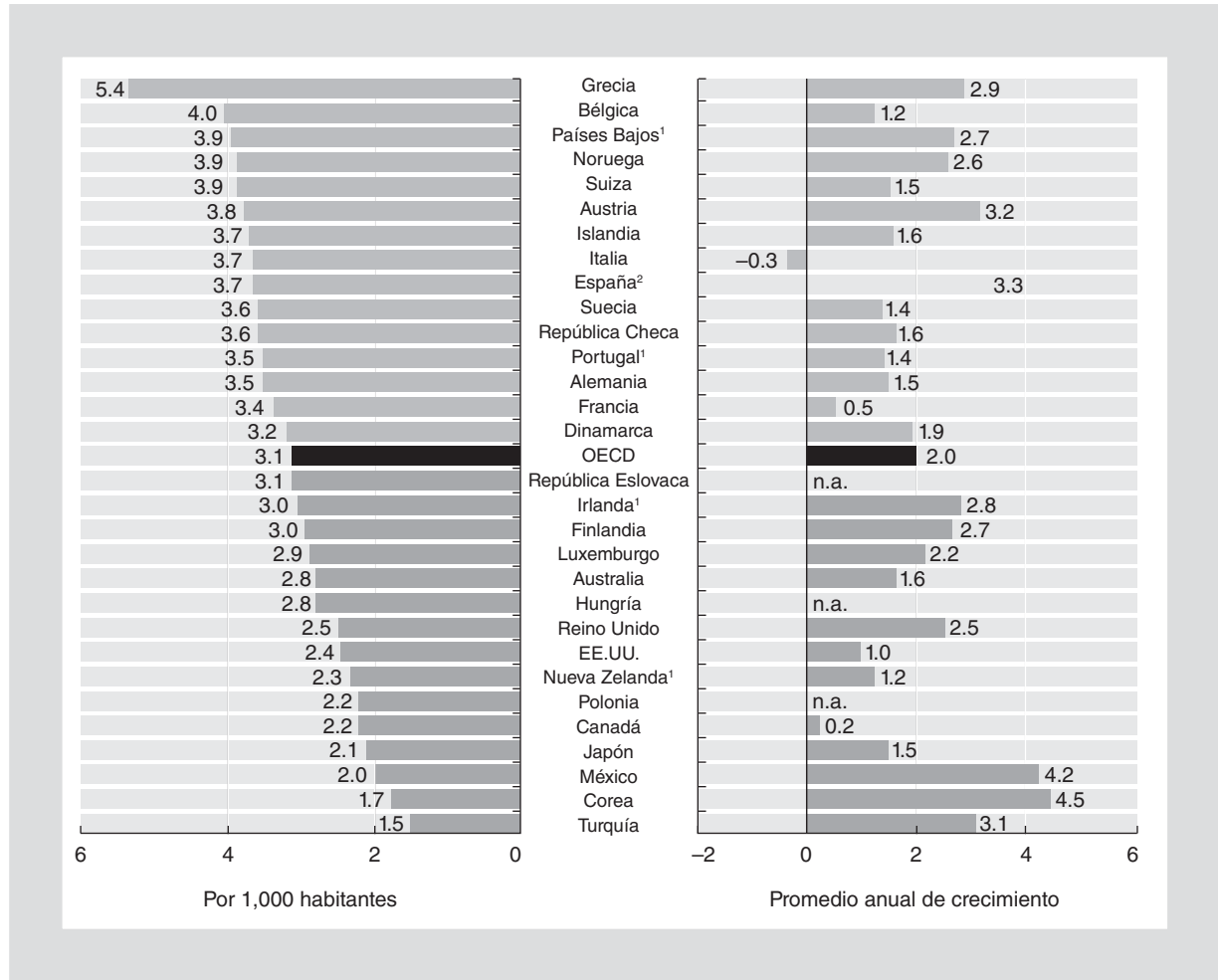


Figura 1. Promedio de médicos/1,000 habitantes en los países pertenecientes a la OCDE. Este cuadro representa la cantidad de médicos existentes/1,000 habitantes en los países pertenecientes a la OCDE, independientemente de la eficiencia de los diferentes sistemas de salud.

entonces director de la Facultad de Medicina, convocó a los distintos actores institucionales y educativos y, de esta organización, surgió el Programa único de especialidades médicas (PUEM), que rápidamente fue adoptado por todas las escuelas de Medicina del país y aceptado por todo el sector salud. El PUEM permitió, entonces, homologar las competencias de egreso de los especialistas.

De esta forma, durante el siglo XX, las relaciones entre el sistema educativo y el sistema de salud que acoge a sus egresados, si bien no fueron necesariamente el producto consciente de una planeación conjunta, en los primeros dos tercios del siglo XX, sus intereses y logros caminaron muy de la mano y las relaciones entre los sistemas fueron acordes al desarrollo nacional.

Fruto del crecimiento y la explosión demográfica, en el último tercio del siglo pasado, los encuentros no fueron tan frecuentes y los intereses entre ambos

sistemas, educativo y sanitario, de alguna forma se distanciaron.

La congruencia entre la formación de médicos generales y especialistas y las necesidades del país a principios del siglo XXI

No existe una fórmula mágica que permita definir cuántos médicos necesita un país. El número dependerá, sin duda, del tipo de organización sanitaria que se tenga, de las condiciones epidemiológicas, sociales y económicas, y del grado de desarrollo urbano de cada nación. Así, por ejemplo, el promedio de médicos/1,000 habitantes en los países que pertenecen a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) es de 3.2, cuando en México su promedio es de 2.0 (Fig. 1). Visto así, indudablemente,

nos faltan muchos médicos. Sin embargo, países como Canadá, con un sistema de salud eficiente y organizado, el número de médicos/1,000 habitantes es de 2.2, apenas superior al nuestro, mientras que países como Grecia, con un sistema de salud aún ineficiente, pueden tener hasta 5.4 médicos/1,000 habitantes³.

Aceptando que es evidente que necesitamos médicos para atender a una extensa población marginada, particularmente en el área rural, y que nuestro número está aún distante de ser el ideal, hay también que aceptar que, en realidad, es la distribución de ellos la que no es adecuada, y que el propiciar una mejor distribución no es función de las escuelas de Medicina sino de la organización del sector salud.

Mientras este sistema esté fragmentado y con tendencia a la atención urbana, no se ve fácil que esta distribución mejore por el simple efecto de generar más médicos con las competencias necesarias para atender la demanda.

El tema de las competencias con las que aspiramos formar a los médicos generales y especialistas es un asunto que se ha venido haciendo cada vez más complejo. De acuerdo con los índices de contratación por el sector salud, cada vez se contratan menos médicos generales y más especialistas, siendo, de acuerdo con los informes de la OCDE, la proporción de 2:1: dos especialistas por cada médico general contratado. Estos datos, si bien cuando se comparan con la mayor parte de los países de la OCDE reflejan lo que al parecer es una tendencia internacional, en el caso de México, en los últimos lustros, la contratación de generalistas ha sido más bien escasa, y en años recientes, prácticamente nula (Fig. 2).

La primera respuesta a este fenómeno se antoja sencilla: las escuelas de Medicina no estamos formando a los médicos generales con las competencias, conocimientos y destrezas que el país requiere, y de ahí su escasa contratación. Sin duda, hay algo de cierto en ello. El sector salud demanda, con prontitud, médicos con ciertas competencias necesarias para ciertas modalidades de atención, producto de nuevos programas que, sin duda, es necesario implementar, pero para los cuales no hemos preparado adecuadamente a nuestros egresados; tal es el caso de las nuevas unidades sanitarias orientadas al diagnóstico temprano de neoplasias, al cuidado de la diabetes o a la prevención y tratamiento de la obesidad.

Por otra parte, las instituciones educativas tendemos, inadvertidamente, a incorporar en exceso nuevas áreas de conocimiento que engruesan los programas académicos con conocimientos que, si bien son

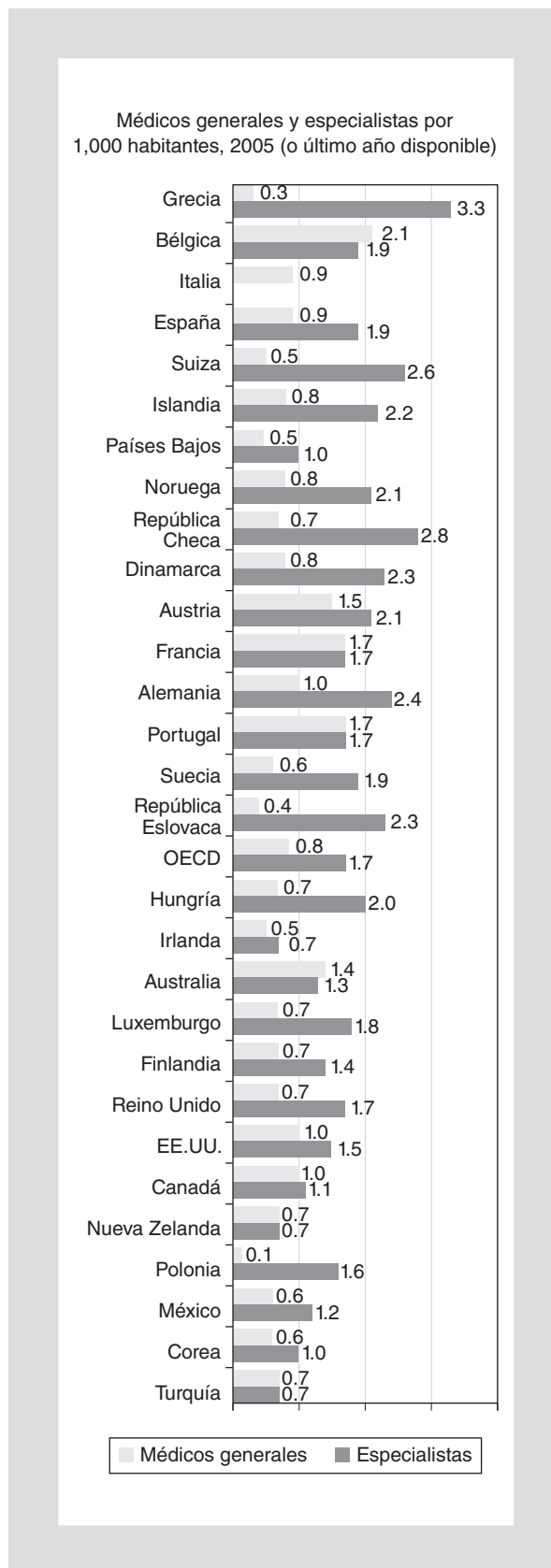


Figura 2. Relación de médicos generales vs especialistas/1,000 habitantes en los países pertenecientes a la OCDE (adaptado de OCDE).

importantes, resultan poco necesarios para la demanda de la atención médica, descuidando, al mismo tiempo y como consecuencia de lo anterior, el desarrollo de ciertas competencias y habilidades necesarias para el correcto desempeño profesional en el ámbito nacional. También sucede que, desde nuestros nichos teóricos y académicos, hemos decidido generar médicos generales con un fuerte componente en salud pública, por la simple razón de que consideramos necesario actuar con más efectividad en la prevención y promoción, que sobre la curación. Sin duda, en teoría, tenemos razón, pero el sector salud no ha crecido significativamente en este rubro, y lo que en las últimas décadas ha demandado son médicos para la atención primaria con algún componente preventivo; obviamente, nuestro currículo resulta inadecuado para la demanda del mercado laboral.

Considero que estos desencuentros son el producto de una falta de planeación y de directrices claras que nos indiquen hacia dónde se dirige el sistema de salud, lo que impide planear con acierto la formación de nuestros médicos.

Aceptando lo anterior como las razones eventuales para una baja contratación, en lo personal, yo no puedo coincidir en que la principal razón de la escasa contratación sea la incompetencia del médico general para contender con los problemas de salud de nuestra población. Tan es así, que más de 15 millones de mexicanos se encuentran anualmente bajo la atención de pasantes de Medicina, médicos pasantes en servicio (MPS), como única fuente de atención médica. La Secretaría de Salud cuenta con 10,625 unidades médicas rurales que son cubiertas por más de 8,000 pasantes, y el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) cuenta con 5,058 de estas unidades que atienden, en forma adicional, casi 3,000 pasantes más.

Once mil MPS en el área rural cubren la atención primaria de esta población desprotegida, evitando así que el sector salud contrate 11,000 médicos generales para el mismo objeto. De esta manera, paradójicamente, el pasante evita que el próximo año tenga la oportunidad de ser contratado por el Sistema Nacional de Salud como médico general.

Sin duda, el servicio social cumplió una función de gran importancia en las épocas de carencia de médicos generales. Pero también, sin duda, a principios del siglo XXI, esta relación debe ser cuidadosamente revisada a fin de dar certidumbre a un mercado laboral para el médico general que, hoy en día, es incierto e insuficiente.

En la formación de los especialistas que el sistema de salud necesita, suceden también estos desencuentros producto del crecimiento de un sistema de salud que no siempre pone atención especial en la planeación de recursos humanos, aunque aquí las relaciones entre el sistema educativo y el Sistema Nacional de Salud son más íntimas y complejas.

Los residentes se forman en las distintas instituciones de salud, así lo han hecho desde hace muchos años. Las facultades de Medicina intervenimos, con distinta intensidad, en el establecimiento de cuerpos colegiados que dictaminan sobre las características de las sedes, sobre el profesorado y sobre los contenidos de los distintos planes y programas de estudio, y, en algunos casos, sobre los procesos de evaluación a los que se ven sujetos los estudiantes de este nivel educativo.

Para entender las dificultades de planeación a las que hacíamos mención habría que entender el marco histórico en que esto ha venido sucediendo: desde principios del siglo XX surgieron las especialidades en México; algunas universidades, entre ellas la UNAM, en las primeras décadas de ese siglo, las fue reconociendo a través de su Escuela de Altos Estudios. A su vez, las instituciones de salud iban formando especialistas en la medida en que sus servicios de especialidad se consolidaban y surgían las necesidades del momento. Había un cierto grado de informalidad en el vínculo entre las instituciones educativas y el sistema de salud. Así sucedió en prácticamente la primera mitad del siglo XX⁴.

Es a mediados de la década de 1960 que aparece la primera residencia formal con carácter universitario. A instancias de F. Ortiz Monasterio se estructuró la residencia de Cirugía Plástica y Reconstructiva en el Hospital General de México, y a ella le siguieron otras tales como Alergia, Anestesia, Cirugía General, Ginecología, Oftalmología, Otorrinolaringología y Urología. A ellas, con el paso de los años, siguieron muchas más en diversas instituciones y estados de la República.

En la segunda mitad del siglo XX, las especialidades se multiplicaron y aparecieron diversos centros formadores de especialistas. Los vínculos educativos con las distintas instancias del sector salud se caracterizaron, en ese periodo, por ser más bien informales. Las facultades de Medicina inscribieron en sus posgrados, en el mejor de los casos, a los residentes y emitieron títulos de especialidad. Existía, entonces, una gran heterogeneidad de programas y de la calidad de ellos.

El crecimiento de la demanda de ingreso a las especialidades en escuelas de Medicina fue, gradualmente, sobrepasando la capacidad de asimilar a los aspirantes y esto obligó a la creación de exámenes de ingreso a las distintas residencias médicas. La UNAM, de hecho, es la iniciadora del examen nacional de aspirantes a las residencias médicas (ENARM); con el paso de los años y con los numerosos aspirantes provenientes de diversas escuelas, se vio la necesidad de crear una instancia colegiada y diversa para la elaboración y puesta en práctica de dicho examen, bajo el cobijo de la Secretaría de Salud Federal.

Dada la gran diversidad y calidad de los programas, a mediados de la década de 1990, el entonces director de la Facultad de Medicina de la UNAM, J.R. de la Fuente, convocó, como ya se mencionó, a una serie de reuniones nacionales con los distintos actores involucrados en el sector salud y de las academias a fin de crear un programa único y uniforme y así regular la duración de los estudios y sentar las bases para conseguir una homologación nacional de los estudios de las distintas especialidades: el PUEM.

A fines del siglo pasado, todas las instituciones de salud alinearon sus programas y aceptaron al ENARM como requisito indispensable para poder ingresar a las distintas residencias médicas en todo el territorio nacional.

Algunas de las escuelas y facultades de Medicina a las que se encuentran afiliados estos programas incrementaron sus exigencias educativas, tanto en la designación de profesores como en la supervisión de ellos y en la evaluación de los egresados; tal es el caso de la Facultad de Medicina. Con ello, más del 50% de los egresados de las especialidades se encuentran bajo una supervisión educativa más o menos estrecha. Pero no es el caso en todo el país y, sin duda, hace falta fortalecer esta supervisión.

En forma simultánea, y debido al crecimiento exponencial de egresados de las escuelas de Medicina aspirando a ingresar a una de las distintas plazas de residencia, el ENARM fue sufriendo gradualmente de mayores presiones y, actualmente, existen muchos más aspirantes que plazas de residencia; resultado, claro está, de las pocas oportunidades del mercado laboral de médico general y de la tendencia del sistema de salud a contratar cada vez más a especialistas formados.

Mientras tanto, en el proceso de consolidación de las residencias médicas se fue quedando rezagada la planeación adecuada de recursos humanos necesarios. Las plazas de residencia no crecieron en forma

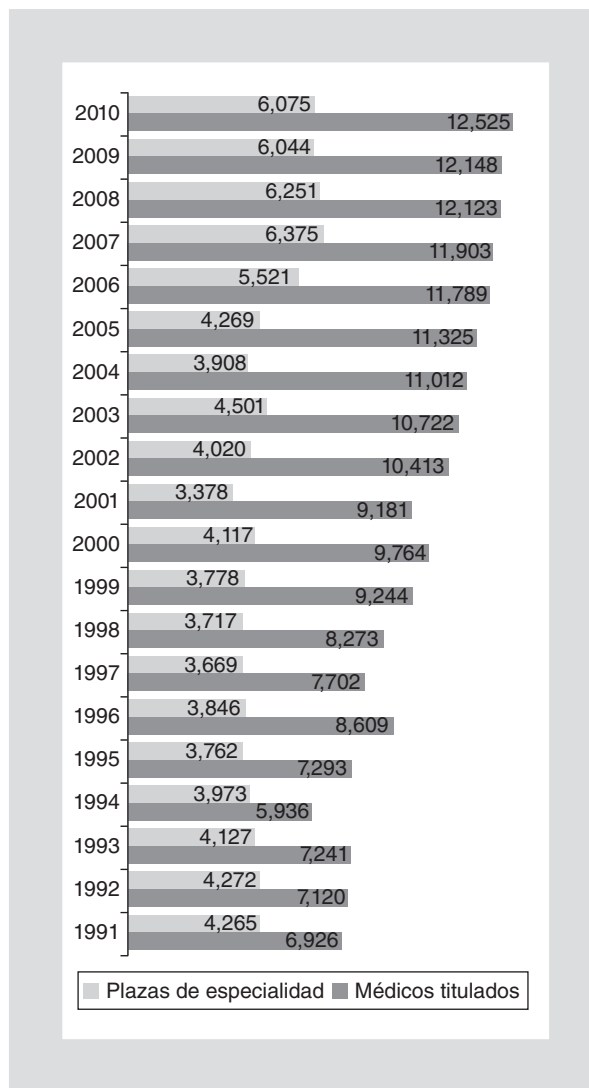


Figura 3. Relación que guardan las plazas de especialidad vs el número de médicos egresados anualmente, de las distintas escuelas y facultades de Medicina del país (adaptado de CIFRHS, Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior [ANUIES] y Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud del IMSS).

ordenada (Fig. 3), ni en su número ni en las especialidades, que por motivos de los cambios epidemiológicos que el país experimentaba iban a ser más necesarias a principios del siglo XXI.

Si se observa la gráfica de aspirantes y el número de plazas en los últimos 20 años, se apreciará con claridad lo señalado anteriormente: por un lado, la presión que genera el número de aspirantes a ser seleccionados, y, por el otro, la prácticamente ausencia de crecimiento ordenado de las plazas existentes para realizar una especialidad.

No solamente no han crecido en suficiencia las plazas, sino que no lo hicieron ordenadamente. Mientras

algunas plazas de especialidad aumentaban significativamente, otras permanecían sin cambios y no pocas disminuían su número, con un comportamiento incierto que no respondía a programación o planeación alguna, sino que se dieron como producto de las necesidades inmediatas o de la aparición de nuevos servicios.

El futuro necesariamente nos alcanzó. Nos hacen falta geriatras, nefrólogos, oncólogos, hematólogos, radioterapeutas, etc., y queda claro que, tal vez, estamos preparando, para el futuro mediato, un número excesivo de pediatras.

En forma reciente, algunas de las instituciones de salud han dado a conocer sus necesidades: el IMSS estima que, de 2010-2015, requerirá de 3,963 especialistas para cubrir plazas vacantes; 13,050 especialistas en este periodo se han jubilado o se jubilarán; 4,520 especialistas adicionales se requerirán para el crecimiento programado de nuevas unidades, y 2,427 más serán necesarios para los programas prioritarios impulsados por esa institución. En ese periodo, de 2010-2015, el IMSS requerirá de 23,950 especialistas en las distintas áreas. Las proyecciones del IMSS de personal que ha de jubilarse en los siguientes 15 años asciende a 34,600 especialistas.

Datos similares deben presentarse en otras instituciones de salud tales como el ISSSTE, donde el promedio de edad de los trabajadores al servicio del estado es de 49 años; algo semejante también debe suceder en la propia Secretaría de Salud, aunque de ella no conocemos los datos precisos en este sentido. Un número conservador, simplemente de relevo generacional de especialistas, para los siguientes 15 años, debe de ser de alrededor de 70,000 nuevos especialistas para incorporarse en las distintas instituciones de salud; esto, sin tomar en cuenta el crecimiento de la población y las necesidades de expansión de servicios médicos en el segundo y tercer nivel de atención.

Conclusiones

Resulta evidente que las instituciones educativas y las de salud debemos, con respeto irrestricto a las distintas funciones que la sociedad nos ha encomendado, estrechar los lazos de comunicación y planear conjuntamente.

Las instituciones educativas debemos continuar formando médicos generales competentes para atender las necesidades epidemiológicas de nuestra nación, capaces de insertarse en un mercado laboral del primer nivel de atención. Para el efecto, es necesario

lograr en nuestros alumnos un mínimo de competencias que sean suficientes y acordes a las necesidades de las distintas instituciones que integran el sector salud, de tal forma que los médicos generales que egresen de nuestras aulas tengan asegurado un acceso a la oferta laboral institucional.

En forma simultánea, habría que dar un nuevo enfoque a las plazas existentes de servicio social para que éste cumpla realmente las funciones de «entrenamiento en servicio» bajo una adecuada supervisión, y que ayude a consolidar el espíritu social del ejercicio profesional. Resulta imprescindible que las instituciones de salud abandonen el sentido utilitario de mano de obra barata que los MPS tienen actualmente, y permitan así una gradual y mayor contratación de generalistas para el primer nivel de atención.

Una planeación adecuada del primer nivel de atención, fincada en los médicos generales, ayudaría, indudablemente, a hacer coincidir la matrícula de las escuelas y facultades de Medicina con los requerimientos sanitarios de nuestro país.

El control que se tiene sobre las instituciones educativas a través de los organismos acreditadores, en el caso de Medicina, la Comisión Mexicana para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM), es aún laxo, y deberá fortalecerse en el futuro cercano. Hasta este momento y después de muchos años, la acreditación de la calidad educativa de las escuelas no es una obligación formal y, aunque existen algunas restricciones, éstas no son suficientes como para evitar que las instituciones que no estén acreditadas titulen a sus estudiantes.

El ENARM ha venido mejorando en calidad y seguridad. Aun así, la presión sobre este examen continuará en aumento, y debe, de alguna forma, continuar una constante mejoría y transformación. Uno de sus grandes problemas es que, para quien no es seleccionado, a pesar de haber obtenido en numerosos casos una calificación aprobatoria, el no ser seleccionado representa una gran frustración, pues el resultado del examen no tiene algún otro valor. Tomando en cuenta que este examen lo sustentan numerosos aspirantes que no alcanzan a ingresar a una especialidad y cuyo número potencialmente puede seguir creciendo, algún otro valor debe de encontrarse para quienes, aun no siendo seleccionados, acrediten el examen. Uno de ellos podría ser la acreditación al Consejo Mexicano de Medicina General, y este consejo podría, entre otras cosas, dedicarse a otorgar una creciente y efectiva educación continua para el médico general. Esto permitiría un mayor número de médicos generales acreditados

y una mejor educación médica continua en este sector de la profesión médica.

Por nuestra parte, las instituciones educativas, con imaginación, debemos plantear distintas opciones terminales para el médico general que por algún motivo no ingresa a los estudios de especialidad. Esto también debe empatarse con las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud. Hay numerosos ejemplos de necesidades específicas para los que no tenemos alternativas educativas. Algunos ejemplos de esto son: cuidados terminales; procuración de órganos y tejidos; nutrición y síndrome metabólico; salud en el trabajo; farmacovigilancia; monitoreo de estudios clínicos; calidad de atención, entre otros, que bien podrían ser integradas como especialidades de corta duración o diplomados que permitieran contar con personal médico cualificado y abrir para ellos plazas laborales en el sector salud.

Sin duda, como ya se ha planteado, el número de plazas de residencia debe crecer bajo una planeación adecuada, de tal manera que se generen los especialistas en número y áreas del conocimiento que el país necesita y pueda contratar. Una sinergia distinta a la que hasta ahora se ha venido dando, resulta imperativa.

Dentro de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para Salud (CIFRHS) existe un grupo dedicado a los estudios y plazas de especialidad (Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua [CEPEC]) cuyas funciones deberían ser acotadas a políticas de ingreso y elaboración del examen nacional y generar un grupo *ex profeso* para la planeación oportuna y adecuada de las necesidades de formación de recursos humanos en las especialidades.

Por otra parte, debe cuidarse, por el sector educativo e institucional, la calidad de egreso de los especialistas, tanto en competencias como en conocimientos. Para ello, una labor muy importante han realizado los distintos consejos de especialidad, hoy reforzados

con las últimas reformas a la Ley General de Salud. Sin embargo, aún existen contradicciones en nuestro sistema. Una universidad expide un título de especialista y con él nuestra legislación le permite ejercer la especialidad, aun sin tener el examen del consejo correspondiente.

Las escuelas de Medicina que formamos especialistas debemos acercarnos a los consejos y procurar un examen único de egreso que, reconocido por el consejo correspondiente, le permita al nuevo especialista ejercer su profesión bajo el doble cobijo de la certificación del consejo y de la universidad formadora. Al hacerlo así se fortalecerían los consejos; se eliminarían los dobles exámenes y las contradicciones que esto implica; se abatirían costos para los aspirantes a ingresar a los consejos, y éstos, a su vez, crecerían en número e influencia y podrían dedicarse, con mayor intensidad, a la recertificación de conocimientos, estimulando así a la educación médica continua.

Bibliografía

1. Martínez Cortés F, Martínez Barbosa X. El Consejo Superior de Salubridad, rector de la salud pública en México. México, D.F.: SmithKline Beechman; 1997.
2. SSA. Cien años de salud pública en México: historia en imágenes. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2010.
3. OECD Health Data 2009, OECD. Consulta en <http://www.oecd.org/health/healthdata>.
4. SSA. Salud y humanismo: medicina en el siglo XX. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2010.

Agradecimientos

Se agradece al personal de la UNAM, de la Academia Nacional de Medicina y de la Secretaría de Salud y en particular a la Sra. Patricia Cruz Gómez y a la Dra. Carolina Chávez, su invaluable apoyo para la coordinación operativa del simposio. La coordinación general del mismo estuvo a cargo del Dr. Juan Ramón de la Fuente y la coordinación ejecutiva de los Dres. Pablo Kuri-Morales y Luis Durán-Arenas.