

Editorial

¿Qué tipo de médico requerimos formar?

What kind of doctor we require to form?

La pregunta no es sencilla y aún más compleja es la respuesta, sin embargo, corresponde a los educadores médicos encontrar la mejor propuesta de solución, a partir de un cuidadoso análisis de la situación actual y de las tendencias de futuro, procurando evitar juicios equivocados que afecten la formación médica.

La Universidad Nacional Autónoma de México, con casi noventa años de autonomía de cátedra, ha tenido por décadas el privilegio de diseñar con toda libertad los planes de estudio de los profesionales que forma; tarea que ha desempeñado con éxito por la visión de futuro de sus académicos y el riguroso análisis del presente¹.

La profesión médica es muy dinámica y se modifica fundamentalmente por tres hechos: cambios en la situación de salud, renovación del conocimiento e innovación tecnológica. Ello obliga a evaluar y actualizar periódicamente su plan y programas de estudio, de manera que no es ocioso ni trivial cuestionarse con regularidad, el tipo de médico que la sociedad requiere y como se debe formar. El proceso para evaluar y actualizar los planes de estudio está previsto en la reglamentación universitaria².

Para estructurar una posible respuesta acerca del tipo de médico que se requiere formar, es necesario partir, como ya se ha mencionado, del cuidadoso análisis de la situación actual y sus tendencias, especialmente en relación a cuatro factores: el sistema de salud, el modelo de atención, el perfil demográfico y el perfil epidemiológico. Los primeros dos están relacionados con decisiones políticas y los dos últimos, con determinantes sociales.

En cuanto al Sistema Nacional de Salud, éste se encuentra segmentado y está formado por una pluralidad de instituciones públicas y privadas, cuyos servicios se encuentran fragmentados, con insuficientes mecanismos de articulación de recursos y de los niveles de atención, lo que ha limitado avanzar en el aseguramiento universal, la cobertura efectiva y el acceso equitativo a servicios de salud³. Un estudio reciente indica que nuestro sistema de salud está integrado por subsistemas distintos, cuyo acceso es determinado por la condición laboral más que por la necesidad de atención. Cada subsistema tiene diferentes niveles de atención, está dirigido y administrado por diferentes grupos, sus costos y resultados son diferentes, y tiene muchas inefficiencias, por lo que el gasto administrativo es cercano al 10%, y el gasto de bolsillo al 50%, situaciones que lo colocan en desventaja en relación a los sistemas de salud de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)⁴.

La existencia de leyes de creación para cada una de las instituciones públicas de salud, sus diferentes mecanismos de financiamiento, así como la organización sindical y diversidad de beneficios sociales entre sus trabajadores, son factores que no pueden ser resueltos en el corto plazo, por lo que la estrategia utilizada por el gobierno federal desde 2012 para avanzar hacia la universalidad en el acceso a los servicios de salud, han sido los convenios de intercambio de servicios entre las instituciones públicas de salud, lo que tiende a consolidarse con el Acuerdo Nacional para la Universalización de Servicios de Salud, firmado recientemente entre las instituciones federales de salud y algunas entidades federativas^{5,6}. Para transformar el actual sistema de salud es necesario un cambio estructural y reformar la Ley General de Salud, así como un nuevo pacto social en el que participen todos los subsistemas de salud que actualmente existen, lo que requerirá de una amplia negociación política que, de iniciarse en esta década, sus resultados se verán hasta el mediano plazo, quizás no antes del 2030.

En cuanto al modelo de atención vigente, este aún no se enmarca en una política de atención primaria de salud, por lo tanto predomina el enfoque centrado en la atención médica sobre las acciones de salud pública, y ello se refleja en los presupuestos asignados a cada una de ellas. Por lo mismo, se privilegia el enfoque curativo sobre la promoción de salud así como la atención hospitalaria sobre la atención ambulatoria, lo que igualmente se refleja en la asignación de recursos, incluyendo los recursos humanos. Aun cuando no es fácil comparar lo que se invierte en atención curativa y atención preventiva, datos aportados por un estudio de la Cámara de Diputados refiere que en 2013 el seguro popular destinó a la prestación de servicios en los diferentes niveles de atención 17,559.66 millones, y lo que invirtió en promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónicas, transmisibles y lesiones, así como en prevención por vacunación y prevención de adicciones, equivale a 3,562.13 millones, lo que corresponde a una razón de 5:1; por su parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en ese mismo año destinó a la atención curativa eficiente 155,683.98 millones y a la atención a la salud pública solo 3,566.19 millones⁷. El IMSS, tanto en su régimen ordinario como en el Programa IMSS-PROSPERA, ha desarrollado un modelo de atención integral en salud, con un primer nivel fortalecido con especialistas de medicina familiar y el apoyo de pasantes de medicina, pero otras instituciones públicas aún no han decidido la estrategia para fortalecer el primer nivel de atención, ni el tipo de personal médico que se requerirá. En el 2015 la Secretaría de Salud publicó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAI), cuyo marco conceptual señala que está basado en la renovación de la atención primaria de salud (APS), pero además de que no es de carácter interinstitucional debido a que está diseñado solo para atender a la población sin seguridad social, habrá que esperar para ver cómo lo implementarán y cuáles serán sus resultados⁸. Tal indefinición en el modelo de atención no es una buena señal para las escuelas y facultades de medicina de carácter público como la nuestra, que seguimos formando médicos generales sin saber si serán utilizados como tal en el sistema público de salud, o deberán seguir como hasta ahora, buscando aprobar el examen nacional para ingresar a una residencia médica y convertirse en especialistas porque no existe otra opción, en cuyo caso,

la titulación como médico general de facto no es una profesión terminal, sino solo una etapa intermedia para convertirse en especialista.

Dada las características del actual modelo de atención, resulta poco probable que el sector público contrate Médicos Generales para el primer nivel, ya que instituciones como el IMSS especifican que para ser contratado en ese nivel de atención se requiere tener la especialidad de Medicina Familiar y, en contraste, los servicios de primer nivel en esa institución y otras del sector público, son insuficientes y generalmente están saturados de pacientes. Debido a ello, la población continúa siendo inducida a recurrir a la atención privada y a modelos de atención paralelos, como el de los consultorios médicos anexos a las farmacias del país, el cual contrata un número significativo de médicos generales. En 2013 se estimó que ese sistema contaba con 13,000 consultorios, empleaba a 32,500 médicos (el doble de médicos familiares del IMSS), brindaba atención a 10 millones de personas y proporcionaba el 41.5% del total de consultas ambulatorias privadas en el país⁹. De no modificarse el modelo de atención vigente, este seguirá limitando la contratación de médicos generales, continuará siendo insuficiente para atender la demanda de servicios, y seguirá estimulando el surgimiento de modelos de atención paralelos como el descrito.

Por su parte, el perfil demográfico de México muestra una tendencia clara hacia el envejecimiento de la población, de modo que la demanda de servicios geriátricos y las necesidades de atención a problemas crónicos y degenerativos seguirá aumentando. Solo en el periodo breve de 2010 a 2014, la población de 30 a 59 años aumentó en dos puntos porcentuales, de 34.4 a 36.6% y la población de 60 años y más se incrementó también casi en dos puntos, de 9.1 a 10.9%¹⁰. En el año 2000 había 20.5 adultos por cada 100 niños y la tendencia estimada es que en 2034 el número de adultos mayores será similar al de niños y en el 2050 los adultos mayores habrán rebasado a la población infantil, ya que habrá 166.5 por cada 100 niños¹¹. El fenómeno de envejecimiento poblacional se puede apreciar mejor si se analiza la tendencia del segmento de 65 años y más. En 2010 las personas de 65 a 69 años representaban el 33.4% de ese segmento poblacional y los de 80 y más años solo el 21.7%, pero en 2050 la proporción se invertirá y los primeros representarán el 25.8% y los mayores de 80 años llegará al 29.4%, es decir, se incrementará la esperanza de vida y habrá mayor población de más de 80 años¹².

El bono demográfico del que mucho se habló en las últimas décadas (situación en que la población en edad de trabajar de 15 a 59 años supera a la población dependiente de niños y ancianos), además de que, en opinión de algunos, no se aprovechó suficientemente, en los siguientes años ese grupo de población se convertirá en dependiente, porque serán adultos mayores. La población mayor a 65 años que en 2015 correspondía al 10% del total de población, en 2030 representará el 17.1%¹³. Además de la dependencia económica, esta población se caracteriza por tener múltiples patologías o comorbilidades, por lo que requiere mayor número de consultas y más personal de salud, incluyendo personal médico, cuyas necesidades se incrementarán en las siguientes dos décadas. En México aún no existen suficientes estudios sobre comorbilidad, pero en Europa se ha encontrado que en la población de 0 a 19 años la morbilidad múltiple es de 10% en tanto que es del

78% en personas de 80 años y más¹⁴. En Estados Unidos un estudio realizado en 1999 encontró que 82% de los pacientes incorporados al Medicare tenían algún padecimiento crónico y el 65% tenía múltiples padecimientos crónicos¹⁵. Estos resultados no deben ser muy diferentes en México, por lo que se espera que en los siguientes 20 años se requerirá un mayor número de personal para la atención médica primaria.

En cuanto al perfil epidemiológico en México, en las últimas décadas han ocurrido modificaciones significativas debido a la transición demográfica y a cambios en los estilos y las condiciones de vida de las personas. Seguimos siendo un país con una carga inmensa de población pobre, cuyas condiciones de empleo e ingreso son menores a la de otros países de Latinoamérica y de los países de la OCDE, de la que México es parte. Estos determinantes sociales de la salud modulan nuestro perfil epidemiológico, el cual se caracteriza por una doble carga de enfermedad; la de enfermedades infecciosas agudas y la de enfermedades crónicas. Aunado a ello, debemos enfrentar las enfermedades emergentes y las enfermedades reemergentes, como la tuberculosis y el paludismo.

En la mortalidad se observan cambios importantes, ya que en el grupo de menores de cinco años entre 1998 y 2011 la tasa se redujo de 98.9 por 100,000 personas a 26.0 por 100,000, lo que representa un decremento del 73.7%, debido a reducciones en la mortalidad por enfermedades respiratorias y neumonía, cuyas tasas de mortalidad se redujeron en ese periodo de 17.5 a 14.3 y de 2.2 a 0.9, respectivamente¹⁶. Entre 1980 y 2009 las muertes por infecciones intestinales también tuvieron una reducción muy importante del 95% en la población general¹⁷. En contraste, en la población adulta se han incrementado las muertes por enfermedades no transmisibles y los trastornos cardiovasculares, diabetes y neoplasias, son las principales causas de mortalidad. Estas enfermedades en 2011 representaban el 77% del total de defunciones y las muertes por enfermedad cerebrovascular aumentaron casi en 10% entre 1998 y 2011. Este perfil epidemiológico no se modificará sustancialmente en el corto plazo y para revertirlo será necesario un gran esfuerzo en el que los médicos generales y el enfoque de atención primaria serán los principales protagonistas.

Este es el escenario actual y las tendencias de los cuatro factores expuestos. Es en ese marco en el que la Facultad de Medicina debe formar el Médico General, cuyas competencias le deben permitir la capacidad para realizar sus funciones profesionales y enfrentar el futuro. Sin duda el Plan vigente 2010 es una guía muy útil para formar el médico con el perfil profesional requerido para enfrentar los desafíos del futuro, pero debemos buscar la flexibilidad suficiente del plan para fortalecer el perfil profesional con otras opciones y alternativas innovadoras, como las que ofrece el Plan de Estudios Combinados en Medicina (PECEM), que forma médicos-investigadores con una sólida formación de posgrado en el campo de la investigación clínica, sociomédica y biomédica, lo que le permiten nuevas alternativas de contratación y empleo.

Esta alternativa es muy importante pero no suficiente para satisfacer los requerimientos del actual mercado laboral en salud de México, el cual se ha diversificado, por lo que la Facultad debe seguir buscando nuevas opciones para sus egresados.

En ese sentido se ha iniciado el diseño de nuevos planes de estudios combinados que permitan a los estudiantes adquirir simultáneamente nuevas habilidades en otros campos necesarios en el sistema de salud, que amplíen las posibilidades que actualmente ofrece el sistema de especialización médica y que diversifique sus opciones laborales. Se procurará que este trabajo se realice de manera coordinada con el sector público de salud, ya que hasta ahora es el principal empleador de médicos en nuestro país.

Estamos seguros que con el apoyo de la basta y experimentada planta docente de nuestra Facultad, encontraremos nuevas estrategias para formar los médicos que el sistema de salud y la sociedad requieren. ●

Por mi raza hablará el espíritu

Javier Santacruz Varela

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR,
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diario Oficial. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Tomo LV, No. 21. 26 de julio de 1929.
2. UNAM. Reglamento General para la Presentación, Aprobación, Evaluación y Modificación de Planes de Estudio. Consejo Universitario. Sesión del 18 de septiembre de 2015.
3. Gómez Dantes O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H y Frenk J. Sistemas de Salud de México. Salud Pública Méx. 2011; 53(2):220-32.
4. OCDE. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. México. 2016.
5. Secretaría de Salud. DGPLADES. Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud. México, 2013.
6. SSA, IMSS, ISSSTE. Estados de: Baja California Sur, Estado de México y Oaxaca. 7 de abril de 2016.
7. Cámara de Diputados. LXII Legislatura. El presupuesto Público Federal para la Función Salud, 2013-2014. México. Abril, 2014.
8. Secretaría de Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo. Modelo de Atención Integral de Salud (MAI). México, 2015.
9. Díaz-Portillo SP et al. Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración. Salud pública de México. 2015;57(4).
10. INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Boletín de prensa No. 271/15, página 1/3. Aguascalientes 9 de julio de 2015.
11. Consejo Nacional de Población; Zúñiga E, Vega D, Mendoza E. Envejecimiento de la población en México, Reto del Siglo XXI. Transición demográfica de México. 2004.
12. Consejo Nacional de Población. Diagnóstico Socio-demográfico del Envejecimiento en México. México, 2011.
13. SSA. Dirección General de Epidemiología. Perfil epidemiológico del Adulto Mayor en México. 2010.
14. Van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. J Clin Epidemiol. 1998;51(5):367-75.
15. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. Arch Intern Med. 2002;162(20):2269-76.
16. Secretaría de salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2011. Mayo 2015.
17. Botero AM y Mejía PLS. Perfil epidemiológico de México: Evolución de las principales causas de muerte, Presentación en la XI Reunión Nacional de la Sociedad Mexicana de Demografía; 2012.