



El México del siglo XXI y su necesidad de médicos generales

Resumen

La profesión médica en México atraviesa tiempos difíciles, pues se enfrenta a retos trascendentales para su futuro como profesión y para el del sistema sanitario en conjunto. Un modelo completo de atención médica requiere de médicos generales y especialistas. Es imperiosa la necesidad de impulsar y revalorar al médico general.

PALABRAS CLAVE: médicos generales, especialistas, sistemas de atención médica.

Motta-Ramírez GA

Cor. M.C., Radiólogo con posgrado en Imagen Seccional del Cuerpo, Director de la Unidad Médica de Consulta Externa y editor de la Revista de Sanidad Militar Dirección General de Sanidad, Secretaría de la Defensa Nacional. Académico de número en el sitial de Radiología. Academia Mexicana de Cirugía.

The Mexico of the 21st Century and its need for general practitioners

Abstract

The medical profession in Mexico is going through difficult times, facing transcendental challenges for its future as a profession and for the health system as a whole. A complete model of medical care requires both general practitioners and specialists. The need to boost and revalue the general practitioner is imperative.

KEY WORDS: General practitioners, Medical specialties, health-care delivery.

Recibido: 21 de diciembre 2016.

Aceptado: 19 de febrero 2017.

Correspondencia

Cor. M.C. Gaspar Alberto Motta Ramírez
radbody2013@yahoo.com.mx

La medicina es una ciencia,
un arte y una profesión.¹

En México, donde confluyen hoy en día un sinnúmero de cambios y retos asociados con la formación de recursos humanos en el área de la salud, con la profesión de médico se hace presente el reto de prepararlos para atender al primer nivel de atención y desarrollen competencias adecuadas, de acuerdo con los estándares, a la atención primaria. Esto no sucede en la actualidad, pues son adiestrados en hospitales de especialidades y es ahí donde aspiran a formarse y desempeñarse como médicos.²

En México, el servicio social de medicina es una etapa básica en la formación profesional y un requisito indispensable para obtener el título de Médico Cirujano.³ En la actualidad, en el Sistema Nacional de Salud (SNS), todos los estudiantes de medicina, sin alguna enfermedad grave que se los impida, deberán realizar el servicio social para completar su formación curricular, con actividades asistenciales y académicas en investigación y supervisión adecuadas.³

El primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud está compuesto por clínicas en las que predomina la consulta externa. Ahí se atiende 80% de las afecciones de los pacientes; sólo un porcentaje menor es enviado a los hospitales de segundo y tercer nivel.

En nuestro ámbito, en la Escuela Médico Militar, transcurren 4 años de internado como cadetes, para luego sumar otros 2 como subtenientes pasantes y graduarse como tenientes médicos cirujanos; 6 meses como internos en el Hospital Central Militar y de ahí los primeros 10 lugares podrán efectuar la residencia médica en alguna especialidad básica en la Escuela Militar de Graduados de Sanidad (E.M.G.S.), sin irse a filas, lo que representa el servicio social, por así compararlo, que ya no son pasantes de medicina sino

personal graduado, encuadrado en una unidad operativa y con funciones básicas. El personal restante de tenientes se encuadra en filas por un año para participar luego de ese tiempo en un concurso para la E.M.G.S.

El servicio social es un periodo académico obligatorio para todos los profesionales, es un requisito previo a la titulación y tiene como propósitos principales la vinculación del estudiante con su entorno y retribuir a la sociedad en forma de acción social los beneficios que como estudiantes recibieron durante su formación (Figura 1).⁴

Para la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) el servicio social es el conjunto de actividades



Figura 1. Comandante del pelotón de Sanidad del 81/o.B.I. en Monterrey, N.L. durante la consulta médica en labor social.



teórico-prácticas de carácter temporal y obligatorio que contribuye a la formación integral del estudiante y le permiten (al aplicar sus conocimientos, destrezas y aptitudes) comprender la función social de su perfil académico, realizando actividades educativas, de investigación, asistencia, difusión, productivas, desarrollo tecnológico, económico y social en beneficio de la sociedad".⁴

En la Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación se llevó a cabo un ejercicio de análisis FODA en el segundo semestre del 2008, que señaló fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.

Fortalezas

1. Escenario que favorece el aprendizaje significativo. El servicio social brinda el escenario único que favorece el aprendizaje significativo e integral del médico en formación, en virtud de que durante todo el proceso formativo el alumno siempre ha contado con el apoyo de un profesor, médico o tutor que coadyuva en la toma de decisiones. En el servicio social el médico toma decisiones por sí mismo, basadas en su experiencia personal, lo que origina un aprendizaje significativo e integral. Este proceso de aprendizaje es asesorado por un médico conocedor de la atención primaria a la salud, con enfoque en los principales problemas de salud pública de la región (Figura 2).
2. Escenario que favorece el desarrollo humano. El Servicio Social brinda un escenario favorable para que el médico desarrolle sus capacidades de organización y adaptación, ante una realidad distinta a lo que ha vivido durante el proceso de formación en el pregrado; así mismo, durante el servicio social el médico pasante genera un liderazgo con los diferentes actores sociales, con la finalidad de posicionarse como el médico de la



Figura 2. Comandante del pelotón de Sanidad del 81/o.B.I. en Monterrey, N.L. durante la consulta médica, control del embarazo.

comunidad, por lo que durante ese periodo se fomenta el desarrollo de capacidades de los médicos pasantes (Figura 3).

3. Regionalización. La organización en un ámbito jurisdiccional permite contar con autoridades sanitarias, cada una con estructura definida, que cuenta con regionalización por zonas para permitir una mejor comunicación y organización.



Figura 3. Comandante del pelotón de Sanidad del 81/o.B.I. en Monterrey, N.L. durante la consulta médica, vigilancia posoperatoria de un paciente circuncidado.

4. Coordinación de enseñanza. La coordinación de enseñanza, capacitación e investigación se encarga de apoyar y asesorar a los médicos pasantes, entre otras funciones, además de la parte administrativa.
5. Médicos que pueden ser tutores. La plantilla de médicos generales y especialistas que pueden fungir como tutores de los médicos en formación facilitan la integración de los conocimientos clínicos y de salud pública, administración y gerencia, enfocando los esfuerzos de educación continua en los principales problemas de salud pública.
6. Infraestructura para la capacitación a distancia. Contar con un equipo de cómputo, algunas con acceso a internet, para llevar a cabo la capacitación a distancia.
7. Infraestructura para el uso de TIC's. El creciente uso de TIC's (tecnología de la información y comunicación en salud), donde se cuente con un servidor exclusivo para los procesos de enseñanza-aprendizaje mediante el sistema Moodle, con la finalidad de tener una comunidad virtual con incipientes fines de educación continua.
8. Compilación de documentos técnico-normativos para el servicio social. Para el desarrollo del servicio social se cuenta con la compilación de documentos técnico-normativos, publicada en 1999 por la Secretaría de Salud Federal y que sigue siendo vigente; es un conjunto de documentos que permiten el desarrollo sistemático de este periodo académico. Está conformado por normas y reglamentos para el servicio social y guías para la elaboración de convenios específicos de colaboración interinstitucional y programa académico, con la finalidad de que las instituciones educativas y salud cumplan con mínimos necesarios para coadyuvar en la formación del médico, con enfoque en salud pública, e incrementar la conciencia social del profesional de la salud.

Debilidades

1. Programa académico insuficiente. No se cuenta con un programa académico integral, único y completo, que permita la integración de conocimientos de los principales problemas de salud pública. En lugar de ello se cuenta con un programa de actividades académicas organizadas en periodos variables, con temas y formas didácticas que cada unidad administrativa decide en relación con las necesidades de capacitación detectadas o recursos con los que cuentan, lo que ocasiona variabilidad en la capacidad de respuesta de un médico a otro y no permite unificar criterios diagnósticos y terapéuticos de los problemas de salud pública.
2. Falta de supervisión y asesoría.
3. Falta de un programa operativo. No se cuenta con un programa operativo que permita integrar los conocimientos orientados a los principales problemas de salud pública de la comunidad donde se desarrolla el servicio social. Esta deficiencia provoca que cada vez se agreguen más actividades de variados programas, con diferentes niveles de responsabilidad para los médicos en formación, que no necesariamente coadyuvan el proceso de formación, sino es más una necesidad institucional.
4. Múltiples programas de salud. Derivado de lo anterior, existen múltiples programas de salud desarrollados en las unidades por el personal operativo, lo que genera el aumento actividades administrativas y representen un distractor para el desarrollo de las actividades académico-asistenciales.
5. Desorganización institucional. Esto en virtud de que en algunas ocasiones los recursos humanos se distribuyen en relación con los indicadores de productividad y demanda.



6. Falta de recursos materiales o financieros. La distribución de medicamentos es una problemática para el organismo en virtud de que el proceso es largo y depende de procesos previos para que se encuentre en las áreas de farmacia; temas tan relevantes como la atención prenatal con enfoque de riesgo, atención de parto y puerperio, atención integral al anciano, síndrome metabólico, prevención, diagnóstico y tratamiento de insuficiencia renal, entre otros.

Oportunidades

1. Convenios de colaboración interinstitucional. Existen convenios de colaboración interinstitucional con cada una de las escuelas o facultades de medicina, donde se consignan las responsabilidades de las instituciones que coadyuvan en la formación de recursos humanos.
2. Población con mayor interés por la salud. La población en general ha incrementado el interés por los aspectos de salud individual y comunitario, que debe aprovecharse para fortalecer los aspectos de educación y promoción de la salud, con la finalidad de avanzar en el empoderamiento de los actores principales y la sociedad en general, fomentando la integración de redes sociales que contribuyan a la solución de los principales problemas de salud pública (Figura 4).

AMENAZAS

1. Inseguridad pública. La inserción del oficial médico en las unidades, lo que disminuye la posibilidad de aprendizaje significativo y dilaciones en la atención de pacientes con urgencias médicas; un porcentaje representativo del total de médicos militares son mujeres, lo que representa mayor susceptibilidad a las agresiones.



Figura 4. Comandante del pelotón de Sanidad, médico general, del 73/o. B.I.O.E.S en Tenosique, Tabasco, durante la consulta médica.

2. Falta de valores en la sociedad. Existen algunas comunidades donde la inseguridad, delincuencia y vandalismo forman parte del ambiente social en que se vive.
3. Medios de comunicación deficientes. Existen algunas comunidades que debido a la ubicación geográfica tienen deficiencia en los medios de comunicación, lo que no ha permitido, hasta hoy, la conexión eficaz por vía internet.
4. Falta de supervisión y asesoría. No se cuenta con un sistema de supervisión y asesoría permanente y eficiente. La limitación de recursos financieros y humanos en el servicio no ha permitido el establecimiento de un sistema de asesoría eficiente, que permita ofrecer un acompañamiento real al médico de recién egreso durante el desarrollo de su tiempo en filas; la participación efectiva en la integración de conocimientos teóricos con los prácticos directamente en las comunidades y asesoría permanente de los principales problemas de salud pública y mejores estrategias que el alumno pueda aplicar en respuesta a éstos.

5. Formación de recursos humanos con enfoque curativo. El proceso de formación de médicos generales debe tener un enfoque curativo. Durante la formación del médico se descuida la importancia de los aspectos de prevención y educación para la salud; los médicos son formados predominantemente por especialistas, la mayor parte de las prácticas clínicas se desarrolla en el hospital y existe desvinculación de la atención médica (Figura 5).
6. Desvinculación en aspectos sociales y comunitarios. La desvinculación entre la práctica clínica de las materias cursadas y el primer nivel de atención provoca que los médicos, al llegar a las unidades, ignoren las actividades que se realizan, con suma importancia de las acciones en promoción y educación para la salud, y llegan con falsas expectativas de su desempeño como médicos.⁴

El servicio social en el primer nivel de atención médica es importante en la formación profesional. Es necesaria la vinculación sociedad-E.M.M./E.M.G.S./Universidad del Ejército



Figura 5. Comandante del pelotón de Sanidad 73 B.I.O.E.S. En supervisión de las partidas integradas: médico general, en Tenosique, Tabasco, con la Comandante de la Zona Militar y el Cmdte. del Btn., durante la evaluación clínica de un miembro de la tropa.

y Fuerza Aérea (UDEFA), Escalones del servicio para recuperar los objetivos asistencial y académico del tiempo en filas.⁵ (Figuras 1 a 5).

El actual Sistema Nacional de Salud tiene sus orígenes en 1943, año en que fueron creados la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), este último el primero de las cinco instituciones de seguridad social que existen en el país, además del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR).⁶

El sistema de salud es segmentado y para efectos de la atención en salud, la población se divide en dos grandes grupos: 1) la incorporada a la seguridad social formada por personas con empleo formal (49% de la población nacional) y 2) la población sin seguridad social, formada por desempleados, trabajadores informales y campesinos (51% restante), quienes para efecto de atención médica deben recurrir a la medicina privada o servicios que proporciona la Secretaría de Salud (SSA). De acuerdo con el artículo 7 de la Ley General de Salud, corresponde a la Secretaría de Salud la rectoría en salud y la coordinación de la política nacional de salud.⁶

En los sistemas de salud de países como México, es indudable que el mayor volumen de atención médica recae en el trabajo del médico general. Desafortunadamente, el médico general se enfrenta a una pobre satisfacción del trabajo que realiza cotidianamente, situación que se favorece por la falta de reconocimiento de la sociedad en general y a la vez desacreditada por el creciente número de especialidades médicas, económicamente mejor gratificadas, con frecuencia sobrevaloradas por la sociedad en general y, por qué no decirlo, marginada por los propios especialistas. A lo anterior se agrega que la sobrepoblación y su distribución geográfica



desproporcionada contribuye de manera importante con diversos grados de insatisfacción y frustración de nuestros médicos generales.⁷

El primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud¹ carece de incentivos para el desarrollo de actividades académicas e investigación que lo conviertan en un espacio propicio para la formación de médicos generales, por lo que se propone:²

1. Normar los espacios educativos en la clínica, con el propósito de lograr que la mayor parte del tiempo considerado en el pregrado, durante los ciclos clínicos, los estudiantes realicen sus clases y prácticas en el primer nivel de atención, pues la mayoría se desempeña como profesionales de la salud en ese ámbito, por lo que necesitan desarrollar las actividades profesionales confiables de un médico general. Los espacios hospitalarios donde se ejercen las especialidades médicas serán áreas educativas para los estudiantes de posgrado (médicos residentes), pues lo que ahí aprendan se relaciona con su quehacer como especialistas.
2. “Academizar” el primer nivel de atención para recibir a los miles de estudiantes de pregrado y convertirlo en un ámbito propicio para el proceso educativo, con la finalidad de formarse en las labores asistenciales y amplíen sus conocimientos científicos, aplicándolos y desarrollando proyectos de investigación. Para ello, los médicos-profesores deben disponer de tiempo para dedicarse a la enseñanza y comprometerse con el aprendizaje de los estudiantes. La capacitación docente y la transformación de la infraestructura educativa son premisas necesarias para el logro de este objetivo.

Estas propuestas tienden a la revaloración de la medicina general y a una mejor preparación

profesional para ejercer la medicina en el primer nivel de atención.

Esta situación ha sido un tema de reflexión de otros autores desde décadas anteriores.³ Un médico en formación, con cualquier plan de estudios, representa un reflejo del patrón de las instituciones y la sociedad en la que se desenvuelve. De esta forma, mientras el médico especialista tenga un mayor rango que el médico familiar o aquel que se dedica a la medicina preventiva, los estudiantes mostrarán la misma tendencia a expresar el deseo de seguir una especialidad con práctica hospitalaria.³

Como se comenta en el *alma mater*, la Escuela Médico Militar: “para lograr ser un médico especialista destacado, deberá ser primero un excelente médico general” (Figuras 1 a 5).

¿Qué sucede en México fuera del instituto armado? Indudablemente, es un excelente logro del IMSS que de 1972 al 2013 ha formado cerca de 75,000 especialistas, de los cuales 2,512 provienen de otros países. El director general del IMSS, José Antonio González Anaya, señala que tan sólo este año egresarán tres mil especialistas formados en el instituto, al que fortalecerán para brindar servicios de calidad. Un buen número de ellos reemplazará parcialmente a los cerca de 2,500 médicos que anualmente se jubilan en el IMSS.⁸

En 2013, el secretario de Salud de la Ciudad de México, Armando Ahued, alertó sobre la falta de médicos especialistas en el sistema de salud pública y que la dependencia a su cargo tiene vacantes 400 plazas por honorarios, problemática no sólo local, sino nacional, y aseveró que en el caso de especialistas, el IMSS 2,000 vacantes y que dentro de tres años serán 15,000. Añadió que las necesidades van en aumento y no hay médicos suficientes, principalmente en algunas especialidades.

En definitiva, es una pregunta y duda frecuente si en México faltan o sobran médicos. A escala nacional, de acuerdo con la Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social (Incide Social), por cada dos mil habitantes existen tres médicos, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda entre dos y tres médicos por cada mil habitantes. Con base en esto, desde el punto de vista numérico, no sobran médicos... faltan.

A este déficit hay que añadirle varias facetas no resueltas que redundan en complicar la atención médica adecuada.

En relación con las residencias de especialización y educación médica, es en los médicos el activo de un país, en quienes recaen de forma importante las acciones de promoción, prevención, atención médico-quirúrgica y rehabilitación de sus problemas de salud. De alguna manera, también corresponde a estos médicos el análisis de los sistemas de salud, de su equidad, eficacia y calidad de atención, además de las carencias y problemas que presenta para proponer políticas públicas que lo mejoren y transformen. Un sistema de salud equilibrado debe permitir una adecuada planeación de recursos humanos; las metas educativas deben corresponder a las demandas laborales en la formación de médicos generales y de especialistas de las diferentes áreas de la medicina, que deben responder a los requerimientos epidemiológicos de una nación. Debe existir un mercado laboral de médicos bien definido, pero en México esto no ha sucedido.

Existe un déficit de médicos por mala distribución geográfica, consecuencia lógica de la limitación de oportunidades de crecimiento social en las zonas marginadas y una política de contratación incierta. A pesar de ello, la creación de nuevas escuelas de medicina en el país ha producido una mayor cantidad de médicos y, de hecho, somos porcentualmente uno de los países, dentro de la Organización para la Coope-

ración y el Desarrollo Económicos (OCDE), con mayor proporción de crecimiento en los últimos lustros en la formación de recursos humanos en salud. A pesar del incremento de estos índices, no hemos superado cabalmente la desigualdad provocada por la inadecuada distribución de los médicos en el país. La fragmentación del sistema, falta de definición de un modelo universal de atención primaria, inexistencia de una política de contratación de médicos generales, aunada a la política que prefiere la atención médica especializada, son factores que han provocado una mayor contratación de médicos especialistas, que a todas luces no ha sido la solución a problemas. Dadas las tendencias de mayor contratación de especialistas en el país, el Sistema Nacional de Residencias Médicas, de alguna forma, debe modular las necesidades según los cambios epidemiológicos, alteraciones demográficas (mayor número de geriatras y especialistas hacia la edad avanzada y una gradual disminución de pediatras), crecimiento esperado del sector y factores de jubilación y retiro. Desafortunadamente esto no ha sucedido.

Nuestro sistema de salud es fragmentado, donde las instituciones que lo componen tienen distintos modelos de atención primaria que varían periódicamente, según las necesidades del momento, por lo que la preparación adecuada de los médicos para ejercer y desarrollarse en ellos no ha sido adecuadamente planeada. Es un sistema que finca su organización en la atención primaria y que presupuestalmente relega el modelo a un segundo término, pues las contrataciones de médicos generales son relativamente escasas. Esto ha provocado una población de médicos generales subempleados, aunque siguen siendo sumamente necesarios en las zonas marginadas de la nación. El Sistema Nacional de Residencias no ha tenido un crecimiento ordenado y planeado; esto ha dado origen a que las necesidades actuales, en ciertas especialidades, puedan ser poco satisfechas.⁸



En México y todo el mundo hemos creado una necesidad pavorosa por la especialización médica. Convertido como señal de éxito y “seguridad económica” la necesidad de estudiar una especialidad. No es nuevo que cuando los estudiantes entran por primera vez a la escuela de medicina, ciertamente ello sucede en la Escuela Médico Militar, los profesores preguntan ¿Por qué decidieron estudiar dicha carrera? Pero ipso facto se pregunta “¿qué especialidad tienes planeada estudiar? Como si esto fuera un acto necesario, como si la medicina general no fuera lo suficientemente apasionante y lo increíblemente necesaria en este mundo.⁹

Como lo narra Roberto Sánchez Torre:⁹ “Alguna vez, cuando me preparaba precisamente para el ENARM, un profesor de dicho curso, un sub-subespecialista comentaba al auditorio lleno de aspirantes a ingresar a alguna especialidad: *Muchachos están aquí preparándose para presentar un examen con fin de ingresar a alguna especialidad, pero si no lo logran no se desanimen, 90% de este auditorio no lo logrará, pero recuerden, un médico general bien preparado debe ser capaz de resolver 95% de los problemas de salud por los que un paciente acude a consulta, 4% le corresponde al especialista, 0.9% al subespecialista y 0.1% restante al sub-subespecialista, como yo...*” ¡Totalmente cierto! médicos generales bien preparados ¡Urgen!

La ultraespecialización de la medicina ha llevado al médico a deshumanizar su práctica. Cada vez vemos menos del paciente, en lugar de verlo un todo lo convertimos en un ojo, un corazón, un cerebro o una enfermedad en particular: diabetes, epilepsia, dermatitis, etc.; nos olvidamos del ser que las porta, del paciente, del humano, de su sentir, su pensar, sus gustos, miedos, ilusiones y dudas. Las especialidades, subespecialidades y “ultraespecialidades” parecen estar robándole a la Medicina su característica más preciada: el valor de lo humano.

Es indispensable fomentar e incentivar la preparación de buenos médicos generales, de promover la vocación para que cada vez más deseen, desde el principio, quedarse en esa trinchera, en la primera, en la que recibe a la inmensa mayoría de la población, bien reconocidos (y remunerados), pues al realizar bien su labor, será más fácil que los especialistas, subespecialistas y ultraespecialistas realicen su trabajo adecuadamente, ya que hoy por hoy, la consulta se encuentra rebasada por padecimientos que bien pudo resolver un médico general bien preparado.

Dicho de paso, es justamente lo que le sucedía al médico militar, cuando después de finalizar su internado, y con una práctica hospitalaria sólida, con experiencia, era enviado a filas o a encuadrarse en hospitales del servicio, a cumplir con su deber y sumar éxitos indudablemente con el bagaje de una medicina general, conocimientos y experiencias quirúrgicas que a la fecha lo caracterizan.

Es necesario fortalecer al médico general, que manteniendo su característica visión humanística, integral y amable hacia el enfermo, con todos los beneficios que esto conlleva, también incremente su capacidad de actualización científica y sea un agente confiable de selección de problemas de salud que se requieran o, bien, de una visión especializada con o integradora dentro del ejercicio de la medicina general. Así, el enfermo se beneficiaría de lo nuevo, siempre cambiante, y de lo tradicional, siempre valioso e inmutable. La buena práctica de la medicina general es el enclave en la conformación de la medicina del nuevo milenio, al mismo tiempo más eficiente y siempre poseedora de un valioso y milenar bagaje humanístico.¹⁰

La medicina general, como concepto inalterable y dentro de un marco de gran dignidad profe-

sional y académica, podrá ser en este nuevo siglo un factor vital de la recuperación social de la imagen del médico, como el eje básico de una nueva fórmula revitalizadora para toda la profesión médica.¹⁰

Para llegar a esto, la profesión médica tiene una deuda con el médico general; debe trabajar para mejorar la informática médica y el proceso de actualización en su terreno de competencia, además de conceptualizar su campo peculiar de actuación y revalorar, apreciar y reconocer la enorme contribución del médico general al actuar cotidiano de toda la profesión.¹⁰

En la conferencia de la Alma Alta, en 1978, la atención primaria en salud se definió como el conjunto de cuidados de salud básicos contruidos en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados, socialmente aceptables, accesibles a individuos y familias mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan sufragar en forma sostenida en cada etapa de desarrollo, dentro de un espíritu de confianza en sí mismo y autodeterminación.¹¹

El médico de primer contacto es el sujeto egresado de la licenciatura de medicina, con autorización legal para ejercer la profesión, que proporciona atención primaria y continua, cuenta con la capacidad para identificar la prevención, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades de alta prevalencia dentro de un sistema de salud establecido, además de participar en la educación para la salud y trabajar en equipo, lo que implica mantener la competencia individual y trabajar de forma colaborativa con otros profesionales para reducir los errores, aumentar la seguridad, evitar el uso excesivo de recursos y optimizar los resultados del cuidado, con la finalidad de mantener la responsabilidad de la atención primaria para la salud.^{11,12}

Un médico general es un profesional egresado de una escuela de medicina que concluyó sus estudios de pregrado y está capacitado para responsabilizarse de la atención médica integral, primaria y continua del individuo, independientemente del problema de salud, edad, género y condiciones culturales de los pacientes. Debe constituir la vía de entrada del paciente al sistema de salud y contar con la capacidad para coordinar los recursos disponibles en el primer nivel de atención médica, además de ser la vía de referencia y contrarreferencia de los pacientes con los médicos especialistas. Un profesional de esta naturaleza debe tener la preparación necesaria para poner en práctica las acciones preventivas más frecuentes, así como atender y resolver entre 80 y 90% de las enfermedades y los problemas de salud más comunes en el ámbito de su competencia.¹

En México, de las principales facultades y escuelas de medicina egresan, anualmente, cerca de 15,000 médicos, de los que solo 4,000 (26%) obtienen la oportunidad de recibir educación de posgrado y el resto (74%) se integran a la mayoría de médicos generales.¹¹

También en México, en las últimas décadas se han escuchado señalamientos de las incongruencias entre las necesidades sociales en salud de la población y el quehacer de las instituciones de salud, públicas y privadas, así como entre la formación de recursos humanos en salud por parte de las instituciones de educación superior, las necesidades sociales y los requerimientos de las instituciones de salud, en cuanto al nivel de capacitación y orientación del personal que contratan para cumplir con los objetivos institucionales insertos en la idea de buscar la salud integral. En el caso de las instituciones educativas, se observan incongruencias entre las necesidades de nuestra sociedad, de las instituciones de servicio y los objetivos educativos utilizados para la formación de recursos humanos para la salud.¹³



Es indispensable una estrecha vinculación de la Escuela Médico Militar con el sistema de salud de las fuerzas armadas, que constituye el núcleo de la práctica médica. Esto permitirá elaborar planes y programas de estudio más realistas. Dicha búsqueda debe soslayar la importancia de una formación de médicos que respondan a las necesidades de la población, que implica una regulación de su número y tipo, con la finalidad de integrarlos a labores asistenciales y de planeación, investigación, administración, docencia, entre otras.¹³

Una auténtica escuela de medicina debe cumplir con las tareas centrales de las instituciones de educación superior: formar recursos humanos, ampliar el conocimiento mediante la investigación y servir a la comunidad con acciones de extensión universitaria y prestación de servicios.¹

Aún más, la verdadera escuela de medicina debe formar alumnos en el pregrado y posgrado, y en este nivel hacerlo en el campo de las especialidades médicas, las maestrías y doctorados. Cuando una escuela cumple esas funciones y tareas con calidad, se considera una buena escuela de medicina. En una institución con esas características, el propósito central de la educación de pregrado debe consistir en formar a un buen médico general, capaz de incorporarse al término de sus estudios, a la práctica profesional en el sector público o al ejercicio libre de su profesión.¹

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

debe ser competente para fungir como médico general.¹

Los problemas que tratan de resolverse vía educación médica no son exclusividad de las instituciones de salud o de aquellas que intervienen en la formación de recursos humanos para la salud; lo esencial es encontrar la solución mediante el trabajo combinado de ambas, de ahí la importancia de vinculación de estos dos sectores, sobre todo en materia de desarrollo curricular.¹³

Nuestro plan de estudios tiene como eje central la formación básica, biomédica y clínica dirigida al tratamiento del individuo y, simultáneamente, a la formación en salud pública. Esto contribuye a crear una ruptura entre los perfiles de egreso y profesional planteados teóricamente en nuestra institución y la realidad a la que habrá de enfrentarse el médico egresado, de ahí que un porcentaje muy elevado de ellos opte por una especialización.¹³

Varias de las características que definen a un buen médico, entre otras, incluyen: preparación, capacidad para establecer una adecuada comunicación con su paciente, intuición para determinar hasta dónde puede permitir a la naturaleza del enfermo que contribuya a la autolimitación de la enfermedad, percepción de los casos en los que se pueden aplicar fórmulas generales a situaciones particulares y capacidad para reconocer limitaciones y apoyarse en otros colegas.¹

Entre otros, un problema importante para conocer la realidad de la medicina general en el país es la falta de información. No hay un registro confiable sobre el número y características de los médicos en México.¹

Es deseable que quienes egresan cuenten con la capacidad de ejercer la medicina general. Esto

debe preocupar en términos cuantitativos y cualitativos, porque en la mayoría de los casos se ha alentado en exceso la formación de especialistas, dejando como un profesional de menor calidad y categoría al médico general.¹

El perfil profesional, las necesidades de salud de la población y los programas y planes del sector de la salud no tienen la congruencia ni la integración para mejorar su eficacia y eficiencia. Debe buscarse la correspondencia entre el perfil profesional, las necesidades de salud de la población y lo que el sector de salud requiere para sus programas de atención. Los planes y programas curriculares y la educación médica en general deben ser permanentemente mejorados, integrados y articulados, o acreditados, según corresponda.¹⁴

Cada vez resulta más claro que no se trata de optar por un sistema basado exclusivamente en la medicina general o por otro conformado solo por especialistas. Esta discusión debe darse por concluida, es inútil y sólo teórica. La realidad es que un auténtico sistema de salud requiere de los dos personajes. Lo que debe existir es la complementariedad entre ellos y la organización de los servicios que posibilite su trabajo. El día que esto se logre habrá una mejor atención para los pacientes, uso racional de los recursos disponibles y mejor operación de las instituciones de salud.¹

Resulta indispensable que en el sistema de salud se consideren medidas para estimular y revalorar la medicina general y el trabajo de este profesional.¹

El médico general debe ser la vía de entrada al sistema de salud y poner en práctica acciones que aseguren la calidad de sus servicios y actualización permanente.¹

Además del alto nivel científico, el ejercicio de la profesión médica se encuentra lleno de

humanismo, idealismo, romanticismo y tradición. En consecuencia, un posible plan de estudios puede contener conocimientos necesarios, que incluso resulten inalcanzables. Al mismo tiempo, el médico debe formarse de tal manera que minimice la posibilidad de poner en peligro al paciente. Todo lo anterior hace indispensable que el egresado de las de las escuelas de medicina sea eficiente, racional, crítico y ético.¹⁴

A lo señalado debe agregarse lo que la educación moderna concibe como la formación del estudiante, a través del equilibrio científico y básico, general para su autodesarrollo, con apropiado orden y dinamismo que impone el desarrollo del conocimiento, sin menoscabo de su formación cívico-social. La complejidad del proceso y calidad de los resultados esperados son un reto para las escuelas de medicina.¹⁴

Así, desde hace algunas décadas, las instituciones formadoras de profesionales de medicina se encargan de mejorar y elevar la preparación de sus egresados, preocupadas por proporcionar respuesta a las necesidades sociales y contribuir al logro de los objetivos de los sistemas de salud del país. Sin embargo, el profesional de la medicina general en nuestro medio, como lo señaló hace más de 100 años Hutchinson, prefiere la sabiduría que el conocimiento, el arte que la ciencia y el sentido común que la astucia.¹⁴

Los médicos generales y familiares que trabajan en instituciones de primer nivel de atención deben tener un papel fundamental en el diagnóstico y tratamiento, y poner en práctica las acciones preventivas, atender y resolver entre 80 y 90% de las enfermedades y los problemas de salud más frecuentes en el ámbito de su competencia. Se ha observado que de todas las iniciativas que contemplan la capacitación en cualquiera de esos rubros, es la más útil para disminuir las tasas de hospitalización.^{7,15}



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 competencias necesarias para ciertas modalidades de atención, producto de nuevos programas que sin duda es necesario implementar, pero que hasta el momento no hemos preparado adecuadamente a nuestros egresados. Tal es el caso de las nuevas unidades sanitarias, orientadas al diagnóstico temprano de neoplasias, control de la diabetes o prevención y tratamiento de la obesidad.¹⁶

Las instituciones educativas han tendido, inadvertidamente, a incorporar en exceso nuevas áreas de conocimiento para fortalecer los programas académicos, que si bien son importantes, resultan poco necesarios para la demanda de 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 en 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.¹⁶

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

ello es necesario lograr, en nuestros alumnos, un mínimo de competencias suficientes y acordes con 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.¹⁶

Una planeación adecuada del primer nivel de atención, fincada en los médicos generales con intervenciones educativas que les permitan homogeneizar sus conocimientos y uniformar sus respuestas en el abordaje de los distintos problemas clínicos a los que se enfrentan.

La mayor parte de los padecimientos que afectan al ser humano se encuentran dentro del marco conceptual de intensa competencia del médico general, no del especialista. Más aún, diversas enfermedades pueden ser mejor resueltas por un buen médico general que por un buen especialista.¹⁷

El médico general, que manteniendo su característica visión integral del enfermo, con todos los beneficios que esto conlleva, también incrementa su capacidad de actualización científica y es agente confiable de selección de problemas de salud que requieren una visión especializada con un especialista o, bien, de una visión integradora dentro del ejercicio de la medicina general. Así, el enfermo se beneficiaría de lo nuevo, siempre cambiante y de lo tradicional, siempre valioso e inmutable. La buena práctica de la medicina general es el enclave en la conformación de la medicina del nuevo milenio, al mismo tiempo más eficiente y siempre poseedora de un valioso y milenar bagaje humanístico.¹⁷

La medicina general, como concepto inalterable y dentro de un marco de gran dignidad profesional y académica, puede ser en este nuevo siglo paladín de la recuperación social de la imagen

del médico, como el eje básico de una nueva fórmula revitalizadora para toda la profesión médica.^{17,18}

Hoy en día la actualización de los médicos generales es una prioridad para el ejercicio adecuado de su profesión y la educación médica continua tiene función importante en la calidad de los servicios de salud, pues permite mantener una excelente calidad en la atención de los pacientes mediante diversos mecanismos de evaluación, como la certificación y recertificación médica profesional. Así mismo, la atención que proporciona el médico general es primordial al ser responsable de gran parte de la atención de primer nivel que se proporciona a los pacientes. Además, los médicos tienen la responsabilidad y el imperativo ético y moral de ofrecer a la sociedad los conocimientos y la tecnología a su alcance, para contribuir al bienestar y calidad de vida de la población.¹⁸

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), para el segundo trimestre de 2014 en México había poco más de 343,700 personas que estudiaron medicina. De los profesionistas médicos activos económicamente, la población asciende a 277,177 personas (98.6%).

Existen 1.9 médicos generales y especialistas por cada mil habitantes en el país y se calcula que 14 por entidades federativas están por arriba del promedio nacional, entre las que destacan: Ciudad de México, Baja California Sur y Nuevo León, con un valor aproximado a 3 médicos por cada 1,000 habitantes. En contraste, Guerrero y Zacatecas registran 1 médico por cada 1,000 habitantes.¹⁸

La salud de la población mexicana depende en gran medida de 277,000 médicos y los pacientes deben tener la certeza de que quien los está

atendiendo cuenta con la formación profesional y experiencia, y que se mantiene actualizado periódicamente conforme a los avances médicos.¹⁸

El médico general es el profesional egresado de una escuela de medicina que concluyó sus estudios de pregrado y está capacitado para responsabilizarse de la atención médica integral, primaria y continua del individuo, independientemente del problema de salud, edad, género y condiciones culturales de los pacientes, por lo que debe constituir la vía de entrada del paciente al sistema de salud y contar con la capacidad para coordinar los recursos disponibles en el primer nivel de atención médica, además de ser la vía de referencia de los pacientes con los médicos especialistas; es esencial que tengan la formación profesional y actualización necesaria para poner en práctica las acciones preventivas más frecuentes, así como atender y resolver entre 80 y 90% de las enfermedades y los problemas de salud más frecuentes en el ámbito de su competencia.¹⁸

Es evidente que para ejercer su profesión con eficiencia y calidad se requiere estar debidamente actualizado, según los avances de la medicina dentro del marco ético al que está obligado, mantenerse comprometido con su educación médica continua y contar con información sustentada por las ciencias médicas.¹⁸

Los médicos generales tienen la responsabilidad de resolver satisfactoriamente la mayor parte de los problemas de salud de la población y referir oportunamente al especialista correspondiente a los pacientes cuya atención demanda recursos diagnósticos o terapéuticos que escapan de su competencia. En la mayoría de los casos, una vez resuelto el problema que amerita la intervención del especialista, el médico general vuelve a encargarse de sus pacientes.¹⁸

El mejor de la sociedad de asegurarse que los médicos que atienden su salud están debi-



damente capacitados por sus conocimientos, destrezas, habilidades y ejercicio profesional implica el establecimiento de normas éticas de estricto cumplimiento, que se logra mediante la certificación y recertificación correspondiente.¹⁸

El médico general necesita renovar y actualizar sus conocimientos y destrezas para estar en condiciones de cumplir con responsabilidad su labor hacia la sociedad.¹⁸

Dada la trascendencia de la actuación de los médicos, se considera urgente y necesaria la certificación y recertificación de los médicos generales de México, a través de los consejos que obtengan la declaratoria de idoneidad, esto considerando que en el sector salud son los actores fundamentales en el fomento de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento adecuados, así como en el oportuno envío a los distintos niveles de atención médica cuando sea necesario. Como lo señala la Dirección General de Profesiones: la certificación profesional representa un medio idóneo para demostrar a la sociedad quiénes son los profesionistas que han alcanzado la actualización de sus conocimientos y mayor experiencia en el desempeño de su profesión.¹⁸

Al consolidarse de manera obligatoria la certificación y recertificación de los médicos generales, la sociedad podrá confiar su salud a profesionales que mantienen vigencia de sus conocimientos. Con ello se logrará garantizar a la sociedad servicios profesionales de calidad, mediante parámetros de calidad profesional con reconocimiento nacional e internacional. De esta manera, los pacientes tendrán la certeza de que el médico que los atiende está evaluado y actualizado para el ejercicio de su profesión.¹⁸

La incorporación de médicos generales certificados a las instituciones de salud se traducirá en una mejor atención de salud en el primero y,

consecuentemente, en el segundo y tercer nivel de atención médica.¹⁸

La función social del médico Mexicano, como su poder adquisitivo, ha sufrido cambios drásticos en los últimos años y el número de denuncias al personal sanitario es cada vez mayor. Se deduce de ello que los motivos que llevan a los estudiantes a cursar medicina son diferentes a los de otras épocas y deberán tomarse en cuenta. Diversos estudios publicados al respecto señalan que las motivaciones principales de los estudiantes, hoy en día, son el trato humano, la ayuda y afrontar nuevos retos.¹⁹

En suma, la educación médica mexicana, incluso la generada en las Fuerzas Armadas (Escuela Médico Militar), debe orientarse a la formación de un médico general, capaz de trabajar en equipo, con otros profesionales de la salud, apto para fortalecer la respuesta social frente a la enfermedad, plenamente integrado con las personas, familias y comunidades para acompañarlas a lo largo de la vida, para de esta manera promover la salud, articular respuestas preventivas y tratar las enfermedades, como responsable médico de todas las personas.²⁰⁻²³

La Escuela Médico Militar debe ser consecuente con su responsabilidad social, formando profesionales que la sociedad a la que pertenece necesitará, lo que exige que sus graduados posean las características esenciales de la profesión médica y las específicas para su entorno cultural.²⁴

De acuerdo con lo anterior, la profesión médica se estructura en torno de dos ejes: 1) *relación entre conocimiento científico y práctica clínica*; y 2) *relación entre legos y expertos*. Ambos ejes organizan la acción profesional, donde la metodología representa el elemento que permite articular estos ejes. De esta forma pueden definirse 7 grandes competencias genéricas,

que sugiere una forma de sistematizar las competencias fundamentales del médico general e implica desagregar la acción profesional en sus elementos constitutivos; por ello, se observa cierto grado de traslape y, por ende, algunas repeticiones resultan inevitables. Las 7 competencias genéricas incluyen (Figuras 1 a 5):²⁵

1. Dominio de la atención médica general
2. Dominio de las bases científicas de la medicina
3. Capacidad metodológica e instrumental en ciencias y humanidades
4. Dominio ético y del profesionalismo
5. Dominio de la calidad de atención médica y trabajo en equipo
6. Dominio de la atención comunitaria
7. Capacidad de participación en el sistema de salud.

El servicio social tiene un componente asistencial, pero debe completar la formación del profesional médico.³

En una crítica al sistema, el Dr. Xavier Tello señala al servicio social en México como anacrónico, ineficiente, incluso peligroso.²⁶ Precisa que al médico es el único profesional al que se le pide un año completo de su vida para obtener su título profesional y concluye que debe cambiarse a un modelo que garantice la calidad en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.²⁶

El servicio social es un periodo académico obligatorio para todos los profesionales y tiene como uno de sus propósitos principales el vínculo del estudiante con su entorno social,⁴ por lo que en mi opinión y en referencia al instituto armado y sus profesionales de salud, específicamente los médicos militares egresados de la Escuela

Médico Militar, debe conservarse la disposición de incorporarse a filas luego del egreso de su internado y aspirar a participar, después de ese tiempo, en un concurso para la E.M.G.S. y especializarse de acuerdo con las necesidades institucionales.

Es mi opinión, es evidente el demerito profesional que se sufre en nuestro ámbito, al estar solo 6 meses como internos en el Hospital Central Militar, a pesar de estar un año como pasantes; permitir que los primeros 10 lugares realicen la residencia médica en alguna especialidad básica en la E.M.G.S. sin irse a filas, denota una falta hacia esa otra parte del contexto del médico militar y que responde a la necesidad de su identificación con todos y cada uno de los integrantes del instituto armado.²⁷ Ese tiempo en filas es indispensable para la conformación del carácter peculiar del médico militar, ese que lo lleva a ser reconocido con calificaciones de excelencia. Así se genera ese grupo de médicos generales, de primer nivel, que con un bagaje de conocimientos podrán cumplir con sus actividades correspondientes.

El moderno Hospital Central Militar se ha consolidado en lo físico y académico conforme a los planes de estudio y exigencias de la vanguardia en enseñanza. Así, a partir de 1970, cuando inició sus funciones la Escuela Militar de Graduados de Sanidad, con la regularización de todos los planes y programas de estudios de las diferentes especialidades médico-quirúrgicas, se ha adecuado a seis años de estudios que se requieren para obtener la licenciatura, a los que se agregan dos años en unidades de tropa, más dos de internado rotatorio y cuatro de residencia de especialidad, sumando un mínimo de catorce años para formarse como especialista médico cirujano militar, lo que le ofrece una gran ventaja en su formación médica para atender con gran calidad y calidez a los enfermos y lesionados, así como brindar una gran base de sustento para



realizar diferentes especialidades y superespecialidades médicas.²⁸

Como ya se señaló, en la Escuela Médico Militar transcurrirán 4 años de internado como cadetes, para luego sumar otros 2 como subtenientes pasantes y graduarse como tenientes médicos cirujanos; 6 meses como internos en el Hospital Central Militar y de ahí los primeros 10 lugares podrán efectuar la residencia médica en alguna especialidad básica en la Escuela Militar de Graduados de Sanidad (E.M.G.S.), sin irse a filas, lo que representa el servicio social, por así compararlo, donde ya no son pasantes de medicina sino personal graduado, encuadrado en una unidad operativa y con funciones básicas. El personal restante de tenientes se encuadrarán en filas durante un año, para participar luego de ese tiempo en un concurso para la E.M.G.S.

Considero que esta modificación representa una desventaja en la formación médica, que condicionará cambios para atender con gran calidad y calidez, lo que representa una exigencia real para los enfermos y lesionados, toda vez que se tendrá la escasez de médicos generales, tópico del presente manuscrito, además de condicionar una base débil de sustento para realizar las diferentes especialidades.

REFERENCIAS

- Narro-Robles J, Ruiz-Ruiz Sánchez A. El papel del médico general en la atención médica en el México actual. *Gac Med Mex* 2004;140(Supl 1):S13-S20.
- Hamui-Sutton L y Halabe-Cherem J. La academización del primer nivel de atención. *Gac Méd Méx* 2016;152:5-6.
- Montero-Mendoza E y Cruz-Sánchez M. Servicio social de medicina en el primer nivel de atención médica: de la elección a la práctica. *Rev Educ Sup* 2014;172 (4):79-99.
- Hernández-Franco MA. Intervención educativa para fortalecer el programa académico del servicio social de medicina, con énfasis en el componente de mortalidad materna en los servicios de salud de Morelos, 2008. Proyecto terminal profesional Instituto Nacional de Salud Pública, Maestría En Salud Pública.
- Montero-Mendoza E y Cruz-Sánchez M. Servicio social de medicina en el primer nivel de atención médica: de la elección a la práctica. *RESU*. 2014;172(4): 79-99.
- Artaza-Barrios O, Méndez CA, Holder-Morrison R, Suárez-Jiménez, JM. Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales. *Diversidad y desafíos en algunas experiencias nacionales en Latino América*. 1ª ed. Santiago: OPS/OMS, 2011: 246.
- Díaz-Jouanen E. Retos y compromisos del médico general en el siglo XXI. *Gac Méd Méx* 2004;140(Supl 1):S81- S82.
- Huicochea I. Niveles de educación. [en línea]. Dirección URL: <<http://www.excelsior.com.mx/opinion/alfonso-aguilar/2013/02/24/885842>>.
- Sánchez-Torre R. Status Quo de la medicina general en México. [en línea]. Dirección URL: <<http://www.roberto-sancheztorre.net/medicina-general-mexico/>>.
- Sotelo J. El médico general en la medicina del futuro. *Gac Med Mex* 2004;140(3): 357-362.
- González-Martínez JF, Mendoza-Guerrero JA. El desarrollo profesional continuo para el médico de primer contacto. En: González-Martínez JF, León-Paoletti AI, editores. *El reto de ser médico*. México: Ediciones y Servicios editoriales; 2009:139-150.
- Infante-Campos A. Nuevo profesionalismo, educación médica y sistemas de salud. *Ciencia Saude Coletiva* 2011;16(6):2725-2732.
- Fernández-Pérez JA. Las carreras de medicina en México . *Perfiles educativos*, 1996; XVIII (73); Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación Distrito Federal, México.
- Vázquez D, Cuevas L, Crocker R. La formación de personal de salud en México. La formación de médicos generales. U de G. México, 2005. [en línea]. Dirección URL: <<https://www.google.com.mx/#q=medicos+general+en+mexico&start=50>>.
- Vargas BE, HeinzeG, García J, Fernández MA, Dickinsson ME. La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. *Rev Fac Med UNAM* 2004;47(5):187-191.
- Graue-Wiechers E. Educación médica y los sistemas de salud. *Gac Méd Méx*. 2011;147:517-525.
- Sotelo J. El médico general en la medicina del futuro. *Gac Méd Méx*. 2004;140(9):357-362.
- Vital-Vera ME. Iniciativa que reforma los artículos 79 y 83 de la Ley General de Salud. *Gaceta Parlamentaria* 2014;7:4167.
- Gutiérrez-Medina S, Cuenca-Gómez D, Álvarez-De Toledo O. ¿Por qué quiero ser médico? *Educ Med* 2008;11(Supl 1): S1-S6.
- Abreu-Hernández LF. Los nuevos enfoques para reorganizar el sistema de salud y dar énfasis al primer nivel de atención. En el libro: *Educación médica en México. Visión estratégica del cuerpo académico de AMFEM*. Primera edición 2015: 23-40.

21. Equipo FEM Fundación Educación Médica. Barcelona (España). La formación de los profesionales médicos. En: Bosch AO, Pardell-Alenta H, editores. La profesión médica: los retos del milenio. México: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2004:69-83.
22. Abreu-Hernández LF, Cid-García AN, Herrera-Correa G, Lara-Vélez JVM, Laviada-Delgadillo R, Rodríguez-Arroyo C, Sánchez-Aparicio JA. Perfil por competencias del médico general mexicano 2008. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C. México, México: Elsevier Masson Doyma, 2008.
23. Perfil por competencias del médico general mexicano. [en línea]. Dirección URL: <<http://dcs.uqroo.mx/documentos/competenciasmedicogeneralmexicano.pdf>>.
24. Gaceta Parlamentaria. [en línea]. Dirección URL: <<http://gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/62/2014/dic/20141202-XII/Iniciativa-16.html>>.
25. Valenzuela Y. México tiene dos médicos por cada mil habitantes. [en línea]. Dirección URL: <<http://archivo.eluniversal.com.mx/periodismo-datos/2014/mexico-tiene-dos-medicos-por-cada-mil-habitantes-96303.html>>.
26. Tello X. El servicio social en la medicina: anacrónico, ineficiente y peligroso. [en línea]. Dirección URL: <<http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2016/02/8/el-servicio-social-en-la-medicina-anacronico-ineficiente-y>>.
27. Motta-Ramírez GA, García-Chávez FE, Herrera-Avilés RA, Balderrama-Ruiz F. Nuestra Escuela Médico Militar. Rev Sanid Milit Mex 2015;69(2): 81-91.
28. Moreno-Guzmán A, Almanza-Muñoz JJ, Flores-Terrazas E, Ojeda-Delgado JL. Historia del binomio Escuela-Hospital y la Medicina Militar en México. Rev Sanid Milit 2012;(Supl 6):3-12.

