

## Dos breves reflexiones sobre el presente y futuro de la medicina familiar en México

Irigoyen Coria A, Ponce Rosas R. □

### Primera reflexión

En el libro *Futuros en la formación de recursos humanos para la salud en México 2005-2050*<sup>1</sup>, dirigido por el Dr. Enrique Ruelas Barajas –editado por el Consejo de Salubridad General y la Academia Nacional de Medicina– existe un capítulo correspondiente a las Especialidades Médicas, en el que se señala de manera puntual cuáles han sido las tendencias de demanda hacia las especialidades troncales desde 1991 hasta el año 2005 con un pronóstico calculado hasta el año 2050 (cuadro I).

Hemos seleccionado tres ejemplos de especialidades médicas –descritas en el libro– a través de las cuales se vislumbran claramente las tendencias de crecimiento y decrecimiento de la matrícula en diversas especialidades en nuestro país. Primero veremos la *especialidad en ginecología y obstetricia*: hacia el año 1991 la demanda de aspirantes se ubicaba en 30.75%, para 1995 disminuyó prácticamente 10 puntos y se ubicó en 20.31% de las preferencias; así se presume que para el 2050 esta demanda sea de 1.00%. En el caso de la *especialidad en medicina interna* se mantiene una tendencia similar entre 1991 y el año 2050. En la primera fecha (1991) se registró 12.20 % de demanda por los aspirantes y para el 2050 se realiza una proyección actuarial que la ubica con 10.90% de de-

manda. Es importante anotar que la medicina interna, en los países desarrollados, forma parte del denominado *Primary Care*<sup>2</sup> junto a la medicina familiar y la pediatría general. En 1991 los aspirantes a cursar una especialidad médica optaban por la medicina familiar en el 1.55% del total de los casos; para 1995 se elevó casi 100% ubicándose en 2.91%; en el año 2000 la demanda se incrementó a 7.10% y así sucesivamente; en 2005 alcanzó el 8.52% de demanda. Se espera que en 2010 alcance 16.60%; en 2020, el 27.10% y en el 2030, el 38.05%. Finalmente para el 2050 la demanda superará 50% con 53.70% de preferencia del total de aspirantes, ninguna otra especialidad troncal o subespecialidad ha mostrado tal comportamiento. Las razones que se pueden señalar son múltiples, sin embargo la causa principal probablemente

Cuadro I<sup>1</sup>

Tendencia de demanda (%)								
Año	Medicina interna	Cirugía general	Pediatría	Ginecología y obstetricia	Medicina familiar	Anestesiología	Ortopedia	Otros
1991	12.20	20.70	15.07	30.75	<b>1.55</b>	2.75	3.37	13.62
1995	15.00	17.17	14.24	20.31	<b>2.91</b>	6.67	5.26	18.43
2000	14.60	14.72	14.30	16.17	<b>7.10</b>	6.15	5.17	21.78
2005	15.52	14.84	14.39	13.92	<b>8.52</b>	6.39	5.68	20.73
2010	15.35	12.90	14.00	9.90	<b>16.60</b>	6.90	6.30	18.05
2015	15.00	11.90	13.90	7.60	<b>20.30</b>	7.60	6.90	16.80
2020	14.70	10.00	13.80	5.75	<b>27.10</b>	6.90	6.30	15.45
2025	14.00	9.10	13.70	4.30	<b>32.40</b>	6.30	6.00	14.20
2030	13.40	8.30	13.60	3.25	<b>38.05</b>	5.75	5.75	11.90
2035	12.60	7.60	13.50	2.40	<b>42.30</b>	5.50	5.20	10.90
2040	11.90	6.30	13.30	1.80	<b>46.50</b>	5.20	5.00	10.00
2045	11.20	5.75	13.10	1.35	<b>50.80</b>	4.75	4.75	8.30
2050	10.90	5.20	13.00	1.00	<b>53.70</b>	4.30	4.30	7.60

Otros: Urgencias médicas, Radiología e imagen, Oftalmología, Otorrinolaringología, Medicina de rehabilitación, Psiquiatría, Medicina del trabajo, Anatomía patológica, Medicina legal, Comunicación audiológica y foniología, Epidemiología, Genética médica, Medicina de la actividad física y deportiva, Patología clínica, Medicina nuclear.

Fuente: Secretaría de Salud. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.

□ Profesores del Departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM

Correspondencia: Irigoyen Coria Arnulfo coriaa@servidor.unam.mx

Aten Fam 2009; 16 (4-5):74-75.

se deba a que existe una tendencia mundial por fortalecer el denominado primer nivel de atención; se aspira, en la mayoría de los países, a que los profesionales de la salud que ejerzan en este ámbito de la atención médica tengan conocimientos de excelencia.

### **Segunda reflexión**

Esta última reflexión se refiere a un tema estrechamente vinculado con el anterior y está relacionada con el fortalecimiento de la medicina familiar en un país desarrollado: España. Recientemente, en noviembre de 2008, los investigadores José Luis Turabián y Benjamín Franco, médicos de familia de un Centro de Salud de Toledo, España, publicaron un documento denominado “Un intento de definición de la Ley General de la medicina de la familia”. Los autores precisan una serie de verdades que estamos seguros todos hemos compartido en algún momento del desarrollo de nuestra labor docente o asistencial: *La tarea del médico de familia no es diagnosticar qué tipo de enfermedad tiene el paciente, sino más bien qué tipo de persona es y cómo presenta los síntomas.*

La labor del médico familiar no debería consistir exclusivamente en diagnosticar enfermedades sino en entender a personas, sus contextos familiares y comunitarios. El médico familiar debería ver a los pacientes como si ellos desearan comunicarle “algo” sobre sus problemas específicos desde una óptica humana, aunque las acciones y los escenarios hagan parecer que nos referimos al mundo de las concepciones técnico-médico-administrativas, casi en exclusiva.

Para Turabián y Franco, atender a los pacientes sin conocimiento científico, resulta ser una acción cariñosa y bienintencionada, pero estrictamente no es medicina. En este caso no hablaríamos de un auténtico acto médico. En cambio, la ciencia sin el debido cuidado del paciente vacía de contenido al acto médico y tiene en sí misma una fuerte oposición al posible potencial de ayuda al paciente. Primera conclusión: Sin duda, la medicina es una disciplina basada en el humanismo y han cometido más errores aquellos que no cuidan adecuadamente a sus pacientes que los que no son expertos en la medicina científica. Segunda conclusión: la compasión y una adecuada comunicación con el paciente son componentes esenciales de la atención

médica de alta calidad, aún cuando en el mundo tecnológico en que nos ha tocado desarrollar nuestra labor como médicos, los aspectos técnico-administrativos se hayan hipertrofiado.<sup>2-3</sup> Respecto a esto Turabián<sup>4</sup> afirma que lo verdaderamente fundamental del ejercicio clínico no son “exclusivamente” las patologías, sino la comunicación con el paciente, la cual cuando es adecuada y pertinente nos permite entender y poner en práctica el diagnóstico y tratamiento acertado de determinada enfermedad.

Los retos son innumerables pero, sin duda, un comprometido ejercicio de la medicina familiar dará la pauta de una práctica médica más humana y satisfactoria, tanto para el paciente como para el propio médico y su equipo de salud.

### **Referencias**

1. Ruelas Barajas E, Alonso Concheiro A, Alarcón Fuentes G. Futuros de la Formación de Recursos Humanos para la Salud en México 2005-2050. Secretaría de Salud. Consejo de Salubridad General. México 2008.
2. Helström OW. Health promotios in general practice. On meaning and aims in interaction. Eur J Public Health 1994;4:119-124. [citado 2 de septiembre de 2009]http://scholar.google.com/scholar?q=%22author%3AO.%20W.+author%3AHELSTROM%22
3. Turabián-Fernández JL, Pérez-Franco B. El proceso por el cual los médicos de familia gestionan la incertidumbre: no todo son cabras y caballos. Aten Primaria 2006;38:165-7. Citado en: Turabián-Fernández JL, Pérez-Franco B. El efecto de ver por primera vez el mar. Un intento de definición de la Ley General de la medicina de familia: la entrevista clínica. Aten Primaria 2008;40(11)565-6.
4. Turabián-Fernández JL, Pérez-Franco B. El efecto de ver por primera vez el mar. Un intento de definición de la Ley General de la medicina de familia: la entrevista clínica. Aten Primaria 2008;40(11)565-6.