



## ARTÍCULO DE OPINIÓN

# ¿ES LA ESPECIALIDAD, LA ÚNICA OPCIÓN PARA LOS FUTUROS MÉDICOS?

Trujillo Galván, Francisco David<sup>1</sup>; Pérez Márquez, Guadalupe<sup>2</sup>; Necochea Silva, Norma Claudia<sup>1</sup> y Trujillo Alcivia, Francisco David<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Coordinación de Educación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social., Ciudad de México Distrito Federal, México. <sup>2</sup>Centro de Investigación Educativa y Formación Docente del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de Puebla, México. <sup>3</sup> Alumno de Pregrado de la Licenciatura en Medicina en la Universidad Justo Sierra. Ciudad de México Distrito Federal, México

**Resumen:** En la actualidad, muchos de los alumnos de la licenciatura de medicina y aún los egresados, consideran a la especialidad como la opción por excelencia a la que han de destinar sus esfuerzos. No contemplan a la medicina general como su área de desarrollo profesional, no obstante, saber que la gran mayoría de los aspirantes a ingresar a un curso de especialización difícilmente concretarán tal pretensión, debido a que la oferta por un lugar, es con mucho rebasada por la gran cantidad de médicos que concursan cada año.

Lo anterior quizá tenga su origen en el estigma al que la sociedad ha condenado a la medicina, bajo el supuesto que a mayor nivel de especialización, más reconocimiento social, mejores oportunidades de desarrollo laborales y de ingresos económicos, a pesar de que el perfil patológico de países como el nuestro, requieren más y mejores médicos generales, cuyo patrón de acción, predominantemente sean las actividades preventivas y aquellas que promuevan cambios sanitarios en la población a partir de la educación en salud; además de modificaciones curriculares y de orientación vocacional que nos permitan lograr médicos generales que ejerzan satisfechos de su labor y bajo una visión transdisciplinaria.

**Palabras clave:** medicina general, especialidad

Recibido: 16 agosto 2012. Aceptado: 23 septiembre 2012. Publicado: 31 octubre 2012.



## MEDICAL SPECIALIZATION IS THE UNIQUE OPTION FOR FUTURE PHYSICIANS?

**Abstract:** Today, many students of medicine and bachelor graduates still consider the specialty as an option for excellence to which they have to devote their efforts.

Not include general medicine as their area of professional development, however know that the vast majority of applicants to join a specialized course difficult to materialize such a claim because the bid for a place, is by far exceeded by the many doctors who are competing each year.

This may have its origin in the stigma that society has condemned to medicine, under the assumption that a higher level of specialization, more social recognition, better development opportunities and labor income, although the pathological profile countries like ours, require more and better general practitioners whose pattern of action, are predominantly preventive activities and those that promote health in the population changes from the health education curriculum as well as modifications and vocational guidance to enable us to GPs get engaged and satisfied with their work under a transdisciplinary vision.

**Key words:** general medicine, specialty

### ANTECEDENTES

En el contexto del reconocimiento social a las profesiones, la medicina, en especial, ha gozado tradicionalmente de cierto prestigio que se traduce en la ascendencia que los médicos ejercen sobre la población.

Es indudable la relevancia de los servicios que los médicos han prestado a la sociedad, de ahí la aceptación comunitaria a su trabajo y las consideraciones que la gente ha dispensado al personal que se dedica al cuidado de su salud. Sin embargo, en las últimas dos décadas, la situación tiende a cambiar en nuestro país, las personas sin bien, aun mantienen en alta estima a los médicos, han virado a un modelo de cuestionamiento e incluso, de rechazo al trabajo de los mismos, lo que ha condicionado que frecuentemente, la relación médico-paciente derive en desavenencias y se recurra a instancias legales para solventarlas, lo cual no es nuevo en la historia, pero era raro en nuestro país.

De acuerdo con lo anterior, cabe mencionar que desde hace muchos años las relaciones entre los médicos y sus enfermos, ha sido reglamentada bajo diferentes principios deontológicos y legales. Al respecto de éstos últimos, el paciente puede

inconformarse, vía juicio civil con la probabilidad de verse resarcido pecuniariamente de algún daño sufrido durante la atención médica, o vía juicio penal en la que se busca, mediante demanda o denuncia, el castigo del tipo pérdida de la libertad o de la cédula profesional contra el personal sanitario que resulte responsable [1].

En la historia de la medicina en México, los líos jurídicos eran poco probables de desarrollar en un grupo de profesionales que gozaba de alta estima y prerrogativas ante la sociedad. La figura del médico de la familia, también llamado “médico de cabecera”, lo colocaba como un ser pulcro, recto, con sólidos principios éticos, en el que la falibilidad aunque latente, era disculpada en virtud de las cualidades que lo investían. Contaban con los mínimos elementos en un maletín para realizar las actividades de diagnóstico y terapéutica, se desempeñaban con visión integral y con alto sentido humanitario. Se encargaban de atender a cada miembro de la familia desde su nacimiento hasta su deceso, no se contaba con grandes elementos tecnológicos, pero lo principal era la presencia, en ocasiones magnificada, que tenía su correspondiente, pues se respetaba al paciente y su familia. Eran los tiempos en que el médico general (titulado como cirujano y partero) ejercía como tal, practicaba su

profesión sin distinguir a los pacientes de acuerdo con su grupo etario, género o padecimiento; la atención del enfermo no dependía del órgano o sistema afectado, es decir, no se practicaba la medicina especializada, que condiciona la atención a casos específicos, con base en la edad, género y órgano o sistema corporal afectado, en virtud de lo cual, se segmenta a la persona.

Las especialidades médicas son un hecho relativamente reciente. El primer curso, mediante residencia, se llevó a cabo en 1889, en el Hospital Johns Hopkins en Baltimore. En nuestro país fue a partir de 1942 en el Hospital General de México que comenzó la formación de los dos primeros residentes, uno en medicina interna y otro en cirugía. Posteriormente los estudios de las especialidades se generalizaron al Hospital Infantil de México, y en los Institutos de Cardiología y Nacional de la Nutrición. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, los cursos de especialidad iniciaron en 1954, pero fue hasta 1966 que se obtuvo su reconocimiento académico por parte la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México [2].

## PROGRAMAS DE ESTUDIO

La licenciatura de Médico Cirujano es una de las más solicitadas, por tanto, no es casual que la ofrezcan universidades públicas y privadas, y que de éstas deriven 76 (50 públicas y 26 privadas) escuelas o facultades que la imparten y en consecuencia, sea de las carreras profesionales con más alta matrícula.

La pretensión de las escuelas, es formar médicos generales que respondan a las necesidades de salud de nuestra población. Sin embargo, los alumnos optan por considerar esta carrera sólo como un eslabón imprescindible en el camino a la especialidad, se encauzan al encuentro de un supuesto estatus socio-laboral y posición económica desahogada. De hecho, no son la mayoría los que buscan en la medicina general, la profesión que han de desarrollar o de la que han a vivir, situación que tiene varios orígenes.

A continuación se abordarán los que consideramos de más impacto o aquellos que creemos, influyen en mayor medida en la búsqueda de la especialidad.

En primer lugar, nos referiremos al mismo proceso formativo de la medicina general. A este respecto, sí consideramos que el currículo debe tener sus referentes sociales, económicos, epidemiológicos e incluso políticos, es evidente la deficiente planeación y desarrollo curricular, es decir, los programas de

estudios no se desarrollan o actualizan con base en los perfiles epidemiológicos y acordes con las necesidades apremiantes de nuestra población, por más que en el discurso se plasme de esta manera.

En nuestro país, coexisten las enfermedades infecto-contagiosas con la emergencia de enfermedades crónico degenerativas. Estas últimas, se han atacado con prácticas y conductas inadecuadas para la preservación de la salud, con el consecuente desarrollo de epidemias de obesidad, hipertensión arterial y diabetes tipo 2, entre otras, cuyo diagnóstico, vigilancia y tratamiento, requieren del suministro de medicamentos costosos durante períodos prolongados y de auxiliares de diagnóstico que involucran el uso de tecnología de punta. No obstante, estos recursos no se encuentran siempre accesibles a la población, en virtud de los altos costos, entre otras limitantes.

Las enfermedades crónico-degenerativas e infecciosas, tienen en común, a la prevención como piedra angular de su manejo. Es precisamente la visión preventiva la que con suma frecuencia se soslaya en la enseñanza de la medicina, porque el enfoque de los programas de educación presenta una orientación evidentemente curativa, aún cuando los beneficios de la prevención se encuentran ampliamente comprobados, y sin ser exclusivos de la práctica del médico general, dan mucho sentido a su quehacer. Desde hace décadas nos hemos alejado de un modelo proactivo, preventivo o anticipatorio, se inculca un paradigma de atención expectativo o reactivo, esperamos a que se produzca la enfermedad o el paciente demande atención, para en consecuencia, actuar.

Es erróneo creer que la medicina no es completa, si no se tienen al alcance recursos tecnológicos sofisticados o intervenciones novedosas, que nos alejan del modelo anticipatorio [3].

En la mayoría de las escuelas de medicina, la carrera se culmina en seis años, prevalece el enfoque flexnearino en el cual, los dos primeros años, llamados básicos, constan de aspectos fundamentales o primarios de las ciencias médicas, plagados de elementos teóricos que, desarrollados con estrategias educativas desvinculadas de situaciones reales y sin sentido para los educandos, no despiertan el interés de los alumnos y propician su pasividad y dependencia [4]. Los dos años siguientes son para introducir paulatinamente al alumno en la práctica médica en ambientes reales, así hasta concluir con el quinto año escolar que corresponde al internado rotatorio de pregrado. En general, estos últimos tres años se desarrollan en hospitales, en donde se atiende a enfermos, situación que no debería ser impedimento para practicar

acciones de prevención, pero no sucede así. Predominantemente los alumnos tienen la asesoría y tutoría de médicos especialistas, que en el sentido profesional del término, cautivan a los estudiantes. Lo anterior despierta el cuestionamiento de la paradoja, se enseña medicina general a partir de la visión de médicos especialistas ubicados en el segundo y tercer nivel de atención.

Postulamos que los alumnos ingresan a la carrera ya con la idea de realizar una especialidad y que la gran parte de los ciclos académicos la pasan en hospitales y la convivencia con especialistas, refuerzan esta pretensión. Ante lo anterior, cabe una pregunta, qué efecto tendría en los educandos, desarrollar sus actividades clínicas predominantemente, pero no exclusivamente, en clínicas y consultorios de primer contacto con atención a pacientes que cursen con los padecimientos de mayor presencia en el perfil patológico que predomina en nuestro país y cuyo cuidado recaiga en médicos generales. Incluso en centros de concentración masiva como los núcleos escolares o laborales, en donde se lleven a cabo prácticas preventivas de educación para la salud.

Otro de los orígenes de la idea de ser especialistas lo encontramos en algo que llamaremos *estigma social*. Se ha expuesto la importancia capital y la amplia participación que el médico general tenía antaño en la atención de los pacientes, situación que ha venido a menos y ha deteriorado la imagen del médico general. La sociedad crea sus tradiciones, en este caso, se ha mitificado a la especialidad como la aspiración por excelencia de todo individuo que se forma como médico y esta idea o imagen pesa en el ánimo de los aspirantes o estudiantes de la carrera.

Es común vivir la experiencia que los jóvenes sean cuestionados sobre qué carrera estudian, al responder *medicina*, invariablemente la siguiente pregunta es casi automática *¿en qué te vas a especializar?* Asimismo, cuando se han concluido los estudios, al ser cuestionados para informar a qué carrera profesional nos dedicamos, surge el siguiente diálogo: *“soy médico”,* y se nos responde: *¿a qué especialidad te dedicás?*, por lo que habría que preguntarnos: *¿queremos ser médicos especialistas por opción, convicción o por una condicionante social?* ante el desencanto que provoca la medicina general en la gente.

La visión de que la especialidad es el único camino, paradójicamente ya permeo hasta en aquellas consideradas “generalistas” o de primer contacto, sean esta la Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, entre otras, también sufren el embate

de la discriminación por parte de las llamadas sub especialidades, producto de la visión utilitaria de la profesión o de la profundización y atomización del objeto de estudio o la idea que a más años de preparación súper especializada, entre otras cosas, puede redundar en mejor percepción económica o más oportunidad de trabajo.

Es un hecho, que la medicina general y el médico que la ejerce tienen que reivindicarse, lo que depende mucho de las escuelas y facultades. El principal objetivo de las escuelas debe ser formar médicos generales con el bagaje suficiente que les permita enfrentar desde diferentes enfoques (visión transdisciplinaria), la problemática de salud más frecuente, pero que también fomente y desarrolle la educación continua de sus egresados y no considere “producto terminado” a los alumnos que concluyeron la licenciatura. Que se promuevan los currículos con la inclusión de asignaturas que amplíen la visión del futuro médico general. Asignaturas que además contribuyan a que los egresados tengan más elementos para desarrollarse competitivamente; éstas versarían sobre bioética (legislación y deontología); administración de servicios médicos que involucren gestión, finanzas y planeación. Por supuesto educación para la salud; además es importante recalcar, que sí se pretende vivir del emolumento que la práctica profesional médica nos ofrece, debemos contar con los elementos teórico-prácticos para hacer de nuestro consultorio una empresa debidamente administrada, sin temor a llamar así al sitio del que hemos de conseguir los recursos económicos que nos permitan una vida con satisfactores honestamente logrados. Otras materias por incluir, serían la economía de la salud y las que tengan que ver con la utilización de las llamadas tecnologías de la informática y las comunicaciones, aplicadas en la atención a los pacientes. En conjunto, son competencias deseables de un profesional acorde con los tiempos actuales, son aptitudes para la vida [5].

Las Universidades tienen un compromiso social con la población, por eso se requiere, que los colegios de profesionales y las escuelas de medicina promuevan los cambios de ley, que obliguen a los practicantes de la medicina general para desarrollar actividades de educación médica continua, situación que forzaría a las escuelas y colegios a crear actividades para desarrollarse periódicamente como estudios post obtención del grado de licenciatura, con el rigor metodológico que se requiere, apegados a las necesidades de la población para resolver verdaderamente la problemática de salud más

apremiante, con vínculos entre las instituciones con la sociedad y al individuo con su contexto, para evitar la fragmentación y reduccionismo de la práctica médica [6].

Las instancias educativas y asistenciales de salud en su papel de apoyo para la formación de recursos, deben ser creadoras de verdaderos educadores en salud, optar por estrategias educativas del tipo participativo, en donde el alumno sea eje de su propio aprendizaje, que confronte lo teórico con lo real, es decir, que reflexione sobre su experiencia, para ello habríamos de optar por modelos educativos que tiendan a acercar tempranamente al alumno con el paciente.

Para facilitar tal tarea, es necesario que las universidades garanticen la profesionalización y contratación de profesores con formación docente, que faciliten las condiciones de aprendizaje, que sean promotores y no "proveedores" del conocimiento al participar en la planeación, diseño y desarrollo curricular.

Reivindicar la figura del médico general, también implica establecer mejores oportunidades de desarrollo profesional, esto incluye la preparación en investigación, el acceso a opciones de educación continua o permanente de calidad, disponibilidad de plazas de trabajo descentralizadas, pero que cuenten con los instrumentos indispensable para atender la demanda de la población, incluso en lugares remotos, y por supuesto, con la correspondiente y suficiente remuneración económica. En este sentido, la imagen del médico general será promovida por él mismo, y en la medida de lo asertivo de sus acciones, no tardaría en que la estima de la sociedad, retorne.

Otro factor que contribuye para que los aspirantes a médicos piensen en ser especialistas, es una situación que nada más de mencionarla se podría antojar anacrónica o tardía. Nos referimos a la falta de Orientación Vocacional, no está fuera de lugar señalarla ya en alumnos que estudian la licenciatura. Generalmente se pretende ser especialista por necesidad de reconocimiento y aceptación social, pensando en mejor remuneración y desarrollo profesional, por imitación o hasta por causas no meditadas que quepan en las anteriores. Precisamente es la oportunidad del consejo vocacional profesional para reorientar las inquietudes y dudas de los alumnos. Se les ayudaría a dimensionar en su real magnitud tanto a la medicina general como la especializada, se pondrían en tela de juicio los supuestos, los mitos y las realidades de una práctica y otra. En síntesis se

orientaría una decisión tan trascendente en la vida del profesional.

La pregunta que surge es en quién recaería la responsabilidad del consejo vocacional; precisamente en las escuelas de medicina, que cuenten o implanten esta actividad a partir de profesionales de la salud, pero con formación docente y con la suficiente preparación para enfrentar esta delicada labor.

Paradójicamente, mientras haya más sujetos con la pretensión de hacer especialidad médica, menos oportunidades para que la mayoría lo logre y que existan fuentes de trabajo bien remuneradas y que el mercado imperfecto de la salud se regule en un verdadero equilibrio entre la oferta y la demanda.

Al no cumplir el anhelo de ingresar a una residencia médica se corre el riesgo que la práctica de la medicina general quede en manos de profesionales que no contemplaban dedicarse a ella, esto en sí, degenera y denigra la imagen del médico general.

Cuando la vocación se convierte en vulgar ambición y deseo, la imagen del profesionista se deforma cambia y transforma valores como la responsabilidad y respeto en deberes, se olvida así el espíritu de servicio y consideración al ser humano.

Las currícula de la educación superior para el área de medicina no siempre cumplen los postulados de la UNESCO para la educación superior; a saber, la integración del derecho sanitario, la visión ecológica y transdisciplinaria, la perspectiva humanista e integración del médico para el mundo y con el mundo, son lineamientos imprescindibles en la formación de los futuros profesionistas de la salud.

No intentamos desmotivar la noble aspiración de quien pretende ser especialista, tampoco satanizar a las especialidades.

El objetivo es llamar la atención de los futuros médicos, para que aprecien adecuadamente el valor del ejercicio y los espacios definitivos del médico general, que conozcan y se acerquen a la cartera de opciones que la educación continua les ofrece al egresar y en gran medida les permitirá practicar la medicina general con mejores niveles de aptitud.

Que sepan que en esta gama de oportunidades, la especialidad médica es una opción más y no la única, como se observa hasta hoy.

Uno de los retos de la Medicina en México es crear profesionales de la salud comprometidos, con conciencia social desarrollada con visión integradora y preventiva, que incluya al individuo con su contexto, capaz de comprometerse con su labor en donde su vocación de servicio logre vincularse con sus necesidades sociales, culturales y económicas desde la

medicina general o bien la medicina de especialidades de forma paralela con líneas de comunicación efectivas a fin de dar respuesta en forma confiable y vigente a la medicina mexicana.

## REFERENCIAS

1. Trujillo Galván, Francisco David. Aspectos legales de la relación médico-paciente. Rev Med IMSS(Mex) 1999;37:297-300.
2. Lifshitz Guinzberg, Alberto. La educación médica en el IMSS. Rev Med IMSS(Mex)1993;31:11-22.
3. Álvarez MJ. Innovación y modernización de la educación médica. En: Los retos de la educación médica en México, tomo I. Lifshitz GA., Zerón L.(eds) Academia Nacional de Educación Médica y DPC de México A.C. México 1ª. Edición 2010, pp 261-288.
4. Viniegra, VL. El progreso y la educación: un replanteamiento del papel de la escuela. En: Materiales para una crítica de la educación. Instituto Mexicano del Seguro Social; México 1999, pp 105-143.
5. Fundación Educación Médica. El médico del futuro.  
<http://www.educmed.net/sec/serMedico2009.pdf> Accesada 20 de agosto 2012.
6. Viniegra Velázquez, Leonardo. Hacia un concepto de salud colectiva en La crítica aptitud olvidada por la educación. Vislumbres en el lado opuesto de la medicina. IMSS; México 2000.

## INFORMACION DE AUTOR:

Trujillo Galván, Francisco David.

Email: [fdtg61@gmail.com](mailto:fdtg61@gmail.com) [fdtg61@yahoo.com.mx](mailto:fdtg61@yahoo.com.mx)

Coordinación de Educación en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Avenida Cuauhtémoc # 330, colonia Doctores, Código Postal 06725. México, Distrito Federal. México.

