



Acta de la sesión de la ANMM del 20 de Julio del 2016

Presentación del trabajo de ingreso:

Causas de descontrol metabólico en atención primaria-Dr. Niels Agustín Hansen Wachter Rodarte

El Dr. Wacher inició su presentación agradeciendo la introducción que le hizo el Dr. Armando Mansilla, Vicepresidente de la ANMM.

Comentó que el estricto control de la enfermedad causa una disminución de las complicaciones. Describió algunos estudios de validez nacional, como la encuesta nacional de salud que muestran que la proporción de pacientes diabéticos que tienen un nivel glucémico adecuado está entre el 20% y el 25%. Con respecto a otros, perfiles metabólicos como el del índice aterogénico, no se tienen los datos para determinar la proporción de la población que tiene un valor adecuado, ya que sólo se mide el colesterol total y no se conoce la proporción de HDL y LDL. Adicionalmente comentó que los niveles de hipertensión detectados son también alarmantes.

Este fenómeno no se presenta en otros países, ya que una mayor proporción de su población está en la situación meta. Como ejemplos mencionó el caso de Israel, y el de EUA, en el que más del 50% de la población está controlada.

Reseñó que las variables más citadas, que afectan negativamente el control metabólico son, el sexo, la edad, la raza, la duración de padecer diabetes mellitus tipo 2 (DM2), el estado socioeconómico, y si las personas pertenecen a alguna institución de la seguridad social. Sin embargo al considerar los aspectos sociales o culturales en la falta de control metabólico sólo se explica el 15% de la varianza.

Con el objetivo de determinar cuál es el factor determinante en la falta de control entre los pacientes que tienen DM2 el Dr. Wacher realizó un estudio en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS en la Ciudad de México (CDMX), con un seguimiento de 6 años a una cohorte de 1072 pacientes a los que se les había diagnosticado la diabetes en los tres años anteriores (con 2/3 de mujeres), entre los que se contaban 638 personas que no habían tenido alguna intervención anterior. El índice de masa corporal (IMC) estaba por arriba de 25 en 25% de los pacientes. Al iniciar el estudio se encontró que hasta en el 40% de los sujetos estudiados había alguna complicación que no se había visto, y el 21% de los miembros de la cohorte estudiada no tenían un control glucémico adecuado.

Algunos de los factores que se registraron fue la prescripción de medicamentos, el apego a la dieta y los fármacos que les recetaron por parte de los pacientes, la presencia de infecciones, y las interacciones farmacológicas con algunos medicamentos que pueden reducir el efecto de los medicamentos hipoglucemiantes. También se midió la



hemoglobina glicosilada y se determinó si el médico había hecho algo si los pacientes tenían más del 7% de hemoglobina glicosilada.

Entre los resultados más importantes del estudio están que la intervención de los médicos logró el control de los pacientes, y que en promedio bajaron 1 kg. Asimismo se determinó que el 90% de ellos están tomando los fármacos que se les recetaron en tiempo y forma. Sin embargo pocos pacientes tomaban otros fármacos además de los prescritos inicialmente en especial los descontrolados. En cuanto a la dieta, se encontró que era de una excesiva densidad energética. Con respecto a las infecciones, se encontró que eran bien tratadas, y sólo las infecciones vaginales mostraron alguna correlación con el descontrol de la glucemia.

Al cabo de 6 años el 25% que tenían descontrol de la glucemia, y estos pacientes no tomaba fármacos adicionales o se les prescribían en una dosis baja.

Los resultados encontrados muestran que el médico no está llevando un buen seguimiento de los pacientes, ya que sólo el 10% de los enfermos descontrolados tuvieron cambio de medicamento. El Dr. Wachter cuestionó por qué se presenta este fenómeno, llamado inercia clínica, y comentó que es producto del temor e inseguridad de los médicos. Esta inercia clínica causa que los médicos tratantes no estén pendientes de hacer un ajuste en el tratamiento cuando es necesario.

El Dr. Wachter concluyó resaltando que es importante que los médicos tratantes reconozcan la naturaleza progresiva de la DM2, con el paso del tiempo se pierde progresivamente la función del páncreas, y es necesario enfrentarla con una intensificación de la intervención que no implica solamente la aplicación de nuevos medicamentos, sino de la de promover un cambio en el estilo de vida, modificando la dieta y promoviendo el ejercicio.

Comentarista: Dr. Carlos Aguilar Salinas

El Dr. Aguilar comentó que la escasa respuesta al control de hiperglucemia en pacientes con DM2 es un reto, que en México nos encontramos con una situación similar a la que se presentaba en EUA y Gran Bretaña (GB) hace 15 años. Sin embargo en estos países se intensificó la intervención para lograr un mayor nivel de control metabólico. La DM2 es igual en nuestro país y en EUA o GB, pero en México hay una mayor proporción de enfermos descontrolados.

Dijo que es necesario identificar cuáles son las barreras para lograr el control de una mayor proporción de los pacientes con DM2, tomando en cuenta tanto la actividad de los profesionales de la salud que los tratan como el apego de los pacientes al tratamiento.



El trabajo de ingreso a la ANMM del Dr. Wachter, tiene como objetivo determinar cuáles son los principales determinantes del descontrol de los pacientes con DM2; se llevó a cabo en Unidades de Medicina Familiar de la CDMX por un periodo de 3 a 6 años, e incluye pacientes con un diagnóstico menor de 3 años.

Los pacientes incluidos en la cohorte estudiada se esperarían que tuvieran un buen control, y al principio así fue ya que se les prescribió un tratamiento adecuado. Sin embargo la evolución de su enfermedad agravó la situación, y sólo el 21% tenía una glucemia dentro de los niveles aceptables, después de 3 años.

Los resultados del estudio presentado por el Dr. Wachter muestra que se les recomendó el mismo esquema terapéutico a los pacientes, aunque tuvieran un incremento de la glucemia. Además se encontró que no hay un buen impacto de la intervención para que se modifique el estilo de vida de los pacientes, a pesar de que el médico tiene todas las posibilidades de promover cambios en la dieta y en la realización de actividad física.

Otro aspecto que resaltó el Dr. Aguilar sobre el trabajo de ingreso del Dr. Wachter, es que es valioso considerar las evidencias cotidianas producidas en la práctica clínica y que se pueden sacar resultados muy valiosos.

El estudio resalta que la inercia clínica debe ser un blanco prioritario para lograr que una mayor proporción de los pacientes con DM2 logren controlar su glucemia. Para terminar con la inercia clínica, el Dr. Aguilar sugirió que un grupo de médicos de primer nivel están bajo la supervisión de un especialista, que estos médicos familiares estén certificados, que se promueva que tengan competencias específicas mediante la educación continua en cursos cortos, y que se les den estímulos basados en resultados. Para concluir, el Dr. Aguilar dijo que es responsabilidad de la ANMM luchar contra la inercia clínica, y que esta Academia debe ser punta de lanza en el combate de esta inercia.

Asimismo felicitó efusivamente al Dr. Niels Wachter, y dijo que tiene todas las características para tener éxito y hacer contribuciones importantes a la investigación clínica.

Simposio

El papel del Médico General frente a los retos de la Medicina Contemporánea

Coordinador: Dr. José Adrián Rojas Dosal

El Dr. Rojas al iniciar su intervención agradeció la posibilidad de presentar el simposio en la ANMM, a nombre del Comité Normativo Nacional de la Medicina General (CONAMEGE).



Comentó que el 22 de junio el Dr. Rivero coordinó el simposio en esta misma Academia, sobre la cobertura universal y la atención primaria de la salud. En esa ocasión se propuso reestructurar el sistema de salud para lograr el objetivo de que se lograra la cobertura universal con base en una sólida red de atención primaria. En esa reestructuración encaja perfectamente el papel del médico general que se trataría en esta sesión.

Dijo que la labor del médico general debe concebirse como una atención que se presta durante toda la vida. Asimismo comentó que la medicina general fue la base de la atención de los enfermos en el sistema de salud nacional, hasta el siglo pasado en la que se cambió a la medicina de especialidades. Actualmente se ha privilegiado el papel de los grandes centros hospitalarios, especialmente de los de de tercer nivel. No obstante que hasta el 80% de los casos pueden ser atendidos en el primer nivel de atención.

Además el Dr. Rojas recalcó que ahora tenemos gran prevalencia de enfermedades crónico degenerativas, por lo que se debería instrumentar su tratamiento en el primer nivel, con el médico general, y esto prevendría un gran número de complicaciones.

Resaltó además que ya que es tan importante el médico general en la atención de la salud en México, se debe de pedir que estos médicos sean certificados y que mantenga esa certificación a lo largo de toda su carrera para mantener una atención de calidad

El papel del Médico General hacia un nuevo modelo de atención en Salud-Dr. J. Alejandro Ramírez Martínez. Presidente Nacional del CONAMEGE

El Dr. Ramírez agradeció al Dr. Rojas por la invitación a participar en el simposio y al Dr. Mansilla, Vicepresidente de la ANMM, quien presidió la sesión.

Resaltó que hay muchas respuestas a la definición de qué es un médico general, y comentó que en algunas de ellas se define con base en los conocimientos y destrezas necesarias para diagnosticar los problemas de salud de la población, pero no se reconoce el papel que debe tener en la prevención de las enfermedades. Es muy importante recalcar el papel de los médicos generales como promotores comunitarios. Estos médicos deben ejercer su profesión de manera integral y continua, y se debe reconocer la anticipación que deben tener para prevenir las enfermedades. Asimismo es deseable que de manera conjunta con su práctica clínica, participen en labores de investigación y docencia.

Cuestionó por qué se requiere un nuevo modelo de salud en México, y resaltó que la organización que tenemos es reactiva y que se constriñe al ámbito de los hospitales. Expuso que es necesario desarrollar un modelo proactivo, preventivo y eficiente, en el primer nivel de atención que cuente con un buen financiamiento



En muchos países ya se hace este tipo de atención a la salud alrededor del médico general con muy buenos resultados. Entre otros países con este tipo de modelo se refirió a Inglaterra y a Nueva Zelanda y dijo que en éstos el Estado no es el que provee los servicios de salud, y que hay un solo sistema estructurado, no múltiples como sucede en México. Además estos países cuentan con procesos de evaluación ampliamente sustentados.

El médico de atención primaria debe de trabajar en un equipo multidisciplinario que atienda la salud, y prevenga las enfermedades; que canalice a los casos complicados al segundo y tercer nivel, según corresponda. Estos equipos coordinados por el médico general, o familiar, deben contar con por lo menos una enfermera clínica y otra de campo, con una trabajadora social, y otros profesionales de la salud.

En ámbito urbano deber de trabajar en grupos de 5 médicos y sus equipos, y deben atender los fines de semana y con horarios continuos, Ahora no responden a las necesidades médicas de la comunidad. Adicionalmente debe contar con acceso eficiente y rápido a equipo médico, consultorios, pruebas diagnósticas rápidas, y a farmacias. En el ámbito rural, los médicos generales que atienden a las comunidades pequeñas, deben tener un buen salario y condiciones de vida adecuadas. Alternativamente se puede realizar un programa de médicos itinerantes que atiendan a esas comunidades; estos médicos deberían de ser evaluados en su adecuación, oportunidad, eficacia, eficiencia y efectividad. En cualquier caso las intervenciones de salud en las comunidades deben complementarse y en cada instancia deben tener un programa que pueda ser evaluado y que sirva para retroalimentar al médico tratante.

El Dr. Ramírez resaltó que el reto central de esta reestructuración es reorientar la formación y la práctica del médico general y familiar. Por tanto es fundamental generar modelos de educación médica continua que tengan al médico en el centro de su diseño y funcionamiento.

Comentó además algunas estrategias para lograr esta reestructuración del sistema de salud, logrando que la actividad del médico de primer nivel sea el centro del modelo; entre ellas está la portabilidad del expediente clínico y el tener una definición clara de lo que es el primer nivel de atención, así como establecer vasos comunicantes con el segundo y tercer nivel de atención. Es muy importante también lograr la integración de la investigación, la docencia y la asistencia médica. En esta nueva estructura el Estado no debe de ser prestador de servicios.

Para terminar su intervención el Dr. Ramírez dijo que la atención de los médicos asociados a las farmacias resuelve el problema de la accesibilidad, pero crea un problema de baja calidad en los servicios.



El Médico General, piedra angular en la prevención de los padecimientos crónicos no transmisibles-Dr. Adolfo Chávez Negrete. Coordina el comité educación médica continua del CONAMEGE

Al iniciar su presentación el Dr. Chávez agradeció a la ANMM y al Dr. Adrián Rojas, por haber conjuntado a los presentadores.

Comentó que el objetivo de su plática era el sustentar la importancia de la medicina general en la prevención de las enfermedades. Recalcó que es necesario hacer una reflexión para ver en dónde están situados actualmente los especialistas dentro del sistema de salud y reconocer que ahí deberían estar los médicos generales.

Presentó algunos datos de mortalidad publicados en el 2013, en los que se reconoce que las enfermedades cardiacas son la primera causa de muerte, los tumores malignos la segunda, y la tercera la DM2. Sin embargo, si se considera que la DM2 es la principal causa de las enfermedades isquémicas, se puede concluir que la diabetes es en realidad la primera causa de muerte en nuestro país. Así pues, la DM2 ocupa uno de los primeros lugares para las enfermedades aterogénicas es causante de hipertensión y se asocia con las dislipidemias que causan los infartos. Otros agentes causales de enfermedades crónico degenerativas con las hepatitis, B y C, y el tabaquismo que se relaciona con enfermedades cardiacas y las oncológicas.

Adicionalmente comentó que ya que la DM2, como la hipertensión, pueden ser asintomáticos en sus inicios, la glucemia y la presión arterial deben de vigilarse, ya que se relaciona con las primeras causas de muerte; también debe haber una vigilancia del peso, y desalentar el tabaquismo. La vigilancia de todos estos aspectos le corresponden al primer nivel de atención, no a los especialistas.

El Dr. Chávez aseveró que si vemos la atención de la salud de los mexicanos, el 85% son vistos por médicos generales, el 12% son vistos por especialistas del segundo nivel, y sólo el 3% en especialistas de hospitales de alta especialidad. Sin embargo, la mayor parte de los recursos se van al tercer nivel, no se aplican a los médicos generales que atienden al 85% de la población.

Adicionalmente dijo que los resultados de la investigación que se realiza en las instituciones del tercer nivel, se deben bajar al primer nivel para que los médicos generales los apliquen. Entre estos resultados mencionó a la medición de la hemoglobina glicosilada, la realización de actividad física, el diagnóstico y manejo de la insuficiencia renal, el uso de biomarcadores en el diagnóstico, y la prescripción de una dieta balanceada. Recalcó que las enfermedades aterogénicas, como la hipertensión arterial (que afecta hasta el 31% de la población) son asintomáticas y las personas que las padecen, no llegan en busca de ayuda al médico general. Por ello el médico general debe tener una actitud proactiva para ir a la comunidad para medir la tensión arterial,



glicemia y detectar a los pacientes cuando todavía están asintomáticos, antes de que presenten alguna complicación. Es importante dar especial atención a los individuos que tienen antecedentes familiares, que tienen una vida sedentaria y una dieta hipercalórica; que son los que presentan sobre peso y obesidad. En este esquema, el especialista sólo atendería a los que no tuvieron tratamiento precoz.

El Dr. Chávez presentó algunos resultados de un estudio que realizó en la Clínica 61 del IMSS en Veracruz, en el que se trabajó con la idea del médico de primer nivel que promueve la salud entre su comunidad. Se determinó que cada médico de la Clínica tenía de 3 a 6 mil familias bajo su cuidado, y se dividieron en esta proporción a la comunidad. Cada médico estableció contacto con la fracción de la comunidad que le correspondía y se fueron a diagnosticar las 3 enfermedades que más contribuyen a la mortalidad. Con esta actividad de diagnóstico se detectó a personas que tenían pre- e hipertensión, obesidad infantil, síndrome metabólico, y DM2. Los pacientes que fueron localizados mediante esta intervención se incorporaron a la atención en la Clínica. Adicionalmente, cuando se fue a la comunidad, se establecieron programas para cambiar el estilo de vida y dejar el sedentarismo; además se les dio orientación por un equipo multidisciplinario para cambiar la dieta. Los resultados detallados de este programa se presentarán en el Congreso de la ANMM de León en octubre próximo.

El Dr. Chávez resaltó que en el 2050 se cambiará el perfil epidemiológico del país aumentando las personas de la tercera edad. Con este cambio en mente se realizó un estudio con enfermeras del Hospital de Magdalena de las Salinas con pacientes adultos mayores que habían sufrido caídas, y se determinó la causa del accidente. Los resultados muestran que las caídas se deben al mal estado en el que se encuentran las banquetas, al tropiezo con escalones o tapetes, a la presencia de retinopatía diabética, y a la ingesta de algunos medicamentos que afectan el equilibrio. Muchas de estas causas se pueden prevenir, y con ello evitar accidentes en personas mayores.

Por último el Dr. Chávez se refirió a la docencia y dijo que había un plan que surgió de un documento de postura de la ANMM; que las Escuelas y Facultades de Medicina no deben ser propedéuticos para especialistas, sino ofrecer una preparación terminal de calidad para formar médicos generales.

Hacia un modelo de atención por el Médico General certificado-Dr. Ricardo León Bórquez, Presidente de la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina (ANFEM).

Al iniciar su presentación, el Dr. León agradeció a la ANMM y al CONAMEGE por la organización del simposio y a los médicos presentes en la audiencia.



Dijo que el médico general es la base fundamental y necesaria de la pirámide de la salud. Más de 100,000 son médicos generales en México y de sus conocimientos y destrezas depende la salud del país.

Resaltó que es cada vez más importante formar buenos médicos generales en escuelas y facultados, que estos médicos no deben ser formados por especialistas en centros hospitalarios; sino en las escuelas e instituciones con un amplio contacto con la comunidad. En su formación se debe dar gran importancia a los conceptos de equidad y eficiencia.

Así pues, desde el punto de vista de la ANFEM se requiere mejorar la formación de los médicos en coordinación con las instituciones del Sector Salud. Esta función en la formación de médicos generales implica que las escuelas y facultades se conviertan en nodos, que superen su capacidad de escuelas para que aglutinen las funciones de investigación e interacción comunitaria.

La formación debe cambiar de enseñar a hacer, a producir el conocimiento; se deben formar profesionales de la innovación y el cambio. La nueva formación de los médicos generales demanda que las escuelas formen una sinergia con el Estado, y con los centros comunitarios para revolucionar la estructura del Sector Salud.

Comentó el problema de que los Reconocimientos de Validez Oficial de estudios (RVOE) se entregan por las autoridades para permitir la apertura de nuevas escuelas, sin criterios de calidad.

Adicionalmente se enfrenta la problemática de que el examen nacional para aspirantes de residencias médicas (ENARM), es un fin en sí mismo, y que los exámenes de egreso tienen altos índices de reprobación. El CONAMEGE hace un examen más para la certificación de los médicos generales. Así pues, se le aplican 3 exámenes del médico general (CENEVAL o profesional, ENARM y el de certificación), que son independientes y evalúan distintos aspectos. Esta multiplicidad de exámenes refleja la desintegración del sistema de salud con respecto a los médicos generales.

Reseñó que el CONAMEGE se crea por un acuerdo del Consejo de Salubridad General de la Secretaría de Salud (SSA) el 30 de octubre de 1996, y que en su formación participaron entre otros, la ANMM, y la Academia de Cirugía. El objetivo de este Comité es el dar certificación a los médicos generales. Actualmente se refrenda como necesaria la certificación, y el CONAMEGE además, evalúa y acredita los cursos de educación médica continua de los médicos de primer nivel de atención.

En el año 2000 surge el Consejo Nacional de certificación en Medicina General (CNCMG) como una estructura que aglutina a los consejos de los estados de la República Mexicana.



Para terminar su intervención, el Dr. León dijo que se debe buscar hacer las cosas distintas en la formación de médicos generales y atención de la salud en México. Debe haber mayor equidad, universalidad y solidaridad para reformar la salud. Recalcó que los especialistas no resuelven el problema de salud que enfrentamos. Para lograr este objetivo es necesario convocar a un diálogo general para construir consensos, y hacer un sistema con los médicos generales certificados al centro.

Discusión y conclusiones.

- El Dr. Javier Mancilla felicitó al Dr. Wachter por su incorporación a la ANMM, así como al Dr. Rojas, pues es un tema muy provocativo el tratado en el simposio. Dijo que desde que son estudiantes de medicina cuestionan cómo se les forma; que es importante pugnar porque la carrera de medicina sea terminal, no un propedéutico para las especialidades y que la formación de los médicos tenga como eje los problemas nacionales. Además, es importante pensar cómo el tercer nivel debe fortalecer al primero, ya que esto no se hace.

Le preguntó al Dr. León qué se hace desde la ANFEM para cambiar la carrera de medicina ya que se tiende a aumentar materias y tiempo, para lograr una mayor especialización.

El Dr. León le contestó que cada escuela ha actuado por su cuenta y siguen lo que creen que es más adecuado. No se tiene una comunicación directa con la SSA, que es quien rige el sistema de salud. Consideró que sólo cuando este diálogo se de, se podrán hacer los cambios necesarios. Sin embargo, sí ha habido avances, ya que en muchas de las escuelas y facultades de la ANFEM se está integrando la formación por competencias, y se trata de cumplir con las certificaciones. Consideró que hay una inercia de muchos años y que aunque en otros países ya tienen buenos sistemas de salud basados en la atención primaria, desde hace mucho tiempo, en México va a ser muy difícil. Es necesaria una reunión nacional y después de una encerrona en la que se lleguen a consensos, se den los recursos para trabajar para alcanzar los acuerdos alcanzados.

A su vez, el Dr. Rojas dijo que es un problema muy complejo que no podrá ser resuelto por las escuelas y facultades, sino que se debe de convocar a todos los actores del Sector Salud.

- El Dr. Manuel Urbina, dijo que el tema de la atención primaria de la salud se vuelve a poner en la mesa de la ANMM; que esta es otra oportunidad para hacer algo, pero que no hay un aterrizaje de propuestas. Para lograr la reforma hay que considerar a los médicos generales que ya existen, los que se están formando en las alrededor de 100 escuelas existentes, y que es necesario preguntarnos cuáles



serán los docentes que formen a los nuevos médicos generales, quién los certificará, y de dónde saldrán los recursos para hacer los cambios necesarios. El capital humano es deficiente en México y es necesario incorporar la innovación y la tecnología en este cambio de paradigma.

- El Dr. Rojas le comentó que es un tema, un reto en el que la ANMM puede tener un papel preponderante.
- Por su parte el Dr. Germán Fajardo, dijo que le quedaba claro que los 15 mil egresados cada año de las escuelas y facultades de medicina, no tienen cabida en el mercado laboral; ya que no se absorbe el 70% de este material humano formado; de modo que si no hacemos algo se echaría a perder. De los que no se incorporan a las especialidades médicas, el 25% entran a trabajar en las farmacias. Es un problema muy complejo ya que el sistema de salud no tiene la varita mágica para incorporar nuevas plazas. Sin embargo hay que considerar que el IMSS tiene varios miles de plazas disponibles y que se deben formar los médicos familiares que puedan incorporarse a ellas. Propuso crear en la Facultad de Medicina de la UNAM un Programa de Estudios Combinados para formar médicos familiares en colaboración con el IMSS. También se refirió a otro Programa de estudios Combinados que está en estudio, en colaboración con PEMEX, para formar especialistas en Medicina del Trabajo. Otro proyecto es el de crear una Maestría profesionalizante en Epidemiología para formar al personal que se está requiriendo en el Sector Salud. Resaltó que hay que hacer cuestiones diferentes para tratar de solucionar el problema de formación de personal.
- El Dr. Bonilla, dijo que es necesario no olvidar que las instituciones de salud comparten con las escuelas y facultades, la responsabilidad de formar a los médicos. Se preguntó por qué no se forman médicos generales de excelencia como sí se forman especialistas de excelencia en estas instituciones de salud. Se debe tener un programa para formar médicos de primer contacto, y se deben usar los esquemas desarrollados en otros países. es necesario formar unidades de excelencia que formen médicos generales de gran calidad.
- El Dr. Armando Mansilla, preguntó en qué nos basamos para decir que no formamos médicos generales de excelencia. Se cuestionó si realmente es tan difícil atender a las afecciones más simples o les pedimos a los médicos generales que atiendan enfermedades complicadas. Comentó que esto hay que medirlo y evaluarlo. Dijo que a su juicio los médicos generales no sólo se deben dedicar a la promoción de la salud, sino a cuidar diarreas y catarros.
- El Dr. Lozano se preguntó si el futuro no sería más promisorio si desincorporáramos a los pacientes de las instituciones de salud, y así se evitaría



la sobre carga del sistema; además se permitiría a los pacientes seleccionar a su médico. Preguntó si no sería ésta una remodelación deseable

El Dr. Rojas le comentó que el modelo que propone ya se hace en otros países.

- El Dr. Niels Wachter dijo que es un problema muy complejo y que hay que ver cómo se resolvió en otros países. En el caso de Israel no se les pagó más a los médicos generales, sólo se les dio su lugar. Por otra parte dijo que en México hay gran dificultad para contratar médicos familiares, y citó el caso de Chihuahua, y Coahuila. Recalcó que a los médicos generales hay que darles su lugar y dejar que receten estatinas y otros medicamentos que sirven para prevenir enfermedades crónico-degenerativas.
- El Dr. Abelardo Meneses, resaltó que la ANMM es un órgano rector del Sistema de Salud en México por lo que debe tener un papel preponderante en la solución de este problema. Comentó que para plantear una solución hay que distinguir la problemática que le atañe al sistema de salud, a la formación de los médicos generales, y al modelo de atención. Esta academia es el órgano ideal, tenemos que buscar fechas y actores comprometidos para hacer propuestas, tomando en cuenta el cambio del perfil de las enfermedades que nos aquejan. Comentó que es muy importante considerar la comunicación entre los distintos niveles de atención, que en el INCAN sólo el 4% de los pacientes son referidos por médicos del primer nivel de atención y que el 70% de los que se refieren llegan en etapas muy avanzadas. Señaló que hay que modificar este modelo.

***El texto de esta ponencia se encuentra disponible en la página de la ANM**