



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Academia Nacional de Medicina de México

Acta de la Sesión

“La atención primaria universal: una promesa incumplida”

Ciudad de México a 13 de noviembre del 2019

Bajo la coordinación de la Dra. María del Carmen García Peña y como ponentes: Dr. Carlos E. Varela Rueda, Dra. Hortensia Reyes Morales, Dr. Ricardo Anzures Carro.

Dr. Carlos E. Varela Rueda, “Historia de la atención primaria y la medicina familiar en México”.

El Consejo Mexicano de Certificación fue fundado en 1987 y en 1988 obtuvo el reconocimiento de “idoneidad” otorgado por el CONACEM, a la fecha se cuenta en el país con 9,067 médicos familiares certificados, según datos del CONACEM.

El ámbito institucional es el mejor marco disponible para el ejercicio de la medicina familiar, en la actualidad sólo en las dos principales instituciones de seguridad social como son: el IMSS e ISSSTE es en donde se cuentan con servicios de medicina familiar, en el modelo atención de los servicios estatales de salud de PEMEX y de la *Defensa Nacional* no está incluida la medicina familiar, por lo tanto no contratan médicos familiares como tales.

Se sabe que muchos médicos familiares ejercen la especialidad en forma privada, sin embargo, este fenómeno no ha sido bien documentado.

En cumplimiento de un decreto expedido por el “*Presidente de la República*”, en 1972 se incorporaron al IMSS los ejidatarios del estado de Yucatán, para lo cual los servicios coordinados de “*Salud Pública*” cedieron al IMSS los “*Centros de Salud*” de la zona henequenera del estado, así como el “*Hospital Ejidal 20 de noviembre de Mérida*”, mismo que había sido inaugurado el 31 de enero de 1946, éste fue remodelado por el IMSS el cual se transformó en el “*Hospital Benito Juárez*”, por su parte los viejos “*Centros de Salud*” se transformaron en “*Clínicas*”



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

de Campo” y se sembró estratégicamente un conjunto de “*Hospitales de Campo*” a lo largo y ancho de la zona, según fuera requerido las clínicas referían a sus pacientes al hospital con el que estaban vinculadas y los “*Hospitales de Campo*” hacían lo propio hacía el “*Hospital Benito Juárez de Mérida*”.

Por otra parte con una organización similar a los servicios de Yucatán, en 1973 se incorporaron los ejidatarios del fideicomiso del “*Plan Chontalpa*”, así como los ejidatarios comuneros y pequeños propietarios ubicados en diversos municipios de la comarca lagunera y más adelante los trabajadores de las industrias de: la palma, de la cera, del café y otros en lo que se le denominó “*Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria*”, posteriormente el modelo inicial se transformó en el “*Programa IMSS-COPLAMAR*”, mismo que con el tiempo se fue ampliando a la mayor parte de las entidades federativas, después fue cambiando de nombre a *IMSS-Solidaridad*, *IMSS-Oportunidades*, *IMSS-Prospera* y actualmente *IMSS-Bienestar*, pero manteniendo siempre su enfoque fundamental.

Lo verdaderamente importante de todo lo anterior, es que aunque no se denominará así, desde un principio el modelo de atención era y continúa siendo un modelo de atención primaria de salud, en el que los médicos familiares egresados de los cursos de especialización del IMSS han sido pilares fundamentales para la implantación y desarrollo exitoso de un programa compuesto por tres grandes elementos: “*Salud Pública*”, “*Atención Médica*” y “*Participación Comunitaria*”, mismas que vinculan las secciones comunitarias a las de tipo médico con un enfoque eminentemente preventivo e integral para enfrentar las causas, los riesgos y los daños a la salud, mediante estrategias de prevención, promoción y educación a la salud que fomentan la apropiación de conocimiento y la adopción de hábitos con pleno respeto a la cultura, organización y prácticas tradicionales de cada comunidad.

Dra. María del Carmen García Peña, “Estado que guarda la atención primaria y la medicina familiar en México”.

Se hizo un diagnóstico del “*Sistema Médico Familiar*” en el año 2003, como parte de la “*Dirección de Prestaciones Médicas*”, misma que en ese momento estaba con el enfoque enfascada en hacer un proceso de mejora de medicina familiar, ese diagnóstico se realizó desde el punto de vista de: recursos humanos, organización de los servicios y de los procesos de atención que eran considerados obsoletos y se analizaban los resultados del sistema, lo interesante de esto es que



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

de alguna manera la presentación de este diagnóstico sigue siendo vigente en este momento, aún todavía después de ese periodo de tiempo.

En términos de recursos, se estuvo revisando el censo de establecimientos médicos y se encontró que al último cohorte reportado, el 85% alrededor de 30,685, refieren que son unidades catalogadas como unidades de primer nivel, de lo que el 15% está repartido en unidades de: hospitalización, asistencia social, consulta externa, banco de sangre y consulta de especialidades, sin embargo, las circunstancias de estas unidades catalogadas como atención primaria en este censo, es que el 40% son unidades rurales más del 22% si se suman los consultorios particulares, ya que son consultores adyacentes a farmacia, un número que ha crecido de manera exponencial y una gran parte de unidades son unidades móviles o unidades catalogadas como comunidades rurales, de las que muy pocas son unidades urbanas y un 7% son unidades de medicina familiar, por lo que parecería que la cobertura no es tan impresionante como cuando se revisaron esas 30 mil unidades de atención primaria.

En términos de distribución la gran parte de unidades de atención primaria, corresponden a la "Secretaría de Salud" el "IMSS" tiene una proporción de régimen ordinario que son más o menos 1,600 unidades y el resto son unidades de IMSS-Bienestar, sin embargo, un número muy importante de unidades que son catalogadas como unidades de atención primaria son servicios privados, mismos que prácticamente corresponden a consultorios de farmacia, de hecho uno de cada siete consultas ambulatorias en el país, ya son realizadas en consultorios adyacentes a farmacia, según ENSANUT 2012 y es probable que a esta fecha sean todavía más el número de consultas otorgadas por estos servicios privados o consultorios adyacentes a farmacia.

En relación al gasto en atención primaria, los últimos datos reportados de la OSD, la cual presenta mediante gráfica el gasto en atención primaria como parte del gasto total en salud o sea el 100%, dentro de lo que se percibe que México aparentemente tiene una proporción de gasto del 12.4% dedicada a medicina o atención de consulta general, sin embargo, no aparece gasto en prevención y gasto en atención en casa, por lo que parecería el porcentaje más o menos cercano al de otros países como: *Australia, Polonia o España*, en virtud de que dos de ellos son países que tienen sistema de atención universal, sin embargo, cuando se ve el gasto per cápita en atención primaria la diferencia es abismal entre lo que gasta *Australia* que son 830 dls por habitante a lo que gasta México que son 162 dls.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Hablando de términos de recursos y refiriéndose a médicos en instituciones públicas por cada mil habitantes, la distribución que hay es entre pasantes, pasantes en servicio social, residentes, médicos especialistas, médicos generales, así como la suma de médicos públicos y privados por cada mil habitantes en México y los promedios que reporta la OSD para todos países que forman parte de la misma. (Ver grafica)

Por otra parte también se tienen problemas de estructura, así como de financiamiento y en términos de formación de médicos, ya que según datos del ENARM referente al examen nacional de ingreso a residencias médicas y en donde se reporta que en los últimos años, por desglose de especialidad se percibe que el número de sustentantes ha ido en un incremento exponencial, ya que en 2018 se presentaron 40,081 médicos a presentar el examen, de los que solo fueron aceptados alrededor de 6,636 en especialidades de otro tipo y 1,675 en medicina familiar, es decir que el crecimiento de entre el 2012-2015 es del 58% en términos de sustentantes y en términos de aceptantes a las especialidades, solamente el 16%, por lo que el crecimiento ha sido prácticamente nulo.

Existe una nota del país del 7 de octubre de este año, en donde se presenta el problema que se está enfrentando en términos de especialidad y en términos de caminos a seguir para los médicos generales, mismo que es el cuello de botella que estrangula la carrera médica en México, ya que es un hecho que se está enfrentando un problema al que no se le encuentra solución o que no se sabe cómo enfrentarlo o cómo resolverlo, sin embargo, algo se tiene que hacer en relación al examen nacional para residencia, así como para el camino de la especialidad para los médicos generales.

La certificación ha sido uno de los logros de la especialidad y ha aumentado, sin embargo, sí se analiza la certificación vigente, el número de sustentantes a esa certificación vigente es muy bajo, debido al número que se presenta por primera vez, son habitualmente los médicos que están apenas saliendo de la residencia, la cual ha incrementado probablemente por las modificaciones a la ley de 2011, pero en términos de certificación vigente el número es realmente muy bajo.

Debido a lo anterior, lo que se tiene que hacer y que ya está asentado en el proceso en el programa sectorial de salud de este sexenio, es la atención primaria como una parte fundamental del sistema y como ya es sabido vuelve a repetirse el argumento referente a que el primer nivel de atención debe de estar en



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

condiciones de resolver el 80-85% de la problemática de salud con la prevención y atención y así impactar en las condiciones de salud y de vida de la población, a través del módulo de atención primaria de salud integrada APS.

Lo que se tiene que hacer para tomar el camino hacia la atención primaria universal, es: garantía del estado de derecho a la salud para todos, acceso efectivo universal, así como eliminación de barreras, contar con innovación tecnológica, tener sostenibilidad financiera, tiene que haber un enfoque a la salud de las familias y las comunidades, tiene que haber voz a la comunidad, un enfoque de sistema y tener un compromiso sostenido.

También se tienen que considerar que hay retos muy importantes, como son: **1)** Un nuevo patrón de necesidades de salud, **2)** Enfrentar el envejecimiento de la población, **3)** La multimorbilidad, **4)** La fragilidad, dependencia y discapacidad, **5)** La salud mental, **6)** La protección social-vinculación de servicios sociales y de salud, **7)** Aumentar el número de médicos generales y familiares, así como mejorar la distribución y **8)** Combatir la baja satisfacción laboral.

Fortalecer la atención primaria requerida de: **1)** Contar con recursos adecuados, mejor distribución de recursos e incrementar más habilidades, no sólo de médicos, también de: farmacéuticos, enfermeras y gestores de caso, **2)** En relación a organización adecuada, se necesita de clínicas multidisciplinarias, atención integral, salud poblacional y de atención centrada en la persona, **3)** Contar con incentivos adecuados: pago por desempeño o por ciertas actividades y **4)** Tomar mediciones adecuadas en: la calidad de atención y resultados.

Dra. Hortensia Reyes Morales, “Las redes integradas de servicios de salud: Base para la atención primaria universal”.

En la iniciativa de reforma de la “Ley General de Salud” aprobada en la *Cámara de Diputados* a principios de este mes y que actualmente está para su discusión en la *Cámara de Senadores*, en donde se establece como uno de los más importantes puntos la creación del Instituto de Salud para el Bienestar, mismo que implica un nuevo modelo de atención para la población sin seguridad social y en el que se encuentra este enfoque de la atención primaria del que ya se ha comentado, pero también se incorpora la generación de “redes integradas de servicios de salud”.

En la iniciativa de reforma no se dice en qué consisten estas redes y también son mencionadas en el *programa sectorial de salud 2019-2024* como uno de los ejes



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

para la *atención primaria*, sin embargo, tampoco está especificada cual es la propuesta para la conformación de dichas redes, por lo tanto es muy importante que se piense desde el enfoque académico que implicaría la generación de un sistema que incluya redes integradas.

Valdría la pena recordar brevemente lo que el “*Sistema de Salud*” implica, debido a que no es nada más la “*Secretaria de Salud*”, sino que se tiene que considerar como todo el conjunto de las instituciones públicas, privadas, recursos y personas, ya que esta es la definición de la OMS, el “*Sistema de Salud*” tiene estas funciones inherentes de responsabilidad del “*Sistema de Salud*” como son: gobernanza, financiamiento, recursos humanos y provisión de servicios, para el logro de sus objetivos: salud de la población, equidad y protección financiera.

Ante esto ¿qué se esperaría con las redes integradas?, ¿que se integrara el “*Sistema de Salud*” o que se integraran los servicios para la población sin seguridad social?, este se sugiere como el primer punto de reflexión, ya que en este momento si se aprueba ya la reforma, quedaría únicamente establecida para la población sin seguridad social esta propuesta de integración de redes de servicios, sin embargo, si se ve el concepto de integración del “*Sistema de Salud*” implica algo más amplio, que incluirá también las instituciones de seguridad social de tal manera de evitar esta división en dos poblaciones que siempre se han tenido y que favorece la inequidad de los servicios.

Si se ve el concepto de redes integradas de servicios de salud, entonces ya se va enfocando hacia lo que debería proponerse, ¿qué son las redes integradas?, son una red de organizaciones que presta o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

Por lo anterior se tienen que analizar cuáles son las dimensiones que las redes integradas deben de tener **1)** El modelo asistencial se ha enfatizado mucho desde el inicio de la administración en el nuevo modelo de atención primaria, mismo que tiene una conceptualización amplia que no implica exclusivamente el primer nivel de atención, sino esta conceptualización de enfoque integral centrado en la persona, que esté dado por equipos multidisciplinarios, no medicalizado y que de atención continua a lo largo del curso de vida, este modelo asistencial es al que se tendría que estar dirigido como meta, **2)** Una segunda dimensión es la gobernanza y estrategia, **3)** La organización y gestión y **4)** La asignación y los incentivos.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

En el modelo asistencial tiene que definirse la población y el territorio de estas redes, mismas que tienen que estar basadas en la atención primaria para que a partir de estas características que se mencionaron con respecto a la atención primaria y con estos equipos multidisciplinarios, puedan tener la atención como entrada al “Sistema de Salud”, pero también tiene que haber disponibilidad de unidades de atención especializada para que efectivamente la continuidad a lo largo del curso de vida se pueda lograr, así como una adecuada coordinación entre los distintos niveles de atención, sin perder la dimensión de la atención centrada en la persona, la familia y la comunidad.

En cuanto a gobernanza y estrategia, este sistema debería de tener una gobernanza única en toda la red, es decir una adecuada comunicación entre los responsables de los establecimientos e incluyendo una participación social amplia y con otros sectores, no únicamente el “Sector Salud”, ya que hay que tomar en cuenta también el “Sector Educativo”, mismo que es un determinante social de la salud, así como el “Sector del Trabajo”, el “Sector de la Nutrición” y todos los sectores públicos con responsabilidades gubernamentales tienen que estar incorporados.

Las gestiones clínicas administrativas y logísticas integradas son fundamentales, ya que uno de los grandes problemas del “Sistema de Salud” es una deficiente organización de los servicios, lo que implica una mala atención por recursos humanos insuficientes y que no tienen las competencias adecuadas, por lo que este es un elemento clave en esta dimensión de las redes integradas, algo que se tiene también como gran reto, es el sistema de información del cual se carece a la fecha y que debe de estar integrado en toda la red y la gestión basada en resultados.

Con respecto a la asignación e incentivos, debe de haber un financiamiento suficiente, pero también oportuno y superar el gran problema de la falta de incentivos, que estén alineados con las metas de la red y basados en el desempeño, en el IMSS hace algunos años se intentó establecer un sistema de incentivos y a la fecha no se ha logrado, por lo que los incentivos basados en desempeño son fundamentales para el buen funcionamiento de la red.

Se podría tener un modelo de red integrada de servicios en el que se incluya la comunidad con su territorio, una gobernanza, una adecuada gestión y dentro del primer nivel de atención el enfoque de atención primaria y ligada a la atención



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

especializada con la participación social y que incluya tanto la atención individual como el enfoque de “*Salud Pública*”, mismos que son fundamentales para tener todo el espectro completo de la atención.

Los retos del “*Sistema de Salud*” en el enfoque de las redes integradas de servicios y que tendrían que tomarse en cuenta para aterrizar la propuesta tanto la reforma que vaya a ver para la “Ley General de Salud” como el nuevo “Programa Sectorial” incorporen, superar la segmentación del “*Sistema de Salud*” que implica una inequidad en el acceso, población con y sin seguridad social, que también implica una duplicidad de servicios como es la proliferación de consultorios privados con calidad de atención que no es la mejor, lo mismo los consultorios de servicios públicos, las unidades rurales, etc.

Estos esquemas distintos de financiamiento y aseguramiento que siguen siendo un reto, ahora con esta nueva conformación del “*Instituto de Salud para el Bienestar*” se pretende sustituir lo que era el “*Seguro Popular*” y esto significará un reto de cómo se va a hacer para dar la provisión de servicios y además ser un esquema de financiamiento, por lo que tendrá que ser resuelto.

Se tiene que insistir en que hay una debilidad en la gobernanza pero también en la rectoría del “*Sistema de Salud*”, en virtud de que rectoría implica la regulación y la modulación para el apoyo a la provisión de los servicios y realmente conformar el modelo de atención primaria con una buena calidad de atención y el problema de la insuficiencia y la mala distribución de los recursos humanos y que ha sido muy comentada ya, desde el punto de vista de las políticas referente a ¿cómo distribuir los recursos humanos de tal manera que permitan la equidad en el acceso y la cobertura universal?.

Reflexiones:

1) La evolución hacia un modelo universal de atención primaria constituye la base para dar respuesta a las necesidades de salud de la población durante el curso de vida y brindar oportunidades de una vida saludable, 2) Una alternativa factible es la integración funcional del “*Sistema de Salud*” mediante la conformación de redes integradas de servicios con base en la atención primaria, 3) La capacidad del “*Sistema de Salud*” para romper las barreras institucionales y lograr su integración funcional, ya que esto permitirá una reforma real del modelo de atención y ganancias en la calidad de vida de la población mexicana.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Dr. Ricardo Anzures Carro, “Innovación organizacional y su contribución al desarrollo médico familiar”

La integración de un sistema universal de salud, misma que en donde entra el papel del médico familiar cuya aspiración pasa de ser una clase que solamente ha sido pasiva hasta el momento a una parte activa, para que se pueda implementar todo esto, se requiere de una participación más determinante y del trabajo del médico familiar, en la cual tiene que actuar no solamente dentro de la institución, sino también haciendo esfuerzos por ayudar a que todos lo demás médicos familiares participen.

El 15 de marzo de 1971, el *Director General del IMSS, Dr. Carlos Gálvez Betancourt*, político liberal de la seguridad social, informa: la creación del *curso de especialización en medicina familiar*, sustentado en las tesis de: médico eje alrededor del cual se mueve toda la atención médica del IMSS, que resuelve por lo menos las cuatro quintas partes de la asistencia médica, impartir a los recién egresados de las “*Escuelas de Medicina*” un curso orientado a las necesidades institucionales.

La creación del primer programa de medicina familiar se llevó a cabo en 1971, el primer grupo fue de 32 médicos residentes, crea asociaciones colegiales, para: dar identidad, reconocimiento entre “pares”, desarrollo académico y reconocimiento público, entre 1974 y 1976, surgen las primeras *Asociaciones* en México, médicos graduados y residentes, de 1978 a 1986, se organizaron 11 “*Jornadas nacionales*” y 18 Simposium, en 1988, edita 1ª época “*Revista Mexicana Familia*” y se publican 13 números.

En 1987, con idoneidad de la ANMM se forma el 1er “*Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C.*”, cuya función es la de evaluar al médico familiar en cuanto a: conocimiento, destrezas, habilidades y actitudes, así como de estudios de la residencia y poco ha enfocado al ejercicio profesional, la mayor parte de los médicos familiares que egresan, se certifican en este momento por ley, pero una minoría de ellos no se certificaron y olvidan la re-certificación o actualización de ésta, en 32 años se han certificado 12,418 médicos familiares, sin embargo, solo se contabilizan de los que deberían de estar en el ejercicio y de los que deberían de haberse certificado solamente el 33%, sin re-certificación vigente por diferentes motivos el 67%.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Este “*Colegio Mexicano de Medicina Familiar, AC*” ha tenido logros importantes en cuanto a: crear 32 con *Congresos Nacionales e Internacionales* y múltiples regionales, pero cuantitativamente su progreso ha sido mínimo, 20 años después de que se formó este colegio, se fundó la 2ª época de la “*Revista Mexicana de Medicina Familiar*”.

El “*Colegio Mexicano de Posgraduados en Medicina Familiar, AC*”, este ha sido un anhelo que se ha construido entre un grupo de médicos que han entendido que no soporta el actual modelo de organización, éste está amparado por el *Código Civil Federal, la Ley Reglamentaria del Ejercicio de la Profesionales*, ya se cuenta con el reconocimiento profesional por la *SEP*, así como de la *Dirección de Profesionales*, también se tiene el registro del *SAT* y el *Registro Público de la Propiedad*.

Se tiene que trabajar en una justificación, debido a que el colegio está fundamentado en estatutos y reglas diferentes, sin embargo, se ha logrado el reconocimiento como sociedad constituyente, basado en las nuevas normas que marca el *CONACEM*, mismas que se enfocan en la atención de la salud del paciente, familia y comunidad, a las competencias profesionales del médico y equipo de salud, al modelo del “*Sistema de Salud*” y a la educación en licenciatura y formativa.

Los propósitos del “*Colegio Mexicano de Posgraduados en Medicina Familiar, AC*”, son: vigilancia y supervisión del ejercicio profesional, de protección social de malas prácticas, actividades de consultoría por peritos profesionales, actualización y desarrollo profesional y vinculación con el “*Sector Educativo de Salud*” y “*Comunidad Científica Nacional e Internacional*”.

Se tienen objetivos constitucionales, profesionales, académicos y asistenciales, esto es una amplia variedad de acciones que pretenden relacionarse con la vigilancia del ejercicio profesional, así como las formas de discusión sobre tendencias técnicas y prácticas del *médico familiar*, sin embargo, se tienen que hacer propuestas nuevas que permitan a los médicos familiares a estar más organizados y para sentirse participes dentro del “*Sistema de Salud*”, para que éste los tome en cuenta.

Hay hacerle ver al estudiante de medicina que es *medicina familiar*, ya que es reprochable que la mayoría de los médicos que ingresan a la residencia formal, han tenido poco contacto con la *atención de primer contacto*, debido a que no hay rotación por *medicina del primer nivel* en sus licenciaturas.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Se tiene que incrementar el reconocimiento social mediante mayor calidad del profesional, ya que no sólo es una función de la institución, sino también de los *médicos familiares*.

También se va a tratar de auxiliar lo que se refiere en este momento a la certificación, haciendo propuestas que verdaderamente entusiasmen al médico familiar a certificarse o a actualizar la vigencia de sus conocimientos.

La **Dra. Teresita Corona Vázquez**, agradece la presencia de la Dra. María del Carmen García Peña, Dr. Carlos E. Varela Rueda, Dra. Hortensia Reyes Morales, Dr. Ricardo Anzures Carro e informa que el próximo miércoles 20 de noviembre, habrá un **programa de sesión cerrada**, por lo que invita a todos los académicos, ya que es importante contar con su presencia, en virtud de que se rendirá el **informe de la Secretaría General** y se hará la **votación de los sitiales**, así como la **elección de miembros del Comité de Admisión**.

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante
Secretaria Adjunta

Para visualizar la sesión completa con su discusión favor de acceder al sitio www.anmm.org.mx