

## Tema de Reflexión

## Características del médico rural en México

Rolando Collado Ardón

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM

## Introducción

En todo el mundo la población rural cuenta con menos atención médica que la urbana. Al inicio de los setenta, el 37% de la población en América Latina, más de 100 millones de personas, eran habitantes del medio rural carecía de atención médica.<sup>1</sup> Esa situación es compartida por otros continentes y no presenta perspectivas de mejoría significativa. En México, el 56% de la población y el 6% de los médicos del país vivía en localidades de menos de 10.000 habitantes,<sup>2</sup> lo que da idea de la desigual distribución de los recursos para la población. En cuanto a las perspectivas, si no cambia la tendencia de los últimos decenios, habrá que esperar al año 2030 para que en todos los municipios del país haya por lo menos un médico.<sup>3</sup> Entre 1970 y 1990 la tasa anual crecimiento de los médicos en México fue de 7.6%, la de la población, de 2.77. Sin embargo se acentuó la concentración urbana de los médicos, y 2.4 millones de personas no contaban con médico en su lugar de residencia.<sup>4</sup> Continúa entonces, siendo un reto, el problema de muchos médicos sin trabajo en las ciudades, y muchos enfermos sin médico en el campo.

## Objetivo

Se supone que los médicos que se arraigan y ejercen en el medio rural tienen características que los distinguen de los que ejercen en el medio urbano y se decidió realizar una investigación de campo. El **objetivo** es encontrar aquellos aspectos que promueven la permanencia del médico y su incorporación integral a la sociedad local. Dado que es muy reducido el número de médicos en las localidades de menos de 2.500 habitantes, en este análisis se compararon dos grupos de médicos: los que vivían en localidades con menos y con más de 10,000 habitantes. Aun así, en el primer grupo estaba solo el 6% de los médicos del país. Llamaremos a éstas localidades pequeñas o localidades rurales. Sabido es que hay localidades con mayor número de habitantes y que continúan siendo rurales, así como hay otras —pocas por cierto— que a pesar de ser menores tienen condiciones de vida urbana.

## Resultados

Se presentan dos grupos de características, las demográficas y las propias del ejercicio profesional. El tipo de medicina predominante en el medio rural es la medicina general, y el tipo de ejercicio es privado tanto más cuanto menor es la localidad. En algunos sectores, especialmente los relacionados con la enseñanza de la medicina, se tiene la imagen del médico rural como de un hombre joven, soltero y sin hijos, que está terminando sus estudios e iniciando su carrera profesional. Nuestros resultados muestran una realidad diferente. Por otra parte, la imagen profesional del médico rural —en los círculos mencionados— es la de un médico general que ejerce predominantemente la medicina institucional, organizada para atender a sectores débiles de la población como son los habitantes rurales.

Un elemento habitualmente no estudiado en este tipo de investigaciones es la relación que el médico establece con la población, no solo como profesional que se encarga de una sola actividad, la medicina, sino como hombre que tiene que integrarse socioeconómicamente al lugar donde vive. Un indicador de esta integración es el ingreso que el médico obtiene de actividades ajenas a su profesión, actividades que en la pequeña localidad se ve forzado a desarrollar cuando sus ingresos profesionales son insuficientes. Este punto se vincula a la división social del trabajo, división grande en las metrópolis y pequeña en la localidad rural.

## Características demográficas

Las características demográficas de los médicos fueron las siguientes:

Edad. De los 2.644 médicos entrevistados, el 80,6% (2.130 médicos) se encontraba en la edad considerada habitualmente como la más productiva, entre 30 y 60 años. En cuanto a la edad de los médicos según el tamaño de la localidad, las diferencias aparecen en el cuadro 1.

Como se ve los médicos rurales son (por promedio y por mediana) tres años más jóvenes que sus demás colegas lo que significa que más médicos están llegando al campo, que más médicos mayores egresan de la ciudad, o ambas

**Cuadro 1.** Distribución de los médicos, según promedio de edad y tamaño de la localidad

|                                                   | Promedio de edad (años) | Mediana (años) | No. de médicos |
|---------------------------------------------------|-------------------------|----------------|----------------|
| Médicos en localidades de hasta 10.000 habitantes | 40,7                    | 39,6           | 159            |
| Médicos en localidades de 10.000 habitantes y más | 43,6                    | 42,9           | 2,485          |
| Médicos de todo el país                           | 43,4                    | 42,7           | 2,644          |

cosas. Lo importante de utilizar la edad como un indicador de migración de los médicos es que este fenómeno —la migración— es no solo estudiable sino orientable por políticas demográficas y de atención médica, en función de un mejor futuro para el país.

**Sexo.** De los 2.644 médicos de la muestra nacional, el 92,4% (2.442) eran hombres y el 7,6% (202) mujeres (Cuadro No. 2). En el medio rural la predominancia masculina fue mayor, y de 158 médicos entrevistados el 95,6% (151) eran hombres y solo el 4,4% eran mujeres. Esto confirma una situación conocida: la dificultad para que la mujer vaya al campo, en comparación con la mayor movilidad geográfica masculina.

El análisis de la distribución por sexos de los médicos en el medio rural se liga necesariamente al factor representado por el estado civil; puede ser que los movimientos hacia la igualdad de los sexos influya en el futuro, pero en las condiciones actuales parece más fácil que, entre solteros, el hombre se movilece más que la mujer e intente abrirse paso profesional en una localidad nueva. La mujer tiende, en esas condiciones, a permanecer bajo la protección familiar hasta que la formación de una nueva familia le dé el apoyo necesario. No debe olvidarse que la proporción de mujeres dentro de las escuelas de medicina crece continua-

mente, y con ello su participación en la atención médica nacional del futuro; no se puede dudar del beneficio que aportaría su presencia en el medio rural.

**Estado Civil.** El 85,4% de los médicos que ejercían en localidades pequeñas estaban casados (Cuadro No. 3). No cabe duda que el matrimonio es un fuerte factor de arraigo, particularmente si el cónyuge o ambos son nativos de la localidad. Si uno o ambos son de fuera, se requerirá de un espíritu abierto y emprendedor para transformarse en inmigrantes que arraigan. La proporción de casados en el resto del país es ligeramente superior (88%). Los solteros en las localidades pequeñas superaban proporcionalmente a los médicos del resto del país (12,7 % contra 10%), el matrimonio local es entonces una probabilidad, convirtiéndose al mismo tiempo en factor de arraigo. No debe desecharse, sin embargo, la posibilidad de la emigración del cónyuge local, acompañando a un médico joven que desea volver a la ciudad para continuar estudios de posgrado o con otros fines.

En términos de promover la atención médica al campo, la soltería no parece buena condición del médico; el matrimonio, por el contrario, sí. Dentro de este contexto debe pensarse no solo en médicos jóvenes, sino en médicos de todas las edades que, por estar integrados en vida de pareja o de familia, piensan en establecerse en un lugar para ejercer y para vivir.

**Hijos.** Es de suponer que los hijos son un factor de arraigo. El médico que tiene muchos hijos, especialmente si son de diversas edades, goza de menor movilidad que quien no tiene hijos, o tiene sólo menores o sólo grandes. Dentro de esta hipótesis y en relación con la mayor fertilidad de la población rural en general, suponíamos que los médicos rurales tendrían —más que los urbanos— hijos chicos y grandes. Los resultados confirmaron la hipótesis: casi el 70% de los médicos rurales tenían hijos menores y mayores de 10 años; en esa situación estaba el 63,7% de los médicos del resto del país y el 59% de los médicos del Distrito

**Cuadro 2.** Distribución de los médicos del país, según sexo, y tamaño de la localidad donde ejercen (muestra nacional), México, 1973.

|         | Localidades hasta 10.000 hab. |       | Resto del país |       | Distrito Federal |       | Todo el país |       |
|---------|-------------------------------|-------|----------------|-------|------------------|-------|--------------|-------|
|         | No.                           | %     | No.            | %     | No.              | %     | No.          | %     |
| Hombres | 151                           | 95.6  | 2.291          | 92.2  | 1.033            | 90.4  | 2.442        | 92.4  |
| Mujeres | 7                             | 4.4   | 195            | 7.8   | 110              | 9.6   | 202          | 7.6   |
| Total   | 158                           | 100.0 | 2.486          | 100.0 | 1.142            | 100.0 | 2.644        | 100.0 |

**Cuadro 3.** Estado civil de los médicos del país, según el tamaño de la localidad donde ejercen (muestra nacional), México, 1973.

|          | Localidades hasta 10.000 hab. |       | Resto del país |       | Distrito Federal |       | Todo el país |       |
|----------|-------------------------------|-------|----------------|-------|------------------|-------|--------------|-------|
|          | No.                           | %     | No.            | %     | No.              | %     | No.          | %     |
| Solteros | 20                            | 12.7  | 250            | 10.0  | 126              | 11.1  | 270          | 10.2  |
| Casados  | 135                           | 85.4  | 2.191          | 88.1  | 990              | 86.8  | 2.236        | 88.0  |
| Otros    | 3                             | 1.9   | 45             | 1.8   | 24               | 2.1   | 20248        | 1.8   |
| Total    | 158                           | 100.0 | 2.486          | 100.0 | 1.1140           | 100.0 | 2.644        | 100.0 |

Federal (Cuadro 4). Esta es una muestra más de la integración del médico a la sociedad, adoptando sus patrones de conducta incluso en aspectos tan específicos como la fertilidad y la formación de la familia. Desde otro ángulo, el que el médico rural continúe teniendo hijos a pesar de que los mayores estén estudiando en la ciudad, le presiona a no dejar sus fuentes de ingreso en la localidad, a no correr riesgos movilizándose hacia otra; es fácil imaginar al médico rural obteniendo ingresos de sus diversas fuentes de trabajo, y distribuyéndolos entre sus hijos preescolares locales, escolares menores tal vez también locales y escolares mayores y universitarios en las urbes.

**Características del ejercicio de la medicina.** En este capítulo analizaremos tres aspectos del ejercicio de la medicina. En primer lugar, el tipo de ejercicio en cuanto a la práctica privada, institucional o mixta, aspecto que está determinado por la estructura socioeconómica local. En segundo lugar el ejercicio de la medicina general y el de la medicina especializada, aspectos relacionados con la división social del trabajo, y por último el tema ingresos, comparando la importancia de los que provienen de la práctica médica con los que resultan de actividades ajenas a la medicina.

**Tipo de ejercicio, institucional, privado y mixto.** Se cree que la medicina institucional, organizada para atender a los sectores más necesitados, predomina en las localidades pequeñas, en tanto que la medicina privada, por ser lucrativa, se concentra más en las ciudades.

De los médicos de todo el país, la mayoría 56,4%, ejercía en forma mixta, o sea trabaja en una institución y ejerce además la medicina privada; el 25,2% ejercía exclusivamente la medicina privada, y una proporción menor, el 18,4%, ejercía exclusivamente como médico institucional (Cuadro No. 5). Al comparar estos resultados, la medicina privada es aún más importante, proporcionalmente, en el medio rural: el 40% de los médicos rurales ejercía exclusivamente la medicina privada y el 49% ejercía en forma mixta. Solo el 11% era médico institucional exclusivo. Si a los médicos privados exclusivos se suman los que ejercen simultáneamente la práctica privada y la institucional, resulta que en una u otra forma el 89% de los médicos rurales practican la medicina privada.

Estos resultados obligan a pensar en las dificultades que tiene la medicina institucional para llegar a las poblaciones pequeñas, al menos dentro del esquema habitual de instala-

**Cuadro 4.** Médicos del país, según la edad de sus hijos, y tamaño de la localidad donde ejercen (muestra nacional), México, 1973.

|                                        | Localidades hasta 10.000 hab. |       | Resto del país |       | Distrito Federal |       | Todo el país |       |
|----------------------------------------|-------------------------------|-------|----------------|-------|------------------|-------|--------------|-------|
|                                        | No.                           | %     | No.            | %     | No.              | %     | No.          | %     |
| Casados sin hijos                      | 2                             | 1.4   | 40             | 1.8   | 12               | 1.1   | 42           | 1.8   |
| Con hijos menores de 10 años           | 1                             | 0.7   | 40             | 1.8   | 16               | 1.5   | 41           | 1.7   |
| Con hijos mayores de 10 años           | 40                            | 28.4  | 739            | 32.7  | 404              | 38.4  | 779          | 32.5  |
| Con hijos menores y mayores de 10 años | 98                            | 69.5  | 1.439          | 63.72 | 619              | 58.9  | 1.537        | 64.0  |
| Total                                  | 141                           | 100.0 | 2.258          | 100.0 | 1.051            | 100.0 | 2.399        | 100.0 |

**Cuadro 5.** Médicos del país, según su práctica privada, institucional y mixta, y el tamaño de la localidad donde ejercen (muestra nacional), México, 1973.

|                        | Localidades hasta 10.000 hab. |       | Resto del país |       | Distrito Federal |       | Todo el país |       |
|------------------------|-------------------------------|-------|----------------|-------|------------------|-------|--------------|-------|
|                        | No.                           | %     | No.            | %     | No.              | %     | No.          | %     |
| Medicina Privada       | 63                            | 39.6  | 602            | 24.2  | 250              | 21.9  | 665          | 25.2  |
| Medicina institucional | 18                            | 11.3  | 470            | 18.9  | 250              | 21.9  | 488          | 18.4  |
| Medicina mixta         | 78                            | 49.1  | 1.413          | 56.9  | 644              | 56.2  | 1.491        | 56.4  |
| Total                  | 159                           | 100.0 | 2.485          | 100.0 | 1.144            | 100.0 | 2.644        | 100.0 |

ciones físicas costosas, trabajo en equipo, etc. Parece lógico que el médico privado, más ágil que la organización institucional, pueda, con menos costos de inversión y mantenimiento, instalarse en una localidad pequeña y crecer incorporándose paulatinamente, a ella.

Una alternativa para la medicina institucional es agilizar la instalación de médicos acordes con la realidad local, evitando los "pies pesados" de las estructuras complejas. Otra posibilidad es considerar a la medicina privada, en el medio rural, no como un retroceso histórico en la evolución social sino como un adelanto respecto a las épocas premédicas, o sea que el tener médico, cualquiera sea su tipo de funcionamiento económico, es mejor para la población que no tenerlo. Es posible también que a la luz de los requerimientos locales y nacionales se encuentren otras opciones para incrementar la medicina rural evitando las contradicciones que surgirían de un simple e indiscriminado apoyo a la medicina privada.

**Medicina general y de especialidades.** Mucho se insiste en la necesidad de formar médicos generales más que especialistas; García<sup>6</sup> ha mostrado el conjunto de factores sociales y educativos que conspiran contra esa intención. A los médicos entrevistados se les preguntó a qué se dedicaban más dentro de su ejercicio profesional. De los médicos

en las localidades pequeñas, el 52% respondió que lo que más hacía era medicina general; los demás, 48%, se dedicaba más a alguna especialidad. En el resto del país solo el 20% se dedicaba a la medicina general y el 80% a alguna especialidad (Cuadro No. 6). Esta diferencia se acentúa al considerar algunas especialidades que en las localidades pequeñas se ejercen casi como medicina general: la cirugía general, la pediatría y la gineco-obstetricia. Si se incluye a los médicos que ejercen prioritariamente alguna de estas tres disciplinas, resulta que en las localidades rurales el 88% de los médicos ejerce medicina general y solo el 12% se dedican a alguna especialidad menor. En resumen, la medicina general es ejercida por entre el 52% y el 88% de los médicos rurales y por entre el 20% y el 56% de los médicos en el resto del país. La explicación de este fenómeno es que en las grandes concentraciones urbanas hay pacientes suficientes para mantener a un especialista e inclusive subespecialistas de la medicina. En las demás localidades, conforme el número de habitantes decrece, es menor la posibilidad de trabajo para especialistas. Llega un momento, en la localidad pequeña, que incluso para un médico general no hay suficientes pacientes que lo tengan ocupado todo el día.

La realización de actividades no médicas representa una ruptura y una adaptación a la división social del trabajo en

**Cuadro 6.** Médicos del país, según su práctica general o especializada y tamaño de la localidad donde ejercen (muestra nacional), México, 1973..

|                       | Localidades hasta 10.000 hab. |       | Resto del país |       | Distrito Federal |       | Todo el país |       |
|-----------------------|-------------------------------|-------|----------------|-------|------------------|-------|--------------|-------|
|                       | No.                           | %     | No.            | %     | No.              | %     | No.          | %     |
| Médicos Generales     | 83                            | 52.2  | 502            | 20.2  | 152              | 13.3  | 585          | 22.1  |
| Médicos especialistas | 76                            | 47.8  | 1.986          | 79.8  | 992              | 86.7  | 2.062        | 77.0  |
| Total                 | 159                           | 100.0 | 2.488          | 100.0 | 1.144            | 100.0 | 2.647        | 100.0 |

función de las alternativas que la localidad ofrece ya no solo al médico sino al hombre polifacético y productivo. ¿Hasta dónde estas actividades de hombres médicos establecen diferencia entre los médicos rurales y los médicos urbanos? Un indicador al respecto lo constituye las fuentes de ingresos de los médicos, dentro y fuera de la medicina.

**Ingresos dentro y fuera de la medicina.** El promedio mensual de ingresos en la muestra nacional de médicos fue de 11.480 pesos (Cuadro No. 7); tres años antes, el Censo General de Población de 1970 señaló que solo el 0.09% de la población económicamente activa del país tenía ingresos superiores a 10.000 pesos mensuales. No puede negarse que dentro de este aspecto el médico se encuentra entre los estratos altos de la pirámide económica, como tampoco puede negarse el descenso que dentro de esa pirámide está sufriendo el médico como consecuencia de su progresiva proletarianización. Sin embargo, la parte que nos interesa ahora dentro de este tema es la importancia que pueden tener los ingresos extramédicos según el tamaño de la localidad donde el médico ejerce.

De los 11.480 pesos que los médicos del país ganaban en promedio al mes, 831 (7,2%) provenía de fuentes ajenas a la medicina. En las localidades rurales los médicos ganaban en promedio 9.346 pesos mensuales y de ellos, 1.721 (18.4%) provenían de fuentes extramédicas. Esto señala que el médico rural tiene mayor contacto con diversas actividades económicas de la sociedad, y mayor participación en dichas actividades. Puede ser resultante de una necesidad, al ser insuficientes los ingresos de una práctica médica realizada en localidades pequeñas y de escasos recursos; puede también ser resultante de la oportunidad, por tener el médico rural acceso a diversas áreas de la vida colectiva, en mayor grado que el médico urbano. También puede interpretarse como una resultante de la menor división social del trabajo en la sociedad rural. No solo el médico, sino cualquier tipo profesional o técnico, difícilmente puede ser

de dedicación exclusiva en una localidad donde aún es baja la división social del trabajo.

En cuanto a los ingresos extramédicos y arraigo del médico, en el Distrito Federal, los médicos que tenían entre 20 y 34 años percibían 590 pesos de fuentes ajenas a la medicina; en ese mismo lugar, los médicos de 50 años y más percibían por este concepto 1.730 pesos (casi tres veces más que sus colegas jóvenes). Esto destaca la importancia creciente de los ingresos extramédicos conforme avanza la edad del médico, lo que parece apuntar hacia una mayor integración a la sociedad y a una compensación por la baja de ingresos dentro de la medicina cuando se llega a edades avanzadas.

El mismo fenómeno se acentúa en las localidades rurales. En ellas los médicos jóvenes (20-34 años) percibían 315 pesos mensuales de fuentes extramédicas, en tanto que los mayores de 50 años percibían 4.162 (13 veces más). Esta última cantidad representaba el 38% de los ingresos de los médicos rurales mayores de 50 años.

Las cifras anteriores señalan que los ingresos extramédicos no solo son más importantes en el campo que en la ciudad, sino que su importancia aumenta grandemente conforme avanza la edad del médico. Explica también por qué conforme transcurre más tiempo viviendo en la localidad rural, se incrementa la probabilidad de que el médico permanezca en ella. Por otra parte, explica por qué los programas de atención médica que se basan en la estancia temporal de médicos jóvenes que solo ejercen la medicina y no se incorporan económicamente a la sociedad, fracasan en cuanto a la permanencia de los médicos en el lugar. La dependencia de una sola fuente de ingresos, no favorece el arraigo del médico ni su incorporación a la sociedad, salvo que esta pueda utilizar plenamente sus servicios profesionales lo cual no es el caso de la pequeña localidad rural.

Esta situación puede comentarse desde ángulos muy diversos, desde las críticas a la medicina mercantilista —véase

**Cuadro 7.** Promedio mensual de los ingresos totales de los médicos, según su edad y el tamaño de la localidad donde ejercen (muestra nacional), México, 1973.

|                   | Localidades hasta 10.000 hab. |           | Resto del país |           | Distrito Federal |           | Todo el país |           |
|-------------------|-------------------------------|-----------|----------------|-----------|------------------|-----------|--------------|-----------|
|                   | No.                           | $\bar{X}$ | No.            | $\bar{X}$ | No.              | $\bar{X}$ | No.          | $\bar{X}$ |
| 20-34 años        | 56                            | 6.927     | 523            | 9.026     | 244              | 8.849     | 579          | 8.822     |
| 35-49 años        | 50                            | 9.780     | 1.053          | 12.689    | 492              | 12.545    | 1.103        | 12.558    |
| 50 años o más     | 25                            | 11.009    | 528            | 12.164    | 262              | 13.101    | 553          | 12.111    |
| Totales ajustados | 131                           | 9.346     | 2.104          | 11.605    | 998              | 11.723    | 2.235        | 11.480    |

por ejemplo Illich<sup>7</sup>— hasta el reconocimiento de una realidad susceptible de multiplicar. Dentro de esta concepción la alternativa es simple: o se continúa con patrones ideales sobre atención médica paternalista, pretendiendo imponer médicos de dedicación exclusiva aunque no puedan ser plenamente utilizados, o se encuentran formas alternativas para multiplicar lo existente en programas ideológica, económica y políticamente viables. La experiencia demuestra que si se mantiene el mismo arquetipo de médico, el campo seguirá sin médicos y las urbes seguirán llenándose de médicos subempleados o desempleados. El médico rural que hemos encontrado —hombre económicamente polifacético y activo— no corresponde al arquetipo aceptado por la sociedad urbana; corresponde a la realidad, que lo acepta y lo incorpora a ella; la realidad rural.

### Discusión y conclusiones

Los datos aportados por esta encuesta permiten esbozar un “perfil del médico rural en México” que obviamente tendrá que ser completado por investigaciones ulteriores, pues nunca se contará con suficiente información como para asegurar que se conoce a dicho médico en su totalidad. Se ve aquí que el médico que labora en localidades de menos de 10.000 habitantes, es en promedio tres años más joven que los médicos de todo el país (40.7 contra 43.4 años respectivamente), que predominan los hombres (95.6% en el medio rural y 92.4 nacional), y que a pesar de haber una pequeña menor proporción de casados (85.4% contra 88.1%) en la muestra total, son más prolíficos que sus colegas metropolitanos. Todo esto indica que, desde el punto de vista demográfico, las características de los médicos rurales no difieren grandemente de las del resto de los médicos del país.

Las diferencias en el ejercicio de la medicina fueron mayores; los médicos en el medio rural ejercen proporcionalmente más la medicina privada que la institucional; ejercen más la medicina general que la especializada, y en comparación con sus colegas urbanos obtienen más ingresos de fuentes extramédicas.

La predominancia de la medicina general sobre la especializada en el medio rural es producto, por una parte, de la menor concentración demográfica por localidad; así como en muchas localidades no hay pacientes para ocupar plenamente a un oftalmólogo, hay otras donde ni siquiera es posible ocupar plenamente a un médico general. Esto se relaciona con el último aspecto analizado, el de la procedencia de los ingresos de los médicos. En el medio rural son más importantes que en el urbano las fuentes ajenas a la medicina, y esa importancia aumenta conforme avanza la edad del médico. En la muestra total, solo el 7.2% del ingreso de los médicos provenía de fuentes extramédicas; en el medio

rural ese porcentaje fue de 18.45%, llegando al 38% entre los médicos rurales mayores de 50 años. Esta relación del médico rural con actividades económicas ajenas a la medicina tiene importancia en cuanto al arraigo del médico. El médico que llega joven a una pequeña localidad, comprometido a trabajar dentro del arquetipo de médico de la sociedad urbana (o sea médico de dedicación exclusiva) se ve sujeto a una situación opuesta a su potencial arraigo local: subocupado, ajeno a la realidad local, dependiente de una estructura ajena y, frecuentemente, considerando a la “comunidad” como objeto de su trabajo, es muy difícil que establezca lazos de arraigo. Su dependencia económica, a la cual se ligan muchas otras, lo vincula a la institución metropolitana y a sus directrices conceptuales; con esa vinculación y sin fuerzas que lo retengan, su tendencia será a volver a la metrópoli.

En el otro extremo, el médico que desde un principio empieza a vincularse a diversas actividades de la sociedad local, se ve paulatinamente ligado a ella en lo afectivo, en lo económico y en lo profesional; tiene más oportunidades de ocupar su tiempo plenamente y la medicina la ejerce en función de la demanda real, la cual crecerá en función de su buen desempeño y de la aceptación que logre en la sociedad no solo como médico sino como persona. Dentro de este contexto, el médico rural que se incorpora a la sociedad y que arraiga en ella no es solo médico, es un hombre-médico que realiza diversas actividades, entre ellas la medicina. Así visto, resulta lógico que el médico capaz de arraigar en el medio rural es un arquetipo diferente al hasta ahora aceptado, un arquetipo que ha existido por milenios pero que resulta nuevo dentro de los paradigmas de la sociedad actual; falta ver si es posible legitimarlo para que en el futuro haya perspectivas reales de incrementar la medicina en el campo sin obligar a este a que se urbanice.

En conclusión, los resultados de este estudio muestran que el médico rural en México tenía en los años 70, características que lo diferencian del médico urbano, especialmente en lo que se refiere al tipo de medicina que ejerce y la importancia que actividades no médicas tienen para unos y otros.

Desde el punto de vista aplicativo, esta conclusión señala una alternativa para mejorar la atención médica la campo: en lugar de intentar la urbanización del campo para que pueda acceder a los esquemas de atención médica urbana; en lugar de seguir formando exclusivamente médicos que funcionan dentro de esos esquemas, existe la posibilidad de tomar como eje a la realidad rural y organizar la atención médica y la formación de médicos en función de esa realidad. Esto no significa suspender la formación de médicos dentro del arquetipo urbano; no significa tampoco formar un solo tipo de médico “el médico que el país nece-

sita"; si el país es polifacético requerirá de muchos tipos de médicos. Por ahora nos asomamos a dos de esos tipos: el urbano, viejo conocido, y el rural, que no es un médico de dedicación exclusiva sino un hombre médico acorde con la demografía, la estructura económica y la totalidad de la vida rural.

## Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud, Departamento de Recursos Humanos: "Recursos humanos en las Américas: estadísticas básicas". Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud, Documento 19, HR/OOP/D19, 1973.
2. La información sobre población es del Censo General de Población, 1970. La información sobre los médicos procede de la investigación: "El ejercicio de la medicina en México". Collado R. Departamento de Medicina Social, Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, y se refiere a 1973.
3. Collado R., y T.J. García. La actitud de los médicos en México respecto a los curanderos. *Salud Pública de México* 17(4):465, 1975.
4. La investigación: "El ejercicio de la medicina en México" se realizó mediante cooperación entre la Facultad de Medicina y el Instituto de Investigaciones sociales, ambos de la UNAM; en 1972-1973 se entrevistó a una muestra nacional aleatoria de cerca del 7% de los médicos del país. Se realizaron 2.644 entrevistas en las que se aplicó un cuestionario de 86 preguntas. El procesamiento de la información se realizó en el Centro de Investigaciones de Matemáticas Aplicadas y Sistemas, de la UNAM.
5. Parker, r.C. y cols. Social, economic and demographic factors affecting physician population in upstate New York. *NY State J Med*, marzo, 1969, págs. 706-707.
6. García J.C. La educación médica en América Latina. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 255. Washington, D.C., 1972.
7. Illich Y. Némesis médica. La expropiación de la salud. México, D.F., Barral Editores, 1975.

## Noticias relevantes de la UNAM y la Facultad de Medicina

Durante este mes se lanzó al espacio el satélite UNAMSAT-B en un cohete de la compañía rusa NPO Lavochkin; su misión principal es determinar el número de meteoritos que impactan la atmósfera de la tierra y su velocidad de ingreso.

Recupera la UNAM la reserva ecológica de Cantera Oriente, 23 hectáreas donde se construirá un campo experimental y de investigación, un centro de recreación e instalaciones deportivas.

Nace el primer proyecto interdisciplinario descentralizado de investigación, situado en Cuernavaca (Morelos), llamado Unidad de Matemáticas.

Fue nombrado el doctor Javier Laguna, secretario del Consejo Académico de Área de las Ciencias Biológicas y de la Salud.

El doctor Manuel Velasco Suárez, miembro de la FM, recibió el grado honorario de doctor en Ciencias por parte de la Universidad de Thomas Jefferson de Filadelfia, E. U, el pasado primero de junio de 1996 por su destacada labor.

La actual administración de la Facultad de Medicina conmemoró el sesenta aniversario del establecimiento del Servicio Social en medicina (19 de junio de 1936), actividad en la que han participado numerosas generaciones de universitarios, que fuera implantado por el

doctor Gustavo Baz Prada en la FM, y que después se hizo extensivo a todas las escuelas y facultades de la Universidad Nacional Autónoma de México.

A finales del mes de julio la Facultad de Medicina recibió la visita del doctor Charles Boelen, funcionario y médico en jefe de la División para el Desarrollo Educativo y de Recursos Humanos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien estableció un diálogo con las autoridades de esta facultad sobre aspectos concernientes al desempeño que esta institución educativa tiene, al ser un Centro Colaborador en la Formación de Recursos Humanos para la Salud de la OMS y de la Organización Panamericana de la Salud.

El día 5 agosto se inauguró el coloquio "Prevención, Vanguardia de la Salud", con el fin de mostrar los avances y rezagos en materia de medicina preventiva; en esta ocasión, el doctor Juan Ramón de la Fuente, secretario de Salud, enfatizó que es necesario asimilar una verdadera cultura de prevención, la cual está apoyada en la Reforma del Sistema Nacional de Salud, en la que se plantean cambios en la práctica de la medicina. Por su parte, el doctor Alejandro Cravioto, director de la FM, reconoció que en el curriculum médico, así como en el ejercicio profesional de los egresados no ha sido exitosa la inclusión de aspectos preventivos, pero sin embargo, con la organización de diversas reuniones se retomará el enfoque primario de salud.