

Reflexionando sobre la formación médica en la seguridad social mexicana. Dos impecables argumentos y tres penosas evidencias

Gustavo Leal F.

Doctor en economía especializado en políticas públicas de salud y seguridad social en México y en el mundo. Actualmente es profesor-investigador de tiempo completo del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco.
E-mail: gleal@cueyatl.uam.mx

Resumen

En el marco de los retos de los sistemas de seguridad social, se analiza la naturaleza mundial del problema de la formación médica y algunas de sus propuestas de solución. Examinando críticamente una terceta de “políticas” que cursa el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) -principal baluarte la seguridad social mexicana-, el traba-

jo concluye constatando que, a pesar del pretendido aire correctivo del *Informe sobre la salud en el mundo 2003* de la OMS, el discurso internacional sigue siendo pobre frente a uno de los grandes determinantes en la calidad de la seguridad social: el de la atención médica.

Palabras clave: Seguridad Social, formación médica, salud, atención primaria, prevención, curación.

Reflections on Medical Education and Preparation in the Mexican Social Security System. Two Impeccable Arguments and Three Embarassing Proofs

Abstract

Within the framework of challenges to the social security system, we analyze the global nature of the problem of medical preparation and some proposals for solutions. This paper critically examines the policies in force in the Mexican Institute of Social Security (IMSS)- the principal bastion of Mexican social security. The paper

concludes stating that even though there is a tendency towards corrective measures in the 2003 OMS report, international discourse continues to be weak in reference to the principal determinants of quality in social security: medical attention.

Key words: Social security, medical formation, health, primary attention, prevention, cure.

Introducción

Sanos modernos, como quisiera la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Desde los años de la presidencia de Miguel de la Madrid y su secretario de Salud, Guillermo Soberón Acevedo, los mexicanos podemos presumir que contamos con el derecho a que nuestra salud esté protegida. Según el contenido del Artículo Cuarto constitucional, la

salud de todos y cada uno de nosotros es responsabilidad del Estado.

El canon emergente acuñado -en la segundo posguerra del siglo pasado- por el concepto de *salud* de la Organización Mundial de la Salud en su declaración constitutiva de 1946 (WHO, 1976)¹ y su posterior ampliación en 1978 (OMS, 1978)², portó la novedad de construir una suerte de *plexo sanitario para todos*, en el que aparecían,

- 1 Que alude a la salud como estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- 2 Bajo la atención primaria *de salud* y que postula que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos además del de la salud.

ordenadas, un puñado de inquietantes verdades.

Por ejemplo, este nuevo canon estimó que la salud es un bien propio que corresponde a cada individuo y que reclama para su realización efectiva el concurso de los poderes públicos. Ese bien invaluable llamado salud, está estrechamente relacionado con el derecho a la vida, como ya reconoce hasta el discurso vaticano de Juan Pablo II, y cuya tutela por el Estado no puede limitarse a que nos sea arrebatada, sino que todos los ciudadanos, en absoluta igualdad, tenemos ganado el derecho a una vida sana.

Entonces, absolutamente todos y sin distinción alguna, contamos con el derecho a que nuestra existencia transcurra en determinadas condiciones de calidad adecuadas.

No es casual que en Europa se difunda por doquier que el ciudadano tiene cada vez más educación sanitaria aunque demande mucha más información. Por tanto, se sostiene sin ambages, que conocer todos los derechos en esta materia es la mejor forma de poder defenderlos. Cuando el ciudadano se convierte en paciente, se alegra, tiene la autonomía de participar en todas las decisiones relativas a su salud. Y además, muchos de los actos médicos requieren por ley la participación del

consentimiento informado, que es un documento escrito donde se exponen los riesgos de la prueba diagnóstica, tratamiento e intervención quirúrgica a que el paciente va a ser sometido, que tiene que ser expresamente firmado por él o por sus representantes (salvo en situaciones de emergencia de vida o muerte, en que el facultativo puede actuar según su criterio)³.

En este marco, en el año 2003, el *European Pharmaceutical Law Group* (Eupharlaw), promovió la constitución de un Grupo de Derechos en Salud, compuesto por expertos en leyes, diferentes especialistas médicos, farmacéuticos, biólogos y veterinarios, que elaboró un *Decálogo de derechos en salud para el siglo XXI*⁴ y, como si ni fuera suficiente, todavía definió al *estilo de vida saludable* como los beneficios que empujan al ciudadano a autorresponsabilizarse de su propia salud, empezando por la adopción de una dieta equilibrada, práctica regular de ejercicio físico, ausencia de hábitos nocivos (tabaco, alcohol) y respeto del descanso.

Según estos expertos, numerosos estudios de observación epidemiológica demuestran que hasta el 70 por ciento de los cánceres se podrían prevenir con esas sencillas pautas que marcan el estilo de vida saludable y

3 Véase, por ejemplo, *El País Semanal*, 18 de enero, 2004.

4 “Derecho a la información: clínica, terapéutica, de biotecnología y genoma humano; derecho a la salud mental; derecho a la salud laboral; derecho a la seguridad alimentaria; derecho a la protección integral del medio ambiente y al desarrollo sostenible; derecho a la salud sexual y reproductiva; derecho a la protección de datos relativos a la salud; derecho a la educación para la salud; derecho a la atención farmacéutica; derecho a la participación ciudadana en el acceso a los servicios sanitarios” (*Ibid*).

que exigen un cambio de mentalidad y un mínimo de autodisciplina. Pero para llegar a un buen grado de autoresponsabilidad, concluyen, es necesario arrancar de la información adecuada, bien canalizada y acorde con la comprensión del destinatario.

Y por ello mismo, los expertos conciben a la *desinformación* como una falta de tiempo por la gran presión asistencial, la creencia del médico de que el paciente no le va a entender y el temor del enfermo a preguntar y a no comprender o molestar, conducen a menudo a un callejón sin salida. En los sistemas sanitarios públicos de la Unión Europea, estiman, el grado de desinformación y de falta de entendimiento por parte de los pacientes es tal que hasta el 78 por ciento de los ciudadanos declara no recibir una información clara y suficiente para su dolencia y el tratamiento que ha de seguir.

Así leído, en el “mundo feliz” de los sanos y modernos que tanto gustan a la OMS, la protección del derecho a la salud también constituye un bien jurídico esencial asociado a la libertad, a la dignidad y al libre desarrollo de la personalidad (Walzer, 1983).

O sencillamente enfermos, como ha sucedido en todos los tiempos

Sin embargo es un hecho que *la pérdida* de la salud (tanto porque el trabajo sobre los factores de riesgo fue insuficiente o porque los órganos que constituyen al ser pierden finalmente el silencio y por naturales motivos de edad *enferman* al cuerpo) implica la inmediata aparición del soporte *médico* del canon sanitario emergente de la OMS: la intervención *curativa* de la medicina y de aquellos que la hacen posible: los médicos (Leal y Martínez, 2002).

Como siempre ha sucedido -y seguirá sucediendo- frente a los episodios de enfermedad, llegó el momento de diagnosticar, tratar y rehabilitar a partir del juicio *clínico*.

Ahora se repite, casi hasta el hartazgo, que las enfermedades que hoy nos afligen son enormemente costosas y sus tratamientos sumamente prolongados. No es casual que en apoyo de estos dichos, suela invocarse el caso “perfectamente imperfecto”: el del “sistema” de salud de los Estados Unidos⁵.

Pero es claro que en la discusión reciente de las políticas de salud (WHO, 2000), tiende a exagerarse: como si el propio cambio tecnológico en el avance médico no acarreará, también, algunos ahorros (NHS, 1997).

Y como nunca elegimos el momento en que enfermamos, tampoco conoce-

5 No es casual que en su reciente informe *Insuring America's Health: Principles and Recommendations*, el prestigiado Institute of Medicine (IOM, 2004), proponga al presidente Bush y al Congreso, la extensión de la cobertura médica a todos los ciudadanos de la Unión en un plazo que debería ser cumplido al año 2010. Y es que, según el Informe, entre el 2000 y el 2004, el número de ciudadanos sin cobertura creció de 39.4 millones a 43. Ello significa que, al día de hoy, un 17.2 por ciento de las personas menores de 65 años carecen de cualquier seguro de salud.

mos el tratamiento adecuado, así como la duración del padecimiento. La verdad es que “el mercado de la salud” ha terminado por conducirnos a una profunda duda: con frecuencia ni siquiera sabemos, bien a bien, si estamos frente a un consejo sanitario o frente a una suculenta oferta comercial. Hasta la gran industria farmacéutica transnacional, ha cobrado clara conciencia del asunto⁶.

¿Qué necesitamos?

Requerimos la garantía de lo público, de lo que es de todos, tanto para acceder al derecho a la salud como para ser atendidos *médicamente* en condiciones de igualdad. Requerimos respaldo frente al desvalimiento ante la enfermedad y la seguridad de la mejor atención frente al padecimiento. Llegar a la igualdad frente a la salud y el episodio de enfermedad es algo que ha costado y que nos hemos ganado por el hecho de ser personas.

La salud se paga con nuestros impuestos y, como muestran en México las estrategias de “prepagó” que publi-

cita el mal llamado “Seguro Popular” de Vicente Fox y Julio Frenk, el derecho a la salud puede ser reversible (Leal, 2002a).

Pero necesitamos, sobre todo, verdaderos equilibrios entre buena prevención y cura efectiva. El afamado *think thank* británico, Kings Fund, lo ha señalado recientemente con meridiana precisión:

“la política de salud del gobierno del Reino Unido, seguirá teniendo un impacto limitado hasta que incluya medidas prácticas que edifiquen un sistema de salud que promueva realmente la salud y no sólo se contente con atender a la población cuando ella se enferma. El sistema también tiene que reducir las inequidades en salud” (British Medical Journal, 2004).

Lo que se advierte relativamente nuevo

No es casual que en el horizonte de las nuevas ofertas políticas en curso para enfrentar los retos de la salud y la enfermedad, los gobiernos responsables sigan insistiendo en mejorar la eficiencia *médica*.

6 En una entrevista reciente, Paul Herrling, director de investigación de Novartis (quien dirige a más de 3 mil científicos con un presupuesto de mil millones de dólares anuales sólo para buscar nuevos fármacos), respondió a la pregunta de si estima que hay una “crisis en la investigación farmacéutica” que: “En algunas empresas sí. Todos los medicamentos que hay actualmente en el mercado están relacionados con sólo 140 dianas u objetivos biológicos (enzimas, receptores). Todos estábamos trabajando en estas dianas que están relativamente bien descritas. También, en las grandes áreas del mercado mucha gente estaba haciendo compuestos similares continuamente y ganaban mucho dinero. Esto ya no será posible en el futuro, por el tema del gasto sanitario. Al principio de la regulación lo importante era la seguridad, luego hubo que demostrar la eficacia y ahora las agencias de la regulación están pidiendo que los nuevos medicamentos demuestren un beneficio médico adicional, o sea superioridad respecto a los anteriores. Va a ser muy difícil registrar medicamentos similares entre sí”, *El País*, 14 de enero 2004.

Ese es el caso del nuevo gobierno Catalán⁷. Aunque también se vislumbra la abierta penalización para aquellos gobiernos que insisten en “reformas sociales” que comprometen a la salud. Ese es el caso de Alemania⁸.

El problema de la formación médica

¿Pero quién se encarga de esa atención médica? ¿Cuál es el recurso humano *par excellence* de la responsabilidad? ¿Qué problema de fondo exhibe su presencia en todo este cuadro de la política pública? Uno de ellos es, sin duda, y

muy destacadamente el de la formación médica.

Desarrollo

Dos impecables argumentos

Primero: algo que acontece en buena parte del mundo

Al decir de los expertos Bloor-Maynard (2003), no hay duda de que el problema de la formación médica es, ciertamente, un problema mundial. En un trabajo reciente describen el siguiente cuadro todo menos alentador:

7 Encabezado por Pasqual Maragall -en el que confluyen socialistas, republicanos y ecosocialistas- donde el Ejecutivo entrante buscará la inmediata contratación de médicos para cumplir el punto programático de aumentar hasta 10 minutos el promedio de duración de las visitas médicas y la eliminación progresiva de las listas de espera. *El País*, 22 de diciembre, 2003. El nuevo Programa Común contempla también una Ley de Calidad para el Modelo Sanitario, en la que se establece que se prioriza la “promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria y la adaptación del sistema a las enfermedades crónicas. Para tal propósito se creará la Agencia de Salud Pública de Cataluña”. El Programa alude, igualmente, a las “visitas de diez minutos” y, de acuerdo a las cuales, los “centros de Atención Primaria se convertirán en el centro del sistema sanitario. Toda vez que el gran reto es “elevar el tiempo de las visitas desde los seis minutos actuales hasta un mínimo de diez minutos”. Y se insiste en que el nuevo Gobierno “tendrá como prioridad establecer tiempos máximos de lista de espera inferiores a seis meses para intervenciones quirúrgicas de enfermedades no graves y hacerlas más transparentes con registros centralizados”. Finalmente, el Programa Común se refiere a la introducción de “criterios en la organización del sistema basados en la calidad y la eficiencia”, *El País*, 12 de diciembre 2003.

8 Donde el Partido Socialdemócrata (SPD), cuyas iniciativas de “cambio”, ya le han costado un descenso espectacular en los ocho sindicatos que afilia la Confederación Alemana de Sindicatos (DGB): 340 mil deserciones en 2003 y 2004, su mayor caída en los últimos 50 años, *El País*, 13 de enero, 2004. Y como si no fuera suficiente, en las primeras elecciones al Parlamento Europeo en que participaron los 25 países que constituyen la Unión Europea (13 de junio), el SPD sufrió el mayor desastre en una elección nacional desde el fin de la Segunda Guerra Mundial (1945): 21.4 por ciento. La participación electoral sólo alcanzó al 40.4 por ciento de los electores, la mayor abstención en la historia de Alemania. El resultado refleja las consecuencias de las reformas y recortes al estado de bienestar germano, *El País*, 14 de junio, 2004. Véase, también, *The Economist*, “The voters take their revenge”, June 19th-25th, 2004, p.49-50.

“En Australia, Francia, Suecia y el Reino Unido, la admisión a las escuelas de medicina es controlada por el gobierno central a través del fondo de plazas universitarias. Eso no sucede en Alemania donde no existe ningún control sobre la dimensión total de la fuerza de trabajo médica. En aquellos cuatro países, la planeación para la fuerza de trabajo médica se determina por estimados relativamente mecánicos de la demanda de atención médica, pronósticos demográficos, limitación de recursos, cálculos sobre los retiros probables y otras pérdidas en los equipos médicos existentes.

Estos cuatro países también controlan la planeación de la fuerza de trabajo de las enfermeras vía las plazas de enseñanza. Y nuevamente, Alemania carece de cualquier mecanismo de planeación. En algunos países, notablemente en Francia y el Reino Unido, los actuales déficits se han traducido en fuertes preocupaciones políticas y considerable inmigración de equipos de enfermeras.

Ninguno de estos países cuenta con una planeación formal para enfrentar las necesidades de los trabajadores auxiliares de la salud, tales como gerentes y administradores. Ha habido poca planeación para otros componentes de la fuerza de trabajo profesional, como las profesiones aliadas a la medicina. En Francia, Suecia y el Reino Unido, actualmente no hay integración de los sistemas para la planeación de su fuerza de trabajo:

médicos, enfermeras y otros profesionales de la atención se encuentran ampliamente separados unos de otros. Si acaso, en Australia apenas se constituyó, en diciembre del año 2000, un Comité Asesor de la Fuerza de Trabajo en Salud (*Health Workforce Advisory Committee, AH-WAC*), con vistas a desarrollar una focalización más estratégica de la planeación de la fuerza de trabajo sanitaria. Su objetivo principal consiste en la planeación nacional de la fuerza de trabajo médica, el análisis de la información y la identificación de las necesidades de *data*. Pero a pesar de la presencia del Comité, la planeación de la fuerza de trabajo médica, sigue separada de la planeación de los otros componentes de la fuerza de trabajo profesional. Por su parte, el Reino Unido, a través de las estructuras de su Desarrollo de la Fuerza de Trabajo (*Workforce Development*), ha también señalado su intención de alcanzar una planeación mejor integrada, aunque hasta la fecha, este desarrollo se encuentre limitado en la práctica”⁹.

Segundo: Alan Milburn y las tribulaciones de un ministro

Una calurosa noche de verano, cenando confortablemente con el Consejo Médico General, el secretario de Salud del Reino Unido, Alan Milburn¹⁰, coligió que tal vez había llegado el momento oportuno para ocuparse y hablar públicamente sobre las complejas encrucijadas que rodean a la profesión

9 Executive Summary, p.iii.

10 Tan sólo un mes después de leer esta pieza, el ministro Milburn renunció a su cargo por motivos que nunca fueron establecidos ante la opinión pública (*British Medical Journal*, 2003).

y su adecuada educación médica. Rodeado de médicos y en un serio intento por ponerse a pensar sólidamente afirmó (Milburn, 2003):

“Quiero referirme esta noche a los cambios de la profesión médica en general. La medicina no existe en el aislamiento. Se desenvuelve en un contexto social más amplio. Y ese contexto ha cambiado dramáticamente en tiempos recientes. No sólo en este país, sino a lo largo del mundo desarrollado. No sólo en los últimos años, sino en las últimas décadas.

En todos lados este cambio ha venido acompañado de dudas. País por país, ha causado a muchos médicos inquietud e incertidumbre. Creo que, en parte, ello resulta del hecho de que la relación no escrita entre la profesión y la sociedad ha cambiado y que, las reglas que gobiernan la nueva relación emergente, aún no son suficientemente claras.

Como en cualquier otra área de la vida, la gente necesita tener claros sus roles, derechos y responsabilidades. Quisiera argumentar esta noche, que el mejor camino para despejar las dudas es que la nueva relación sea explícita y pueda ser comprendida por todos aquellos que participan de ella.

El antiguo acuerdo -o mejor dicho, el entendimiento informal-, sugería que la profesión aceptaba el derecho del gobierno a decidir cuánto debería ser gastado en el Servicio Nacional de Salud, mientras, por su parte, el gobierno no buscaría influenciar sobre las decisiones clínicas. Nada de esto fue nunca codificado. Era simplemente la manera en que el sistema funcionaba.

El acuerdo creaba una dependencia recíproca. El beneficio para la profesión consistía en preservar la autonomía clínica y la autorregulación. La ventaja para el gobierno reposaba en que podía asumir su responsabilidad para decidir sobre las prioridades, mientras los médicos administraban en la privacidad de sus cirugías y clínicas. En esa era, el público aún no comprendía. Era una relación triangular entre gobierno, Servicio y profesión.

Pero medio siglo después el mundo ha cambiado tanto que apenas resulta reconocible. Y con ese cambio, también se han desvanecido las certezas sobre aquella relación triangular. La profesión se volvió crecientemente estruendosa reclamando más dinero que debía gastar el Servicio Nacional de Salud. Y los diferentes gobiernos, sucediéndose unos a otros -como acontecía también en otros países-, optaron finalmente por cuestionar la autonomía clínica. Y, entonces, por primera vez, las organizaciones de pacientes entraron decididamente al debate. Fue así como, década con década, la voz de esos pacientes creció y, con ello, retó el estado de cosas imperante.

No hay duda que al día de hoy, un cuarto integrante del equipo ha emergido: el paciente. La relación triangular ha quedado en el pasado. La nueva relación se estructura, ahora, inevitablemente a partir de cuatro puntos.

Las actuales expectativas públicas son más altas. Están más informadas y son mucho más inquisitivas. Nos guste o no, hemos arribado a la época del consumidor. La gente aguarda servi-

cios cortados a la altura de sus necesidades individuales. Demandan calidad. Todos lo sabemos bien. Estos cambios no pueden ser ignorados. Han llegado para quedarse.

Y este es el reto que enfrenta cualquier sistema de salud del mundo desarrollado. Atender a los pacientes y elevar los estándares. Esto es lo que, simultáneamente, pacientes y profesionales quieren ver. Es por ello que los médicos optan por la profesión. Eso es lo que los levanta muy temprano de la cama y los mantiene alejados de ella hasta muy avanzadas horas de la noche.

En este nuevo mundo, la tarea del Gobierno debe consistir en asegurar la equidad y la rendición de cuentas del sistema. Los nuevos estándares se están también estableciendo. Se les diseña junto con las organizaciones de profesionales y pacientes para garantizar las necesidades clínicas con los puntos de vista de los pacientes. Por ejemplo, las políticas de las áreas clínicas prioritarias, como el cáncer y las enfermedades del corazón, se desenvuelven en virtud de la participación de los directores clínicos nacionales que son reconocidos como expertos en sus respectivos campos.

Pero la instrumentación exitosa demanda, igualmente, un apropiado sistema de regulación. Sin embargo, una cosa es establecer estándares y otra muy diferente es operar los servicios. Esta última no es una tarea del Gobierno. Para operar esos servicios de manera responsable es preciso conferir mayor autonomía a aquellos que los prestan y también a los que los reciben. Ello brinda, también, nuevas oportunidades para que las profesiones responsables contri-

buyan a reperfilarlos, tal como ya lo hacen los cancerólogos y los cardiólogos a través de exitosos programas locales.

Y aún así, si queremos reforzar el espíritu de esa empresa denominada sector público -que comparten médicos, enfermeras y administradores- todavía será preciso ir más lejos: será preciso liberarlo en beneficio del paciente.

En esta tarea el Consejo Médico General puede ser un conductor estratégico del cambio al garantizar, por ejemplo, que la curricula de la licenciatura y los procedimientos de selección coincidan con las necesidades del moderno Servicio Nacional de Salud y las expectativas, igualmente modernas del paciente. Y es que la atención médica moderna es el resultado del trabajo conjunto de equipos de profesionales que conjugan sus respectivas habilidades en beneficio del paciente individual.

La manera en que el Servicio Nacional de Salud entrena a sus profesionales, debe reflejar mejor este acercamiento basado en equipos. La manera en que el Servicio Nacional de Salud premia a los profesionales -médicos incluidos- debe asumirlo con el mayor compromiso y los estándares más altos. También la manera en que el Servicio emplea a los profesionales debe dotarlos con el soporte administrativo y aquellas oportunidades de liderazgo que satisfagan sus potencialidades.

Mucho más debe hacerse todavía para asegurar el compromiso de los médicos y los clínicos en la operación de los servicios locales. Como profesionales ellos tienen derecho a ser respetados e involucrados. Realmente, nadie espera el regreso a aquellos

días en que los servicios eran exclusivamente determinados por médicos. En el mundo moderno todos los profesionales -desde el policía y el político hasta el médico o el abogado- tienen el deber de rendir cuentas. Esta es la clave para asegurar la mejora en los servicios.

Ciertamente, la profesión se ha movido para poner su propia casa en orden: evaluación anual de los médicos vinculada a la revalidación periódica; reforma de la autorregulación para hacerla más rápida, más abierta y con mayor capacidad de rendir cuentas. Ustedes han trabajado junto con el gobierno para poner en su lugar el nuevo foco de la calidad a través de la gobernanza clínica y apoyar a los médicos por la vía de la Autoridad Nacional de Evaluación Clínica.

Si la autonomía clínica se localizaba en el corazón del antiguo entendimiento, la rendición de cuentas clínicas adquiere creciente significación en el nuevo acuerdo. La razón es sencilla. Hoy día los pacientes quieren saber más acerca de sus tratamientos y así poder ejercer más elección sobre ellos.

Requerimos una nueva relación respecto a la que teníamos antes. No hay regreso. En nuestro actual mundo informado e interrogador, la confianza entre el médico y el paciente sólo puede darse sobre la base del encuentro entre iguales y no sobre una relación jerárquica. Trabaja mejor cuando se la funda en un conocimiento compartido. Ahí donde el paciente cuenta con la opción de un tratamiento completamente explicado y donde cuenta con el derecho a ser informado de aquello que le resulta más conveniente.

Y en todo esto hay un simple punto de apoyo: la salud del paciente le corresponde a él mismo y no al Servicio. La relación entre ellos, debe ser modernizada. Se trata, sin duda, de profundos cambios culturales. Hay que fortalecer esa nueva relación. Por ejemplo, cambiando el entrenamiento médico.

Además, hay que establecer un nuevo balance entre los derechos y las responsabilidades del paciente. Estas incluyen tratar con respeto a los equipos médicos que los atienden. Aquellos aluden a las contribuciones del paciente sobre su propia salud y los cambios conductuales y de estilos de vida que ella demanda.

Y hay, finalmente, un argumento que debe ser conquistado. Como todos ustedes, médicos, saben mejor que yo, atender y tratar personas, es un asunto ciertamente complejo. Y el crecimiento en las expectativas del público lo ha hecho aún más complejo. Los litigios también se han elevado y con ellos, la práctica médica defensiva. De ahí que el avance médico-científico en beneficio del paciente pueda ser subestimado.

En la misma medida en que la medicina se vuelve más técnica, resulta más fácil olvidar que ella también constituye una ciencia humana. No es una ciencia perfecta. Está sujeta al error humano. Y, en ocasiones, a pesar del mejor de los esfuerzos y de las mejores intenciones, las cosas marchan mal. Tristemente pueden dañar a nuestros pacientes y, a veces, se pierden vidas.

Tenemos que aprender la lección de aquellas situaciones en las que las cosas han marchado mal. Hay que proteger a los pacientes y la reputación de la gran mayoría de los buenos

médicos respecto a la pequeña minoría de los malos. También hay que reconocer que la mejor gente puede cometer el peor de los errores.

Este es un argumento que, quisiera, ganáramos juntos el gobierno y la profesión. Estimo que ganarlo juntos nos facilitará acceder a la nueva relación de confianza entre el Gobierno, el Servicio Nacional de Salud, los profesionales y los pacientes.

Ha llegado el tiempo de un nuevo entendimiento. Así podremos reconocer que el mundo ha cambiado para mejor. Espero que todos ustedes me acompañen en la tarea de darle vida a ese espíritu de sociedad que todos compartimos”.

Como se podrá advertir, es del todo claro que el intento de Milburn sólo hace patente el penoso estado del arte de la profesión en el mundo occidental de nuestros días.

¿Qué hacer hoy? Las ofertas incumplibles del Informe 2003 de la OMS

Pero ¿y qué se hace al respecto en el mundo? Integrar la modernización médica a la seguridad social no sólo es una tarea indispensable: es también la precondition de cualesquier mejora efectiva en el mismo corazón de la calidad de los procesos de atención.

¿Qué es lo que propone el nuevo discurso internacional?

En un marco de franca revisión correctiva de las tesis gerencialistas que cooptaron a la OMS de la era Brundtland (WHO, 2000; Leal y Martínez, 2001) se plantea una abierta renuncia a la atención médica integral (WHO, 1999). En efecto, el Informe 1999 establece sin ningún ambaje que: “... (los valores de la OMS se)... conciben distantes de aquella forma del uni-

versalismo que ha conducido a los gobiernos a proveer y financiar todo para todos. Este universalismo “clásico”, aunque raramente promovido en forma extrema, labró la formación de muchos sistemas europeos de salud. Alcanzó importante éxito. Pero el universalismo clásico falla al reconocer tanto los límites de los recursos como los del gobierno. Los hallazgos (del Informe) también se conciben distantes de los enfoques con orientación hacia el mercado que racionan los servicios de salud de acuerdo a las capacidades de pago. Estos enfoques no sólo conducen a una inequidad intolerable en relación a derechos humanos fundamentales, sino que evidencias y teorías cada vez más amplias muestran que ellos son también ineficientes. Los mecanismos de mercado tienen una enorme utilidad en muchos sectores y han apuntalado el rápido crecimiento económico por más de cien años en Europa y en otros muchos lugares. Pero los contados países que han descansado realmente en mecanismos de mercado para alcanzar los altos ingresos de que hoy disfrutan, son también aquellos países que descansan realmente sobre los gobiernos para financiar sus servicios de salud. Ahí se esconde una lección. La salud es un importante componente del bienestar nacional. Alcanzar altos resultados sanitarios requiere una combinación entre derechos y control sobre el gasto. Este Reporte promueve un “nuevo universalismo” que reconoce los límites del gobierno pero preserva su responsabilidad en la conducción y financiamiento de los sistemas de salud. El nuevo universalismo da la bienvenida a la diversidad, a

las normas apropiadas y a la competencia en la prestación de los servicios. Al mismo tiempo reconoce que si los servicios deben ser prestados a todos, entonces no todos ellos podrán ser prestados. De acuerdo a una determinada priorización, los servicios más costo-efectivos, deben ser provistos primero. El nuevo universalismo reconoce en los prestadores privados una importante fuente de atención para muchos países; da la bienvenida al sector privado en su participación sobre la oferta de insumos, drogas y equipos y alienta la creciente inversión pública y privada en la generación de nuevas drogas, equipos y vacunas que apuntalarán las mejoras de largo plazo en la salud”.

La OMS del Dr. Lee ha optado apenas por un “regreso” suave -aún sin rostro preciso- a la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

En su *Informe sobre la Salud en el Mundo 2003* (OMS, 2003) apunta que:

“para que cada niño que nazca hoy tenga buenas posibilidades de llevar una vida larga y sana, cada sistema de salud debe cumplir de manera equitativa con algunos requisitos mínimos, a saber: acceso a servicios de calidad para atender las necesidades de salud agudas y crónicas; servicios eficaces de promoción a la salud y prevención de las enfermedades y respuestas apropiadas a las amenazas nuevas a medida que surjan. Estas últimas comprenderán enfermedades infecciosas nuevas, pero también cambios a largo plazo tales como el aumento de la carga de las enfermedades no

transmisibles y los traumatismos, así como los efectos de los cambios ambientales mundiales en la salud. Estos retos se deben afrontar de manera simultánea, inclusiva y sostenible mientras se mejoran los principales factores determinantes de la salud.

En este *Informe* se sostiene que la clave del éxito radica en el fortalecimiento de los sistemas de salud orientado por las estrategias y principios de atención primaria y en la preparación de respuestas que promuevan un desarrollo integrado y a largo plazo de los sistemas de salud en beneficio de toda la población”¹¹.

Pero este “nuevo marco” plantea profundas interrogantes. El “regreso” a las “estrategias de atención primaria” no parece garantizar mejora efectiva alguna en la formación médica ni en trabajo decidido sobre los contundentes argumentos de Bloor-Maynard y Milburn antes expuestos.

“En el capítulo 7 del *Informe* se recalca que es necesario fortalecer los sistemas de salud para afrontar los inmensos desafíos. Se propone un enfoque de extensión masiva de los sistemas de salud basado en los principios centrales de la atención primaria formulados en la Declaración de Alma Ata de 1978: acceso y cobertura universales atendiendo a las necesidades; equidad en materia de salud como parte de un desarrollo orientado hacia la justicia social; participación comunitaria en la definición y la ejecución de los programas de salud; y enfoques intersectoriales de la salud.

11 Panorama general. Introducción, p. 2.

Si bien estos principios siguen siendo válidos, se deben reinterpretar teniendo en cuenta los cambios espectaculares ocurridos en el campo de la salud en los últimos 25 años. (En el capítulo) se aclaran las bases conceptuales de un desarrollo de los sistemas de salud orientado por la atención primaria, luego se examina la manera en que los sistemas de salud basados en los principios de atención primaria permiten hacer frente a cuatro grandes desafíos de hoy, a saber: la crisis mundial de los recursos humanos para la salud; la información sanitaria adecuada; la falta de recursos financieros; y la función de rectoría en la aplicación de políticas sanitarias a favor de la equidad en un entorno pluralista” (p. 7-8).

Aunque es claro que, por lo antes expuesto y como todavía se apreciará mejor a continuación, en lo único que realmente no están trabajando ni el discurso internacional ni los sistemas nacionales de salud del orbe es, justamente, en esa tan manida “crisis mundial de los recursos humanos para la salud”, particularmente en lo que toca a la estratégica dimensión de la adecuada formación médica clínica.

Y lo que es aún peor: este discurso internacional parece seguir conformándose con propagar el nuevo universalismo consolidado de paquetes básicos y esquemas no integrales de prepago:

“las estrategias pro equidad en salud deben variar según cada contexto. Y, en esta materia, la diferencia clave guarda relación con el patrón inequitativo de acceso a la atención que puede asumir la siguientes tres diferentes formas.

En las naciones más pobres el patrón puede ser caracterizado como de carencia masiva -la mayoría de la población cuenta con el mismo deficiente acceso a los servicios de atención a la salud mientras que una pequeña clase privilegiada encuentra el camino para obtener la atención que reclaman sus necesidades.

En algunas de las naciones donde la situación económica es más alentadora, esas inequidades pueden ser descritas como entrelazadas: el acceso general a los servicios es mejor, aunque los grupos de ingresos medios y altos se benefician más, mientras que los grupos más pobres deben aguardar el efecto del “goteo hacia abajo”.

En otros países la inequidad asume la forma de exclusión por medio de la cual la mayoría de la población dispone de acceso razonable a los servicios pero la minoría pobre carece de ellos.

La manera en que los sistemas basados en la estrategia de atención primaria a la salud pueden desarrollarse, variarán según los diferentes contextos. En algunos casos, los programas etiquetados para grupos de población específicos son necesarios y urgentes para alcanzar los resultados de las estrategias pro equidad. En otras instancias, un amplio fortalecimiento del sistema, como un todo, es la prioridad. Y estas dos aproximaciones pueden, sin duda, combinarse.

En las naciones que se caracterizan por la exclusión, el etiquetamiento podría ser necesario para combatir la inequidad social así como la inequidad en el acceso a los servicios de salud. Una estrategia de este tipo podría ser aplicada en los países de in-

gresos medios y bajos (...), aunque también podría ser apropiada en países ricos donde las poblaciones marginales se encuentran excluidas de otros servicios universales debido a la discriminación por motivos raciales, de etnicidad, género, pobreza en el ingreso o estigmatización social.

El progreso no tendrá lugar sin la acción gubernamental a través de la provisión-pago de los servicios o, bien, el diseño de incentivos apropiados para el sector no gubernamental”¹².

Conclusiones

Las tres penosas evidencias desplegadas infructuosamente por los tecnócratas que gestionan hoy día la seguridad social mexicana que se examinarán a continuación no son, en lo absoluto, exclusivas: forman parte de un pobre y generalizado cuadro presente en los más antiguos sistemas de salud latinoamericanos frente a las claras demandas de atención médica oportuna reclamadas por el ciudadano elector. El caso argentino puede servir de ilustración. En el trabajo de Rovella, Vaisman y Adduci (2003) se documenta que: “una de las cuestiones más relevantes es que los planes sanitarios suelen ser “indicativos”. Esto significa que sus objetivos son obligatorios para el Estado pero no para el sector privado. Esta situación dificulta cualquier reforma; parece como si los políticos estuvieran más interesados en la definición de los objetivos (las políticas) que en su realización. Los informes gu-

bernamentales tienden a ser meras descripciones de la estructura actual y de los objetivos logrados, con muy poca crítica acerca de los problemas y la falta de coordinación del sistema. Debido a esto es casi imposible obtener una medida precisa de la eficacia del sistema sanitario. La realidad muestra que los recursos tienden a estar centralizados y distribuidos no democráticamente. Históricamente, la producción de salud se ha debido, sobre todo, a una política, es decir, a una toma de decisiones, que podríamos denominar de “prevención primaria”, esto es, a la reducción de los problemas básicos de salud pública, como agua corriente, salubridad o vacunaciones masivas. Resueltos estos problemas, los cambios adicionales en el nivel de salud de la población son producidos por el crecimiento de un sector de profesionales y especialistas médicos y por un proceso de comercialización de los servicios médicos. Traspasados estos estadios, la organización y planificación sanitaria, en suma, el desarrollo de un sistema sanitario complejo; es un factor decisivo para explicar el nivel cualitativo y cuantitativo de salud de una población. Esta es la etapa de “prevención secundaria”. Es así, como la estructura de servicios sanitarios puede llegar a ser la variable independiente que define el nivel de salud de la población en mayor medida que el crecimiento económico o el grado de urbanización. Lo que se observa en la articulación de actores de interés y presión en la proble-

12 Chapter 7: Health Systems: principled integrated care, p. 20-21.

mática sanitaria argentina es que la influencia de los grupos de presión médicos es escasa a la hora de conseguir servicios sanitarios de calidad o igualitarios, bien porque estos grupos estén principalmente bajo el control del Estado, o porque los servicios de la elite médica estén orientados hacia las clases dominantes, o porque el rol de esta elite no es estrictamente el de la asistencia sanitaria global de la población. Adicionalmente, existe en la Argentina una mala distribución geográfica de los recursos sanitarios, incluidos los propios médicos, sumado a una absoluta inexistencia de coordinación hospitalaria real (excepto en los papeles) y los intereses privados de la profesión médica y la industria farmacéutica están protegidos contra un control eficaz de precios y calidad de la asistencia médica. Pero lo más notorio de la problemática sanitaria que estamos analizando es que la existencia de una organización bicéfala (pública y privada) crea diferencias entre las clases sociales y un problema coyuntural particular en la clase media, la cual obtiene actualmente la peor medicina privada y pública. Abonando a lo expuesto ante-

riormente, la mayor parte de la asistencia médica se concentra en las grandes urbes; esto no sólo introduce diferencias de clase social, sino aparatosas desigualdades según estratos de urbanización y regiones. De aquí surge un enunciado interesante: el acceso de la población a los servicios sanitarios es inversamente proporcional a sus necesidades.

Tres penosas evidencias

Siguiendo al Banco Mundial (World Bank, 2001) y amparados en los modelos de Atención Primaria que el IMSS Instituto Mexicano ha venido desarrollando desde los años ochenta (Hernández Llamas, 1984; IMSS-Solidaridad, 2000), los tecnócratas designados por el Presidente Fox para gestionar la seguridad social del primer gobierno del “cambio y la alternancia”, decidieron introducir una institución diseñada *especialmente* para atender *daños médicos* (Villafaña Guiza, 2000)¹³, con tres estrategias rudimentarias de pretendida “prevención” de la salud, sin mejorar simultánea y efectivamente la atención médica propiamente dicha.

Primera: un “nuevo” modelo de medicina familiar

- 13 “De acuerdo con el principio de la Organización Mundial de la Salud, se reconoce el impacto que tienen las acciones de prevención y fomento a la salud en la calidad de vida de la población y se parte de esta premisa para empezar a construir el nuevo modelo de atención. El *concepto de atención primaria de la salud* que actualmente se atiende en el primer nivel de atención médica del Seguro Social se separa en esta propuesta en dos fases: a la primera corresponden los elementos de la salud en los cuales la población tiene algún grado de corresponsabilidad y a este primer nivel de la atención a la salud se le denominará *Salud Comunitaria*. En la segunda fase o nivel se agrupa todo lo que es motivo de un tratamiento médico porque implica un *daño* a la salud.

De acuerdo a las ya referidas recomendaciones del Banco Mundial, el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social pusieron en operación un supuesto Proceso de Mejora de la Medicina Familiar (IMSS-SNTSS, 2002).

En mayo de 2003 el Director General del IMSS, Santiago Levy comunicó que:

“La atención en el primer nivel constituye una prioridad institucional, por lo cual se ha dado un fuerte impulso al Proceso de Mejora de Medicina Familiar. Su objetivo es otorgar atención integral a la salud, con un elevado nivel de calidad tanto en la relación médico paciente como en el proceso técnico de la atención médica, atendiendo a las necesidades de salud de la población, con la utilización óptima de los recursos, el reconocimiento a la participación de los trabajadores y la mejora del ambiente laboral.

Durante el año 2002 se avanzó progresiva y simultáneamente en diversos aspectos, entre ellos: el desarrollo de la plataforma conceptual del proceso de mejora; el análisis de los resultados de la visita a las 8 unidades médicas participantes en el estudio piloto; la revisión de los procesos médicos y administrativos de las unidades de medicina familiar; la evaluación de la calidad de atención; la satisfacción de los usuarios y trabajadores; la capacidad de gestión directiva y, por último, se inició la evaluación económica. Asimismo, se inició el programa de actualización médica que comprende los seis principales motivos de consulta y en el cual participan aproximadamente 300 médicos familiares. Se ha continuado con las actividades de fortalecimiento de

la capacidad instalada de las unidades médicas. Se concluyó la creación de la primera versión del expediente médico electrónico y actualmente está operando como piloto en siete unidades. Se equiparon 101 unidades con computadoras, servidores e impresoras para implementar el expediente médico electrónico y apoyar el Programa de Cita Previa” (Levy, 2003: 31-32).

Como bien ha señalado el ya citado Villafaña Guiza, esta “mezcla de la *salud pública* con la *atención médica* es el *principal problema al que se enfrenta actualmente* el Sector Salud para la prestación de los servicios”, lo cual se confirma palmariamente con ese “nuevo” modelo de medicina familiar del IMSS del “financiero” Levy.

Segunda: la pobre estrategia “preventiva” denominada PREVENIMSS

Con una franca vocación por la “salud comunitaria” inspirada en los ya añejos trabajos del Dr. Gonzalo Gutiérrez Trujillo (1989) y sin entrar siquiera a considerar los desafíos oportunamente apuntados por Villafaña Guiza, en abril del 2002, el IMSS puso en operación la estrategia *Programas Integrados de Salud-PREVENIMSS* (IMSS, 2002).

Su justificación se presentó en términos de:

“cambiar el enfoque de los programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, por el de protección de la salud de grupos poblacionales bien definidos.

Ordenar y agrupar los numerosos programas de salud pública con el fin de facilitar las tareas de los trabajadores responsables de su ejecución.

Integrar y coordinar las acciones relacionadas con los programas, actualmente fragmentadas en múltiples servicios: consulta externa, medicina preventiva, fomento de la salud, trabajo social, nutrición y dietética, atención materno infantil, planificación familiar y estomatología preventiva.

Ordenar, simplificar y agilizar la prestación de los servicios en las Unidades de Medicina Familiar.

Avanzar en el propósito de proporcionar *atención integral de la salud*, como estrategia para la provisión simultánea y coordinada de acciones preventivas y curativas” (p. 7).

Y la estrategia se definió como:

“los Programas Integrados de Salud son una estrategia de prestación de servicios, que tiene como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades y la salud reproductiva, ordenándolas por grupos de edad.

Para tal fin, la Dirección de Prestaciones Médicas estableció cinco programas integrados:

Salud del niño (menores de 10 años)

Salud del adolescente (10 a 19 años)

Salud de la mujer (20 a 59 años)

Salud del hombre (20 a 59 años)

Salud del adulto mayor (mayores de 59 años)” (p. 6).

Con este giro, las actuales autoridades del IMSS pretendían adecuar sus “estrategias” a las modas impuestas -a partir de la entrada del gobierno del “cambio” de Vicente Fox- por la cabeza sectorial: la Secretaría de Salud, quien

en su Programa Nacional de Salud, 2001-2006 (Leal, 2002^a) había asumido íntegramente los enfoques preventivista-gerenciales divulgados desde la Organización Mundial de la Salud de la Dra. Brundtland (WHO, 2000; Leal y Martínez, 2002), así como las prédicas sobre el pretendido “autocuidado” a la salud, también propaladas en los años terminales de la OMS-Brundtland (WHO, 2002).

De suerte tal que, mientras el IMSS se debate en la completa ausencia de adecuadas *políticas clínicas* para la atención de los daños médicos de que debe hacerse cargo, en mayo de 2003, el director general del IMSS, Santiago Levy (2003) ya presumía que:

“La estrategia PREVENIMSS se implantó en todas las unidades de medicina familiar, para lo cual se efectuó un extenso programa de capacitación y se diseñaron, editaron y distribuyeron diversos documentos técnicos y materiales educativos. Al 31 de diciembre (2002) se habían entregado de manera informada 5'226,412 Cartillas de Salud y Citas Médicas a nuestros derechohabientes.

Este nuevo enfoque tiene una visión de largo plazo que influirá de manera corresponsable en la cultura del autocuidado de la salud, a través de acciones de educación, prevención y promoción de la salud que se otorgan a niños, adolescentes, mujeres, hombres y adultos mayores. Estas acciones contribuirán a afrontar con efectividad el cambio epidemiológico y a una mejor salud de todos los grupos de edad.

En el Programa de Salud del Niño la cobertura alcanzada en el mes de diciembre (2002) fue de 96.2 por ciento;

en el del Adolescente se continuó la distribución informada de preservativos y la detección de defectos visuales. En el de la Mujer se elevaron las coberturas de detección de los cuatro padecimientos incluidos en PREVENIMSS, en el del Hombre la detección de diabetes mellitus fue de 34.1 por ciento y en el Programa del Adulto Mayor, sobresale la vacunación antineumocócica y antiinfluenza, cuyas coberturas se elevaron” (Levy, 2003:29-31).

Y como si no fuera suficiente, en el *Informe de Resultados Enero-Junio 2003*, la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS (IMSS, 2003^a) consigna que:

“hasta el 30 de junio se habían incorporado, mediante la entrega informada de la cartilla y de la guía para el cuidado de la salud, el 32.8 por ciento (10 millones 671,701) de la población derechohabiente adscrita a médico familiar: 2 millones 138,454 niños; 1 millón 419,795 adolescentes; 3 millones 114,635 mujeres; 2 millones 258,649 hombres y 1 millón 740,168 adultos mayores, con el propósito de ofrecer a cada derechohabiente, de acuerdo con su edad y sexo, un conjunto de acciones preventivas y educativas para la protección de su salud” (p. 3).

Cabe, con toda justeza preguntar ¿dónde queda la “integralidad” para enfrentar los episodios de enfermedad ofrecida en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2003* de la OMS?

Tercera: El componente salud del Programa Asistencial de Desarrollo Humano Oportunidades (Paquete Básico) en una institución especialmente

diseñada para atender con alta especialización daños médicos

En mayo de 2003 el Director General del IMSS, Santiago Levy comunicó que:

“El 4 de septiembre de 2002 el Consejo Técnico, con base a las reformas de la Ley del Seguro Social (2001), aprobó otorgar en las instalaciones del régimen ordinario el componente salud del Programa Oportunidades en áreas urbanas de alta marginación, con cargo al presupuesto del Gobierno Federal.

Bajo este compromiso, se otorga el componente de salud del Programa Oportunidades a través del paquete esencial de salud en sus 13 acciones, el reforzamiento alimentario al dotar el suplemento alimenticio a menores de 5 años, mujeres embarazadas y en período de lactancia, así como la educación y promoción de la salud con sesiones sobre 35 temas en 660 módulos operativos. Las familias en control al mes de diciembre del 2002 alcanzaron la cifra de 275,172. La meta de familias para el 2003 corresponde a 299,508 familias” (Levy, 2003: 42-43).

La historia de esta, última, penosa pieza “preventiva”, había iniciado en el gobierno del último presidente de la era priísta, Ernesto Zedillo: 1994-2000, en calidad de programa recomendado por el Banco Mundial (Leal, 2003, World Bank, 2001), focalizado y abiertamente asistencial (Leal y Martínez, 2002).

El autor de la “estrategia” zedillista -conocida como Progres- había sido el tecnócrata Santiago Levy, entonces, subsecretario de Hacienda y Crédito Público (Levy, 1994)- y quién con su

llegada al IMSS, gracias al nombramiento que le otorgó Vicente Fox en diciembre el 2000, importó el programa Pronasol, ahora bautizado por Fox como Oportunidades.

De tal suerte que en el *Informe de Resultados Enero-Junio 2003*, la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS (IMSS, 2003) justifica que:

“De igual manera se entregaron 2 millones 619,607 de sobres de suplemento alimenticio a beneficiarios del Programa, que corresponde a un incremento del 306 por ciento” (p. 30).

Mientras en abril de 2004 una evaluación “externa” al Programa Oportunidades -a cargo de del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE)- determinó que durante el 2003:

“la mortalidad materna e infantil disminuyó 11 por ciento, lo que significa que se evitaron 395 fallecimientos maternos y mil 700 infantiles en el período analizado”¹⁴.

Final

Todo esto sucede, cuando en 1999 se reportó en México el fallecimiento de 443, 950 personas. Aproximadamente la mitad de ellas, el 52.1 por ciento se debieron a las siguientes cinco causas: enfermedades del corazón (isquémicas e infarto agudo al miocardio), tumores malignos (órganos digestivos: estómago, hígado y vías biliares así como órga-

nos genitourinarios: cuello del útero y próstata), diabetes mellitus, accidentes (de tráfico) o enfermedades del hígado (alcoholismo y hepatitis) (Martínez, 2002).

Este es el cuadro frente al cual se demanda atención médica resolutive y no sólo llamados abstractos a la prevención general.

Pero para la Secretaría de Salud Federal, por la voz del subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Roberto Tapia (SSA, 2004):

“la reforma al sistema de salud de México, bajo el papel rector del Estado, garantiza los recursos para la atención médica individual, así como el aseguramiento financiero de los programas nacionales de salud, cuyo principal componente es la prevención.

Las intervenciones de salud como la vacunación o la vigilancia epidemiológica, salvaguardan y mejoran la seguridad nacional al dar certeza a los ciudadanos de que se está preparado ante cualquier eventualidad. Este blindaje sanitario, entendido como la seguridad de estar protegido por su sistema de salud, garantiza la universalidad de las acciones y disminuye las inequidades.

El componente preventivo es una prioridad que se refuerza con la promoción del autocuidado para acabar con la percepción de que el cuidado de la salud es sólo responsabilidad del gobierno”.

No en vano el Reglamento del Seguro Popular, “estrategia” sanitaria que el foxismo y sus exégetas gustan

14 Diario *Reforma*, 27 de abril, 2004.

presumir como la “reforma” sectorial más relevante de los últimos años (Frenk *et al.*, 2004), establece en su artículo 7- (DOF, 2004) que:

“los servicios de salud a la persona se componen de los servicios esenciales”,

Es decir, meros paquetes “preventivos” sin resolutividad frente a los padecimientos que efectivamente aquejan a los mexicanos. Y que el propio artículo 30 imponga a los “beneficiarios” un

“deberán participar en el autocuidado de su salud”.

Ahí quedaron los dos impecables argumentos, frente a las tres penosas evidencias.

Después de nuestro recorrido, vale preguntar: ¿dónde quedó la formación médica, única garantía de una mejora efectiva en la calidad de los procesos de atención por la vía del fortalecimiento de la relación médico-paciente (Martínez y Leal, 2004)

Es claro que el ejercicio que se ha realizado en estas páginas sobre el completo extravío en la orientación de la brújula que deberían nortear la formación médica como componente *vertebral* de las actuales políticas de salud mexicanas no es, ni con mucho, algo que sólo ocurra en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Aunque este trabajo lo ha tomado como *su* caso emblemático, lo cierto que ese estratégico extravío se extiende por igual al entero Sistema Nacional de Salud; sistema que involucra a todos los gestores públicos y privados en la arena de la salud¹⁵.

Solo queda aguardar que los electores que votarán en los próximos comi-

cios de 2006 -en su gran mayoría, jóvenes- opten por una nueva elite que, al hacerse cargo del destino de la política pública, capaz de diseñar *otros* cuerpos de acción que enfrenten de raíz el gran pendiente de la formación médica.

Bibliografía

BLOOR, K. y MAYNARD, A. **Planning human resources in health care: Toward an economic approach. An international comparative review, Canadian Health Services Research Foundation**, marzo, Ottawa. 2003.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. **Changing the ‘leadership’ of the NHS**, 326 (7403), 21 June. 2003.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. **“Preventive model of health care needed, says King’s Fund”**, 328 (7441), 20 March. 2004.

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (DOF). **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud**, 5 de abril. 2004.

FRENK, J; GÓMEZ DANTES, O. y KNAUL, F. “Salud: Un Diagnóstico”. En: **Nexos**, mayo, pp. 71-77. 2004.

GUTIÉRREZ TRUJILLO, G. “El ejercicio integral de la medicina”. En: **Gaceta Médica de México**, Vol. 125, Nos. 1-2, Ene-Feb. México, 1989.

HERNÁNDEZ LLAMAS, H. **La Atención Médica Rural en México 1930-1980**, IMSS, Colección Salud y Seguridad Social, Serie Manuales Básicos y Estudios. 1984.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Insuring America’s Health: Prin-**

ciples and Recommendations, USA. 2004.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL-SOLIDARIDAD. **Diagnóstico de Salud de las Zonas Marginadas Rurales de México. Prioridades y resultados 1991-1999**, México. 2000.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL-SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DEL SEGURO SOCIAL. **Proceso de Mejora de Medicina Familiar**, abril, 2002.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. **Programas Integrados de Salud. Proyecto Estratégico 2001-2003. Síntesis Ejecutiva**, abril. 2002.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. **Informe de Resultados Enero-Junio 2003**, Dirección de Prestaciones Médicas, México. 2003.

LEAL F, G. y MARTÍNEZ, S.C. “¿En la ruta del Seattle sanitario? La Organización Mundial de la Salud y su Informe sobre la salud en el mundo 2000”. En: **El Cotidiano** número 107, Universidad Autónoma Metropolitana - Azcapotzalco, México, D.F., mayo-junio, p. 21-34. 2001.

LEAL F, G. y MARTÍNEZ, S.C. **Cuatro ensayos sobre calidad clínica de la atención. El caso de la salud reproductiva**, Universidad Autóno-

ma Metropolitana-Xochimilco, Serie Académicos CBS, Núm. 43. 2002.

LEAL F, G. “El Programa Nacional de Salud 2001-2006. Imponiendo una agenda”. En: **El Cotidiano** número 114, Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, México, D.F., julio-agosto, p. 100-111. 2002a.

LEAL F, G. y MARTÍNEZ, C. “Tres momentos en la política de salud y seguridad social en México”. En: **Papeles de Población**, No. 34, octubre-diciembre, UAEM, Estado de México. 2002.

LEAL F, G. y MARTÍNEZ, C. **Educando Médicos** portal electrónico Imagen Médica (<http://www.imagenmedica.com.mx>), México, D.F. 2004.

LEAL F, G. **Evidencia para las políticas**, Imagen Médica, México, D.F. 2003.

LEVY, S. “La pobreza en México”. En: VELEZ, F, (comp.) **La pobreza en México. Causas y Políticas para Combatirla**, El Trimestre Económico, 78, FCE, México, p. 15-112. 1994.

LEVY, S. **IMSS. Informe de la Dirección General. XCII Asamblea General Ordinaria**, México, D.F. 26 de mayo. 2003.

MARTÍNEZ, S.C. “De qué se muere en México”. En: **El Cotidiano**, número 112, Universidad Autónoma

- 15 Véase al respecto Gustavo Leal F. y Carolina Martínez S. (2004), la serie *Educando Médicos* que viene apareciendo desde el mes de enero en el portal electrónico Imagen Médica (<http://www.imagenmedica.com.mx>)

Metropolitana-Azcapotzalco, México, D.F., marzo-abril, p. 53-68. 2002.

MARTÍNEZ, S.C. y LEAL F, G. "Sobre la calidad clínica de la atención: el problema de la relación médico-paciente". En: **Anales Médicos**, Volumen 48, Número 4, Revista de la Asociación Médica del American British Cowdray Hospital, octubre-diciembre 2003, México-DF 2004.

MILBURN, A. **Speech by Rt. Hon Alan Milburn MP, Secretary of State for Health, to the General Medical Council dinner**, 20 May. Disponible en URL: <http://www.doh.gov.uk/speeches/milburn-gmc-may03.htm>. 5 páginas. Citado el 29 de mayo, 2003.

NATIONAL HEALTH SERVICE. **The New NHS. Modern. Dependable (White Paper)**, Department of Health, Reino Unido. 1997.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Atención primaria de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 1978.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe sobre la Salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro**, Ginebra, diciembre. 2003.

ROVELLA, S.A; VAISMAN, S.L y ADDUCI. "Hacia un cambio en el modelo de gestión pública en Argentina: la problemática sanitaria". En: **Revista Gaceta Laboral**, Vol. 9, No.2, 2003, Maracaibo-Venezuela. p. 191-208. 2003.

SECRETARIA DE SALUD. **El componente preventivo, prioritario**

en la reforma del Sistema de Salud, Comunicado de Prensa No. 084, 21 de abril. 2004.

THE ECONOMIST. "The voters take their revenge", June 19th-25th, p.49-50. 2004.

VILLAFANA, GUIZA, L.M. **La modernización de la Medicina en la Seguridad Social**, Fundación Rafael Preciado Hernández, A.C., Documentos de Trabajo 59, México. 2000.

WALZER, M. **Spheres of Justice. A Defense of Pluralism and Equality**, BasicBooks, HarperCollins Publishers, USA. 1983.

WORLD BANK. **Mexico. A Comprehensive Development Agenda for The New Era**, Chapter 19. Reform of the Mexican Healthcare System, pp 409-446, Washington, D.C. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. World Health Organization, Basic Documents, 26a edición. Ginebra. 1976.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 1999. Making a difference**, Ginebra, mayo. 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance**, Ginebra, mayo. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life**, Ginebra, octubre. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2003. Shaping the future**, Ginebra, diciembre. 2003.

Diarios:

El País

Reforma

Revistas

Anales Médicos

British Medical Journal

Gaceta Médica de México

El Cotidiano

El País Semanal

Nexos

Papeles de Población

The Economist

Revista Gaceta Laboral

Portales electrónicos

Imagen Médica (<http://www.imagen-medica.com.mx>)